

número

55

Documentos de Trabajo Social

DTS

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

2015

**Revista
de Trabajo Social
y Acción Social**

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

nº55
Año 2015

Edita

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga
Correo-e: dts@trabajosocialmalaga.org
www.trabajosocialmalaga.org

Coordinadora

Eva María del Pino Villarrubia

Secretaría Técnica

Juan Gavilán Perdiguero. CODTS Málaga

Consejo de Redacción

Rafael Arredondo Quijada, Asociación Cívica para la Prevención (ACP). Málaga
María Luz Burgos Varo, Servicio Andaluz de Salud. Málaga
Francisco Cosano Rivas, Universidad de Málaga
Eva María del Pino Villarrubia, Málaga Acoge
Luis Gámez Lomeña, Delegación de Bienestar Social. Marbella
Pedro García Calero, empleado público de la Junta de Andalucía
Verónica González Tagle, Funcionaria de la Excm. Diputación de Málaga, Profesora Universidad de Málaga (jubilada)
María de las Olas Palma García, Universidad de Málaga

Consejo Científico Asesor

Ana Barranco Carrillo. Trabajadora social. Diputación Provincial de Jaén (Salud)
José Enrique Bernal Menéndez, Abogado ejerciente. Funcionario de la Administración Local (Mujer y Violencia Género)
Luis Gómez Jacinto. Catedrático de Psicología Social. Profesor del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga
Ana Hernández Escobar, Trabajadora social. Directora General de Firma Quattro Trabajo Social S.L.
Francisco Javier Jiménez Gómez, Secretario General y trabajador social de Cáritas Diocesana Málaga
Enrique Pastor Seller. Trabajador social. Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor titular de Universidad de Murcia. Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social de España
María Luisa Taboada González, Trabajadora social y profesora emérita de Ética de la Universidad de Málaga

Diseño

Rocío Morales Lozano. CODTS Málaga

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

SUMARIO

EDITORIAL	6
<i>Eva María del Pino Villarrubia</i>	
Diplomada en Trabajo Social, Coordinadora de DTS	
• POSIBILIDADES DEL TEATRO EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL. ORIENTACIONES PARA LA PRÁCTICA. (Artículo ganador del XIX Premio Científico DTS, en la modalidad de Intervención profesional del Trabajo Social)	7
<i>Antonia Guadalupe Vega Lezcano</i> , Trabajadora Social y Profesora de Formación Profesional IES Lila Valle de Jinámar-Telde Gran Canaria.	
• ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO/A DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO. (Artículo ganador del XIX Premio Científico DTS, en la modalidad de Investigación en el ámbito del Trabajo Social)	25
<i>Eva Ortiz Forcadell</i> , Trabajadora Social en el Hospital Universitari y Politècni La Fe de Valencia.	
• RUPTURAS Y CONVERGENCIAS: DESAFIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS EN CUANTO A LA ASISTENCIA PROFESIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS O TESTIGOS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR. (Artículo ganador del XIX Premio Científico DTS, en la modalidad de Teoría del Trabajo Social)	53
<i>Sergio Óscar Libera Medina</i> , Trabajador Social de la Oficina de Asistencia a la Víctima del Centro de Asistencia Judicial de la ciudad de Reconquista, dependiente de la Dirección Provincial de Acceso a la Justicia y Asistencia Judicial del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Santa Fe (Argentina).	
• CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL DEL PROGRAMA “GRUPOS DE AUTOGESTORES”. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ESCALA INICIO-FEAPS	72
<i>Jaime García Claro</i> , diplomado en Trabajo social por la universidad Pablo de Olavide, licenciado en Antropología Social y Cultural por las universidades de Sevilla y Complutense de Madrid.	
<i>Roberto Martínez Pecino</i> , profesor e investigador en el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla.	
• ADOLESCENTES EN CONFLICTO SOCIAL, HIJOS E HIJAS DE UN DIOS MENOR. UNA VIVENCIA ATORMENTADA DE LA SEXUALIDAD	97
<i>Miguel Ángel Gurbindo Marín</i> , Doctor en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra.	
• PERCEPCIÓN DEL VÍNCULO PARENTAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO. ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL VÍNCULO MATERNO-FILIAL EN FAMILIAS QUE HAN SUFRIDO SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO	118

José Contreras García, Trabajador Social. Servicio de Integración en Familia Extensa (Consejo Comarcal de la Selva).

María Busquets Font, Educadora Social. Servicios Sociales de Lloret de Mar.

Cristina Martínez Sierra, Psicopedagoga. Técnica de proyectos de desarrollo personal y profesional. Ayuntamiento de Palamós.

Joan Molínet Bret, Educador Social. Director servicios privados de atención a las familias. Cooperativa Suara.

Coral Torrentó López, Psicóloga. CET Fundación “La Fageda”.

• **LA RATIO DE POBLACIÓN POR TRABAJADOR SOCIAL: UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL O GESTORÍAS** 144

Diego Celdrán Martínez, Trabajador social de atención primaria: Unidad de Trabajo Social Excmo. Ayuntamiento de Murcia.

• **COMPARATIVA SOBRE DOS MODELOS DE DISPENSACIÓN DE METADONA** 161

Antonia Castillo Blázquez, Trabajadora Social en el Centro de Atención a las Drogodependencias-4 (CAD 4). IBSALUT, Servicio de Salud de las Islas Baleares.

• **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA** 204

Angélica Almendros Simón, Trabajadora social en el Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género Ayuntamiento de Getafe (Madrid).

Raquel V. Munilla Rebollo, Trabajadora social en el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de San Fernando de Henares (Madrid).

• **VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA: LA REALIDAD SOCIOSANITARIA DEL DISTRITO GUADALQUIVIR DESDE UNA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SANITARIO** 223

José Manuel Jiménez Rodríguez, Trabajador Social. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba.

• **MEJORA EN LA ATENCIÓN A DOMICILIO DOTANDO DE CONTENIDO ORGANIZADO LAS VISITAS DOMICILIARIAS** 241

Rosa M^a Sisamón Gil, Trabajadora Social en Servicio Social de base Comarca del Aranda.

Fco. Javier de Miguel Marqués, Coordinador del Servicio de Atención a Domicilio en la Mancomunidad de Servicios Sociales de la Zona de Allo.

• **UTILIDAD DEL GRUPO SOCIO-EDUCATIVO CON ENFERMOS MENTALES HOSPITALIZADOS, EN FASE AGUDA** 262

Raquel Fuster Ribera, Trabajadora Social Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Paula García Sánchez, Graduada en Trabajo Social. Universidad de Valencia.

• **IMPACTO DE LAS MOTIVACIONES EN LA ADOPCIÓN DE REDES SOCIALES POR LOS TRABAJADORES SOCIALES** 282

Isidoro Fernández-Utrilla Minaya, Escuela Universitaria de Trabajo Social.

Manuel Fernández-Utrilla Miguel, Universidad Europea.

Pilar Fernández-Utrilla Miguel, Universidad Europea.

EDITORIAL

En este número vamos a encontrar artículos que son el reflejo de la inquietud y preocupación de los profesionales del Estado Español y de Latinoamérica, en los tiempos que corre “lo social”. Vivenciamos una amenaza a la protección social pública; cambios legislativos en materia de política social, recortes económicos en la inversión social y empobrecimiento de la población en general, tras el arrastre de una crisis económica desde 2008. En este contexto se desenvuelve el/la profesional del trabajo social diariamente, con el aumento de usuarios en los dispositivos sociales, déficit de recursos y presión social.

Observamos manifestaciones de nuestra profesión en dos espacios. Uno desde la óptica de lo público, implicándonos en el logro de una sociedad inclusiva, y la obligación de oponernos a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión, estigmatización o subyugación social. Estas manifestaciones están fundamentadas en el principio de Solidaridad que recoge el código deontológico de Trabajo Social. Muestra de ello son las continuas manifestaciones públicas sobre la oposición a los recortes en Servicios Sociales.

Por otro lado, desde el espacio académico, en los artículos publicados. En ellos se observa que esta realidad existente es preocupación de los/as profesionales, se muestra la inquietud por las nuevas manifestaciones de violencia, los efectos sociales negativos de las vivencias traumáticas de la población, y la percepción del usuario sobre nuestra profesión. Ante esta realidad, se nos plantea diferentes reflexiones para atender a las necesidades sociales imperantes. Los/as autores/as de los artículos investigan sobre la calidad de los servicios, las estrategias en la resolución de conflictos, la metodología y sobre nuevas vías de intervención.

En este número contamos con los artículos de los/as autores/as premiados/as en la XIX edición del Premio Científico del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga, y con autores/as que han participado en el certamen.

Desde la consejo de redacción no podemos más que agradecer y felicitar el aporte científico que todos los/as compañeros/as hacen al conocimiento del Trabajo Social.

En esta oda a los nuevos aportes del Trabajo Social, nos vemos en la obligación de echar la vista atrás y valorar las continuas aportaciones de otros/as compañeros/as veteranos/as, y seguir aprendiendo de ellos/as; desde la Universidad, como alumnos y durante su trayectoria profesional, como compañeros/as. Este es el caso de nuestro profesor Isidoro Fernández-Utrilla Minaya.

En este número, la Revista DTS publica el artículo póstumo “Impacto de las motivaciones en la adopción de redes sociales por los Trabajadores Sociales” de Isidoro Fernández-Utrilla Minaya, profesor, compañero y referente de la profesión en Málaga.

Eva María del Pino Villarrubia
Revista Documentos de Trabajo Social

Posibilidades del teatro en la intervención social. Orientaciones para la práctica

Antonia Guadalupe Vega Lezcano

Trabajadora Social y Profesora de Formación Profesional IES Lila Valle de Jinámar-Telde Gran Canaria

Resumen

En este artículo se plantea la utilidad que presenta el teatro como herramienta aplicada en la intervención social partiendo de la propia formación y experiencia en teatro, en trabajo social y en educación de quien lo escribe.

Se propone que el teatro pueda ser utilizado conscientemente como un instrumento para generar procesos de conocimiento y cambio más dinámicos, creativos y reflexivos pudiendo ser integrado en la implementación de la práctica socioeducativa y en los procesos formativos del trabajo social.

Hablaremos de un “Teatro Social” visibilizando la multiplicidad de aspectos positivos de esta relación como son la creatividad y la capacidad para posibilitar el empoderamiento de sus ‘actores’.

Abarca una propuesta metodológica a pequeña escala que nace de la propia experiencia del uso de las técnicas teatrales en la práctica profesional como una herramienta más que puede ser usada, transformada y adaptada en la praxis del trabajo social.

Para ello, este artículo está organizado en dos partes: una primera, enmarcada en los planteamientos teóricos previos que contextualiza y analiza **las posibilidades del teatro en la intervención social** dedicando un apartado importante al teatro de Augusto Boal; y, una segunda, referida a **las orientaciones para la práctica teatral desde la sistematización de mi experiencia**.

Palabras claves

Teatro, Intervención Social, Trabajo Social, Creatividad, Empoderamiento, Teatro Social, Técnicas Teatrales, Augusto Boal, Socio-Educativa, Práctica Teatral.

Abstract

This article presents the usefulness of applied theater as a tool for social intervention based on training and experience in theater and social work and education who writes herself asks.

It is proposed that the theater can be consciously used as an instrument to generate knowledge and change processes more dynamic, creative and reflective can be integrated into the implementation of professional practice and training processes

of social work.

Talk of a “Social Theater” making visible the many positive aspects of this relationship such as creativity and the ability to enable the empowerment of its ‘actors’.

It covers a small scale methodological proposal that comes from the experience of the use of theatrical techniques in professional practice as a tool that can be used, transformed and adapted in the practice of social work.

To that end, this article is organized into two parts: the first, part of the previous theoretical approaches that contextualizes and analyzes the possibilities of social intervention theater devoting a major theater of Augusto Boal paragraph; and, second, referring to the guidelines for the theatrical practice from the systematization of my experience.

Keywords

Theatre, Social Intervention, Social Work, Creativity, Empowerment, Social Theatre, Theatrical Techniques, Augusto Boal, Socio-Educational, Theatrical Practice.

“Actores somos todos nosotros, y ciudadano no es aquel que vive en sociedad: es aquel que la transforma.”

Augusto Boal. Fragmento de su discurso en el Día Mundial del Teatro, 27 de marzo de 2009

PARTE I: MARCO TEÓRICO

1. LAS POSIBILIDADES DEL TEATRO EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL.

Cuando hablamos de teatro e intervención social nos suelen venir al pensamiento varias ideas iniciales. La primera es la relacionada con técnicas como el “role playing” y el “sociodrama”; la segunda, aquella que nos lleva a pensar en pequeñas “obras” que surgen a partir de algún taller de teatro como una actividad en el marco del tiempo libre.

Tanto en el role playing como en el sociodrama el teatro como “técnica” está muy en relación con las técnicas de dinámica de grupo: en el *juego de roles*, una o más personas representan una situación asumiendo los diferentes “papeles”. Esta técnica sirve para abordar un problema desde el punto de vista de las actitudes y reacciones que éste genera entre los participantes; en la misma línea, el sociodrama tal y como indica la profesora Aguilar (2009) suele utilizarse para presentar situaciones problemáticas y suscitar posteriormente la discusión y la profundización del tema favoreciendo la toma de decisiones ante problemas de índole social.

En el caso del teatro utilizado en el marco del tiempo libre, se suele plantear como un taller con el fin de crear una obra. Normalmente, en este taller los participantes pondrán en práctica un texto previamente dado o creado en el propio espacio no formal y finalmente la obra será representada. En este caso como medio para “ocupar” el tiempo libre, el teatro tendrá un carácter más lúdico y más próximo al concepto del ocio propuesto por Dumaze-

dier en sus ya conocidas 3 D “el ocio es un conjunto de ocupaciones elegidas libremente, bien para descansar, divertirse o desarrollarse [...]” (citado por Ventosa, 1998: 27).

En síntesis, estamos hablando por un lado de técnicas dramáticas aplicadas a la dinámica de grupos y, por otro, del teatro en su más pura acepción: hacer una obra, con la diferencia de que no es realizada por “actores profesionales” sino por los participantes de un taller.

Claro y es que eso del “teatro” así por sí solo, lo relacionamos más con el concepto tradicional y clásico del mismo, es decir, sólo hacen teatro los actores.

Este concepto elitista puede tener su fundamento en que el teatro no se concibe como algo cercano y porque tiene un marcado carácter finalista: más que el proceso lo interesante es el fin.

Sin embargo, si hacemos uso del teatro como proceso destacando la creatividad que es el componente inherente al propio hecho teatral y lo aplicamos al campo de la intervención social, podemos hablar entonces del teatro como instrumento que posibilitará la creación de vivencias relacionales y comunicativas donde el dialogo, a través de los diferentes lenguajes de expresión, será el instrumento fundamental para empoderar y generar cambios.

Es así como hay que distinguir el teatro como espacio de creación artística realizado por artistas y las prácticas teatrales en la intervención socioeducativa como espacio de descubrimiento y desarrollo personal (Laferrière, 2001: 13) que es de las que nos ocupamos en este artículo. Visto así, el teatro se torna en herramienta para la intervención social ¿hablaremos entonces de un “Teatro Social”?

2. TEATRO DEL OPRIMIDO VS TEATRO SOCIAL

Cualquier relación inicial que queramos realizar entre el teatro e intervención social nos conduce sin duda a los orígenes del Teatro del Oprimido de Augusto Boal.

El Teatro del Oprimido fue creado por Boal director teatral brasileño, en la década de los 60. Desde sus orígenes esta metodología busca promover el teatro como un instrumento eficaz para el análisis y reflexión colectiva de problemas sociales y su transformación, por lo que hay una intencionalidad clara en que el teatro sea una herramienta en la intervención social.

Su teoría y práctica inspiradas en la Pedagogía del Oprimido de Paulo Freire y en el teatro popular, posibilitó hacer extensible la práctica del teatro a cualquier persona, proponiendo transformar al espectador (ser pasivo) en protagonista de la acción dramática (sujeto creador).

“El Teatro del Oprimido es teatro en la acepción más arcaica de la palabra: todos los seres humanos son actores, porque actúan y espectadores, porque observan. Somos todos especta-actores. El espectador ve, asiste, pero el espect-actor ve y actúa o mejor dicho ve para actuar en la escena y en la vida.” (Boal, 2002: 21)

Boal propuso un teatro que llevara al público más allá de la reflexión, potenciando una actitud crítica y participativa. Su metodología estaba encaminada a posibilitar en el espectador tanto mecanismos de análisis como de participación y transformación frente a sus problemas colectivos y para ello, los espect-actores inciden en la propia escena. Los textos en el Teatro del Oprimido son contruidos en equipo, a partir de hechos reales y problemas

sociales de una comunidad: discriminación, el paro, los prejuicios, el trabajo, la violencia de género... Así Boal rompía con el concepto más clásico del teatro y ofrecía al hecho teatral una dimensión nueva: herramienta social, política, cultural, pedagógica y terapéutica.

Como método pedagógico el Teatro del Oprimido crea el espacio idóneo para que los participantes apropiándose de las técnicas dramáticas y del espacio teatral, amplíen sus posibilidades de expresión. Al eliminar las barreras entre espectadores y actores (de ahí los espect-actores), se favorece un diálogo activo y democrático planteando que “todos debemos hacer teatro para averiguar quiénes somos y descubrir quiénes podemos llegar a ser” (Boal, 2006). Según Klein la línea boaliana es, por definición, “la de un teatro de la intervención, susceptible de ocupar todos los espacios de la vida social y de interesar a todas las categorías de la población” (1999: 18)

[...]; El acto de transformar es transformador! Transformando la escena, me transformo. Es en ese sentido en que podemos decir que la catarsis del Teatro del Oprimido es purificadora: nos purifica de nuestros bloqueos y ensancha los atajos que queremos tomar para transformar nuestra vida. (Boal, 2004: 95).

Compuesta por un conjunto de ejercicios, juegos y técnicas teatrales que tienen por objetivo redimensionar al teatro como medio de concienciación y transformación, el Teatro del Oprimido plantea la práctica del arte escénico para intervenir sobre nosotros y sobre nuestro entorno: transformarnos y transformarlo.

Nacidos en el mismo tiempo, los paradigmas del teatro de Boal mantienen estrechas relaciones con la Pedagogía del Oprimido de Paulo Freire. El trabajo extenso y profundo de Freire plantea el enfoque socio-cultural en la educación, para ello antepone la concepción “bancaria” de ésta como instrumento de opresión a su concepción “problematizadora” como instrumento de liberación. (Diniz, 2012)

Los hombres son seres de la praxis. Son seres del quehacer, y por ello diferentes de los animales, seres del mero hacer. Los animales no “admiran el mundo”. Están inmersos en él. Por el contrario, los hombres, como seres del quehacer “emergen del mundo y objetivándolo pueden conocerlo y transformarlo con su trabajo. Si los hombres son seres del quehacer esto se debe a que su hacer es acción y reflexión. Es praxis. (Freire, 1992: 161)

La metodología innovadora de Boal ha dado como resultado técnicas como el Teatro Legislativo, el Teatro Invisible, el Teatro Imagen y el Teatro Fórum, así como la práctica teatral en su vertiente terapéutica conocida como El arco iris del deseo.

Hacia un Teatro Social.

La exportación de todas estas técnicas y el firme convencimiento de Boal de que cualquiera puede hacer teatro “Todo el mundo actúa, interactúa, interpreta. Somos todos actores. Incluso los actores” (Boal, 2008: 21), nos lleva a tener una visión del teatro más cercana pudiendo utilizarlo como agente de cambio social. Llegamos así al Teatro Social.

[...] El teatro es algo que existe dentro de cada ser humano y puede practicarse en la soledad de un ascensor, frente a un espejo, en un estadio de fútbol o en la plaza pública ante miles de espectadores, en cualquier lugar... y hasta dentro de los teatros. (Boal 2012:21)

3. TRABAJO SOCIAL Y TEATRO

3.1. Aspectos comunes.

- El trabajo social se define como la profesión que promueve la transformación social.
“La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar.” [...]¹

Al teatro se le aplica a sí mismo y por sí solo, una capacidad transformadora.

- El trabajo social en sus distintas expresiones trabaja con las múltiples y complejas relaciones entre las personas y su entorno sociopersonal.

“(...) El trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno.” (...)²

- El objeto de trabajo del trabajo social es facilitar que todas las personas, grupos y comunidades desarrollen plenamente sus potencialidades para que puedan transformar situaciones carenciales y mejoren así su calidad de vida.

El teatro es una herramienta de autoconocimiento y autodescubrimiento de las propias posibilidades poniendo en juego recursos expresivos y comunicativos.

- El trabajo social está enfocado a la solución de problemas y al cambio. Los trabajadores sociales son agentes de cambio en la sociedad y como tales utilizan el dialogo como elemento fundamental en este proceso.

El teatro es un instrumento fundamental para generar dialogo, plantear alternativas de cambio y se convierte en instrumento de intervención socioeducativa en el momento en que comenzamos a usarlo como herramienta para el trabajo de grupo y el trabajo creativo.

3.2. El teatro en los niveles de actuación del trabajo social.

Atendiendo a los niveles de actuación del trabajo social, el teatro ofrece posibilidades en todos y cada uno de ellos: en el nivel individual, grupal y el comunitario.

- **Nivel individual:**

Entre las múltiples posibilidades que ofrece el teatro a nivel personal podríamos indicar que sirve para el conocimiento de uno mismo, para adquirir capacidades como saber escuchar, encontrar nuevos lenguajes de expresión, para descubrir nuevas potencialidades y posibilidades creativas generando a través del dialogo relaciones de igualdad. En este nivel se generan procesos de crecimiento para conocer-nos e identificar-nos y así analizar dónde nos encontramos y saber hacia dónde queremos ir.

Mary Richmond, en su obra clásica sobre el trabajo social con casos, ya agrupaba en dos grandes clasificaciones generales las intervenciones de los trabajadores sociales: “comprensiones” y “acciones”. A su vez esta clasificación la subdividía en comprensión de la persona y comprensión del medio afirmando que “... la verdadera habilidad profesional es la perfecta combinación de estas comprensiones y acciones, que hacen del trabajador

.....
1 Extracto de la definición de la profesión de trabajo social ofrecida por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales -FITS-, aprobada en Montreal en su Asamblea General del 26 de julio del 2000.

2 Idem del anterior

social un artífice de las relaciones humanas y sociales” (citada por Molina, 1994: 32). En esta línea Boal nos dice que el conocimiento se efectúa a través de los sentidos y no sólo a través de la razón: vemos y escuchamos (los principales sentidos de la comunicación estética teatral) y gracias a ello comprendemos (ob.,cit.,)

- **Nivel grupal:**

El teatro nos ofrece estrategias para activar competencias orientadas a la conexión con uno mismo, ‘considerarnos’ y a la relación con los otros, ‘considerarlos’. Desde el análisis de la perspectiva social, la práctica del teatro implica un trabajo de grupo, es una acción colectiva por excelencia y como tal nos ofrece pautas de integración. En él se desarrolla el sentimiento de pertenencia y el correspondiente enriquecimiento sociopersonal.

- **Nivel comunitario:**

A través del teatro podremos descubrir las posibilidades para adquirir una comprensión fundamental del entorno comunitario, transformar la “presencia” de los habitantes de la comunidad en “pertenencia”, en compromiso a partir de la valoración del rol que cada uno ocupa en este entorno y sus posibilidades de transformación.

3.3. La creatividad y la capacidad de empoderar.

- **Creatividad.**

El/la trabajador/a social en la mayoría de sus intervenciones produce soluciones novedosas ante problemas o circunstancias urgentes y límites, lo que hace del trabajo social una profesión para la que hay que tener capacidad creativa.

(...) el trabajador social no aplica sus conocimientos mecánicamente, sino adaptando el conocimiento, “la comprensión” a cada uno de los objetos con quienes trabaja, adaptación “acción”, que supone y requiere por parte del trabajador social capacidad, habilidad, creatividad (...). (Molina 1994: 32)

No cabe duda de la herramienta poderosa que representa el teatro para potenciar la creatividad.

- **Empoderamiento.**

Entendiendo el empoderamiento como “el proceso de autodeterminación por el que las personas, grupos y comunidades se dotan de recursos para poder participar y determinar las esferas de poder” (Úcar 1999: 217) y partiendo de la definición dada en apartados anteriores sobre el trabajo social, se hace evidente que esta profesión persigue el empoderamiento de los destinatarios de la intervención. A su vez las metodologías dramáticas o teatrales activan capacidades para que los protagonistas asuman el poder en sus relaciones. Y es que en la intervención social ¿no buscamos que las personas sean las protagonistas de su propia vida?

Tanto en el teatro como en el trabajo social se parte de la base de que todas las relaciones humanas deben desarrollarse a través de la cultura del diálogo. Así que tratemos de ofrecer herramientas para ayudar a potenciar el diálogo entre los distintos actores y actrices de la intervención social.

4. ALGUNAS TÉCNICAS APLICADAS EN EL TEATRO SOCIAL.

Existen una amplio abanico de técnicas en la práctica teatral pero hay algunas que son las que dan identidad propia al Teatro Social, hablamos del teatro foro y del teatro de la imagen, todas ellas creadas por Boal.

4.1. El Teatro Foro (Teatro Fórum)

El teatro foro es la modalidad más practicada del Teatro del Oprimido. Su desarrollo consiste en que en escena un grupo plantea un tema, normalmente un problema social. En esta escena hay personajes oprimidos y personajes opresores. Sus ideas enfrentadas hace que entren en conflicto, llegados al nudo principal es cuando aparece la figura del animador³, que invita al público a participar a través de las alternativas que plantea para resolver esa situación. Pero he aquí la esencia del teatro foro: para que estas alternativas puedan ser aplicadas deben ser planteadas en escena por el propio espectador, es decir, no se expresan verbalmente desde el patio de butacas sino que éste se transforma en actor, en “especta-actor”, se sube a escena y sustituyendo al personaje con el que no está de acuerdo propone su idea interactuando con el resto de actores. A partir de ese momento es donde verdaderamente comienza el espectáculo.

[...] El foro es el espectáculo, el encuentro entre los espectadores, que defienden sus ideas, y los actores, que contraponen las suyas. En cierto modo, es una profanación: se profana la escena, altar donde, normalmente, sólo los actores tienen derecho a oficiar. Se destruye la obra propuesta por los artistas para construir otra todos juntos. Teatro no didáctico, según la antigua acepción del término, sino pedagógico, en el sentido de aprendizaje colectivo. [...] (Boal, ob., cit.,)

4.2. El Teatro de la Imagen

Imaginemos que somos un periodista que quiere sacar una fotografía sobre un problema social, pero queremos ir más lejos (...), queremos que la fotografía recoja en sí todo el problema, que refleje y transmita el máximo de información posible, el máximo de detalles; esto es teatro imagen. (Vio, 1999: 49).

Básicamente esta técnica se realiza a través de la expresión corporal. Se trabaja en pequeños grupos de 5-6 personas, por lo que si el grupo es mayor subdividimos. Se le plantea al grupo buscar un problema (una situación de opresión) y representarlo corporalmente. Una vez tengamos la imagen la congelamos, manteniendo la posición estática, como si tomáramos una fotografía. Intentamos expresar al máximo la imagen real y para ello es fundamental que la fotografía sea el resultado de la visión de todo el grupo que participa. Con la imagen congelada cada uno de los elementos puede salir, de uno en uno para ver la misma e intervenir haciendo pequeños cambios que mejoren la imagen como si un escultor fuera, regresando nuevamente a la fotografía. Todo ello se hace en silencio sin utilizar la palabra. Deshacemos intentando retener la fotografía en nuestro pensamiento desde la emoción y desde la vivencia corporal. Ahora podemos usar la palabra: toca hablar, cómo nos sentimos,...

.....

³ Animador o “curinga” como llama Boal, es una figura que mezcla la función de animador, dinamizador, coordinador, director de teatro o moderador de los acontecimientos en el Teatro Foro.

Desde el dialogo retomamos la imagen pero ahora para modificar esa situación de opresión hasta llegar a una situación ideal: toca transformar la realidad. Esta segunda parte se realiza, al igual que la anterior, de manera pausada y en silencio. Se va pautando al grupo para que cada uno de los miembros se coloque en la imagen introduciendo las modificaciones sutiles que él/ella considera pueden transformar la situación, así cada uno ofrecerá alternativas para alcanzar una situación ideal, la imagen ideal.

PARTE II: LA PRÁCTICA TEATRAL EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL. ORIENTACIONES PARA LA PRÁCTICA.

5. DE CÓMO LLEGUÉ AL TEATRO SOCIAL.

Posiblemente el hecho de hacer teatro⁴ y a su vez trabajo social me generó la necesidad de buscar constantemente nuevas prácticas y propuestas de intervención que activasen las capacidades personales para generar cambios. Valorar la diversidad, las distintas maneras y formas que tenemos de entender el mundo e interpretarlo, valorar la importancia de que probablemente todos tenemos algo que decir y sentimos la necesidad de expresarlo y de ser escuchados.

En esa búsqueda comencé impartiendo unos talleres destinados a técnicos del ámbito socioeducativo en los que combinaba el trabajo corporal y las técnicas teatrales.

La respuesta de los participantes normalmente era bastante positiva, entendíamos que aquello que se hacía era distinto, no se sabía muy bien lo que era pero lo que sí se evidenciaba era que su efecto era bueno y que en cierta medida cubría una necesidad quizás no manifiesta hasta el momento: otra manera de hacer.

Esta nueva forma se fue configurando además de con la práctica socioeducativa y las propias inquietudes, con la experiencia directa a partir del postgrado en Teatro Social e Intervención Socioeducativa⁵ que cursé con profesores como George Laferrière, Marc Klein, Koldobika Vío, con los libros de Augusto Boal, de Fernando Bercebal y la práctica teatral que continuaba paralela al trabajo social. Posteriormente sumé a ello el dedicarme a la docencia en la enseñanza pública (en la actualidad doy clases en el IES Lila en el Valle de Jímar) lo cual me ofreció nuevas ideas y posibilidades.

Ya aquello que inicialmente no sabía muy bien cómo identificar, fue tomando cuerpo de algo concreto: el **Teatro Social**.

Es **Teatro** porque se trabaja con técnica teatral, pero a diferencia del teatro convencional no busca el resultado final de una obra ni de espectáculo alguno, al contrario, lo interesante es el proceso.

Es **Social**, porque pretende activar herramientas personales y colectivas en un entorno de creación y expresión donde el contacto con uno mismo, con el grupo y la atmosfera que éste genera, es quien lo posibilita. Así se va definiendo el trabajo de un grupo, que a partir de sus posibilidades y realidades generan un proceso y construyen un entorno expresivo propio, donde cada uno de los participantes tiene su lugar, su momento, su arte.

.....
4 Componente y fundadora de la compañía "Ivannana Teatro". Agüimes-Gran Canaria (1988-1995).
5 Postgrado realizado en la Fundación Pere Tarrés. Barcelona 2005.

6. LOS TRES ELEMENTOS

Hay tres elementos que hago confluír en esta práctica:



Los tres elementos.

Fuente: elaboración propia 2015

La vertiente creativa.

Es precisamente en lo educativo y en lo social donde encontramos en muchas ocasiones que algunos procedimientos o metodologías no activan capacidades creativas.

Básicamente la creatividad se favorece en un clima donde la imaginación es posible, permitiendo encontrar respuestas originales ante diferentes planteamientos. Creatividad que sin duda pasa por un proceso individual necesario para autodescubrirnos o re-apropiarnos de nuestras propias capacidades.

Para ello, es imprescindible generar un espacio de libertad, donde la diversidad como elemento diferenciador se convierta en un elemento integrador, donde todo vale y es posible siempre que nada se imponga.

Y es en estos espacios de libertad, donde cada uno detecta destrezas quizás inhibidas o no reconocidas para los procesos creativos, potenciando su valía personal y re-conociéndose un poco más.

La vertiente colectiva.

Vivimos en sociedad, vivimos en grupo y con grupos, los profesionales de lo social, de lo educativo trabajamos en grupo y con grupos ;¡todos formamos parte de algún grupo!! Según Laferrière “nadie puede prescindir del otro para realizar su propio proyecto personal” (citado por Koldovica, 1996: 25).

Formando parte del todo, cada participante es un elemento imprescindible y se identifica como una parte activa e identifica a los otros como agentes necesarios en la cons-

trucción de la realidad concreta que el grupo está creando, del aquí y del ahora. Así cada participante se reconoce y a su vez está reconociendo-los.

La vertiente facilitadora del diálogo.

En relación con la creatividad y la colectividad surge el diálogo. Esa necesidad que todos tenemos de expresarnos pero donde muchas veces la palabra nos impide llegar, si ofrecemos otros lenguajes de expresión estaremos dando la posibilidad de que todos puedan expresarse, puedan dialogar. En el ámbito de la intervención socioeducativa la palabra a veces la dominan unos más que otros, así que ofrezcamos posibilidades para que la participación y por tanto el diálogo, se haga extensible a todos.

Decía Boal que la única forma real de participación que tenemos en la sociedad es a través del diálogo, entendiendo éste como el intercambio libre entre personas libres, pero a veces el diálogo puede convertirse en monólogo y esto sucede cuando no existe libertad para una de las partes dialogantes, cuando no hay una relación de igualdad.

Es en la simbiosis de estos tres elementos, donde se estará en disposición de reapropiarnos de nuestras capacidades creativas de manera personal y colectiva, desde la presencia y la vivencia corporal hasta que la palabra, que siempre llega, tome su lugar.

7. LA METODOLOGÍA.



La metodología.

Fuente: elaboración propia 2015

El componente lúdico.

Ocupa un lugar importante en esta propuesta ya que el juego permite descentrar la atención de sentirnos observados y esto hace que fluya la participación. Por supuesto, hablamos de juegos que inviten a 'jugar' y no a sentirnos 'juzgados'. Juegos de drama y expresión, juegos con el cuerpo, con el ritmo, con la palabra, con la creación grupal, generando interrogantes ante las diferentes propuestas dadas que activen la búsqueda de respuestas para, como indica Bercebal, no quedarse uno en el mero divertimento (Bercebal, 41:1995).

Así es como creamos un espacio de juego e imaginación, un escenario donde podremos superar barreras que el entorno y el tiempo nos llevan a construir.

El trabajo corporal.

A partir de un trabajo corporal estaremos en disposición de observarnos, sentir nuestro cuerpo en movimiento e igualmente sentir-nos cuando nos paramos. Y es cuando uno se para cuando está dispuesto a recibir a otro y así se van conjugando los cuerpos, formando figuras, buscando pequeños puntos de apoyo en parejas y en grupo.

Empezando con el trabajo corporal, enlazándolo con las emociones para finalizar con el análisis racional del resultado, hacemos uso así de la metáfora de las 3C del profesor Laferrrière (2000: 112):

- Se trabaja primero con los reflejos orgánicos, es decir, el CUERPO dotado de sentidos
- Para continuar luego con los reflejos intuitivos, es decir, el CORAZÓN bajo la influencia de las emociones y los sentimientos,
- Para finalizar con los reflejos racionales, el CEREBRO, es decir, la razón bajo la influencia de las palabras.

Metodología de lo indirecto.

Si precisamente lo que se pretende es que las capacidades creativas fluyan en ningún momento los ejercicios tendrán un carácter evaluador. Fíjense que al hablar de teatro podemos pensar que vamos a ‘hacer’ para que otros nos ‘observen’, vamos a ‘ser actores’ de un ‘público’. Con la metodología de lo indirecto se permite modificar este aspecto, desviando el objeto de atención hacia el grupo y no hacia ningún miembro en particular y esto es posible aún haciendo ejercicios individuales, puesto que lo distinto es cómo los planteamos y por ejemplo, cómo proponemos a los participantes que se coloquen en el espacio.

Resulta muy interesante en este sentido hacer uso de ejercicios en dos filas, una frente a otra, en media luna, en una fila; uno sale y se coloca en la cola y sin dar tiempo prácticamente a pensar sale el siguiente...

La improvisación.

Para Vio, K y García (1999: 43) la improvisación sirve como procedimiento didáctico capaz de desarrollar en los participantes las capacidades de comunicación, de expresión, de análisis y de crítica. Improvisando estamos en un nivel que implica espontaneidad y apertura, no conocemos ni la respuesta ni tenemos preparado y fijado el camino ni el destino. Según Bercebal (1995:118) “improvisar consiste en ser capaces de reaccionar ante estímulos no preparados previamente”.

La improvisación se va introduciendo conforme el grupo se ha entrenado a través de distintos ejercicios, así el grupo estará activado para el juego dramático ;ya estamos preparados!

Un espacio sugerente.

Para que la motivación, la espontaneidad y las ganas de hacer se activen, hay que preparar el espacio para que los participantes se sientan acogidos en ese entorno de libertad en el que se les invita a participar.

- La luz, en los primeros momentos debe ser una luz tenue para crear un espacio colectivo íntimo y, conforme las propuestas se van haciendo más dinámicas ésta se va graduando un poco más.
- La música, también debe acoger y sobre todo sugerir, sugerir que todo es posible. Para ello se ha de hacer una selección de temas que estimulen e inviten al ritmo, a la calma, a reflexionar... dependiendo de lo que busquemos en cada momento, la música va a conducir al grupo, como si de la mano lo tomara para invitarlo a pasear por un espacio novedoso.

8. TALLERES DE TEATRO SOCIAL. SESIONES PRÁCTICAS

En la tabla 1 se indican algunos de los talleres impartidos en estos últimos años. Tal y como refleja los destinatarios varían desde grupos de futuros profesionales y/o profesionales en activo del ámbito socioeducativo a colectivos de intervención, como son los jóvenes en situación de riesgo social.

INSTITUCIÓN/EMPRESA ORGANIZADORA	Nº PARTICIPANTES	PERFIL DE LOS DESTINATARIOS	AÑO
MOTIVACIÓN Asesores. Gran Canaria	20	Técnicos de nivel medio y superior de FUNDESCAN (Fundación canaria para el desarrollo social)	2004
MOTIVACION Asesores. Gran Canaria	20	Técnicos de nivel medio y superior del Cabildo Insular de Lanzarote	2005
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	25	Estudiantes de trabajo social, magisterio y educación social. Otros profesionales del ámbito socioeducativo	2006
	22	“	2008
Universidad de Salamanca. XIII Escuela de expresión, creatividad y movimiento.	35	“	2011
Ayuntamiento de Arucas. Gran Canaria	15 por año	Jóvenes y adolescentes en situación de riesgo.	2011-2013
IES Pablo Montesinos IES Lila (Centros Públicos de Educación Secundaria y Formación Profesional Gran Canaria) ⁶	25-28 por curso académico	Estudiantes de Ciclos Formativos de Grado Superior de Animación sociocultural, Integración Social, Promoción de Igualdad de Género y Grado Medio de Técnico en Atención Sociosanitaria.	2006-2015

Fuente: Elaboración propia

Con metodología similar pero variando el contenido y la intensidad de las sesiones de trabajo en función de las necesidades y situación previa del grupo destinatario, la estructuración de los talleres es muy variada y va desde un trabajo corporal inicial a sesiones de teatro foro. Su duración puede ir de 3 hasta 20 horas. Así y dependiendo de la situación del grupo se plantean sesiones para trabajar:

- El cuerpo, el espacio y el tiempo: juego corporal.

.....

⁶ Aclarar que no han sido organizados por la Consejería responsable en materia educativa sino que los he incluido como herramienta en los contenidos procedimentales de los módulos que imparto en estos ciclos y como complemento al currículo profesional.

- El cuerpo, el grupo y la expresión: el teatro de la imagen y el juego dramático.
- Juego dramático y Teatro Foro.

Algunas indicaciones para la práctica de las sesiones.

Además de una preparación básica en técnica teatral es importante de cara al desarrollo de las sesiones tener en cuenta que:

- *El ritmo de las sesiones lo marca el grupo pero la persona que las imparte es quién moldea dicho ritmo y la que guía.* Todo depende de cómo sea el grupo y así se debe organizar la sesión. Sin duda, es bien distinto trabajar con un grupo ya estable, que se conoce, que tiene unos objetivos comunes, a otro que al azar se ha inscrito para asistir a un taller.
- En función de lo anterior, *las sesiones nunca son cerradas ni idénticas* sino que se van adaptando a la tipología de cada grupo.
- *No olvidar que quien improvisa es el grupo y no quien imparte las sesiones.* Las sesiones no son improvisadas aunque evidentemente en su propio desarrollo se producen cambios y ajustes. Así se pueden plantear sesiones más dinámicas, menos dinámicas, de escucha, de acción,...
- *Las actividades y ejercicios que se proponen no son planteados de manera aislada* sino que atendiendo a la metodología indicada, se encadenan progresivamente.

Antes de dar paso al desarrollo de alguna de estas sesiones me gustaría indicar que entre los ejercicios y técnicas propuestas encontrarán algunos que no son originales, otros que he ido transformado a partir de unos previos y también aquellos que sí han sido creados por mí a partir de la práctica desarrollada.

SESIONES.

- **SESIÓN: El cuerpo, el espacio y el tiempo: juego corporal.**

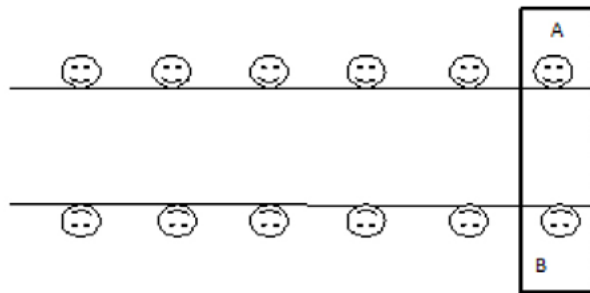
Esta sesión comienza con un calentamiento grupal que permita desinhibir y generar confianza. Lo único que se les pide a los participantes es que “hoy” no usaremos la palabra... Haciendo uso de la expresión corporal que paulatinamente va pasando del trabajo individual al colectivo, trabajo que denomino “Expresión en movimiento”.

Realizamos posteriormente una serie de juegos corporales como los que vienen a continuación pero, antes de plantearlos es importante darles una serie de consignas: no debe existir desplazamiento de la fila donde cada uno se encuentra y que deben estar frente a frente. Asimismo, las filas deben contar con espacio suficiente la una de la otra pero que no impida observarse claramente. Igualmente indicar a los participantes que no pueden usar otro elemento que no sea su propio cuerpo.

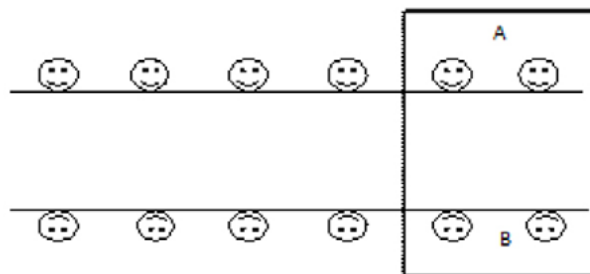
Las fotografías:

Todo el grupo dividido en 2 filas, cada uno tiene al frente a otro, ya tenemos las parejas: A y B. B cierra los ojos y A adopta una postura significativa, B abre los ojos, los vuelve a cerrar y reproduce la imagen. B abre los ojos y ambos comprueban que la imagen es la misma.

De ser así ahora es B quien propone si no, será A quien continúe iniciando el juego.



Ahora el juego se amplía a 4 miembros. Tomamos una pareja de la misma fila, formando así dos parejas enfrentadas. La pareja de la fila B cierra los ojos, la pareja de la fila A forma una imagen con contacto físico. B abre los ojos, los cierra y así, ciegos, deberán reproducir la misma imagen de A. Igual que en la secuencia anterior, si se comprueba que la imagen reproducida es la fotografía original, pasa el turno a la otra pareja, si no, vuelta a empezar.



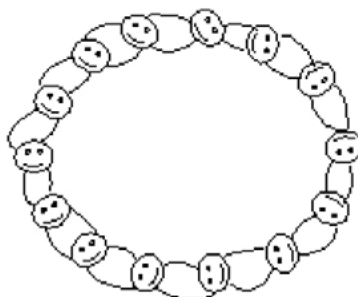
De los 4 pasamos solo a 2 grupos. Grupo A y B. La fila A adopta una postura significativa formando una única imagen o varias consecutivas. B abre y cierra los ojos, y así como ciegos tendrán que reproducir la imagen propuesta por A. Una vez reproducida la imagen, abren los ojos y ambos grupos comprobarán que la imagen es idéntica.



Masaje grupal:

Finalizamos esta primera sesión con un masaje en grupo que progresivamente terminará en un abrazo colectivo.

.....
7 Los gráficos con los que ilustro este apartado pretenden simplemente clarificar los ejercicios planteados.



• **SESIÓN: El cuerpo, el grupo y la expresión. Teatro de la imagen y juego dramático.**

Comenzamos con un breve ejercicio de estiramiento y relajación para posteriormente realizar diferentes propuestas que nos aproximen a las improvisaciones y al juego dramático.

En esta sesión hay una alfombra con múltiples elementos en el suelo: sombreros, pelucas, telas, pelotas, gorros, telas, collares, gafas ... todo ello se colocará en una parte del espacio de trabajo. Con esto surge un elemento muy atractivo puesto que “hay posibilidad de transformarnos”, jugar siempre con la sorpresa motiva muchísimo al grupo y sugiere múltiples posibilidades.

Construyendo historias:

Se trabaja en pequeños grupos de 4-5 personas. Se les ofrecen a todos las mismas obras pictóricas más o menos conocidas: los Borrachos, las Meninas, las Hilanderas. Esta es la consigna: cada grupo deberá seleccionar la que más le guste. Una vez que todos hayan escogido se debe llegar al consenso para elegir una única imagen sobre la que todo los participantes van a trabajar.

- Escogida la imagen cada grupo deberá reproducirla corporalmente haciendo uso de cuantos elementos quiera apropiándose del espacio con total libertad. Ensayan y pasamos a la puesta en común.
- El público deberá analizar cuál es el foco de atención de la imagen, quién es el que soporta mayor presencia. Se les hace saber que ese foco lo pueden modificar hasta llegar a la imagen ideal.
- ¿Qué pasó para llegar a este final? Se les plantea el construir la situación previa que dio lugar a esa fotografía pero sin usar la palabra.
- Introducimos la palabra. Ya tenemos una historia previa pero ahora debemos crear el dialogo. Para ello vamos a construir los distintos personajes. Como cada miembro del grupo ya tiene un personaje asociado ahora se trataría de saber cómo es, quién es, pero ¿cómo? Pues haciéndole una pequeña entrevista. El resto de miembros de su grupo debe formularle preguntas de cualquier índole a las que debe responder desde su personaje.
- Una vez realizada la entrevista ya podemos construir el argumento de cada historia grupal. Para ello utilizaremos los tres elementos fundamentales del juego teatral: la presentación de la historia, el nudo y el desenlace. A partir de aquí ya el dialogo brotará por sí solo.

- Preparación de las dramatizaciones y a disfrutar de las historias.

Al final asistimos a la representación de pequeñas obras distintas teniendo todas como referencia una misma imagen.

- **SESIÓN: Juego dramático y Teatro Foro.**

En esta sesión trabajamos el teatro foro pero a partir de las pautas del juego dramático:

- Selección de la situación a representar. Todo el grupo deberá escoger el mismo tema. Este tiene que resultar de interés para todos los participantes.
- Distribución de papeles: siguiendo la técnica del ejercicio ‘construyendo historias’ trabajamos los distintos personajes.
- Pasamos al desarrollo de la historia, siguiendo el esquema de: presentación de la situación y nudo o aparición del problema.

Cada grupo hace el mismo trabajo. Ensayan y modifican. Una vez realizado este trabajo, dispondremos el espacio de trabajo de manera que la situación se pueda representar y pueda ser observada por el resto de los participantes, llevando a cabo las dramatizaciones. De todas debemos seleccionar una sobre la que trabajaremos el teatro foro; parando la escena, introduciéndonos en ella como actores y actrices para realizar las aportaciones que consideremos pueden cambiar la situación desventajosa planteada.

Finalizadas las representaciones podremos analizar su desarrollo, cómo se han ido transformando, las aportaciones realizadas, la importancia de la participación,... en definitiva, todo lo que el teatro foro haya podido sugerirnos.

9. A MODO DE SÍNTESIS.

Propongo estos talleres con la finalidad de ofrecer herramientas desde la práctica teatral para potenciar la creatividad y facilitar la expresión sugiriendo caminos que permitan descubrir, imaginar y dialogar.

En estos momentos de inquietud social en los que parece que vamos dando paso a procesos de cambios sociopolíticos y quiero pensar que esperanzadores, se hace imprescindible dotar a este oficio de nuevas estrategias que visibilicen su capacidad creativa para activar cambios.

Sin duda, todo aquello que propongamos y que suponga acción, dinamismo y participación podrá acompañarnos de la mano por este complejo e interesante mundo del trabajo social.

Quitar esa pequeña tilde que anda entonando el ámbito de la intervención socioeducativa de que esta disciplina es mucho más burócrata que transformadora. En sí el término burocracia parece ser opuesto a la acción, aparece paralizante y monótono.

Devolvamos la magia de la creatividad a esta maravillosa profesión y no olvidemos que

las capacidades expresivas y creativas están presentes en todos y todas, tan solo hace falta activarlas.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. (2009). *Cómo animar un grupo*. Madrid: CCS
- Bercebal, F. (1995). *Drama*. Ciudad Real: Ñaque
- Bercebal, et al. (2000). *Con los pedagogos de hoy*. Ciudad Real: Ñaque
- Bercebal, F. (2003). *Un taller de drama*. Ciudad Real: Ñaque
- Boal, A. (2008). *Juegos para actores y no actores*. Barcelona: Alba
- Boal, A. (2004). *El arcoíris del deseo*. Barcelona: Alba
- Font, J. et al. Educación Social. Revista de Intervención socioeducativa, nº 28. Barcelona (septiembre-diciembre 2004).
- Freire, P. (1997). *Pedagogía del Oprimido*. Madrid: Siglo XXI
- García, C. (2005). *Educación la mirada. Arquitectura de una mente solidaria*. Madrid: Narcea
- Laferrière, G. (1999). “La pedagogía teatral: una herramienta para educar.” *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 13, (pp. 54-66)
- Laferrière, G. (2001). *Prácticas creativas para una enseñanza dinámica*. Ciudad Real: Ñaque
- Motos, T. (2005). *Práctica de la expresión corporal*. Ciudad Real: Ñaque
- Moreno, J. y Paredes, J. (2005). *Hacer, sentir, pensar*. Ciudad Real: Ñaque
- Ridocci, M. (2005). *Creatividad corporal*. Ciudad Real: Ñaque
- Vega Lezcano, G. et al. (2012). “Teatro social: el drama y la expresión como herramienta socioeducativa”. *Expresión corporal: investigación en la práctica*. Madrid: AFAYEC. Coterón y G. Sánchez (editores) (pp. 47-59)
- Ventosa, V. (1998). *Manual del Monitor de Tiempo Libre*. Madrid: CCS
- Vio, K. (1996). *Explorando el match de improvisación*. Ciudad Real: Ñaque
- Vio, K. (1999). “El teatro imagen”. *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, 13, (pp.38-52)
- Vio, K. y García, J. (1999). “Un acercamiento lúdico al mundo de la expresión: El Match de improvisación”. *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, 13, (pp.33-46)

Publicaciones en formato electrónico:

- Diniz, E. (2012). TEATRO DO OPRIMIDO E EDUCAÇÃO POPULAR DO CAMPO: articulações entre o pensamento e obra de Paulo Freire e Augusto Boal com uma experiência em Minas Gerais. <http://institutoaugustoboal.files.wordpress.com/2013/04/dissertac3a-7c3a30-mestrado-emiliana-marques-1.pdf>
- Molina, M. Las enseñanzas del trabajo social en España (1932-1983). Estudio sociocultural (pag 32) Universidad Pontificia de Comillas (1994) <http://books.google.es/books?id=jd9YzYwncy8C&pg=PA32&lpg=PA32&dq=trabajo+social+hay+que+contemplarla+en+sus+tres+caras&source=bl&ots=3g55SRjqkD&sig=p8zvHPn8W69DdqnuXk>

XJkoc5AXo&hl=es&sa=X&ei=_th8U5iCKNDaoQW2v4CQAw&ved=oCDMQ6AEwAA#v=onepage&q=trabajo%20social%20hay%20que%20contemplarla%20en%20sus%20tres%20caras&f=false

- Úcar, J. Universidad Autónoma de Barcelona. Teoría y práctica de la animación teatral como modalidad de educación no formal https://www.academia.edu/269572/Teoria_Y_Practica_De_La_Animacion_Teatral_Como_Modalidad_De_Educacion_No_Formal

Estudio de satisfacción del usuario/a del Servicio de Atención de Trabajo Social Hospitalario

Eva Ortiz Forcadell

Trabajadora Social en el Hospital Universitari y Politècni La Fe de Valencia

Resumen

La medida de la satisfacción de los/as usuarios/as de los servicios sanitarios es cada vez más valorada como instrumento para poder mejorar la calidad. Hay abundantes estudios que miden la satisfacción de los/as usuarios/as hospitalizados o que acuden a consultas médicas. Este estudio es el primero en España que mide la satisfacción de los /as usuarios/as atendidos/as en el servicio de atención de una unidad de trabajo social hospitalaria. Objetivo: Medir el grado de satisfacción del usuario/a atendido/a en el servicio de atención de la unidad de trabajo social del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, basándose en cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad de la información y claridad en la explicación del profesional.

Método: se elaboró un cuestionario ad hoc que se pasó a una muestra de 897 usuarios/as atendidos/as entre los meses de enero a abril de 2015. El cuestionario contaba con cuatro preguntas relacionadas con los indicadores de calidad, se recogían también datos demográficos, edad y sexo, y se incluía un apartado para observaciones. Se ha realizado tanto el análisis descriptivo, como cualitativo mediante la codificación de los comentarios. Resultados: El índice de participación fue de un 47% (419 cuestionarios recogidos). El 87'5% de usuarios/as esperaron a ser atendidos/as menos de 15 minutos, un 84 % dijeron haber sido muy bien atendidos. A un 96'4% les resultó de mucha utilidad la información recibida y un 96'9% indicaron mucha claridad en la información. El 78'8 % no contestó al apartado de observaciones. Conclusiones: Los/as usuarios/as están satisfechos/as con el trato y la información recibida en el servicio de atención.

Palabras claves

Calidad, Indicadores, Satisfacción, Secreto profesional, Trabajo social, Unidad de trabajo social, Usuario.

Abstract

The measurement of satisfaction of users of health services is increasingly valued as a tool to improve quality. There are numerous studies that measure the satisfaction of users who are hospitalised or that attend a medical appointment. This is the first study in Spain to measure satisfaction of users attended at the care service of a hospital social work unit.

Goal: To measure the degree of satisfaction of users attended at the care service of the social work unit at Le Fe, the Hospital Universitari i Politècnic of Valencia, based upon four quality indicators: waiting time, kindness offered in the service, usefulness of the information and clarity in the explanations given by the professional. Method: An ad hoc questionnaire was elaborated. It was passed to a sample of more than 897 users treated between January and April 2015. The questionnaire had four questions related to quality indicators, demographic data, age and gender and a section for comments was also included. Both, the descriptive analysis and the qualitative analysis, were made by encoding the comments. Results: The participation rate was 47% (419 questionnaires collected). 87.5% of users waited to be attended less than 15 minutes, 84% said they had been very well attended. 96'4% found the information provided very useful and 96'9% indicated that the information was very clear. 78'8% did not answer to the comments section. Conclusions: Users are pleased with the attention and the information received in the service.

Keywords

Quality, Indicators, Satisfaction, Professional secret, Care/Social work, Social work unit, User.

INTRODUCCIÓN

En febrero del año 2011, el hospital La Fe de Valencia, situado en el barrio de Campanar, realizó su traslado a sus nuevas instalaciones ubicadas en el barrio de Malilla. Era la primera vez que se producía un acontecimiento de tal envergadura en nuestra ciudad. Se pasaba del concepto de ciudad sanitaria tal como fue diseñado el viejo hospital, en dónde se daba una separación por pabellones, a una concepción nueva y diferente, en dónde en un único edificio se integran los cinco antiguos pabellones.

Este hecho supuso un cambio de mentalidad y un gran esfuerzo, tanto para los profesionales del hospital, como para los propios usuarios/as, pues todos tuvieron que adaptarse a un nuevo espacio y a unos nuevos esquemas de trabajo.

En el viejo hospital La Fe, las trabajadoras sociales estaban ubicadas en los diferentes pabellones. Así nos encontrábamos con que había tres trabajadoras sociales en el pabellón de rehabilitación, siendo una de las tres referente para psiquiatría y las otras dos para traumatología y rehabilitación. En el pabellón central se encontraban cinco trabajadoras sociales y una sexta integrada en la unidad de hospitalización domiciliaria. En el pabellón de la maternidad se encontraban otras dos trabajadoras sociales, así como otras dos en el pabellón infantil. En total sumaban 13 trabajadoras sociales para la atención de los distintos servicios y salas de hospitalización de los pabellones arriba mencionados.

Al producirse el traslado al nuevo hospital La Fe, la unidad de trabajo social, se situó en la planta baja del edificio, ahora dividido por torres que no por pabellones y con ello se mejoró el acceso de los/as usuarios/as a la unidad.

Las trabajadoras sociales contaban con despachos independientes para cada una de ellas, pero integradas en una misma unidad.

Antes, las trabajadoras sociales prestaban el servicio de atención a los/as usuarios/as, en los despachos de sus respectivos pabellones, en el nuevo hospital se contaba ahora con dos únicos despachos situados en la entrada de la Unidad de trabajo social, uno para los adultos y otro para infantil.

Tras estas dos salas, se abre una puerta de acceso a la Unidad en donde se encuentran los trece despachos destinados a cada una de las profesionales.

Las dos trabajadoras sociales de infantil, se turnarían cada día para atender en el despacho de atención infantil y de las otras, ocho trabajadoras sociales, atenderían cada día en el despacho de atención a adultos, en turnos rotatorios.

Tras cuatro años trabajando en el nuevo hospital, se consideró que era el momento idóneo para llevar a cabo una evaluación de nuestra actividad diaria. Cuatro años era tiempo más que suficiente para que toda la plantilla hubiese superado el proceso de adaptación y que se planteara evaluar su labor. Y entonces se pensó que se comenzaría por el principio. El primer acceso a la Unidad de trabajo social es el servicio de atención e información. Se comenzaría evaluando este servicio, desde la perspectiva de los/as usuarios/as que acuden diariamente tanto para atención infantil, como para atención de adultos. Se planteó que la mejor forma de recoger la opinión de nuestros usuarios/as sería utilizando un breve cuestionario estándar, que contendría cuatro preguntas basadas en cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad de la información y claridad en la explicación del profesional.

El cuestionario también contaría con un apartado para las observaciones y sugerencias que los/as usuarios/as quisieran aportarnos libremente.

De esta forma, una vez analizada la información obtenida de los cuestionarios, podríamos plantearnos áreas de mejora con el fin de ser aplicadas en este servicio, y así ofrecer a nuestros usuarios/as una atención de mayor calidad.

Entre los objetivos más significativos del Plan Estratégico del Departamento de salud Valencia-La Fe, figura la mejora continua de la calidad de los servicios y su orientación al usuario y por tanto es evidente que la medida de la satisfacción de los usuarios/as se constituye como uno de los principales objetivos.

Aproximadamente desde el año 2006, se vienen administrando evaluaciones continuas en el hospital, a través de cuestionarios que miden la satisfacción del usuario, tanto a nivel de hospitalización, como de Consultas Externas. Evaluaciones que recoge el SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente) y que posteriormente son evaluadas por la Unidad de Gestión de Calidad, perteneciente a la Dirección de Calidad del Hospital.

Sin embargo, en la Unidad de trabajo social del hospital, nunca se ha realizado una evaluación del trabajo desarrollado desde el servicio de atención que se ofrece (ni de forma interna ni externa). Con esta investigación, se ha pretendido cubrir este vacío. Del resultado de esta investigación se beneficiará no solo el usuario potencial (nuestro principal cliente), sino la misma Unidad de trabajo social conociendo sus fortalezas y sus debilidades y por extensión la organización sanitaria de la que se forma parte.

MARCO TEÓRICO

Desde la perspectiva teórica, definiremos el concepto de calidad, su evolución histórica, la legislación que la contempla, qué entendemos por calidad aplicada al trabajo social, factores que la dificultan, así como la satisfacción del usuario/a como medida de calidad desde el trabajo social, para finalizar revisando el código deontológico de trabajo social, como principal guía de actuación para desempeñar una intervención de calidad.

1. El concepto de calidad.

Canet i Ponsa (2010:159) nos dice que “la calidad es un camino sin fin y parte integral del trabajo cotidiano, es necesario asumir el valor del aprendizaje, asumir el valor del error y asumir el riesgo”. Cuenta la autora, que en la cultura china hay dos pictogramas que vienen a explicar el significado de “cambio”. Uno representa el peligro, el segundo la oportunidad. Nos exponemos al peligro y a la vez a la apertura de nuevas oportunidades.

Tenemos que enfrentarnos al riesgo de cambiar nuestras formas de trabajar, pues es la única forma de encontrar nuevas oportunidades. Para los/as trabajadores/as sociales cambiar es una oportunidad de abrirse a nuevas perspectivas, todavía desconocidas para nosotros/as.

Canet i Ponsa (2010:129) cuenta que Almagro Marcos (2007) dijo en una ponencia sobre calidad asistencial que “La existencia de la calidad carece de sentido si se es incapaz de evaluarla, solo mediante la continua evaluación se pueden corregir las desviaciones que se producen sobre una calidad ya establecida y esto hace necesario un sistema de control de calidad”.

De nuevo Canet i Ponsa (2010:130) vuelve a contar que Manzaneda (2007) también en otra ponencia sobre la calidad asistencial comentó que “Los profesionales, en cualquiera de los niveles de la organización, también serán responsables ante sus pacientes, ante la sociedad como tal, ante ellos mismos y sus compañeros, de llevar a cabo, metodologías de evaluación de sus procesos y resultados, como elementos de mejora continua de los servicios prestados”. Continuando con el concepto de calidad encontramos que Villalobos Hidalgo (2010:45) dice: “necesitamos entender la calidad como una estrategia metodológica que impregna toda la organización al igual que la ética, que debería estar presente en todos y cada uno de los actos que realizamos por y para la organización “,y continúa diciendo que “Como todo proceso estratégico, debe ser liderado por la dirección de las organizaciones sanitarias, pero es responsabilidad de “Todos y cada uno” de los profesionales que trabajan y que viven de la organización”. Para Villalobos Hidalgo (2010:46) “La Calidad bien entendida empieza por uno mismo”.

Bengoa y Celorio (2000) comentan que la administración sanitaria dentro de las nuevas políticas sociales, tiene la necesidad de redefinir su papel como proveedor directo e indirecto de servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población, y aparecer como garante de la calidad de los mismos. García y Sobremonte de Mendicuti (2002) consideran que la cultura de calidad aparece porque se cree que cualquier servicio prestado puede ser mejorado, y que en su desarrollo aparece mucha ineficacia, lo que lleva a una disminución de la calidad del servicio y a un aumento de los costes económicos. En las empresas de servicios, los resultados son intangibles a diferencia de las empresas de producción, y resulta más difícil medir los resultados. A esto se añade, la muy extendida idea de que cada uno

hace las cosas lo mejor que puede e introducir cambios, produce muchas reticencias en los profesionales. El resultado es el rechazo a introducir una metodología de calidad, por temor a ser controlados en el desempeño de nuestra labor y por pensar que el beneficio va a ser para la empresa y no para el/la usuario/a. La propuesta de introducir esta metodología de calidad repercutirá sin duda en los profesionales del trabajo social sanitario como un miembro más de la organización sanitaria.

2. Evolución histórica del término calidad.

Vamos a revisar cuáles han sido los inicios así como la evolución histórica del término CALIDAD (Moscardo, 2009). Si nos remontamos en la historia de la humanidad, ya en el Código de Hammurabi (1790-1750 a.C.) apareció la primera preocupación acerca de la calidad referida al área de la construcción de las viviendas con arreglo a la responsabilidad que adquiriría el arquitecto si la casa diseñada se derrumbaba. El profesional respondería con su vida, la de sus hijos, con sus esclavos o con sus bienes.

También los fenicios aplicaron acciones correctoras si la calidad no era asegurada; los inspectores de trabajo podían cortar la mano de aquellas personas que no habían actuado responsablemente en la consecución de un producto de calidad.

El término calidad, ha pasado por diferentes etapas en la historia. Encontramos una primera etapa a la que llamaremos Artesanal. En esta el artesano producía y a la vez inspeccionaba el resultado final del producto. Como conocía el fin último del producto, se preocupaba por que este estuviese bien confeccionado, buscando satisfacer a su cliente y así como a sí mismo, con una producción limitada.

En la etapa de la revolución industrial, lo importante pasa a ser fabricar mucho, no importando la calidad del producto. La calidad se medirá según la demanda que se produzca del producto. Si había mucha demanda, significaba que el producto era de calidad. El trabajador especializado, pierde el contacto directo con el producto final y por tanto pierde interés por el mismo. Los inspectores son los que pasan a revisar el producto, y al separar los procesos de producción y de inspección, los trabajadores producen, pero no inspeccionan.

Durante la etapa de la posguerra, se plantean dos formas diferentes de abordar la calidad. Por un lado los japoneses piensan que las cosas hay que hacerlas bien, hay que minimizar costes mediante la calidad, hay que satisfacer al cliente, ser competitivo y evolucionar hacia la Gestión Total de la Calidad. Esta idea se enfrenta a la opción elegida por el resto del mundo, que era la de producir cuanto más mejor, para satisfacer la gran demanda de bienes causada por la escasez de la guerra, predominando las técnicas de Control de Calidad y posteriormente el Aseguramiento de la Calidad.

La Gestión Total de Calidad para el mundo japonés, supuso dar un enfoque más humano al problema de la calidad, constituyendo así una teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente, tanto externo como interno, siendo altamente competitivos y persiguiendo la mejora continua. Esta teoría incorpora a todo el personal en la mejora de la calidad, y busca el aprovechamiento de las capacidades de todos para implicarlos en un proceso de mejora continua.

Mientras tanto, para el resto del mundo, el Control de Calidad se entendió como las técnicas de inspección en producción con la finalidad de evitar la salida de bienes defectuosos,

y la consecución de la satisfacción de las necesidades técnicas del producto. El Control de Calidad radica entonces en inspectores externos y expertos en Calidad, en dónde el trabajador ya no cuenta para nada. Posteriormente el Aseguramiento de la Calidad se entendió como los sistemas y procedimientos de la organización que esta lleva a cabo para evitar que se produzcan bienes defectuosos. Podemos comprobar una evolución con respecto al término anterior. Aquí se está hablando ya de EVITAR, para poder satisfacer al cliente externo, prevenir errores, reducir costes y ser competitivo.

Para poder saber si el proceso está ocurriendo cómo esperábamos, es necesario monitorizarlo mediante la recogida de información clave que posteriormente tendremos que analizar. No se puede mejorar aquello que no se conoce. Para medir el funcionamiento del proceso se suelen utilizar los INDICADORES DE CALIDAD. Indicadores de la eficacia y eficiencia que nos determinen lo bien o lo mal que un proceso cumple con las expectativas de los destinatarios del mismo. Esta monitorización es la que se pretende llevar a cabo en el marco de la presente investigación. En esta evolución del término calidad no se puede obviar la importancia de William Edwards Deming, considerado como el máximo experto en Gestión de Calidad y precursor de la llamada Tercera Revolución Industrial (Moscardo, 2009). Deming, basó el éxito de la aplicación de la Calidad en 14 principios que se exponen a continuación, los cuáles contribuyeron al levantamiento del imperio japonés después de la II Segunda Guerra Mundial.

- Crear un hábito de constancia en la mejora de productos y servicios.
- Adoptar una nueva filosofía. Estamos en una nueva era. Los gerentes occidentales deben tomar el LIDERAZGO hacia el cambio.
- Dejar de depender de la inspección para alcanzar la calidad
- Terminar con la práctica de otorgar compras en base al precio. En su lugar, minimizar el costo total.
- Mejorar constantemente los procesos de planificación, producción, y servicio para mejorar la calidad.
- Instituir el entrenamiento en el trabajo diario de todos los trabajadores, empleados y gerentes.
- Adoptar e instituir el liderazgo. El objetivo de la supervisión debe ser el de ayudar a la gente.
- Eliminar el miedo, de forma que la gente haga su mejor esfuerzo de trabajar con efectividad porque ellos quieren que la empresa tenga éxito.
- Romper las barreras entre los trabajadores de los diversos departamentos o categorías.
- Eliminar el slogan o frases hechas, exhortos y metas para los trabajadores, pidiéndoles cero defectos y nuevos niveles de productividad.
- Eliminar cuotas numéricas para los trabajadores o para la gerencia. Sustituirlas por liderazgo.
- Retirar las barreras que le roban a la gente el orgullo de su mano de obra y sus logros personales.
- Instituir un programa vigoroso de educación y auto mejora para cada trabajador. Permi-

tirles participar en la elección de las áreas de desarrollo.

- Poner a cada quién en la empresa a trabajar, el logro de la transformación. La transformación es el trabajo de todos.

Con estos principios, Deming nos aportó una serie de ideas de lo que debería ser la Gestión de la Calidad Total y de cómo deberían las empresas llevar a cabo su trabajo, con el único objetivo de perseguir la excelencia. El proceso de auto evaluación ofrece a las organizaciones la oportunidad de aprender sobre sus puntos fuertes y débiles, sobre lo que significa Excelencia para ella, sobre la distancia que ha recorrido la organización en el camino para conseguirla, cuánto le queda todavía por recorrer y como se compara con otras organizaciones.

3. La calidad en la legislación sanitaria.

Nos referimos de una forma breve a determinadas leyes del ámbito de la salud en dónde se habla del término calidad.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de Abril cita así en su artículo 69:“La evaluación de la calidad de la asistencia prestada debe ser un proceso continuado que afecte a todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. La Administración Sanitaria establecerá normas de evaluación de la calidad asistencial oídas las sociedades Científicas Sanitarias”

En la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de Mayo se dice que dicha Ley regula las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección a la salud, garantizando la equidad, la calidad y la participación social. En el capítulo VI de esta misma Ley se trata con especificidad el tema de la calidad, estableciendo el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas, concretándose en los elementos que configuran las infraestructuras de la calidad, que comprenden normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de prácticas clínicas y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

El Plan de Calidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, elaborado por la Secretaría de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de Marzo de 2003 tiene como propósito incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrece herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas en su objetivo de mejorar la calidad.

En la reciente Ley 10/2014, de 29 de Diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Salud de la Comunidad Valenciana. DOCV nº 7434/31-12-2014, encontramos dos referencias acerca de la calidad. En su artículo 3, sobre principios rectores se cita textualmente en su punto 1.i) “Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal, los principios que rigen esta ley son los siguientes: Evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios y de los resultados de las actuaciones y programas sanitarios”.

En su artículo 10, sobre garantía de calidad y seguridad, afirma en su punto 1 que “los proveedores de la asistencia sanitaria deberán prestar una atención de calidad centrada en

el paciente que tenga en cuenta, entre otros aspectos, la efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad, y seguridad “y continúa diciendo en su punto 2 que “la Conselleria competente en materia de sanidad impulsará la implantación de sistemas de gestión de calidad y seguridad en los centros sanitarios públicos y privados”.

4. La calidad aplicada al trabajo social.

La introducción de la metodología de calidad, tiene sin duda repercusión en los/as trabajadores/as sociales. García y Sobremonte de Mendicuti (2002) proponen revisar los principales elementos implicados en nuestra práctica profesional de trabajo social con el propósito de conducirnos a una reflexión acerca de si aplicamos o no en nuestro trabajo esa metodología de calidad de la que venimos hablando todo este tiempo. Según las autoras, los/as trabajadores/es sociales tienen que conocer cuál es la misión de la organización para la que trabajan, sus objetivos, su esquema organizativo y sus procesos asistenciales. Igual que se tiene que conocer cuál es la misión del trabajador/a social dentro de la organización, cuál es la razón de ser de su presencia en el seno de la organización, y como y de qué forma adecuarse a la misión de ésta.

El/la trabajador/a social, debería conocer qué expectativas en relación a su misión, tienen los/as usuarios/as, los profesionales con los que se trabaja, y los responsables de la organización que les ha contratado. Qué esperan unos y otros del desempeño profesional del trabajo social y dónde pueden producirse conflictos o divergencias. Se deberían conocer, así mismo, los objetivos de las intervenciones sociales y en qué medida coinciden o se complementan con los objetivos de salud del resto de los profesionales. Se tendría que revisar si existen los cauces o canales de comunicación adecuados con los diferentes niveles jerárquicos de la organización, y si dicha comunicación es fluida y correcta. Preocuparse por conocer cuáles son los procesos de trabajo que se están llevando a cabo por parte de los trabajadores sociales, si están planificados, definidos, secuenciados, consensuados, y documentados, o bien cada trabajador/a social desarrolla su trabajo según su buen hacer y entender. Saber si los procesos de trabajo se llevan a cabo “libremente” o bien están enraizados en algunos de los procesos asistenciales generales y de qué manera. Revisar si las bases y contenidos técnico-científicos del desempeño profesional están suficientemente al día y se adecuan al nivel de conocimientos teórico-prácticos existentes.

Valorar si la disponibilidad y adecuación de los elementos estructurales, es decir, los recursos físicos, humanos y técnicos son los necesarios para el cumplimiento de los objetivos y la prestación eficaz y de calidad de los servicios.

Y por último saber si tiene en cuenta quiénes son los usuarios internos y externos, los reales y los potenciales, sus necesidades y sus demandas.

Ambas autoras nos recuerdan que todas estas cuestiones nos conducen a que los/as trabajadores/as sociales, se planteen qué es lo que se debe analizar, cuáles son las debilidades, y cuáles las fortalezas, cuáles las oportunidades y cuáles las amenazas, para así poder atreverse a implantar procesos de mejora y asegurar la calidad del trabajo social.

5. Factores que dificultan la aplicación de la calidad en el trabajo social sanitario.

El/la trabajador/a sociales sanitario trabaja “a demanda”, tanto de los profesionales de la institución sanitaria (médicos, enfermería, usuarios...) como de los profesionales de otras instituciones (servicios sociales, educación...). Estas demandas se realizan, según las expectativas que cada uno tiene de lo que puede esperar del trabajador social, como de sus propias necesidades e intereses. Trabajar “a demanda”, significa tenerse que adecuar al tiempo que los otros te van marcando y que no siempre coincide con el tiempo que sería deseable para realizar una buena intervención social, por lo que de resultas no se cumplirían las expectativas ni de los usuarios, ni de los/as trabajadores/as sociales (García & Sobremonte de Mendicuti, 2002).

Los servicios que ofrece el/la trabajador/a social, según Canet i Ponsa (2010) son intangibles, son de producción y consumo simultáneo, se encuentran con dificultad de estandarización, y si no hay un/a usuario/a, no podemos ofrecer un servicio. A usuarios distintos, expectativas distintas y niveles de calidad diferentes. El sistema sanitario tampoco facilita mucho la labor, pues las unidades de trabajo social navegan entre dos aguas, las del sistema de salud y las del sistema social. Este problema se ve acentuado debido a que la legislación sanitaria, no ha sido lo suficientemente esclarecedora con respecto a nuestras funciones dentro de este ámbito. Veamos pues dos ejemplos que nos aportan luz a este respecto. Por un lado encontramos que en la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión de Calidad, en su artículo 12, se nombra por primera vez a los servicios de trabajo social, haciendo referencia a la prestación en atención primaria, pero no explica cuál es el contenido de este servicio, ni siquiera si estos servicios son de trabajo social sanitario. En su artículo 14, dice con respecto a la atención socio-sanitaria, que el paciente puede beneficiarse de los servicios sociales, para poder facilitar la reinserción social, pero no dice por ningún lado el papel que desempeñará el trabajo social hospitalario hasta que el paciente vuelva a la comunidad y realmente pueda beneficiarse de esos servicios sociales.

Por otro lado, la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), regula las condiciones del ejercicio y los respectivos ámbitos de los profesionales así como las medidas que garantizan la formación básica, práctica clínica de los mismos, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. Los/as trabajadores/as sociales quedaron fuera de esta Ley, por lo que al no estar jurídicamente estructurados, son ellos mismos, los que dan cuerpo y forma a su servicio. Las omisiones legislativas conducen a imprecisiones, que no permiten la estandarización del trabajo social sanitario, ni su integración total como un servicio asistencial más de la organización sanitaria.

La aplicación de una metodología de calidad (García & Sobremonte de Mendicuti, 2002) en nuestro trabajo diario, nos va a permitir clarificar y consolidar nuestra misión, adecuándose así a generar unas expectativas más reales en nuestros/as usuarios/as. Pensamos que la falta de recursos por un lado y la “incomprensión” de nuestro trabajo por otro son los principales factores que no permiten que se desarrolle un trabajo de calidad. Las autoras defienden que esta idea está muy alejada de la realidad. Hay que dejar de explicar reiteradamente cuál es nuestro trabajo, qué somos y qué hacemos, y ponernos manos a la obra en cuanto al desarrollo de programas, y procesos de nuestro trabajo social, para que así realmente, los demás se den cuenta de lo importante que puede ser la aportación del trabajador social en el medio sanitario y el valor añadido que supone a la hora de obtener

mejores resultados, tanto en relación con la salud de nuestros/as usuarios/as, como en relación a la reducción de los costes económicos.

6. La satisfacción del usuario como indicador de la calidad en el trabajo social.

Canet i Ponsa (2010:129) nos dice que “el concepto de calidad total viene determinado por la satisfacción del usuario/a, la satisfacción del profesional, y la satisfacción (eficiencia) de la organización”.

Por el tema que nos ocupa en esta investigación, nos centraremos únicamente en la satisfacción del usuario/a. El/la usuario/a tiene puestas unas expectativas en el servicio de trabajo social (Villalobos, 2010), intervendrá en la producción del mismo, y al final juzgará los resultados, obteniendo satisfacción o insatisfacción y una percepción de la calidad con la que se le ha atendido. Los parámetros por los que se guía el/la usuario/a, no son de carácter estático, sino que se miden por diferentes razones, bien estas sean las de su propia cultura, sus necesidades especiales, o sus experiencias previas que hacen que sus expectativas varíen de un momento a otro. La percepción del usuario/a, muchas veces se va a guiar más que por la calidad de la atención sanitaria, por otros criterios importantes para ellos/ellas, como puedan ser el confort, la amabilidad en el trato, la obtención de una rápida respuesta a su demanda, o algo tan simple como ser reconocidos como personas.

Afirma el autor que es difícil determinar cuál va a ser la percepción del usuario/a entre el servicio que recibe y el servicio que esperaba. A veces una frase inoportuna, un documento extraviado, el esperar un tiempo excesivo a ser atendido, o no informar cuando se está esperando, pueden dar al traste con la mejor de las organizaciones, pues al usuario/a hay que entenderlo desde una visión bio-psico-social y no solo desde una visión clínica.

El/la trabajador/a social por su propia formación está cualificado/a para la atención personal (Díaz, Suárez, & Casero, 2004). Estos tres autores nos aportan algunas de las razones del porqué. Somos profesionales accesibles para los/as usuarios/a; valoramos la importancia que tienen las relaciones personales; estamos dispuestos/as a prestar más tiempo de atención; tenemos una visión global de los aspectos que conforman a la persona; diseñamos la acogida; utilizamos la escucha activa; somos empáticos; buscamos la comunicación, y acompañamos durante el proceso; nos coordinamos con otros servicios y profesionales, para proporcionar soluciones a los/as usuarios/as en un momento de estrés como el que supone encontrarse en un medio desconocido y ajeno y aportamos en la medida de lo posible seguridad y confianza. Continúan los autores resaltando que los/as trabajadores/as sociales, estamos preparados para establecer con el/la usuario/a una relación diferente de la que establecen otros profesionales de la sanidad. Lo que ocurre es que históricamente a estas cualidades de los/as trabajadores/as sociales sanitarios se les ha dado poco o escaso valor.

Díaz Palacios, Suárez Álvarez, y Casero Álvarez, (2004:61) nos recuerdan además, que “si al valor técnico se suma la calidad en el trato al usuario, proporcionando información en el momento adecuado, escuchando con respeto, valorando su opinión, mostrando interés por sus problemas, haciéndose cargo de su situación personal, familiar, de vivienda, laboral, en la comunidad... habrá usuarios/as realmente satisfechos y se estará dando más calidad tanto cuantitativa como cualitativamente. Es decir, se añade valor al acto asistencial sanitario”. Los mismos autores siguen recordándonos que “la calidad en el quehacer profesional empieza por la capacitación técnica y a los usuarios hay que garantizárseles

que quien les atiende es un profesional debidamente formado”.

A la larga los/as trabajadores/as sociales resultamos rentables para el sistema y se sabe que si la problemática social no es atendida debidamente, se paga un alto coste sanitario y social.

Ahora bien, para poder medir la satisfacción de los/as usuarios/as a los que atendemos necesitamos herramientas de gestión, las cuáles todavía no están muy extendidas entre los/as trabajadores/as sociales (Colom, 2004). No podemos dejar que otros servicios derramen tópicos sobre nuestro trabajo (muchas veces por desconocimiento del mismo), porque no contemos con un sistema de información lo suficientemente solvente como para poder rebatir todos estos tabúes.

Si decidimos estudiar la satisfacción del usuario/a, no es por enjuiciar nuestro trabajo, si no para conocer cómo lo perciben los/as usuarios/as, y así con los datos en la mano, analizar, documentar y acercar realidades. Este análisis es útil tanto a la organización para la que trabajamos y en dónde atendemos a los/as usuarios/as, como para mejorar nuestros resultados asistenciales y que estas mejoras sean percibidas por la población en general. La satisfacción de los/as usuarios/as será por tanto una medida de la calidad de nuestro trabajo.

En el estudio de satisfacción, las desviaciones entre la expectativa del usuario/a y el servicio que se ha recibido, pueden ayudar a la organización a replantearse como atiende a la población, usuaria de sus servicios. Evaluar periódicamente la percepción de los/as usuarios/as y conocer sus expectativas puede facilitar a la organización, elementos para prever futuras amenazas, si no se adecua a las necesidades emergentes, así como oportunidades, si así lo hace. El/la usuario/a tiene todo el derecho a exigir un servicio de calidad, una prestación de calidad y el mejor trato que pueda recibir por nuestra parte.

7. Guía de actuación del trabajador social para una intervención de calidad: el código deontológico.

La principal guía de actuación del trabajador/a es su *Código Deontológico de Trabajo Social*.

En su capítulo III, de Derechos y Deberes de los/as trabajadores/as sociales, se citan algunos artículos que hacen referencia a la relación del profesional con el/la usuario/a. No se citaran todos, dado que no interesa en este estudio hacer un repaso exhaustivo de nuestro código deontológico, ya que nos alejaría de nuestro objetivo, pero sí nombrar aquellos artículos que se encuentran más relacionados con el tema que nos atañe. Haremos referencia a cuatro artículos, que indican cuál debe ser el comportamiento ético en el binomio trabajador/a social – usuario/a.

El artículo 11 nos dice, que los/las profesionales del trabajo social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad, y uso responsable de la información en su trabajo profesional, tal y como se recoge en el capítulo IV del presente código.

El artículo 13 se refiere a que estos mismos profesionales, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cuál sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual

o cualquier otra diferencia.

El artículo 14 dice que el/la profesional de trabajo social, trabaja en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas.

En el artículo 18 se nos dice que se tiene el deber de proporcionar, basándose en las características y capacidades de comprensión de la persona usuaria, la información necesaria sobre las disposiciones legislativas y administrativas y sobre los derechos, deberes, ventajas, desventajas, recursos y programas pertinentes.

En cuanto a la relación del trabajador/a social con respecto a las instituciones, se quiere reseñar únicamente el artículo 37 pues hace referencia al tema de la calidad. Este artículo dice, que los/as profesionales del trabajo social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el código deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.

En el capítulo IV, sobre Confidencialidad y Secreto Profesional, hacemos mención a cuatro artículos que nos interesan como profesionales del trabajo social. En este estudio que se está realizando sobre la satisfacción del usuario que acude al servicio de atención en una unidad de trabajo social hospitalaria, no debemos olvidar que todo aquella información que el/la usuario/a nos revela en un ejercicio de confianza hacia nosotros, debe permanecer dentro de los límites de la confidencialidad y del secreto profesional al que todo trabajador/a social se debe.

El artículo 48 dice, que la confidencialidad constituye una obligación en la actuación del trabajador social y un derecho de la persona usuaria y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

En el artículo 51, el/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas, de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

El artículo 52 recuerda que el deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Y por último en el artículo 53.1 nos volvemos a encontrar con el término calidad. Dice así: “el/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial: De calidad: el/la trabajador/a social recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo uso responsable de la misma”.

METODOLOGÍA

La investigación realizada se encuadra en el contexto de la Unidad de trabajo social del Hospital Universitari i Politènic La Fe. En concreto en el servicio de atención e información, que esta unidad proporciona de lunes a viernes de 9 a 14 horas. Las trabajadoras sociales de la Unidad atienden las demandas de los/as usuarios/as que acuden a este servicio de

atención, orientación y asesoramiento, intentando dar respuesta a las diferentes peticiones que diariamente se producen por parte de los/as usuarios/as. Para realizar esta investigación, se planteó de base unos objetivos y una hipótesis de trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Medir el grado de satisfacción del usuario/a dentro del servicio de atención en la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, en base a cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad de la información y claridad en la explicación del profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar el tiempo de espera de los/as usuarios/as que acuden al servicio de atención.

Identificar cuál es la percepción del usuario/a en cuanto a la amabilidad en el trato recibido.

Averiguar si la información que recibe el/la usuario/a en el servicio de atención le resulta de utilidad.

Detectar si el/la usuario/a, encuentra claridad en la explicación de la información recibida.

HIPÓTESIS

Al comienzo de este estudio de investigación y teniendo claros cuales iban a ser los objetivos específicos que se marcaban, se planteó establecer una hipótesis de carácter cualitativo, la cual se creía que iba a poder ser refutada positivamente una vez se hubiese analizado la información de los datos obtenidos en la medición de la satisfacción del usuario. La hipótesis planteada fue la siguiente:

“Se considera que en líneas generales el usuario que utiliza los servicios de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria dentro del servicio de atención está satisfecho con el trato recibido en el Hospital La Fe y que la información que se le proporciona le resulta de utilidad.”

Estrategia Metodológica

Previo al inicio de la investigación, en el mes de noviembre de 2014, se solicitaron los permisos pertinentes tanto al coordinador de la Unidad de trabajo social, como a la Dirección médica del hospital, informando mediante nota interna, de la investigación que se iba a llevar a cabo.

Una vez concedidos los permisos, en el mes de diciembre, se diseñó el cuestionario que se iba a utilizar para pasar a los/as usuarios/as, y se preparó el buzón en dónde iban a ser depositados. Se informó en reunión de equipo a las trabajadoras sociales de la unidad que se iba a realizar dicho estudio, solicitándoles su colaboración en el desarrollo del mismo. A partir del 15 de enero de 2015 hasta el 17 de abril de 2015 y diariamente de lunes a viernes de 9 a 14 horas, se entregaron los cuestionarios a los/as usuarios/as para su cumplimentación,

tras su paso por el servicio de atención, para posteriormente si decidían cumplimentarlos, los devolviesen al buzón que estaba colocado en la sala de espera de la unidad. Al final del horario de atención al público (14 horas), se procedía al recuento de usuarios/as atendidos en el día (según el listado en dónde se registran las atenciones realizadas), así como de los cuestionarios cumplimentados y entregados en el buzón, para después pasar a ser fechados, archivados y registrados, en un libro ideado a este respecto.

Técnicas de Investigación

Las técnicas seleccionadas para realizar la recogida de datos de la investigación han sido tanto de carácter cualitativo como cuantitativo.

De carácter CUALITATIVO:

Se ha utilizado el **diseño documental** o investigación documental. Según el autor Fidas G. Arias (2012) “la investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica, e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos

Se ha realizado un análisis cualitativo de las observaciones que se han recogido en los cuestionarios, codificándolas y clasificándolas y agrupándolas por tipos.

De carácter CUANTITATIVO:

La encuesta en su modalidad de **cuestionario**. Es una búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener y posteriormente “reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados (Mayntz, Holm, & Hübner, 1975:133)

Así mismo, el cuestionario, según definición de la Real Academia Española de la Lengua, es una lista de preguntas que se proponen con cualquier fin. Instrumento de investigación utilizado principalmente en la técnica de encuesta, consistente en un listado de preguntas para la obtención de información de una muestra representativa de la población objeto de estudio, con la finalidad de obtener mediciones cuantitativas de una serie de características objetivas y subjetivas de la población.

El cuestionario es algo más que una guía de la entrevista, es “un dispositivo para recoger razonamientos individuales que, agregadamente, se entienden como representaciones de marcos poblacionales más amplios y en su caso, como vinculados a un componente social de dichos marcos poblacionales” (Fernández, 2003:63). El cuestionario es un nexo de unión entre el investigador y el entrevistado y viceversa.

El cuestionario es “la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información de una muestra amplia de sujetos” (Cea d’Ancona, 1996:240).

Objeto

El objeto de estudio ha sido la medición de la satisfacción percibida por el/la usuario/a que acude al servicio de atención de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria en base a in-

dicadores de calidad.

Alcance

Los cuestionarios se han pasado a un total de 897 usuarios/as que han acudido al servicio de atención tanto de adultos como de infantil.

Descripción

La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario con preguntas cerradas, tipo estándar, elaborado para este estudio.

Variables

El cuestionario consta de cuatro dimensiones, que han recogido los aspectos más importantes de la atención social:

Tiempo. Se ha contemplado el tiempo que un usuario tiene que esperar para poder ser atendido.

Atención. Se ha contemplado la amabilidad en el trato recibido.

Información. Se ha centrado en la información dada y su utilidad para el usuario.

Capacidad de respuesta. Ha reflejado la capacidad del profesional de trabajo social de responder ante una demanda por parte del usuario con suficiente claridad.

Co-variables

El cuestionario ha incluido datos demográficos como la edad y el sexo.

Método de muestreo

No se estableció un tamaño de la muestra, sino que esta respondería a la totalidad de cuestionarios cumplimentados y recogidos diariamente de lunes a viernes de 9 a 14 horas desde mediados de enero hasta finales de abril de 2015. Se decidió finalizar el pase de cuestionarios el 17 de abril por considerar que la muestra representaba un 47% de los/as usuarios/as atendidos/as, porque se estaba produciendo una saturación y se necesitaba tiempo para poder codificar los datos recogidos y así poder proceder a su análisis.

Selección de usuarios

Criterios de inclusión: se incluyó a todos/as los/as usuarios/as que acudieron al servicio de atención de adultos desde mediados de enero hacia finales de abril y a los usuarios que acudieron al servicio infantil desde el mes de marzo hasta finales del mes abril.

Criterios de exclusión: al principio del pase de cuestionarios las trabajadoras sociales del servicio de atención infantil, no participaron por una cuestión organizativa interna, pero posteriormente en el mes de marzo se unieron al estudio y lo continuaron hasta su finaliza-

ción en el mes de abril.

También se excluyeron a aquellos/as usuarios/as que presentaban dificultades de visión, o que no sabían escribir, dado que no se consideraba que fuera ético que la trabajadora social le cumplimentase el cuestionario, pues entonces se perdía el carácter de confidencialidad.

Descripción del cuestionario

El cuestionario se presentó en tamaño DIN A3 a una sola cara y en papel blanco. Había una única versión en castellano. Para poder distinguir si los cuestionarios pertenecían a la atención de adultos o a la de infantil, se escribió una pequeña *i* en el margen superior derecho del cuestionario, para saber que esas encuestas pertenecían a la atención infantil, y no confundirlas con las de adultos. Se iniciaba el cuestionario con una presentación breve que contenía las instrucciones para cumplimentarlo. A continuación venía el cuerpo del cuestionario, con cuatro ítems que se respondían mediante respuestas que se describían más abajo. Y, por último, se recogían los datos demográficos, de edad y sexo y un breve espacio para observaciones y sugerencias. El cuestionario ha descrito experiencias objetivas relacionadas con la atención recibida mediante la valoración de la misma a través de escalas que van desde la valoración más positiva hasta la más negativa.

Al usuario se le pidió que mostrase su grado de satisfacción con respecto a la primera pregunta, en una escala de dos respuestas, según la espera menor o mayor de 15 minutos. La segunda pregunta se respondía con una escala de cinco respuestas, que iba desde muy bien hasta muy mal y la tercera y cuarta pregunta en una escala de tres respuestas, que iba desde mucho a nada, dependiendo de si la experiencia vivida se correspondía más o menos con la descrita en el cuestionario.

Procedimiento y recogida de cuestionarios

La responsabilidad de la entrega de los cuestionarios a los/as usuarios/as recayó en un primer momento en ocho de las trece trabajadoras sociales que conforman la Unidad, para el servicio de atención a adultos y posteriormente en dos trabajadoras sociales más para el servicio de atención infantil.

Después de haber realizado la atención social al usuario/a, se le informaba acerca del estudio que se estaba realizando, y de que podía introducir el cuestionario en el buzón de la sala de espera habilitado con tal motivo, después de haberlo cumplimentado de forma voluntaria y anónima.

Evaluación e información de resultados

La evaluación e información de resultados se llevó a cabo durante el mes de mayo. El análisis y la discusión de los datos obtenidos en los cuestionarios se ha presentado utilizando cuadros y gráficas, e informando en su caso de los problemas identificados sobre los que convenga actuar.

El informe de resultados se ha elaborado en base a los datos de tipo cuantitativo y a modo de índice donde aparecen todas las categorías recogidas y agrupadas que describen

los aspectos más destacados, tanto en sentido positivo, como negativo.

Durante el mes de mayo, se realizó el análisis de los datos, se extrajeron conclusiones y en el mes de junio se dio por finalizado el trabajo de investigación, con un informe que engloba la labor realizada, y que se decidió junto con el coordinador de la unidad presentar al resto de profesionales en el mes de septiembre en una sesión exclusiva para tal menester. Así mismo se presentaría posteriormente a la Dirección médica del hospital para que fuera concedora de los resultados y las conclusiones de este estudio.

ANÁLISIS DE DATOS

Se ha realizado por un lado, un análisis cuantitativo de carácter estadístico descriptivo de frecuencia, modas, y medias con el programa SPSS v.19 respecto de los datos del cuerpo del cuestionario y de los datos demográficos y por otro lado se ha realizado un análisis cualitativo de las respuestas abiertas referentes a las observaciones y sugerencias recogidas. En este análisis se han clarificado y catalogado los datos obtenidos en la información obtenida en las respuestas abiertas la cual ha aportado luz para establecer algunas oportunidades de mejora en aquellas áreas que se ha indicado.

Se procede a explicar los resultados a través de los siguientes apartados, insertando cuadros y gráficas que nos ayudaran a una mejor comprensión del análisis de la información recogida:

a) Descripción de la muestra.

Nuestro universo lo conforman los/as 897 usuarios/as atendidos en el servicio de atención en horario de 9 a 14 horas de lunes a viernes, desde el 15 de Enero hasta el 17 de Abril de 2015, ambas fechas inclusive. Se descartan las festividades del 22 de Enero, 18 y 19 de Marzo, y 3,6, y 13 Abril, como días inhábiles en los que no se trabajaba.

La muestra recogida asciende a 419 cuestionarios. Se ha calculado que el índice de participación de los usuarios atendidos que han cumplimentado los cuestionarios ha sido de un 47%.

PARTICIPACIÓN

	N	Mínimo	Máximo	Media
PORCENTAJE PARTICIPACIÓN	419	0,08%	100%	47%

b) Descripción demográfica de la muestra.

En los cuestionarios se han recogido las variables de edad y sexo. De una muestra de 419 usuarios/as, han contestado al apartado de edad 318 usuarios/as, con edades comprendidas entre una mínima de 17 años y una máxima de 85 años, lo que nos da una media de edad de unos 47 años.

EDAD

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	318	17	85	47,25

Con respecto al sexo de los usuarios/as, de un total de 419 cuestionarios, respondieron 158 hombres, lo que supone un porcentaje de 39´1% y 246 mujeres, que corresponde a un 60´9%, lo que suma un total de 404 usuarios/as. Se encuentran en este caso 15 usuarios/as que contestan al cuestionario pero que no indican su edad.

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	HOMBRE	158	39,1
	MUJER	246	60,9
	Total	404	100,0
Perdidos	No contesta	15	
Total		419	

En esta gráfica se indica la diferencia entre sexos, en dónde podemos ver que prima la participación de mujeres sobre la participación de los hombres aunque no es un hecho relevante para ese estudio.

c) Resultado de las preguntas.

El cuestionario constaba de cuatro preguntas sencillas preparadas de forma que el usuario/a pudiese responder de una forma fácil y rápida, pero cuyos resultados iban a ser de la máxima importancia.

La **primera pregunta** valoraba el tiempo de espera y decía textualmente: “Desde que llegó a la UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL, ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le atendieran?”. Esta pregunta ofertaba dos posibilidades de respuesta. Haber esperado menos de 15 minutos, o haber esperado más de 15 minutos en la sala de espera para ser atendido por la trabajadora social.

TIEMPO DE ESPERA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MENOS 15 MIN	363	87,5
	MAS DE 15 MIN	52	12,5
	Total	415	100,0
Perdidos	No contesta	4	
Total		419	

Se observa que de un total de 419 usuarios/as, 363 usuarios/as que representan el 87´5% esperaron menos de 15 minutos, y 52 usuarios/as, que representan el 12´5% ,esperaron más de 15 minutos para ser atendidos. A esta pregunta no contestaron 4 usuarios/a.

La **segunda pregunta** valoraba la amabilidad en el trato en la atención recibida y decía: “¿Cómo valoraría la amabilidad en el trato y el respeto con que ha sido atendido por él/la trabajador/a social?”. La pregunta ofertaba una posibilidad de cuatro respuestas que iban desde muy bien, bien, regular, mal, y muy mal. De un total de 419 usuarios/as que contes-

taron a esta pregunta, 352 dijeron que muy bien, lo que supone un 84%; 61 dijeron que bien, lo que supone un 14´6%; 2 dijeron que regular, que supone un 0´5% y 4 contestaron que muy mal, lo que supone un 1´0 %. Es importante señalar el porcentaje acumulado, pues entre las respuestas de muy bien y bien se suma prácticamente el 98´6%.

AMABILIDAD TRATO EN ATENCIÓN RECIBIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Válido	MUY BIEN	352	84,0	84´0
	BIEN	61	14,6	98´6
	REGULAR	2	,5	99´0
	MUY MAL	4	1,0	100´0
	Total	419	100,0	

En la gráfica observamos el claro aumento de los usuarios que contestaron que valoraban muy bien la amabilidad en el trato y el respeto con el que habían sido atendidos por parte de las trabajadoras sociales.

La **tercera pregunta** se refería a la utilidad que podía tener la información que había recibido el usuario/a en el servicio de atención. La pregunta decía así: “La información que usted ha recibido por parte del trabajador/a social ¿Cree que le va a resultar de utilidad?” En esta pregunta se ofrecían tres posibles respuestas que iban desde mucho, poco o nada.

De 419 cuestionarios, en 401 se contestó que les serviría de mucha utilidad, lo que supone un 96´4%; en 13 se contestó que la información les era poco útil, lo que supone un 3´1%; y en 2 se contestó que no les era nada útil, lo que supone un 0´5%. Tres usuarios/as no contestaron a esta pregunta. En el porcentaje acumulado podemos señalar la poca diferencia que se establece entre las respuestas poco o nada que viene a ser un 3´6%.

UTILIDAD EN LA INFORMACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	MUCHO	401	96,4	96,4
	POCO	13	3,1	99,5
	NADA	2	0,5	100,0
	Total	416	100,0	
Perdidos	No contesta	3		
Total		419		

En la gráfica se observa como la diferencia entre los usuarios que contestaron que la información les era de mucha utilidad, y los que contestaron que les era de poca o ninguna utilidad es considerable. Entre poco y nada hay un porcentaje acumulado de 3´6% únicamente.

La **cuarta pregunta** se refería a la claridad en la explicación recibida. Decía así: “La explicación que le ha dado el/la trabajador/a social ¿ha sido suficientemente clara? En esta pregunta el/la usuario/a tenía tres posibles respuestas: mucha claridad, poca claridad o nada de claridad en la explicación. De 419 cuestionarios, 405 usuarios/as contestaron que había mucha claridad, lo que supone un 96´9%; 12 usuarios/as contestaron que era poco clara,

supone un 2'9%; y 1 usuario/a contestó que no era nada clara, que suponía un 0'2%. Una sola persona no contestó a esta pregunta.

CLARIDAD EN LA EXPLICACIÓN RECIBIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	MUCHO	405	96,9	96,9
	POCO	12	2,9	99,8
	NADA	1	0,2	100,0
	Total	418	100,0	
Perdidos	No contesta	1		
Total		419		

Podemos ver en la gráfica las diferencias entre las tres contestaciones, predominando que la claridad en la explicación dada a los /as usuarios/as era mucha.

d) Apartado de observaciones y sugerencias.

Al final del cuestionario se habilitó un apartado con el fin de que los usuarios/as pudiesen expresar aquellas observaciones y sugerencias que considerasen oportunas hacer a la Unidad de Trabajo Social.

Del total de 419 cuestionarios, 330 usuarios/as no señalaron ningún comentario, lo que supone un 78'8%; y 89 usuarios/as si realizaron comentarios, lo que supone un 21'2%.

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SIN OBSERVACIONES	330	78,8
	CON OBSERVACIONES	89	21,2
	Total	419	100,0

En la gráfica se comprueba, que en este caso los cuestionarios en dónde no se hacía ninguna sugerencia sobrepasan con diferencia aquellos en los que los/as usuarios si han aportado alguna observación o sugerencia.

La distribución por sexo y edad en las encuestas donde se han escrito observaciones o sugerencias es la siguiente; en los 89 cuestionarios en dónde se cumplimentó este apartado, indicaron la edad sólo 64 personas, con una media de edad de 46 años; respecto del sexo, lo indicaron 83 personas, 31 hombres (37%) y 52 mujeres (63%); en cuanto al ámbito de atención, 17 fueron atendidos por trabajadoras sociales de atención infantil y 71 por las trabajadoras sociales de atención de adultos.

El número de encuestas con contenido en este apartado asciende a 89, que se podrían agrupar de la siguiente forma: comentarios que inciden en el buen trato recibido se recogen en 30 encuestas; respecto a la satisfacción con respecto al tiempo de espera hay 4 encuestas que lo señalan. Respecto a la utilidad de la información se comenta en 9 encuestas; sobre la claridad en las explicaciones recibidas, hay 15 comentarios; el número de encues-

tas donde se da **las gracias** asciende a 23.

Respecto a **los profesionales del servicio** de atención tenemos los siguientes comentarios: son **excelentes**: 8; **mucha satisfacción**: 4; **perfecto**: 2; **eficientes**: 3; lo que suma 17 comentarios en total.

Buenos profesionales: 3; **buen equipo/servicio**: 5; **competentes**: 1. Se recogen un total de 9 comentarios. Comentarios buenos y malos sobre profesionales (con especificación del nombre en concreto), encontramos **comentarios buenos**, refiriéndose, 5 de ellos a una de las trabajadoras sociales de infantil, y otro a la otra trabajadora social de infantil; otro hace referencia a una de las trabajadoras sociales de adultos, 2 más sobre la trabajadora social que le atendió pero de la cuál desconoce el nombre, que suman un total de 9 **comentarios buenos** de personas concretas y 1 solo **comentario malo** que refiere que le atendió “una estúpida que está otras veces” y de la que no se dice el nombre.

En tres encuestas se pide que **aumenten el número de personas** para realizar atención y en 2 piden una **ampliación del horario de atención**. En una encuesta se solicita **más unificación del servicio**; otra encuesta, **mayor accesibilidad** y una que dice que debe **mejorar algo** pero no concreta el qué.

En una encuesta se pide que haya un número de **teléfono de contacto** para evitar demoras y en otras dos se señala que hay **mucha burocracia**.

En cuanto a **servicios que no dependen de la Unidad de Trabajo Social** se recogen los siguientes comentarios: necesidad de **fotocopiadora/reprografía**, en 5 encuestas se propone que las pongan cerca de la unidad; se pide **más plazas de parking gratis** en 3 encuestas, y más **ayudas a los desplazados de otras provincias** en 2; **mostradores más accesibles** para usuarios de sillas de ruedas; **las ayudas del hospital** son deplorables en 1 encuesta; quejas por **trasladar el hospital** en 1 encuesta; más **ayuda para traer personas extranjeras enfermas**, 1 encuesta, y por último hay 1 usuaria que se queja de que **los informes no les llegan**.

DISCUSIÓN

En el estudio hemos encontrado diferencias significativas entre algunos aspectos. Aquellos en los que la puntuación ha sido más baja, se tendrían que analizar para intentar introducir mejoras en ellos. De los 419 cuestionarios cumplimentados, 52 usuarios/as tuvieron que esperar más de 15 minutos a ser atendidos/as. Habría que plantearse porqué estuvieron tanto tiempo esperando y cómo se podría mejorar este indicador. Pudo ser por lentitud de la trabajadora social o porque hay usuarios que consumen más tiempo, menoscabando el tiempo de los demás que están esperando en la sala.

Dos usuarios/as respondieron que la amabilidad en el trato había sido regular y un/a usuario/a respondió que mal. Aunque el resultado con respecto a la amabilidad ha sido muy bueno, hay que contemplar porque estas tres personas no se sintieron atendidas con suficiente amabilidad.

En cuanto a la utilidad de la información, hubo 13 usuarios/as para los que fue poco útil y para 2 usuarios/as nada útil. Esto hace plantearse si la información que vinieron a buscar, no se les proporcionó pues acudían con distintas expectativas o es que la trabajadora social no supo dar la información requerida.

Con respecto a la claridad en la explicación recibida, 12 usuarios/as respondieron que les resultó poco clara y para 1 usuario/a no fue nada clara. Cabría también preguntarse porque para esas 13 personas no estaba clara la información. Se les proporcionó demasiada o esta fue demasiada escasa. ¿El lenguaje utilizado no se adaptó para ser comprendido y por ello llevó a la confusión?

En el apartado de observaciones y sugerencias, se ha comprobado que de un total de 419 cuestionarios, en 330 no se hicieron observaciones y únicamente se rellenó ese apartado en 89 cuestionarios con observaciones, lo que nos lleva a pensar en dos posibles explicaciones. En primer lugar, que la población en general no está acostumbrada a expresar su opinión libremente cuando se le da la opción de hacerlo abiertamente, o se ha podido deber a falta de tiempo, de interés o simplemente de no saber qué decir. Hubiese sido muy positivo obtener más opiniones que nos llevasen a averiguar aquellos puntos en los que se pudiesen establecer más acciones y áreas de mejora.

También habría que plantearse por qué de 897 usuarios/as atendidos en total durante este estudio, sólo 419 cuestionarios fueron cumplimentados, lo que nos da un índice de participación de un 47%. Cabe preguntarse a qué se debe que casi la mitad de las personas atendidas no cumplimentasen el cuestionario. Los motivos podrían ser los siguientes:

- Porque la trabajadora social olvidó entregar la encuesta al usuario/a
- Porque las personas se han llevado el cuestionario tras ser atendidas y no lo han depositado en el buzón.
- Por ambas partes causas.

Habría que estudiarlo, pues cuanta más información se reciba de los usuarios/as más se puede conocer cuál es realmente la opinión de las personas y a los profesionales nos permitiría establecer las acciones de mejora que nos lleven hacia el camino de la excelencia, que al fin es lo que nos interesa.

Colocar una fotocopiadora en la zona de Consultas Externas de la planta baja, evitaría desplazamientos de los usuarios a otros edificios. Al conocer la propuesta, se elevó a la Dirección médica del hospital que se comprometió a instalarla a la mayor brevedad.

CONCLUSIONES

La hipótesis de partida fue la siguiente: “Se considera que en líneas generales el/la usuario/a que utiliza los servicios de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria del servicio de atención está satisfecho con la atención recibida y que la información que se le proporciona le resulta de utilidad.”

Tras analizar la información obtenida a través de los cuestionarios que se han pasado a los/as usuarios/as nuestra hipótesis se ha podido verificar.

Del total de 419 encuestas cumplimentadas, podemos señalar que 363 usuarios/as tuvieron que esperar para ser atendidos menos de 15 minutos, lo que significa que estaban satisfechos con el tiempo de espera. Que 353 usuarios/as dijeron que muy bien a la amabilidad en el trato y 61 respondieron que bien, lo que también indica que los usuarios/as se sintieron amablemente atendidos.

Que 401 usuarios/as consideraron muy útil la información recibida frente a 13 que la con-

sideraron poco útil y 2 que la consideraron nada útil.

Que 405 usuarios/as consideraron mucha claridad en la explicación que recibieron por parte de la trabajadora social, frente a 12 que la veían poco clara y 1 que la consideró nada clara.

Así mismo en 89 cuestionarios se encontraron observaciones y sugerencias representando un 21'2 % frente a un 78'8 % de cuestionarios en los que no se realizó ninguna sugerencia ni observación. El nivel de participación del usuario fue de un 47%.

Por tanto podemos decir que nuestra hipótesis ha sido verificada.

La pregunta planteada al comienzo de nuestra investigación que dio lugar posteriormente al planteamiento del objetivo general decía así: “¿cuál es el grado de satisfacción del usuario que acude al servicio de atención de la unidad de Trabajo Social del Hospital Universitari i Politècnic la Fe, en base a cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad en la información y claridad en la explicación del profesional?” La podemos contestar conforme a la información recogida en el análisis que hemos realizado de los datos obtenidos después de evaluar los resultados de los cuestionarios que los /as usuarios/as cumplieron tras ser atendidos en el servicio de atención.

En cuanto al indicador de tiempo de espera de los/as usuarios para ser atendidos, se concluye que del total de 419 usuarios que contestaron a la encuesta, 363 esperaron menos de 15 minutos y 52 esperaron más de 15 minutos, lo que indica que en general el/la usuario/a que llega al servicio de atención de la Unidad de Trabajo Social, es prontamente atendido por las trabajadoras sociales, no produciéndose de forma habitual demoras excesivas, salvo algunas excepciones.

Con respecto al indicador de la amabilidad en el trato recibido, de los/as 419 usuarios/as, 352 valoraron muy bien la amabilidad, 61 bien, 2 regular y 4 mal. Lo que nos lleva a concluir que las trabajadoras sociales son amables cuando atienden a los/as usuarios/as. El por qué 6 personas no se sintieron amablemente atendidas, es algo que se desconoce del todo, pues no quedó reflejado en el apartado de observaciones.

En el indicador de utilidad en la información de los/as 419 usuarios/as, 401 consideraron que la información les fue de mucha utilidad, frente a 13 que contestaron que poco y 2 que no les fue nada útil. De aquí también concluimos que las personas atendidas encuentran útil la información facilitada por las trabajadoras sociales, y que 15 personas no obtuvieron la información que buscaban probablemente.

Por último en el indicador de claridad en la explicación del profesional, encontramos que 405 personas encontraron claras las explicaciones facilitadas por las trabajadoras sociales, mientras que 12 la consideraron poco clara y 1 persona nada clara. Concluimos por tanto que para la mayoría de usuarios/as las explicaciones de las trabajadoras sociales son claras. Solo 13 personas no tuvieron percepción de que la explicación les resultase clara, pero tampoco explicaron por qué en el apartado de observaciones.

El hecho de que solo 89 personas realizasen aportaciones en el apartado de observaciones (21'2%), frente a 330 que no realizaron ninguna sugerencia, sí que resulta significativo, pues para poder iniciar acciones de mejora desde un servicio, no solo es necesario que los/as usuarios/as valoren su grado de satisfacción a través de preguntas cerradas, sino que es indispensable que sugieran el porqué de su disconformidad y malestar manifestando su

percepción de los hechos, para que estos puedan ser corregidos por las personas responsables del servicio en el que fueron atendidos.

Por tanto en este caso sí que se evidencia que los /as usuarios/as no utilizaron la oportunidad que se les estaba brindando para exponer libre y anónimamente su opinión.

Con todos estos datos, se considera que se ha contestado más que sobradamente a la pregunta planteada en la investigación.

Analizados los datos y planteándonos como profesionales cuáles podían ser en el futuro inmediato las acciones que podríamos emprender, se plantean las siguientes mejoras:

- Por un lado las trabajadoras sociales que realizan el trabajo en el servicio de atención social, tienen que procurar hacer un uso racional de los tiempos dedicados a cada usuario/a de forma que estos sean lo más justo y equitativo posible para todos/as. Se considera que en futuros estudios se tendría que indicar en el cuestionario la hora de llegada del usuario/a a la Unidad y la hora en qué fue atendido/a para conocer aquellos tramos horarios en dónde se colapsa más o menos la atención y así prever un refuerzo durante ese espacio de tiempo.
- La percepción de los/as usuarios de ser bien tratados o no, es algo que se escapa de la mano de la trabajadora social, sin embargo es muy importante que desde el servicio se atienda de un modo lo más correcto posible a toda persona que acuda a nuestra unidad, ya que en la mayoría de los casos la persona que está acudiendo al hospital, se encuentra no solo en un estado de vulnerabilidad importante, sino también en un medio hostil y agradece que el acompañamiento y la ayuda prestada por parte de todos los /as profesionales en todo este proceso sea cálida y amable. Se tiene que evitar la sobreprotección e infantilización hacia el/la usuario/a que aunque sea bienintencionada puede resultar percibida como una falta de respeto.
- El hecho de que la información le sea o no útil al usuario/a dependerá mucho de saber qué es lo que realmente venía buscando la persona en el servicio de atención. No estaría de más que finalizada nuestra intervención (aunque es algo que se suele hacer habitualmente), preguntásemos a los /as usuarios/as, no solo si le ha sido útil la información, sino también si ha entendido todo, con el fin de conseguir que cuando el /la usuario/a salga por la puerta tenga la sensación de que su visita ha servido para algo y que la información le ha sido explicada con toda la claridad posible.

Este estudio no tendría que quedarse aquí, sino que debería ser el principio de un proceso de evaluación continua. Nuestra labor debe ser evaluada cada cierto tiempo, con el fin de saber si las cosas se están haciendo de un modo correcto o por el contrario se deben modificar. Sería importante que una vez presentado este estudio, pudiésemos solicitar a la Unidad de Calidad del hospital, estar incluidos en el mismo proceso de evaluación que el resto de los servicios del hospital y periódicamente se pudiera evaluar el trabajo que se realiza en la Unidad de Trabajo Social.

BIBLIOGRAFÍA

- Almagro, P. (2007). XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *No todo vale. Una reflexión empresarial desde la construcción y la industria* (págs. 22-24). Barcelona: Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme.
- Canet i Ponsa, M. (2010). Los servicios de trabajo social sanitario dentro de la gestión de la calidad total de sistema catalán de la salud. *Revista de Trabajo Social y Salud* N°66, 127-165.
- Cea D'Ancona, M. (1997). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. REIS: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* Vol.80, 240-241.
- Bengoia, M y Celorio, M. (2000). Cambio social, relaciones humanas, nuevas tecnologías: enfoques para una formación de futuro. *Garantía de la calidad de los Servicios Sociales* (págs. 277-284). Barcelona: 3º Congreso, Escuelas Universitarias de Trabajo Social.
- Colom, D. (2004). Estudios de la calidad percibida en los servicios de Trabajo Social de salud: Un camino hacia la mejora. *Revista Trabajo Social y Salud* Vol.49, 39-60.
- Consejo General del Trabajo Social. (10 de diciembre de 2012). Código Deontológico de Trabajo Social.
- Díaz, E., Suárez, D., & Casero, M. (2004). Aportación del trabajo social en salud a la calidad del producto sanitario. *Revista de Trabajo Social y Salud* N° 47, 53-63.
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín oficial del Estado*, de 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 1-38.
- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín oficial del Estado*, de 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 1-41.
- España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín oficial del Estado*, de 22 de noviembre de 2003, núm. 280, pp. 41442-4145.
- Esquinas, M. F. (2003). "Criterios de calidad en la investigación social: la producción de datos sociales". *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales* Vol.6, 47-77.
- García, A., & Sobremonte de Mendicuti, E. (2002). Mejorando la calidad: el desarrollo de procesos de intervención social en las organizaciones sanitarias. *Revista de Trabajo Social y Salud* n° 42 , 29-50.
- Generalitat Valenciana. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. *Boletín oficial del Estado*, de 10 de febrero de 2015, núm. 35, pp. 11133- 11181.
- Manzaneda, R. (2007). XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Herramientas de evaluación de los sistemas de Salud* (pág. 51). Barcelona: Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- Mayntz, R., Holm, K., & Hübner, P. (1975). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza.
- Moscardo, F. (s.f.). *Introducción a la Gestión de la calidad. Sistemas de Calidad 1. Curso de Formación Continuada*. Recuperado el 21 de febrero de 2015, de H Univ. Y Politécnic La Fe:

http://intranetlafe/comisiones/docencia/SesionesBancoSangre/2009/1ª%20PARTE_Sistemas de_Gestión de_la_Calidad.pdf

Real Academia Española. (s.f.). *Real Academia Española*. Recuperado el 2015, de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Villalobos, J. (2010). "La calidad en el sistema sanitario". *Revista de Trabajo Social y Salud* N°65, 25-57.

GLOSARIO

A lo largo de estas páginas, se ha hecho mención a unos cuantos conceptos, sin los cuáles esta investigación no tendría sentido. Se considera necesario comprender su significado en el contexto de este estudio y para ello se procede a definir aquellos que han resultado más relevantes.

Calidad. Según la Real Academia Española de la Lengua es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Elementos y características de un producto o servicio, que hacen que sea óptimo y reúna una serie de requisitos para cumplir unos objetivos establecidos.

Indicadores. Según la Real Academia Española de la Lengua es lo que indica o sirve para indicar. Instrumento de medida utilizado para la determinación de la magnitud de una variable.

Satisfacción. Según el diccionario de uso del español de Maria Moliner, la satisfacción se define como "el estado de ánimo experimentado con lo que satisface". Según La Real Academia Española de La Lengua satisfacción es la acción, o efecto de satisfacer o satisfacerse; la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria; cumplimiento del deseo o del gusto.

Secreto Profesional. La Real Academia Española de la lengua dice que es el deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los médicos, los abogados, los notarios... de no descubrir a terceros los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión. Obligación legal que tienen los trabajadores sociales de no revelar, ni divulgar la información que han recibido de los usuarios, así como la que se derive de su ejercicio profesional. Representa una obligación de confidencialidad que se impone por la necesidad de que exista una absoluta confianza entre el profesional y quienes acuden a solicitar sus servicios. Al contrario que otro tipo de deberes de confidencialidad, el secreto profesional se mantiene incluso en un juicio. Está regulado por el código deontológico de la profesión.

Trabajo Social. Según La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2004) es una disciplina de la que se deriva la actividad profesional del trabajador social, que tiene por objeto la intervención y evaluación social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar y la cohesión mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo, y comunidad. El trabajo social interviene en aquellos puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social. Según la Junta General de la FITS y la Asamblea General IASSW en

julio de 2014, la definición global de Trabajo Social afirma lo siguiente: “el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto de las diversidades son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por las teorías del trabajo social, ciencias sociales, humanidades, y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar.

Unidad de Trabajo Social Sanitario. Según la Cartera de servicios de trabajo social sanitario de la Comunidad Valenciana, de la Consellería de Sanitat, las unidades de trabajo social sanitario dirigen su actividad a la prevención, tratamiento, y rehabilitación de la problemática social que incide en la salud de la población, así como a la investigación y la docencia.

Usuario. Dicho de una persona que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación, según la Real Academia Española de la Lengua. Población destinataria de la intervención del trabajador social en sus diferentes funciones. La persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria. Definición recogida en el artículo 4.10 de la Ley 10/2014, de 29 de Diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Salud de la Comunidad Valenciana. DOCV nº 7434/31-12-2014.

ANEXO

Encuesta de satisfacción del usuario/paciente de la unidad de trabajo social

Desde la Unidad de Trabajo Social del Hospital, se pretende mejorar la atención que se dedica a los usuarios que acuden a esta Unidad, y para ello necesitamos su **AYUDA**. Se le pide que cumplimente esta **ENCUESTA** y la deposite en el buzón que se encuentra en la sala de espera.

Para nosotros es muy importante conocer su **OPINIÓN**, con el fin de mejorar la atención que se ofrece.

Conteste marcando con una X, la casilla de la respuesta que mejor refleje su opinión.

LA ENCUESTA ES ANONIMA Y VOLUNTARIA

1-Desde que llegó a la UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL, ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le atendieran?

Menos de 15 minutos

Más de 15 minutos

2-¿Cómo valoraría la amabilidad en el trato y el respeto con que ha sido atendido por el / la trabajador/a social?

Muy Bien

Bien

Regular

Mal

Muy Mal

3- La información que usted ha recibido por parte del trabajador/a social ¿Cree que le va a resultar de utilidad?

Mucho

Poco

Nada

4-La explicación que le ha dado el/la trabajador/a social ¿Ha sido suficientemente clara?

Mucho

Poco

Nada

Por favor indique con una X sexo y edad

MUJER

HOMBRE

EDAD

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Puede aportar las OBSERVACIONES y SUGERENCIAS que estime oportunas.

Rupturas y convergencias: desafíos de los Derechos Humanos en cuanto a la asistencia profesional de Niños, Niñas y Adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual intrafamiliar

Sergio Óscar Libera Medina

Trabajador Social de la Oficina de Asistencia a la Víctima del Centro de Asistencia Judicial de la ciudad de Reconquista, dependiente de la Dirección Provincial de Acceso a la Justicia y Asistencia Judicial del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Santa Fe (Argentina)

Resumen

El trabajo que se presenta propone desarrollar determinados tópicos en cuanto a la práctica profesional en casos de abuso sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes en su contacto con las instituciones de administración de justicia del sistema penal.

Para ello, se plantea una introspectiva en cuanto a los protocolos de actuación que asisten a la Niñez y Adolescencia frente a los delitos contra la integridad sexual de distintos efectores públicos y áreas comprendidas.

En este sentido, se intenta profundizar sobre tres ejes transversales: la intervención integral en casos de abuso sexual, la valoración de la situación de riesgo social y la prevalencia de la victimización con primacía en promover la resiliencia de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Palabras claves

Acceso a la Justicia y Asistencia Judicial, Niños, Niñas y Adolescentes; Abuso Sexual Intrafamiliar; Aproximación a la Situación de Riesgo Social; Prevalencia de la Victimización; Resiliencia.

Abstract

The work presented aims to develop certain topics regarding professional practice in cases of sexual abuse to children and adolescents in their contact with the institutions of the administration of Justice in the criminal justice system.

To do this, arises a introspective in terms of the protocols that assist children and adolescents against offences against the sexual integrity of different effectors public and covered areas.

In this sense, trying to deepen on three cross-cutting themes: the comprehensive intervention in cases of sexual abuse, the assessment of the situation of social risk and the prevalence of victimization with priority on promoting the resilience of children and adolescents.

Keywords

Access to Justice and Legal Assistance; Children and Adolescents; Intrafamilial Sexual Abuse; Approach to the Situation of Social Risk; Prevalence of Victimization; Resilience.

Introducción

El abuso sexual constituye una de las peores formas de violencia hacia Niños, Niñas y Adolescentes y problemáticas más arraigadas en el contexto social actual.

Abuso Sexual - Es la situación de uso excesivo, de ultraje de límites: de los derechos humanos, legales, de poder, de papeles, de reglas sociales y familiares. Ocurre en un contexto de dominación, en el cual el violentado se encuentra subjugado al violentador, sin condiciones de oponerse (Instituto Interamericano del Niño, 2003:19).

En consecuencia, toma trascendencia real la promoción de estrategias integrales hacia el bienestar, acompañamiento y contención de los Niños, Niñas y Adolescentes víctimas o testigos de delitos contra la integridad sexual durante el proceso de justicia, principalmente, considerando que los casos se originan y reproducen dentro del seno familiar.

Por “proceso de justicia” se entenderá los aspectos de detección del delito, presentación de la denuncia, instrucción de la causa, enjuiciamiento y actuaciones posteriores al juicio, independientemente de que la causa se haya visto ante un tribunal nacional, internacional o regional para delincuentes adultos o menores o por alguna vía consuetudinaria o extrajudicial (Naciones Unidas, 2005:56).

El acceso a la justicia es un concepto que hace referencia a las posibilidades de las personas, sin distinción de sexo, raza, edad, identidad sexual, ideología política, creencias religiosas, de obtener una respuesta satisfactoria a sus necesidades jurídicas (PNUD, 2005:7).

Sin embargo, esta acepción no solo se referencia hacia la determinación de la responsabilidad penal del imputado y el consecuente dictamen de pena, también, se configura como garante hacia la restitución de los derechos que asisten a las víctimas de delitos.

Por otra parte, la participación en el proceso penal no solo se conlleva a los efectos jurídicos, sino también, constituye una vía o canal de acceso a bienes y servicios económicos, sociales y culturales.

De esta manera, a través de la acción penal se intenta debilitar la discrepancia entre la igualdad jurídica y la desigualdad económica y social profundizando la sinergia entre el Estado y la Sociedad Civil hacia un desarrollo humano sostenible.

El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable (PNUD, 1990:33).

En anuencia, el paradigma del desarrollo humano sostenible comprende distintas dimensiones que hacen alusión al crecimiento económico socialmente equilibrado; promoción de la equidad social; sostenibilidad ambiental; defensa de los derechos humanos, consolidación de la democracia; respeto a la multiculturalidad y participación social y ciudadana.

Por este motivo, se hace imprescindible profundizar la extensión de la actividad pública e instrumentalización de los mecanismos jurídicos necesarios para garantizar el goce de

derechos generando un alto grado de calidad institucional y valor social en materia de Justicia.

Atento a ello, promover una prestación de servicios amplia e integral dada la implicancia de un acervo de necesidades insatisfechas conexas, entre las que podemos mencionar aspectos de salud, condiciones habitacionales y alimentación, entre las más palpables.

Como consecuencia de esto, la intersectorialidad¹ determina el grado de vinculación e imbricación de los distintos efectores de servicios públicos (Sociales, Salud, Educación y Justicia, entre otros) habida cuenta de la red causal explicativa de la problemática de abuso sexual intrafamiliar.

Con relevancia si se trata de la asistencia a personas en situación de vulnerabilidad donde la multiplicidad y complejidad de las condiciones y factores de riesgos² asociados son inherentes a la reproducción de la vida como emergentes de la realidad social y la dinámica de las relaciones humanas.

1.- Participación en el proceso penal: primeros contactos con el Niño, Niña o Adolescente víctima de abuso sexual.

Frente a la develación de una situación de abuso sexual toda Niña, Niño o Adolescente puede presentarse en sede policial, fiscalía, juzgado u otro organismo público exteriorizando su condición de víctima directa o haber presenciado un hecho de índole sexual en perjuicio suyo o de un tercero. Más allá de las características de cada caso y la realidad en cada provincia, en esta instancia la NNyA no debe ser interrogada bajo ninguna circunstancia (UNICEF, 2010:31).

Si la víctima estuviese acompañada por una persona mayor de edad las preguntas necesarias deben ser dirigidas únicamente al adulto, en tanto que se recomienda que la Niña, Niño o Adolescente permanezca abstraída de la entrevista inicial que da origen a la investigación en un ambiente apropiado para su resguardo.

En este momento, es imprescindible la profundización de los cuidados hacia la víctima considerando afección del trauma que supone la manifestación del hecho sufrido.

Por otra parte, en caso que no se encuentre acompañada por una persona mayor de edad será primordial identificar a un adulto legalmente responsable de confianza de la Niña, Niño o Adolescente.

Al mantener el dialogo con la víctima o adulto responsable que la acompañe se debe procurar una información sucinta sobre el hecho acaecido a los fines de radicar la denuncia y proseguir con la etapa investigativa del suceso que da origen e insta la acción penal, es decir, los datos indispensables a los fines de determinar qué tipo de delito se ha cometido y quien se identifique como el presunto autor sin indagar o profundizar sobre los detalles del hecho en sí mismo dado que los mismos serán requeridos en los plazos que determine el órgano de administración de justicia a los efectos de su comparencia testimonial.

El derecho a ser oída supone la necesidad de que se garanticen las condiciones ade-

.....
¹ Intersectorialidad: Articulación de varios sectores, de una planificación estratégica e instrumentos compartidos con educación, trabajo, justicia, deportes, etc., para lograr la atención integral (UNICEF, 2012:10).

² Factor de riesgo: cualquier circunstancia de naturaleza biológica, psicológica o social detectable en un individuo, familia, o comunidad que "señala" una mayor probabilidad de sufrir un daño (UNICEF, 2012:10).

cuadas para que la Niña, Niño y Adolescente pueda expresarse libremente, en un entorno conforme a sus necesidades, características y particularidades (UNICEF, 2013:16).

A luz de ello, si relatarse espontáneamente y sin requerimientos de terceros lo que le habría ocurrido es recomendable no interrumpirla, por el contrario, escucharla atenta y pacientemente plasmando por escrito de forma íntegra y textual sobre lo referido.

En todos los casos se deben tomar los recaudos necesarios para proteger a la víctima, procurar que reciba una contención y atención inmediata y dar intervención a la justicia (UNICEF, 2013:24).

Concluido el paso de la formulación de la denuncia la víctima debe ser informada respecto de los derechos que la asisten y derivada al órgano competente administrativo y/o judicial a los efectos de su asistencia integral y representación legal en el proceso penal considerando la necesidad jurídica y social que detenta la problemática.

1.2.- Representación letrada de Niñas, Niños y Adolescentes.

Conforme a lo subyacente del Artículo N° 12 inciso N° 2 de la Convención de los Derechos del Niño, todos los Niños, Niñas y Adolescentes tienen derecho a contar asistencia legal y patrocinio letrado por un profesional especializado en los derechos que asisten a la Niñez y Adolescencia para la protección de sus derechos durante su participación en el proceso penal.

En tal sentido, se encuentra facultado para actuar como patrocinante de la querrela y participar de todas las instancias del proceso a los fines de responder por las necesidades e intereses personales y autónomos de los Niños, Niñas y Adolescentes en todas las actuaciones y diligencias que los afecten.

Este abogado del niño, letrado especialista en derechos del niño, elegido por la Niña, Niño y Adolescente no precisa del consentimiento de los padres y/o tutores para representarla (UNICEF, 2010:32).

Esta representación puede ser ejercida a través de un abogado particular o a través de la intervención de los equipos interdisciplinarios de las oficinas de asistencia a víctimas de delitos penales dependientes del Poder Ejecutivo o el Poder Judicial.

1.3.- Labor de los equipos interdisciplinarios de las Oficinas de Asistencia a la Víctima de Delitos Penales.

Las Oficinas de Asistencia a la Víctima de delitos penales se incorporan al tejido social como instituciones que presten servicios para el ejercicio del derecho de acceso a la justicia y atención profesional integral a personas con necesidades jurídicas o víctimas de delitos.

Éstas se presentan como una política pública saludable hacia la generación de capital social³ como recurso o vía de acceso a derechos no solamente ante necesidades jurídicas, sino también, ejercicio de derechos económicos y sociales, entendiendo a las personas como sujetos de derechos indivisibles, interdependientes y complementarios favorecien-

.....
³ El Capital Social puede entenderse como las normas y redes sociales que permiten la acción colectiva para resolver problemas compartidos (González, 2007).

do el empoderamiento⁴ de las víctimas de delitos y sus familiares hacia el pleno ejercicio de ciudadanía.

Su misión institucional se cimenta en la atención hacia personas o grupos de ciudadanos en situación de vulnerabilidad⁵ víctimas o testigos de delitos penales.

Por ello, se determinan como objetivos proveer de asistencia jurídica, psicológica y social a las víctimas de cualquier delito; ofrecer atención y seguimiento del caso a largo plazo; ofrecer atención especializada en delitos específicos, tales como violencia sexual (PNUD, 2005:41).

En anuencia, a través de sus oficinas se propende ejercer los derechos que los asisten, es decir, a recibir un trato digno y respetuoso por parte de los operadores de los órganos de administración de justicia; requerir medidas de protección frente a la posibilidad de la ocurrencia de nuevos hechos de violencia contra su persona e intervenir activamente en el procedimiento penal, esto supone, ser informada del estado de la causa; aportar información relevante durante la investigación penal preparatoria y constitución como parte querellante, entre otros.

La entrevista inicial es recomendable que se suscite entre los familiares o responsables de la Niña, Niño o Adolescente víctima o testigo de abuso sexual y el equipo interdisciplinario conformado, preferentemente, por un abogado, un trabajador social y un psicólogo.

Este primer encuentro responde a los efectos del asesoramiento jurídico con respecto a las instancias dentro del proceso penal. Es fundamental que la Niña, Niño y Adolescente no sea expuesta en ningún momento a las conversaciones que los operadores tengan con los padres o adultos de confianza de la Niña, Niño y Adolescente (UNICEF, 2010:11).

Por otra parte, se considera conveniente que la entrevista a la víctima la lleve adelante un profesional de la salud mental especializada y/o con experiencia laboral en Niñez y Adolescencia, entre estas disciplinas se pueden contemplar psicología, trabajo social, psicopedagogía, psiquiatría u otra profesión afín.

A dicho efecto, es aconsejable que sea realizada en un espacio confortable y adecuado ante las necesidades subyacentes del Niño, Niña o Adolescente tratando de hablar sobre cuestiones de la vida cotidiana como situaciones escolares, intereses o deportes respetando sus habilidades personales y momentos para expresar lo que le ha ocurrido a los fines de generar y fortalecer un vínculo de confianza.

El objeto del acompañamiento psicológico está orientado hacia la escucha de la víctima para su contención, explicar eventualmente en lenguaje adaptado a su edad y nivel cognitivo sobre las etapas del proceso que deberá afrontar y evaluar si se encuentra en condiciones de acceder a prestar declaración testimonial.

La estrategia hacia la prosecución de las acciones dentro del proceso penal se determinará teniendo en consideración las particularidades de cada caso y necesidades jurídicas de las víctimas y familiares.

.....
4 El denominado Empoderamiento o ejercicio de derechos se centra en los beneficiarios como titulares de derechos y no como receptores de acciones asistenciales. La finalidad es garantizar a las personas el disfrute de la capacidad, de las habilidades y del acceso necesario para cambiar sus vidas, mejorar sus comunidades y decidir sus propios destinos (Artigas, 2005:16).

5 Se consideran en condición de vulnerabilidad aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico. Podrán constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la victimización, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género y la privación de libertad. (Reglas Básicas de Acceso a la Justicia de las Personas Vulnerables, 2008).

Asimismo, atemperar las consecuencias que sobre la víctima o testigos se puedan manifestar como producto de la participación durante el proceso penal y el contacto con las instituciones del sistema judicial.

Para ello, es concluyente evitar la confrontación visual con el procesado, promover el acompañamiento del niño por un profesional a los efectos de su comparecencia, informar a la víctima respecto de las etapas de celebración del juicio, garantizar la seguridad personal y familiar y reducir el número de interrogatorios al mínimo teniendo como premisa un único relato de los hechos, en tal sentido, es recomendable grabar el testimonio del Niño, Niña o Adolescente en audio y/o vídeo para su reproducción en caso de ser requerido por los actores actuantes.

Los profesionales tanto de psicología como trabajo social no realizan tratamiento psicológico o seguimiento de casos, respectivamente, su tarea está determinada al acompañamiento y contención de la víctima y su grupo familiar dentro del proceso penal; dichas funciones son derivadas a los efectores del nivel local para su intervención⁶.

Las incumbencias inherentes al área social tienden a la promoción de acciones con el fin de lograr las mejores condiciones posibles hacia la resiliencia de la víctima, principalmente, destinadas a la contención, escucha y acompañamiento durante el proceso penal; relevar información para la prosecución del caso a través de entrevistas con profesionales de distintos efectores públicos, ya sea, educación, salud u otros, esta tarea es de importancia a los fines de establecer una aproximación en cuanto a los factores de riesgo social y prevalencia de la victimización y gestión de asistencia social considerando la vulnerabilidad económica y social.

Asimismo, reconocer posibles necesidades jurídicas y problemáticas subyacentes que pudieran no haber sido exteriorizadas durante el relato inicial e identificar y caracterizar necesidades sociales, entre las que podemos mencionar, satisfacción de necesidades básicas, reproducción y/o aumento de la calidad de vida u otro tipo.

En tal sentido, relacionar a la víctima con la red social local y coordinación institucional para la inclusión de la víctima en programas existentes y gestión de ayudas sociales.

Las visitas domiciliarias estarán orientadas a dos objetivos, por un lado, evaluar si las medidas de protección adoptadas se corresponden con los resultados esperados y contribuyen a la satisfacción de las necesidades de la víctima, en tanto que por otro, efectivizar la concurrencia profesional al domicilio particular de las personas acerca la institución a las familias, lo cual resulta significativo hacia la construcción de un vínculo de confianza.

2.- Aproximación diagnóstica de la situación de riesgo social hacia Niños, Niñas y Adolescentes en casos de abuso sexual intrafamiliar.

La intrusión de determinadas representaciones psicosociales pueden poner de manifiesto situaciones de vulneración de derechos en distintos espacios de convivencia y socialización donde el Niño, Niña o Adolescente desarrolla su vida cotidiana, es decir, la familia, la escuela u otras instituciones de la comunidad.

.....
⁶ Cuando hablamos de intervención, nos referiremos, de un modo general, a cualquier acción que realizamos o mensaje que transmitimos dirigidos a una persona, familia o grupo comunitario, ya sea con fines preventivos, educativos o terapéuticos. Esto abarca la amplia gama de acciones psicosociales en los diferentes campos o disciplinas: educativos, sociales, de salud, judiciales (Unicef, 2012:37).

El abuso sexual intrafamiliar hacia Niños, Niñas y Adolescentes constituye un delito de características singulares dado que se origina y reproduce dentro del seno familiar cometido por un adulto de confianza encargado de velar por su bienestar.

Estimar una aproximación diagnóstica respecto del riesgo social nos permitirá identificar y ponderar los derechos vulnerados que dan cuenta de la situación de abuso sexual hacia los Niños, Niñas y Adolescentes con un fundamento científico sólido a los fines solicitar medidas de protección y garantizar su seguridad personal.

Criterios para valorar riesgos: tipo de maltrato, duración, tipo de vínculo con el agresor, proximidad física cotidiana, edad del niño, la niña o el adolescente, estrategias implementadas por ellos, actitud de la madre y del resto de la familia, grado de aislamiento del niño, la niña o el adolescente en la familia, grado de aislamiento de la familia. (UNICEF, 2012: 75).

A luz de ello, el máximo peligro lo constituyen las conductas que representan de mayor manera la vulneración sobre la integridad sexual de la víctima, principalmente, los abusos con acceso carnal. Asimismo, la trayectoria temporal de la situación abusiva agrava de manera significativa la aflicción respecto del hecho traumático, es así que el tiempo de transcurrido y curso reiterado en que el Niño, Niña o Adolescente fuere sujeto pasivo del delito puede generar una naturalización de la situación de abuso y aislamiento con el entorno social.

Por otra parte, infiere la incidencia en cuanto a las características de la situación de abuso, en tal sentido, considerar la coacción tanto física como psicológica o la utilización de amenazas y/o fuerza física hacia la víctima o terceros, principalmente, familiares con un vínculo afectivo estrecho como la madre o hermanos. En los casos en que haya más de un niño o adolescente victimizado o la presencia de más de un agresor indica un alto riesgo.

Otra aflicción subyacente detenta la significación afectiva con respecto al agresor ya que se trata de un familiar directo y por lo general el lugar del hecho lo constituye el propio hogar familiar. Esto representa una mayor afección dado que constituye el entorno más cercano al niño en el que desenvuelve su vida diaria y con el que está en contacto permanente, además, remite un lugar de contención y afecto.

Es importante establecer una aproximación del riesgo en relación al aspecto habitacional y zona de residencia considerando tanto las características edilicias de la vivienda, es decir, condiciones de hacinamiento, pasillos oscuros, escasa iluminación o falta de cerco perimetral como las características geográficas del barrio pudiéndose considerar espacios con vegetación tupida, pastos altos, terrenos descampados, baldíos, obras en construcción o escasas de alumbrado público, es decir, determinar aquellos medios o espacios físicos que podrían facilitar la situación de abuso.

Por otra parte, se recomienda considerar la dependencia del agresor como única fuente de ingreso patrimonial y administrador de la economía doméstica, en tal sentido, puede constituir un indicador de alto riesgo en relación a las estrategias de subsistencia familiar.

Además de los abusos sexuales pueden subyacer problemáticas en sus diversas expresiones que pueden complejizar el entramado de las relaciones familiares como violencia familiar, falta de cuidados parentales, consumo de sustancias u otros, que pueden dar cuenta de otras dificultades en la dinámica de la convivencia dentro del hogar.

Por último, son trascendentes las características de personalidad del Niño, Niña o Ado-

lescente, tanto sus habilidades cognitivas para comprender la situación abusiva de la cual es víctima como sus capacidades sociales para expresar lo que le ha ocurrido.

De esta manera, establecer las circunstancias que pueden condicionar el desarrollo de las capacidades personales y familiares y a partir de este conocimiento técnico – científico contextualizar la realidad de los Niños, Niñas y Adolescentes en su medio social, que permita estimar un diagnóstico de la víctima y su grupo familiar.

Asimismo, recurrir a fuentes secundarias de información, principalmente personas que sean parte de la cotidianidad del niño para determinar sus condiciones de vida, en tal sentido, es recomendable entrevistar a familiares convivientes o no convivientes, vecinos, amigos y profesionales de distintas instituciones como trabajadores sociales, médicos, psicólogos o maestros que tengan contacto con los Niños, Niñas y Adolescentes y su familia a los fines de evaluar la presentación de informes que den fundamento a la solicitud de medidas de protección.

El informe a presentar deberá consignar los hechos básicos denunciados, la información recogida cerca de las circunstancias de la develación de la situación y una valoración del riesgo, si fuere necesario. Este informe de evaluación debe documentar las fuentes de información y/o los datos en los que se basa al formular una opinión y hacer recomendaciones sobre el caso (UNICEF, 2011:16).

En efecto, podrán solicitarse prisión preventiva, custodia personal, alojamiento temporario de la víctima, suspensión temporal de régimen de visitas, exclusión de hogar del agresor y restricción o prohibición de acercamiento del imputado.

La importancia de valorar la situación de riesgo con respecto al ámbito social y familiar subyace en la posibilidad que se produzcan nuevas agresiones sexuales o maltrato físico y/o emocional, es decir, amenazas, descreimiento o culpabilización (Libera Medina, 2013).

3.- Prevalencia de la victimización hacia Niños, Niñas y Adolescentes.

Victimización primaria es la derivada de haber padecido un delito con efectos físicos, psíquicos, económicos o de rechazo social que se mantienen en el tiempo (UTE – UNFPA 2013:30).

Podemos decir, entonces, que la victimización primaria se configura por la vulneración de derechos como consecuencia de la conducta antijurídica y antisocial de quien se le imputará el delito, ya sea, por comisión del mismo, facilitar o promover las circunstancias para las situaciones de abuso.

El agresor considera a la Niña, Niño o Adolescente como un objeto y ejerce poder sobre aquello que le pertenece para sostener el sometimiento sexual. Esta actitud invasiva se puede reflejar a través de la intrusión de la violencia física progresiva, la violencia psicológica sistemática, la dependencia económica y la proliferación de amenazas; esta situación puede generar un círculo de represión y aislamiento social donde prevalece el silencio y el miedo.

Frente a la exteriorización de la violencia sufrida es necesario fomentar el desarrollo de la valoración personal y favorecer la apertura a espacios terapéuticos y comunitarios para el fortalecimiento de la autoestima y promover la autonomía familiar respecto del agresor

tanto en lo material como lo emocional, es decir, potenciar las capacidades personales y colectivas del Niño, Niña o Adolescente y su núcleo de convivencia que permitan en lo posible sanar las situaciones de vulneración de su sexualidad.

La victimización secundaria se refiere a la victimización que ocurre no como un resultado directo de la acción delictiva sino a través de la respuesta de las instituciones y los individuos hacia la víctima (Naciones Unidas, 1996).

Este tipo de victimización está relacionada, principalmente, a los procedimientos institucionales de los organismos administrativos o judiciales intervinientes y atención de los funcionarios u operadores de efectores de servicios sociales, de salud y seguridad, entre otros.

Por último, la victimización terciaria⁷ se erige a través de la visión de la comunidad respecto a la figura de las víctimas y las eventuales consecuencias de los delitos sexuales en el seno familiar, por ejemplo, embarazo producto de una relación sexual intrafamiliar forzada.

Como hemos visto, la victimización puede representar manifestaciones en los distintos ámbitos en que el Niño, Niña o Adolescente desarrolla su vida cotidiana, ya sea, el núcleo familiar, familia ampliada, prácticas de los operadores institucionales del sistema de protección de derechos de la Niñez y Adolescencia, sistema penal, sistema de salud, sistema educativo y la percepción cultural de la sociedad respecto de la comisión de este tipo de delitos.

3.1.- Victimización en el contexto familiar.

En el ámbito familiar, el agresor valiéndose de la asimetría de poder derivada de la discrepancia de conocimientos y desarrollo físico y psicológico puede intentar disimular las conductas sexuales bajo una connotación de juego.

Asimismo, puede arraigar en el Niño, Niña o Adolescente la idea que contar lo ocurrido le haría daño. Esto puede generar un sentimiento de culpa debido al vínculo que representa una persona que quiere, estima y deposita una relación de confianza intercambiando la posición entre el Niño, Niña o Adolescente víctima y el adulto agresor por lo cual debe mantenerlo en secreto.

En tal sentido, la edad de la víctima puede determinar su capacidad para reconocer que está siendo víctima de un delito, sin perjuicio, que al tratarse de un delito hacia el interior de la familia induzca un sentimiento de ocultamiento de los hechos ya que su incidencia puede inferir en la posibilidad de romper con el grupo familiar frente a su develación.

Por otra parte, la exteriorización de los hechos por los cuales resultare víctima puede producir una reacción negativa por parte de familiares convivientes y/o no convivientes ante la develación de los abusos perpetrados.

Esto se puede manifestar en el aislamiento, hostigamiento y/o inculpar a la Niña, Niño o Adolescente, o bien, a través de la comisión de delitos conexos hacia la víctima y/o su entorno por parte del agresor, familiares o allegados, es decir, amenazas, intimidación, violencia, manipulación u otras conductas de coerción psicológica.

.....
⁷ Consultar Victimización Terciaria (UTE – UNFPA, 2013:32).

3.2.- Victimización en el ámbito institucional.

En cuanto a la participación en el proceso penal la victimización se refiere al contacto de la víctima con las instituciones que intervienen conforme transcurre el proceso desde la incoación de la acción penal hasta el dictamen de sentencia, es decir, aquellas entidades en relación con el Niño, Niña o Adolescente víctima posterior a la develación de los abusos.

En tal sentido se pueden distinguir distintas fallas en los procedimientos de los organismos del Estado o determinadas falencias en cuanto a las prácticas ejercidas por los operadores encargados de la asistencia a víctimas.

La atención en sede policial puede presentar distintas aristas que representan una nueva forma de violencia sobre la víctima, en tal sentido, se pueden mencionar la reticencia a recibir denuncias y/o otorgar certificación de denuncia, ejercer presión sobre el discurso de la víctima, reiteración innecesaria del relato, exigir una declaración pormenorizada de los hechos, exponer al contacto de la víctima con el imputado o bien las denuncias pueden no representar un registro textual de los dichos de la víctima, por ejemplo, minimizar una conducta sexual de tocamientos en partes erógenas del Niño calificando los hechos como problemas o desavenencias familiares sin datar o hacer registro de una situación de abuso sexual simple.

Por otra parte, en cuanto a la atención del Niño, Niña o Adolescente víctima en el Sistema de Salud Pública, las instituciones ya sea hospitales centrales, centros de salud o Sistemas para la Atención Médica de la Comunidad es necesario contar con profesionales idóneos para la atención médica integral respecto de la salud física, psicológica y social, así como también, la disposición de kit de profilaxis para atenuar los riesgos vinculados a delitos sexuales.

En el riesgo de infecciones de transmisión sexual, los factores que influyen en la adquisición de una ITS secundaria al abuso sexual son la prevalencia de estas enfermedades en la población adulta, el número de agresores, el tipo y la frecuencia de contacto físico entre el agresor (o los agresores) y la víctima, la ineffectividad de cada germen, la susceptibilidad de la víctima a la infección y la administración o no de tratamiento profiláctico oportuno y adecuado (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012:7).

Asimismo, evitar realizar interrogatorios innecesarios sobre los hechos recientes o la vida personal, efectuar revisiones reiteradas o sin el cuidado el cuidado pertinente, manifestar incredulidad frente a los hechos y abstenerse de expresar interpretaciones que puedan resultar dañinas para la víctima por parte de los operadores de salud.

En lo que respecta al Sistema Judicial se puede suscitar la ausencia de recursos materiales como infraestructura edilicia o mobiliario, recursos profesionales u otro tipo necesarios para atemperar las consecuencias negativas que podría implicar la participación de la víctima en el proceso penal.

En tal sentido, se puede mencionar falta de Cámara Gesell en la circunscripción judicial, su insuficiencia debido a la extensión del distrito judicial o demoras en otorgar turnos para las audiencias y/o entrevistas preliminares.

Estas circunstancias representar en la Niña, Niño o Adolescente una nueva situación que lo ubica en el lugar de víctima frente a una vulneración de derechos.

La falta de cuidados en el trato por parte de los funcionarios del Estado involucrados

en este proceso o la ausencia de mecanismos de asistencia pueden producir un efecto de re-traumatización, esto supone la actualización del episodio traumático poniendo nuevamente de manifiesto antiguas sintomatologías.

Por otra parte, el Estado por intermedio de los órganos administrativos o judiciales competentes puede dictaminar una medida excepcional donde se aparta la Niña, Niño o Adolescente del ámbito familiar para ser alojado en una institución u hogar de tránsito.

En este sentido, es imprescindible respetar y ser exhaustivo en cuanto al proceso de identificación y evaluación de integrantes de la familia ampliada⁸ como posible ámbito familiar alternativo, con mayor énfasis si se trata de un grupo de hermanos donde por razones de género u otro tipo, hermanos y hermanas pueden ser alojados en distintas instituciones sin preservar el derecho de convivencia y fortalecimiento del vínculo familiar⁹.

Las instituciones de tránsito pueden situarse en localidades distantes al lugar de residencia, lo cual conllevaría un cambio abrupto en el ecosistema social de la víctima dado que genera una separación de compañeros de escuela, vecinos, amigos y familiares.

Esta situación puede inducir en los Niños, Niñas y Adolescentes el sentimiento que son culpables de los abusos y por ese motivo los aíslan y encierran en una institución. Esto agudizaría aún más la situación de víctima y la aflicción traumática producto de los abusos sexuales perpetrados contra su persona.

3.3.- Victimización en el ámbito social.

Por último, podemos mencionar la estigmatización social producto de la acentuación de pautas culturales y prejuicios arraigados en las comunidades en cuanto a la naturalización, justificación y aceptación de abusos sexuales hacia Niños, Niñas y Adolescentes.

Entre estos podemos mencionar, la iniciación sexual parental, provocación sexual de la víctima hacia el agresor, creencia de la instigación hacia el niño por parte de un progenitor contra el otro o incredulidad frente al relato de la víctima por una percepción sesgada o sectaria de determinados linajes sociales relacionada a las condiciones socioeconómicas de reproducción de la vida.

En conclusión, podemos decir que la victimización hacia Niños, Niñas y Adolescentes en casos de abuso sexual constituye un proceso que se origina por la comisión de un hecho delictivo contra la integridad sexual pero no se limita al daño del bien jurídico protegido, sino que representa diversas implicancias por lo cual es importante generar factores protectores¹⁰ para el fortalecimiento en lo familiar, lo comunitario y lo institucional.

Por consiguiente, atemperar las eventuales consecuencias negativas sobre los Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso sexual respecto de la dicotomía de la intervención en relación a la misión institucional de los distintos actores sociales concernientes a la resiliencia de la víctima, el rol acusatorio, la investigación y la punición del delito como enfoque de las prácticas profesionales.

.....
8 Familia ampliada o “núcleo familiar comunitario”: Aquellos miembros de la comunidad que representen para el niño, niña o adolescente, vínculos significativos o afectivos en su historia personal, como así también en su desarrollo, asistencia y protección (UNICEF, 2013:47).

9 Las medidas de protección excepcional que se tomen con relación a grupos de hermanos deben preservar la convivencia de los mismos (Argentina. Ley 26061 art. 41 inc. d).

10 Consultar Factores protectores en el niño - Factores protectores de la familia - Factores protectores de la comunidad (Unicef, 2009:22).

4.- Gestión asociada e intersectorial de los actores sociales intervinientes en la problemática de abuso sexual orientada al desarrollo de estrategias integrales para el empoderamiento del núcleo familiar y resiliencia de los Niños, Niñas y Adolescentes.

La imbricación de los efectores públicos resulta fundamental a los efectos de la articulación hacia una atención integral en casos de abuso sexual intrafamiliar considerando que los casos de delitos contra la integridad sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes atraviesa diversas áreas, sectores y niveles de gobierno.

La noción de la intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales (Cunill Grau, 2005:1). Por lo tanto, la buena gestión asociada converge hacia una intervención integral de la problemática.

La intervención integral es aquella que abarca conceptual y metodológicamente: todos los niveles del problema (prevención primaria, secundaria y terciaria); todos los campos sociales involucrados (disciplinas, instituciones y sectores); todas las etapas del proceso de atención (detección, primera atención, seguimiento, reparación-rehabilitación); y todos los factores (individual, micro, exo y macrosistémico) (UNICEF, 2012:49).

En tal sentido, la polivalencia de la asistencia en casos de abuso sexual propicia la puesta en funcionamiento de los sistemas de protección a través de los distintos organismos y áreas sociales ya que las personas no solo presentan carencias en lo simbólico y lo material sino también características inermes por su edad, máximamente, si se trata de Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de delitos que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad.

Todos los actores y los organismos del sistema de protección infantil y el Poder Judicial involucrados deben funcionar como equipo, articulando acciones, intercambiando información y participando en la planificación. Es necesario que exista un acuerdo entre la autoridad a cargo de la investigación (juez o fiscal) y el resto de los funcionarios u operadores actuantes (psicóloga, trabajadora social, médica, etc.) en cuanto a la estrategia de investigación a llevarse a cabo (UNICEF, 2010:10).

Por ello, es importante identificar los recursos institucionales componentes del Sistema de Promoción y Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes presentes en la comunidad para establecer una relación conjunta hacia la adopción de estrategias teniendo en cuenta las dinámicas de los diferentes ámbitos territoriales donde los Niños, Niñas y Adolescentes y sus familias desarrollan su vida cotidiana ya que es allí donde las desigualdades se ponen de manifiesto.

Como hemos mencionado, los actores sociales involucrados en la problemática atraviesan distintos niveles de gobierno, es decir, municipal, provincial, nacional y organizaciones no gubernamentales.

Entre estos podemos destacar, los Servicios Locales de Promoción y Protección de los Derechos de la Niñez; Centros de Atención Primaria de la Salud; Dispensarios, Oficinas de Asistencia a la Víctima de Delitos Penales; Comisaría de la Mujer, Centros de Orientación a la Víctima de Violencia Familiar y Sexual; Juzgado en lo Penal de Instrucción; Ministerio Público de la Acusación; Defensoría del Pueblo; Hospitales Centrales, Servicios para la Atención Médica de la Comunidad; Instituciones Educativas; Subsecretaría de la Niñez, Adolescencia

y Familia; Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes, Centros Integradores Comunitarios; Planes y Programas, Víctimas; Comunidad; Medios de Comunicación; Instituciones efectoras de servicio de alojamiento a víctimas y Organizaciones de la Sociedad Civil, entre otros.

La gestión intersectorial promueve una intervención con enfoque estratégico con alto grado de participación de los actores sociales hacia la atención del caso con posterioridad a la conclusión del proceso judicial.

Por ello, es importante establecer una ruptura de las tiesuras institucionales y atenuar las tensiones que podrían producirse por la verticalidad de la dinámica entre los distintos niveles de gobernabilidad.

En este sentido, promover criterios desde un enfoque de derechos humanos hacia el fortalecimiento de las familias a través de la aplicación de planes y programas, coordinación de los niveles de gobierno entre sí y organizaciones de la sociedad civil y promoción de redes intersectoriales locales.

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana (OHCHR, 2006:1).

Por esto, resulta imprescindible determinar de manera clara las co-responsabilidades y líneas de actuación de los organismos a los fines de optimizar los recursos institucionales para favorecer el ejercicio de acceso a la justicia y reparación de daños a la víctima.

A luz de ello, atenuar en lo inmediato la agudización de la situación de emergencia a través de la contención y acompañamiento, favorecer las capacidades personales de la víctima y colectivas del grupo familiar en tanto prosiga el curso del proceso judicial y lograr un proceso de resiliencia de la víctima que le permita desarrollar una vida con altos estándares de socialización posterior al proceso judicial.

En virtud de lo expuesto, podemos decir, que la impronta de la intervención contiene entre sus atributos un carácter descentralizado e integral; planificación, monitoreo y evaluación participativa; gestión asociada entre los distintos niveles de estado y ejecución local propiciando de esta manera las condiciones para una amplia participación de la población afectada por la problemática.

5.- Áreas de intervención implicativas en el ejercicio de la práctica profesional en casos de abuso sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito familiar.

Los servicios sociales locales, efectores de salud y entidades educativas, además de sus funciones específicas, se pueden constituir como agentes de detección temprana¹¹ y seguimiento de casos de víctimas de abuso sexual, fundamentalmente, en cuanto a verificar la efectividad de las medidas de protección en favor de Niños, Niñas y Adolescentes.

La escuela debido a la cotidianidad con las personas que allí trabajan representa un espacio de contención, escucha y valoración.

En tal sentido, se recomienda establecer contactos verbales y notificar por escrito a los responsables de la dirección de la escuela y/o gabinete socioeducativo para poner a su co-

.....
¹¹ Consultar indicadores de abuso sexual (Unicef, 2013:27).

nocimiento que la Niña, Niño o Adolescente se encuentra bajo proceso judicial en el marco de una causa penal caratulada como abuso sexual que se tramita por ante el Juzgado de Distrito en lo Penal o Juzgado de Sentencia, especificando los alcances de las medidas de protección a los fines de garantizar el derecho a escolaridad de la víctima en condiciones de seguridad personal.

Por otra parte, efectuar coordinaciones con los efectores de salud e integrantes del equipo interdisciplinario interviniente a los fines que la víctima realice controles médicos, tratamiento psicológico y eventualmente requerir informes profesionales como elementos probatorios a los efectos legales.

Ante un hecho de abuso sexual el sistema público de salud puede responder proporcionando los tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a los abusos sexuales, entre estos, embarazo y transmisión de VIH/Sida u otras infecciones de transmisión por vía sexual.

Asimismo, notificar a través del director a la autoridad judicial o institución de protección de los derechos de la Niñez competente e informar a las víctimas respecto de las instituciones donde hacer efectivo el ejercicio de sus derechos.

Análogamente, teniendo en consideración que la red causal explicativa o asociación de causas puede dar cuenta de una preexistencia relacional de distintas vulneraciones de derechos a la Niñez, entre las que se pueden citar situaciones de adicción dentro del seno familiar, condiciones de hacinamiento, maltrato emocional, carencias en lo material, situaciones de crisis en la trama vincular, desavenencias en el entorno filial, situación de calle, trabajo infantil o reproducción de violencia intrafamiliar vincular a la víctima y su grupo familiar con el área de desarrollo social de municipios y comunas a los fines de favorecer su apertura a espacios socio - culturales, educativos, de trabajo o recreativos, inclusión a planes sociales o programas de asistencia directa y gestión habitacional, entre otros.

6.- Conclusión.

La impronta de derechos humanos promueve una mirada interdisciplinar hacia la promoción y acceso a derechos suscitando una ruptura de vetustas prácticas institucionales y pautas socioculturales naturalizadas en cuanto al abuso sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes, de esta manera mitigar la victimización secundaria en cuanto al contacto de las víctimas con las instituciones del sistema judicial.

La victimización secundaria la ONU la define como todas aquellas acciones, omisiones y conductas inadecuadas de funcionarios y empleados públicos que entran en contacto con la víctima, en cualquier etapa del proceso penal y que le provocan a esta algún tipo de daño físico, psicológico o patrimonial (UTE – UNFPA 2013:31).

En este sentido, ponderar a la víctima de delitos como el actor principal del proceso penal para una participación activa y significativa.

Al momento de efectuar la denuncia, es importante recoger la información mínima para proseguir con la etapa investigativa del suceso que da origen e insta la acción penal, es decir, los datos indispensables para determinar qué tipo de delito se ha cometido y quien fue el presunto autor.

La develación de las características de la situación en que se ha llevado la comisión del delito se hará en sede judicial con tendencia a ser realizada por única vez, por cuanto debe ser lo más completa y concreta posible para evitar la repetición de manifestaciones del hecho.

Mitigar las secuelas de la victimización secundaria supone evitar la reiteración del relato de la víctima con tendencia a efectuarse una sola comparecencia testimonial en condiciones apropiadas, es decir, asistencia por parte de un profesional de la salud mental especializado en Niñez, Adolescencia y atención a víctimas de abuso sexual en un espacio físico amigable al niño.

Ello no implica una menor intervención sino que promueve una intervención con sentido de derechos humanos hacia el resguardo y protección de la Niña, Niño o Adolescente en situación de abuso frente a nuevas manifestaciones de victimización.

Por lo tanto, se recomienda que la entrevista se realice en una habitación acondicionada a la edad y recursos cognitivos de los Niños, Niñas y Adolescentes conformada por dos ambientes separados por un vidrio de visión unilateral con equipos de audio y video.

De esta manera, contar con el registro del relato para las eventuales etapas del proceso y evitar el contacto físico y/o visual entre la víctima y el imputado desde la incoación de proceso hasta la resolución del conflicto penal.

En razón de la extensión espacial de los distritos judiciales pueden presentar un radio amplio de distancia a cubrir por lo cual un Niño, Niña o Adolescente debe someterse a varias horas de viaje tanto para las entrevistas preliminares como la declaración testimonial.

En consecuencia, esta situación incidiría de forma directa en las condiciones físicas producto del cansancio, alimentación o estrés que conlleva un traslado de dicha magnitud al momento de enfrentar dichas diligencias judiciales.

Por ello, considerando la extensión geográfica y entendiendo a la distancia como forma de vulneración de derechos es imprescindible desde la gerencia social, la intervención social del estado y las políticas públicas con enfoque de derechos humanos la implementación de este recurso en cada una de las circunscripciones judiciales generando amplios estándares de valor público en términos de cobertura y calidad en materia de acceso a la justicia y asistencia judicial.

Por otra parte, la entrevista debe ser grabada en video y reproducida en condiciones adecuadas para asegurar la obtención y conservación de un registro de calidad en términos de imagen y sonido para poder ser utilizada durante todas las instancias del proceso.

De esta manera, disminuir la aflicción de la víctima o testigo producto de su participación en el proceso judicial en relación al hecho sufrido.

Por ello, por un lado se plantea la necesidad de provisión de equipamiento técnico en relación a la grabación de calidad y preservación de pruebas como para el resguardo y protección en los procedimientos que se vean involucrados en tanto que por otro se denota la necesidad de formación y capacitación de recursos humanos genuinos para la toma de declaración y entrevistas a los Niños, Niñas y Adolescentes.

El trabajo coordinado entre los múltiples organismos estatales y privados involucrados debe, además de centrarse en la investigación, asegurar la protección y el bienestar de la

Niña, Niño y Adolescente y su familia durante todo el proceso y aún finalizado si el caso así lo requiriese. (UNICEF, 2010:10).

En este sentido, si bien pueden existir distintos intereses entre los actores institucionales intervinientes la gestión asociada es importante sobre todo a los efectos de favorecer la resiliencia de los Niños, Niñas y Adolescentes a través del fortalecimiento del núcleo familiar y red afectiva primaria considerando que el adulto agresor lo constituye una persona del círculo íntimo y afectivo con vínculo cotidiano y/o conviviente.

Así, denominar resiliente a una víctima de violencia sexual es referirse a una persona que, a pesar de lo que le sucedió (agresión sexual), ha logrado sobreponerse y sobrevivir, adaptándose positivamente a los retos de la vida. La resiliencia no es un factor de la personalidad, sino más bien la combinación de factores protectores (características individuales y red social de apoyo). (UTE – UNFPA, 2013: 33).

La implicancia de velar por la protección de los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes nos interpela en el quehacer cotidiano por lo cual es necesario abogar por la adopción de buenas prácticas profesionales en las intervenciones con énfasis en atemperar la prevalencia de la victimización y minimizar las consecuencias producto de desfasajes en los procedimientos que dan cuenta de la repuesta de las instituciones del Estado frente al abuso sexual.

7.- Recomendaciones.

La intervención con Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso sexual intrafamiliar plantea distintos desafíos en cuanto a la respuesta por parte de las instituciones del Estado.

En principio, es importante entender al área de acceso a la justicia como vía de acceso a derechos políticos y civiles basado en el reconocimiento de las garantías constitucionales pero también como senda hacia el ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales.

En tal sentido, trascender la pretensión punitiva contra el imputado favoreciendo un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género en la construcción de políticas públicas en pos de arraigar valores, habilidades y actitudes en la víctima y su núcleo familiar que den cuenta del desarrollo personal en cuanto a lo cultural, lo social y lo emocional.

Por otra parte, atemperar las tiesuras institucionales que erosionan la gestión asociada en pos de profundizar la articulación y coordinación entre los organismos intervinientes del Estado a los fines de optimizar la atención integral del Niño, Niña o Adolescente víctima o testigo de delitos contra la integridad sexual.

En anuencia, promover la sensibilización en cuanto a los cuidados en la actuación de los operadores policiales, judiciales, médicos u otro funcionario interviniente en los procedimientos concernientes a Niños, Niñas y Adolescentes a los fines de atenuar el estrés que atraviesan en el transcurso del proceso penal desde la exteriorización del hecho e incoación del proceso hasta la conclusión del juicio.

En buena medida contribuiría a ello profundizar la discusión respecto de las condiciones en que deben prestar declaración testimonial los Niños, Niñas y Adolescentes víctimas o testigos de delitos sexuales.

En este sentido, parece constituir una propuesta encomiable promover la implementa-

ción de habitaciones acondicionadas para la toma de declaración de Niños, Niñas y Adolescentes “Cámara Gesell” y/o su extensión dependiendo de la necesidad debido a la amplitud geográfica de cada circunscripción judicial tanto para la protección de los derechos de las víctimas de delitos como para la obtención de pruebas validas, confiables y de calidad.

Por otro lado, es ponderable la posibilidad de promover instancias de capacitación y formación interdisciplinar continúa de recursos humanos en entrevista a Niños, Niñas y Adolescentes “Cámara Gesell” y Abuso Sexual Infantil hacia operarios en el ámbito judicial a través de jornadas, cursos, seminarios teórico – metodológicos y/o talleres de intercambio de experiencias por intermedio de convenios con Universidades y Colegios Profesionales.

En efecto, evitar todas aquellas practicas que puedan resultar dañinas o induzcan al Niño, Niña o Adolescente víctima de abuso sexual intrafamiliar como objeto de la causa penal o prueba de cargo contra quien se le imputare la comisión del delito.

En anuencia, trascender la búsqueda de la determinación de la responsabilidad penal y pretensión punitiva respecto del imputado hacia la profundización de la protección de sus derechos en calidad de víctima o testigo de hechos que conllevan una profusa traumatización y agudización de la angustia tanto por la magnitud del delito que se investiga como por la representación subyacente del vinculo afectivo y/o conviviente respecto del adulto agresor.

8.- Bibliografía.

- ARGENTINA. 2005. *Ley N° 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. Consultado al 27 de Septiembre de 2015. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- ARTIGAS, Carmen. 2005. *Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales*. Serie Política Sociales N. ° 110. Santiago de Chile: CEPAL. Consultado al 16 de abril de 2014. Disponible en URL: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/22923/sps110_LCL2354.pdf
- CUNILL GRAU Nuria. 2005. *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. Consultado al 12 de marzo de 2015. Disponible en: <http://siare.clad.org/fulltext/0053026.pdf>
- GONZALEZ Alfredo. 2007. *Capital Social, factor clave para mejorar el desarrollo humano: PNUD*. Consultado al 10 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.cinu.mx/comunicados/2007/10/capital-social-factor-clave-pa/>
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. 2003. *La Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en América Latina*. Consultado al 10 de Enero de 2015. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/explotacion.sexual.pdf>
- INTEBI, Irene. 2007. *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil*. Consultado al 11 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/sospechasAbusoInfantil.pdf>
- LIBERA MEDINA, Sergio Oscar. 2013. *Acceso a la Justicia en casos de abuso sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes. Aportes hacia la construcción interdisciplinar para su atención e intervención*. Consultado al 23 de octubre de 2014. Disponible en: [Documentos de Trabajo Social · n°55 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246 \[69\]](http://www.defenso-</p></div><div data-bbox=)

rianna.gob.ar/no-te-borres/ganadores-modalidad-investigacion.html

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. COLOMBIA. 2012. *Instructivo para el uso de kit PEP en víctimas de violencia sexual*. Consultado al 27 de Septiembre de 2015. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/saludsexual/instructivo_uso_kits_pep_mar_30.pdf
- MINISTERIO DE SALUD. PRESIDENCIA DE LA NACION. ARGENTINA. 2012. *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Consultado al 16 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/maternoinfantil/files/2012/05/1-guia_nacion_Atencionadolescentes.pdf
- NACIONES UNIDAS. 2005. *Directrices sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos*. Consultado al 12 de Febrero de 2015. Disponible en: http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/E2005_20.pdf
- NACIONES UNIDAS. 1996. *Manual de justicia para el uso y aplicación de la Declaración de principios básicos de justicia para víctimas de delito y abuso del poder*. Consultado al 18 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.worldsocietyofvictimology.org/publications/Handbook%20on%20Justice%20Sp.pdf>
- NACIONES UNIDAS. 2006. *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de Derechos Humanos en la cooperación para el Desarrollo*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Consultado al 3 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- PNUD. 1990. *Desarrollo Humano Informe 1990*. Consultado al 2 de Mayo de 2015. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf
- PUND. 2005. *Manual de políticas públicas para el acceso a la justicia*. Consultado al 17 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.justiciaviva.org.pe/acceso_justicia/documentos/Manual.pdf
- UNICEF. 2012. *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Consultado al 17 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://es.slideshare.net/EscuelaBicentenario/aportes-para-la-intervencion-en-maltrato-y-abuso-sexual-infantil-y-adolescente>
- UNICEF. 2013. *Basta de violencia*. Consultado al 16 de Septiembre de 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion_basta_de_violencia_2013.pdf
- UNICEF. 1989. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Consultado al 11 de Marzo de 2015. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNcdn.pdf
- UNICEF. 2010. *Guía de buenas prácticas para el abordaje judicial de niñas, niños, adolescentes víctimas o testigos de violencia, abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos y obtención de pruebas validas para el proceso*. Consultado al 16 de Mayo de 2015. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/GuiaVersionPreliminar_Sept2010final.pdf
- UNICEF. 2013. *Guía de buenas prácticas para el abordaje judicial de niñas, niños, adolescentes víctimas o testigos de violencia, abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos y obtención de pruebas validas para el proceso*. Consultado al 16 de Mayo de 2015. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/proteccion_Guia_buenas_practicas_web.pdf
- UNICEF. 2009. *Mapa de ruta para la prevención y la atención en situaciones de maltrato y*

abuso sexual infantil en el sector salud. Consultado al 14 de junio de 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_activities_Mapade_ruta_salud.pdf

UNICEF. 2011. *Perspectiva de Derechos en la Comisaria de la mujer y la familia. Herramientas para el abordaje*. Consultado al 17 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/ABOimprensa.pdf>

UTE – UNFPA. 2013. *Por una atención libre de victimización secundaria en casos de la violencia sexual*. Consultado al 6 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sv/dm-documents/modulo-libre-revictimizacion.pdf>

XIV CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA. 2008. *Reglas Básicas de Acceso a la Justicia de las Personas Vulnerables*. Consultado al 18 de Mayo de 2015. Disponible en: <http://www.justiciachaco.gov.ar/pjch/contenido/varios/100reglas.pdf>.

Calidad de vida en personas con diversidad funcional intelectual del Programa “Grupos de Autogestores”: una aproximación desde la escala INICO-FEAPS

Jaime García Claro

Diplomado en Trabajo Social por la Universidad Pablo de Olavide, licenciado en Antropología Social y Cultural por las Universidades de Sevilla y Complutense de Madrid

Roberto Martínez Pecino

Profesor e investigador en el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla

Resumen

El concepto de calidad de vida aplicado a la diversidad funcional intelectual es un tema que ha ocupado un espacio considerable en el campo de la psicología de la discapacidad. En la investigación que aquí se presenta se utiliza la Escala INICO-FEAPS, con el objetivo de conocer los índices de calidad de vida desde las perspectivas subjetiva y objetiva. Los resultados obtenidos manifiestan que las personas que participan en grupos de autogestores obtienen un mayor índice de calidad de vida que los no autogestores -desde el punto de vista del personal de apoyo-, y una mayor autodeterminación desde las perspectivas objetiva y subjetiva.

Palabras claves

Calidad de vida, autogestores, discapacidad intelectual, diversidad funcional, autodeterminación.

Abstract

The concept of quality of life applied to functional intellectual diversity is a subject that has occupied considerable space in the field of the psychology of disability. The research presented here uses the scale home-FEAPS, with the aim of knowing the indices of quality of life from the subjective and objective perspectives. The results show that people who participate in autogestores groups obtained a higher rate than non-autogestores quality of life - from the point of view of the support staff, and greater self-determination from the perspective objective and subjective.

Keywords

Quality of life, autogestores, intellectual disability, functional diversity and self-determination.

1- Introducción

En los últimos tiempos se ha utilizado considerablemente el concepto de calidad de vida cuando algunos científicos sociales sostenían que se había superado el modelo de bienestar social y el siguiente paso era conseguir una vida de calidad. La diversidad funcional, nuevo término para referirse a la discapacidad sin utilizar un lenguaje peyorativo, es uno de los motivos por el que las personas no pueden disfrutar plenamente de una vida de calidad debido a que la sociedad no está adaptada a todos los tipos de diversidad humana. En el caso de la diversidad funcional intelectual, los mayores problemas que se presentan son los de autodeterminación e integración social. Es por ello que en los 90 nacen los Grupos de Autogestores con el objetivo formar a los participantes en aspectos que mejorasen su calidad de vida (*a partir de ahora CV*) y autodeterminación.

La literatura relativa a la calidad de vida en personas con diversidad funcional intelectual (*a partir de ahora PDFI*) es muy extensa, sobre todo destacando algunos autores como Miguel Ángel Verdugo, catedrático de Psicología de la Discapacidad en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca y Robert L. Schalock, profesor emérito de la Hastings College del estado de Nebraska (EEUU) y antiguo presidente del Departamento de Psicología de la misma. Estos autores se han dedicado a diseñar en gran medida instrumentos para medir y evaluar la CV, pero no se les conocen estudios de una puesta en práctica de estas herramientas.

Sobre autogestores existe una bibliografía más acotada y limitada a publicaciones de FEAPS centradas en los Encuentros Anuales de Autogestores y una evaluación general con motivo del X Aniversario del Programa publicada en formato digital por el INICO y FEAPS¹. Pero tras una extensa revisión bibliográfica, no se ha encontrado ningún estudio referente a la CV en PDFI del programa “Grupos de Autogestores”. La investigación más similar que se ha llevado a cabo es un estudio pertenece a la Asociación aragonesa ATADES², y aún así no distingue entre autogestores y no autogestores.

Es por ello que se cree necesaria una investigación centrada en el Programa, que evalúe los índices de calidad de vida de los integrantes comparando la muestra con personas no participantes; que muestre si los grupos de autogestores están dando los frutos esperados y ayudando a crecer a esas personas en autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material y bienestar físico.

1.1- Objetivo e hipótesis

I. Objetivo

Analizar de forma comparativa los Índices de Calidad de Vida, mediante la escala INICO-FEAPS, de las PDFI que participan activamente en Grupos de Autogestores.

.....
¹ <http://www.feapscv.org/v2/wp-content/themes/feapscv/descargas/autogestores/evaluacion-autogestores.pdf>

² Abay Analistas (2013). Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón. Abay Analistas Económicos y Sociales, y Asociación ATADES.

II. Hipótesis

H1- Las PDFI miembros de Grupos de Autogestores presentan un mayor ICV³ que las no pertenecientes. Esto se debe a la potenciación de habilidades sociales y, concretamente, a las dimensiones de Autodeterminación e Inclusión Social.

H2- Las mujeres miembros de Grupos de Autogestores, en comparación con los hombres, presentan un menor Porcentaje de Calidad de Vida en general, y un ICV menor en las dimensiones de Autodeterminación, Relaciones Interpersonales, Desarrollo Personal y Derechos, debido al techo de cristal⁴ que todavía persiste en la sociedad.

H3- Las PDFI miembros de Grupos de Autogestores que viven con sus familiares arrojan un Porcentaje de Calidad de Vida general menor que los que viven en residencias (instituciones), y un ICV menor en las dimensiones de Autodeterminación y Desarrollo Personal debido al paternalismo y la sobreprotección, fruto vestigial del Modelo médico-rehabilitador.

1.2- Diversidad funcional intelectual: evolución y conceptualización

Los modelos de abordaje de la discapacidad y su evolución conceptual

Hablar de discapacidad hoy día es referirnos a un fenómeno que ha pasado, a lo largo de la existencia del ser humano, por diversos procesos, y según la historia y la cultura de cada pueblo, ha tenido un significado distinto. Una de las primeras acepciones utilizadas para etiquetar a estas personas fue la de *idiotia*, del griego *ιδιώτης* (que no desempeña cargo público). También se ha utilizado hasta la primera mitad del siglo XX el término *imbécil*, del latín *imbecillis* (sin bastón) e *imbellum* (que no puede ir a la guerra).⁵

Pero antes de seguir cabría definir qué es una persona con discapacidad. Según Taylor y Bodgan (1998, p. 245)

La definición de una persona y de su humanidad no está determinada por las características de esa persona, por una abstracción social o por el significado cultural que le atribuimos en función de su pertenencia a un determinado grupo social, sino por la naturaleza de la relación que existe entre quien define y quien es definido.

Por ello no hablamos de discapacitado como una etiqueta que estigmatiza, sino que separamos sus características: primero es una persona, sujeto de derechos y deberes, y aparte, tiene una discapacidad que puede o no limitarle algunas acciones o funcionalidades en su vida diaria. Así se evita “sujetivar lo adjetivable”.

En la segunda mitad del siglo XX aparecen varios modelos de abordaje de la discapacidad, siendo el primero el que también domina la primera mitad del siglo:

- **Modelo Médico-rehabilitador:** Discapacidad como una deficiencia, ya sea física, psíquica, sensorial... que debe ser tratada desde la medicina por ser un problema de salud. Es lo que el filósofo francés Michel Foucault llamaría *biopoder*, donde el Estado y las élites dominantes utilizan estas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar a la población.

.....
³ ICV: Siglas utilizadas en la escala INICO-FEAPS para denominar el Índice de Calidad de Vida.

⁴ En los estudios de género, se denomina “techo de cristal” a la barrera invisible que impide a las mujeres ascender y progresar tanto en los aspectos laborales como sociales.

⁵ Hay controversia entre el verdadero sentido etimológico de la palabra “imbécil”. Según el *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana* (Coromines & Pascual, 2008), no hay acuerdo tácito en la procedencia de la acepción, si proviene de *imbecillis* (sin bastón) o de *imbellum* (que no puede ir a la guerra).

- **Modelo Social:** Se plantea a las personas con discapacidad como una clase oprimida y por ello el fenómeno debería ser estudiado más como un problema sociopolítico que como uno científico.
- **Modelo de Vida Independiente:** A caballo entre los siglos XX y XXI. Diversidad funcional entendida como concepto que supera al de discapacidad. La *dignidad* constituye una cualidad inherente a la esencia del ser humano. Su minusvaloración en las personas con diversidad funcional es responsable de la discriminación histórica que padecen. Este modelo da énfasis a la autodeterminación y a la independencia, y aboga por la desinstitucionalización de la discapacidad, así como por la desmedicalización de las políticas sociales (Iáñez, 2009)
- **Modelo Bio-psico-social:** Consecuencia de la interacción entre un individuo (con una deficiencia) y su entorno físico y social. Se concibe la discapacidad como las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.
- **Modelo Multidimensional o Constructivista:** El propósito de quienes trabajan con este modelo es reducir al máximo las barreras físicas y sociales que limitan a los individuos con deficiencias. Romper las barreras físicas, sociales y actitudinales existentes contra las personas con discapacidad es tan importante, sino lo es más, como curar las deficiencias físicas o mentales (Verdugo, 1998).
- **Modelo de la Diversidad:** Es una evolución del Modelo de Vida Independiente. Entre sus principios se encuentran la diversidad, la dignidad intrínseca y extrínseca, los derechos humanos y la bioética. Como la diversidad funcional es una construcción social, y como tal es responsabilidad de las personas, son estas las que deben reconstruir una sociedad donde se contemplen las necesidades y diferencias de todos los individuos. (Palacios & Romañach, 2006, p.209).

Entrado ya el siglo XXI, aunque en algunas instituciones siguen predominando los modelos médico-rehabilitador y bio-psico-social, los cambios sociales y la democratización progresiva están facilitando que los sectores tradicionalmente discriminados alcen sus voces, pues el perfeccionamiento de los sistemas de diagnóstico de la discapacidad intelectual desde una perspectiva eminentemente orgánica responde claramente a la medicalización de las condiciones de vida de las personas, e incluso de su propia identidad (Edgerton, 1986). Goffman (2006), en este sentido, dirá que se está ante una pérdida de la humanidad por la constante exposición al estigma.

Para evitar este control biomédico y paternalista, se debe trabajar desde el principio de autonomía que supone para el profesional centrar el *protagonismo* de la intervención en la *persona* y trabajar desde sus prioridades; que la persona tome la iniciativa de su vida y tome las decisiones que considere más adecuadas a su realidad. (Díaz, 2003).

Es aquí donde aparece el **Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona**, que se caracteriza por extremar el respeto absoluto por la intimidad en las personas que necesitan atención y cuidados, respeto a sus creencias, identidad, imagen, orientación sexual, el trato entre personas adultas y, en general, la dignidad personal, entendida como la aceptación de que toda persona es igual de valiosa y, por tanto merecedora de buen trato (Rodríguez, 2013).

Discapacidad intelectual versus diversidad funcional intelectual⁶

El marco conceptual de la discapacidad intelectual ha ido evolucionando dependiendo de los momentos históricos y la preponderancia de cada modelo de abordaje de la discapacidad. Así pues, mientras en EEUU la nomenclatura pasaba por la *debilidad mental* e *idiocia*, en España se conocía como *subnormalidad*.

Pero para definir científicamente este fenómeno habría que remontarse a la fundación de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) en el año 1876. Esta institución nace con la vocación de promover políticas progresistas, investigaciones sólidas, prácticas eficaces y Derechos Humanos para las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo.

El objetivo principal de la AAIDD es mejorar las capacidades de los profesionales que trabajan con personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, promoviendo el desarrollo de una sociedad que las incluya totalmente, y manteniendo una organización eficaz, sensible, bien administrada y responsablemente organizada.⁷

Así pues, los distintos nombres por los que ha pasado la asociación son un ejemplo de la evolución del término *discapacidad intelectual* y su concepción:

- 1876: Asociación de Oficiales Médicos de Instituciones Americanas para Idiotas y Débiles Mentales.
- 1906. Asociación Americana para el estudio de los Débiles Mentales.
- 1933: Asociación Americana de Deficiencia Mental.
- 1987: Asociación Americana sobre Retraso Mental.
- 2007: Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo.

Según Verdugo y Schalock (2010), los dos términos históricamente más utilizados para denominar la discapacidad intelectual en el ámbito internacional han sido *deficiencia mental* (1908-1958) y *retraso mental* (1959-2009). Concretamente en España el más utilizado han sido *subnormalidad* (que sustituyó al de *minusvalía mental*), que se mantuvo legalmente hasta la promulgación de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad, No discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU), sustituyendo a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido (LISMI).

Aún así, el término *minusválido* se sigue utilizando marginalmente por la ciudadanía, e incluso hasta la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, los certificados se expedían con el *grado de minusvalía*. Donde ya se recoge una definición acorde a la XI Edición de la AAIDD es en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión social, que define la discapacidad como “una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (BOE-A-2013-12632, p.95638).

6 Durante la fundamentación teórica se utilizarán los distintos términos de discapacidad intelectual dependiendo de su momento histórico y los autores que los utilizan, hasta llegar al de “diversidad funcional intelectual” (DFI) que es el que atañe a la investigación.

7 Aprobado en el Consejo de Administración de la AAIDD el 19-04-2014. Fuente: <http://www.aaid.org/about-aaidd/mission#.VEffwSKsVco>

Por lo tanto, la definición operativa actual de *discapacidad intelectual* es (Schalock et al., 2010, p.1):

Una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual (razonamiento, el aprendizaje, la resolución de problemas) y en la conducta adaptativa, que abarca una serie de habilidades sociales, conceptuales y prácticas cotidianas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años, y se basa en cinco premisas:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales, por lo que el diagnóstico médico y el la puntuación del CI no son válidos por sí solos.
3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo período, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual, generalmente, mejorará.

La Diversidad Funcional Intelectual (DFI)

Como se ha tratado en el apartado anterior, los Modelos de la Diversidad y de Vida Independiente llevan a cabo un cambio sustancial y sustituyen el término discapacidad por el de diversidad funcional debido a las connotaciones negativas del primero. Según Marañón (2004), este es

un modelo desde el que la persona con discapacidad ejerce su plena capacidad de elección como ser humano y ciudadano en plenitud de condiciones, en libertad, de modo individual, controlando todos y cada uno de los aspectos de su vida para acceder al mismo rango de igualdad de derechos y deberes que sus conciudadanos sin discapacidad (p.41).

Este modelo tiene su nacimiento en el Foro de Vida Independiente, que surgió en el seno académico estadounidense en 1972 con el objetivo de desinstitutionalizar a las PDFI y empoderarlas para que volvieran a la vida de participación ciudadana que, como tales, les correspondía, y se extendió por toda Europa y Sudamérica.

Su filosofía se basa en los siguientes principios básicos⁸: Derechos humanos y civiles, auto-determinación, auto-ayuda (apoyo entre Iguales), posibilidad para ejercer poder (empoderamiento), responsabilidad sobre la propia vida y acciones, derecho a asumir riesgos, y vivir en la comunidad.

Pero, ¿por qué un nuevo término? Desde los distintos Foros de Vida Independiente entienden el lenguaje como vehículo de cambio social. Los términos tradicionales sobre diversidad funcional no son positivos ni neutros, pues discriminan centrándose en actitudes y aptitudes personales como déficit, limitación, restricción, discapacidad, deficiencia... en lugar de definir esas limitaciones del individuo en relación con un medio sociocultural y eco-

.....
⁸ Fuente: http://www.forovidaindependiente.org/filosofia_de_vida_independiente

lógico determinado y adaptado a las mayorías consideradas “normales”. En la construcción del entorno social, físico y mental ha primado la discriminación de toda persona diferente, adoptando actitudes de explotación, arrinconamiento, negación de sus derechos, asignación de papeles pasivos, de esclavitud y generación de conflictos (Romañach & Lobato, 2005, p.5). Esta concepción tradicional considera a la persona diferente como a un ser imperfecto al que arreglar para restaurar unos teóricos patrones de normalidad que no son más que una ficción estadística de carácter meramente instrumental.

Así pues, la *diversidad funcional* se entiende como un fenómeno en el que personas, por motivos de funcionamiento de su cuerpo, realizan las tareas habituales (las mismas funciones que las demás) de manera diferente pero, al fin y al cabo, las realizan.

1.3- Calidad de Vida. Modelos y definiciones

A lo largo de la historia, la CV ha sido definida desde distintas perspectivas y utilizada -erróneamente- como sinónimo de felicidad, bienestar físico, buena salud y seguridad económica entre otros. Otra de las tendencias comunes ha sido definirla sólo desde un campo científico: por ejemplo, *los economistas tenderán a centrar su medición en elementos tangibles y, por otro lado, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la calidad de vida* (Cummins, 2004, en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012, p. 1). En la siguiente tabla se muestran diferentes definiciones de CV de diversos autores:

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H + S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Fuente: Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012, p. 1

Según Schalock et al. (2002), la mayoría de las definiciones de CV comparten las siguientes características comunes: sensación general de bienestar, sentimientos positivos de participación social y oportunidades para lograr alcanzar un buen potencial personal. La CV puede ser vista de forma más positiva como un concepto sensibilizador correspondiente a la determinación de políticas públicas, de evaluación de servicios y desarrollo de innovaciones. Pero esta visión comunitaria no estaría completa sin la percepción individual-subjetiva.

En 2005, la OMS define la CV como:

la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Para Cardona & Agudelo (2005), como la CV es un constructo cultural, toda investigación sobre el concepto debe partir desde una perspectiva que permita valorar el sentido que tienen los bienes materiales en la vida de las personas según su contexto sociocultural y estudiar aspectos y dimensiones que puedan estar afectando a la percepción de una persona en la construcción de significados culturales y representaciones sociales.

Calidad de Vida y Diversidad Funcional Intelectual

El concepto de CV cada vez se utiliza más en el campo de la diversidad funcional intelectual como uno de los pilares centrales a la hora de implementar y evaluar las políticas y servicios dirigidos a este colectivo. Para Schalock y Verdugo (2007), la CV se define como *un estado de bienestar personal que es multidimensional; tiene propiedades éticas (universales) y émicas (ligadas a la cultura); tiene componentes objetivos y subjetivos; y está influenciado por factores personales y ambientales* (p.2). Aparte de estos cuatro pilares en los que se fundamentan los modelos actuales, los autores incluyen también principios fundamentales como la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y el sentido de pertenencia; además de tener en cuenta que la aplicación de este modelo de CV debe basarse en la evidencia.

De estos principios nacen cuatro prácticas profesionales en los programas de implementación para alcanzar la CV (Schalock, 2009):

1. Un acercamiento multidimensional y holístico.
2. Un enfoque comunitario que es el contexto para una vida de calidad.
3. El uso de buenas prácticas que reduzcan el desajuste entre la persona y su entorno (apoyos, adaptaciones ambientales, tecnología...).
4. El uso de apoyos individualizados y su asociación con los indicadores centrales (dimensiones) de CV (Tabla 1), y el respeto a los estándares de programas de CV (Tabla 2).

Tabla 1. Dimensiones de CV y ejemplos de apoyos individualizados.

Dimensión	Indicadores	Ejemplos de apoyos individualizados
Desarrollo Personal	Formación y aprendizajes; competencia en el trabajo; resolución de problemas; habilidades de la vida diaria; ayudas técnicas.	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistiva, sistemas de comunicación.
Autodeterminación	Autonomía; metas, opiniones y preferencias personales; decisiones y elecciones.	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
Relaciones Interpersonales	Relaciones familiares; relaciones sociales; relaciones sexuales-afectivas.	Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones/interacciones comunitarias.
Inclusión social	Integración; participación; apoyos.	Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales.
Derechos	Ejercicio de derechos; conocimiento de derechos; intimidad; privacidad; confidencialidad.	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad.
Bienestar Emocional	Satisfacción con la vida; autoconcepto; ausencia de estrés o sentimientos negativos.	Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de autoidentificación (pictogramas, etc.)
Bienestar Físico	Descanso; higiene; actividades físicas; ocio; medicación, atención sanitaria.	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición.
Bienestar Material	Ingresos; condiciones de la vivienda; condiciones del lugar de trabajo; acceso a la información; posesiones; servicios.	Propiedad, posesiones, empleo.

Fuentes: Schalock y Verdugo, 2007; Verdugo et al, 2013

Las dimensiones de calidad de vida se operativizan mediante indicadores de calidad definidos como percepciones, comportamientos y condiciones relacionados con la calidad de vida que aportan una indicación sobre el bienestar de una persona. La evaluación de la situación personal (o de las aspiraciones) en estos indicadores suele reflejarse en los resultados personales. (Schalock et al., 2006, p.38)

Tabla 2. Estándares en la implementación de programas de CV

La aplicación de los principios de calidad de vida.
El uso en los programas de los principios basados en la calidad de vida.
La medida de los resultados personales.
La demostración de fidelidad al modelo conceptual.
La vinculación entre las necesidades de apoyo evaluadas y las dimensiones de calidad de vida.
El uso de resultados para guiar el cambio organizacional y la mejora de la calidad.

Fuente: Schalock y Verdugo, 2007, p. 4

Medición de la Calidad de Vida

Tras haber llevado a cabo un recorrido histórico y conceptual de la CV y haber conocido las dimensiones, estándares y estrategias para implementar programas de calidad, queda identificar los diferentes instrumentos para medirla. Cada disciplina ha elaborado escalas específicas para medir unos indicadores concretos, pero a la hora de medir la CV de las PDFI, los instrumentos no se consideran tan específicos o sectoriales, ya que según el Modelo de Calidad de Vida de Verdugo y Schalock, las ocho dimensiones que se proponen son

comunes a toda la población de un determinado contexto sociocultural. Aún así, existen variedad de instrumentos concretos de los cuáles los siguientes son o han sido los más utilizados en España (Verdugo et al., 2007):

- Escala ARC de Autodeterminación Personal (1995)
- Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) (2004)
- Escala INTEGRAL (2008)
- Escala INICO-FEAPS (2013)
- Escala San Martín para la Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidades Significativas (2014)

1.4- El programa “Grupos de Autogestores”.

Antecedentes

Desde la década de los 50 del pasado siglo XX, las asociaciones de PDFI han realizado una encomiable labor de lucha a favor de los derechos y la CV del colectivo. Las primeras organizaciones, creadas sobre todo por familiares de las propias personas usuarias, han trabajado, reivindicado, organizado y luchado para las PDFI pero sin contar con ellas. Es una práctica relativamente justificable si atendemos a los momentos históricos, económicos, políticos y socioculturales que vivía la España de la posguerra.

Tras el cambio de paradigma en la definición de PDFI que se produjo en 1996 cuando la AAMR desechó el término de *retraso mental* por el de *discapacidad intelectual*, incluyendo dimensiones como la *autodeterminación* y la construcción social de la discapacidad como una interacción ecológica entre el individuo y su medio (contexto), las propias PDFI tomaron las riendas de su proceso de inclusión social como ciudadanos de derechos.

Pero el Programa de Autogestores no es la primera experiencia de autodeterminación. En 1986, la Liga Internacional de Asociaciones a favor de las Personas con Deficiencia Mental (ILSMH) acuña el término de *self-advocacy* (autodefensores) para poner en marcha experiencias comunitarias que potenciasen la autonomía de las PDFI a través de dinámicas de grupo (Herr, S. & Schuster-Herr, R., 1986). En España fue APDEMA (Asociación pro deficientes mentales de Álava) quien en 1994 comienza el camino con un *grupo de autodefensores*, concretado en una experiencia piloto en el servicio de ocio y tiempo libre que posteriormente derivaría en la Comisión de Usuarios y el Grupo de Opinión. Este grupo tenía el objetivo de preparar a las PDFI (la autora los llama *deficientes mentales*) para poder desenvolverse en la sociedad y hacerse escuchar con sus propias palabras y opiniones personales (Andrés, A. en Verdugo, 2000).

El Programa de Autogestores tal y como se conoce hoy día comienza su andadura en 1997 bajo la tutela de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) en Vitoria (APDEMA), Madrid (Fundación Gil Gyarre), Pamplona (ANFAS) y Sevilla (ATUREM) en proyecto piloto, y en 1998 formalmente. En los años siguientes el ritmo de crecimiento de grupos de autogestores fue aumentando significativamente (Figura 1), siendo en 2007 un total de 232 con Andalucía a la cabeza.

Metas, objetivos y funcionamiento de “Grupos de Autogestores”⁹

El Programa Grupos de Autogestores tiene la misión de promover la autogestión y la autodeterminación de las PDFI en FEAPS. Está compuesto por grupos formados por hombres y mujeres adultos con DFI que se reúnen periódicamente para adquirir habilidades de comunicación, alcanzar mayor autonomía personal y social, aumentar sus posibilidades de hablar y decidir por sí mismos, aprender a tomar decisiones en su vida cotidiana, debatir sobre asuntos que les son propios, poder participar en la vida asociativa y de la comunidad, y ser protagonistas de su propia vida.

La defensa y protección de ti mismo significa hacerte cargo de tu propia vida. Defensa y protección de ti mismo significa decir a otras personas lo que tú piensas, cómo te sientes y qué es lo que importa, para que cuenten contigo. Tu familia, tus amigos, la gente que trabaja a tu alrededor y el resto de la comunidad no sabrán tu punto de vista a menos que tú les digas lo que piensas. (Definición creada por los autogestores canarios¹⁰).

Los Grupos de Autogestores son un lugar en donde todo el mundo se siente aceptado, incluido y valorado: “en el grupo se me acepta, soy uno más”. Son un espacio de participación y de escucha, de encuentro con los demás y con uno mismo, un espacio para, poco a poco, conocer y aceptar sus limitaciones y, a la vez, descubrir sus capacidades y aprender a ser responsables de sus elecciones y decisiones. No son actividades de ocio, ni espacios para entrenarse en habilidades sociales. Ofrecen la posibilidad de que cada uno de sus miembros disponga de su espacio para expresarse y manifestar sus necesidades y deseos, para oír y ser escuchado, donde compartir experiencias. Un espacio en el que los verdaderos protagonistas son las PDFI.

Dado que es en las asociaciones donde se ponen en marcha los Grupos de Autogestores, es importante que desde la dirección y en los distintos ámbitos de la asociación se asuma la filosofía de actuación que supone la *autogestión* (el paradigma de los apoyos y la calidad de vida que el movimiento FEAPS ha adoptado), así como el cambio de mentalidad y las repercusiones que implica. De este modo el Grupo de Autogestores es una actividad más de una línea general de actuación de la asociación, y no una actividad aislada y, de alguna manera, excepcional.

Es muy importante que se ponga en marcha el programa con ciertas garantías de continuidad en el tiempo. Hay que tener muy en cuenta que los resultados de esta actividad son a largo plazo. En el Grupo de Autogestores, entre otros aspectos, se trabajan cambios de actitudes (de las PDFI, de la persona de apoyo, etc.), y estos cambios tienen repercusiones en el entorno inmediato de los actores: otros profesionales de la asociación, familias de los autogestores, otras personas con discapacidad, etc. También es necesaria cierta garantía de permanencia de la persona de apoyo. Su participación en el grupo es fundamental, sobre todo en las primeras etapas de desarrollo de éste.

Por todo ello es recomendable que los candidatos a ser miembros de los grupos reúnan varias de estas características:

- Preferentemente pertenecer a la institución promotora del Programa.
- Manifestar interés personal en participar.

.....
9 Texto extraído de este capítulo es literal de la web <http://www.feaps.org/programas02.htm>, con algunas modificaciones conceptuales del investigador.
10 [http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/9b992949fc6346acc1257838006042c4/\\$FILE/Habilidades%20para%20la%20Autogestion.pdf](http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/9b992949fc6346acc1257838006042c4/$FILE/Habilidades%20para%20la%20Autogestion.pdf), p.2

- Edad: adultos / mayores de 18 años.
- Sexo: tratar de conseguir un grupo mixto sin especificar porcentajes en función de esta variable.
- Nivel de autonomía: de acuerdo con la definición de discapacidad intelectual de la AAIDD, serían personas que necesitarían apoyos de tipo intermitente¹¹ y limitado¹² en las áreas de comunicación, habilidades sociales, utilización de la comunidad y autodirección.

Como guía de los grupos existe la figura de la *persona de apoyo*, una persona profesional formada en *autodeterminación y calidad de vida*, que respeta el derecho de las PDFI a tomar sus propias decisiones, les facilita las oportunidades para que sus decisiones sean lo más efectivas posibles, con una actitud abierta a un trato de igual a igual, de apoyo y de cooperación, que empatiza, anima, acompaña y dinamiza el grupo desde una actitud horizontal no paternalista.

Objetivos de los Grupos de Autogestores¹³:

- Ayudar a los miembros del grupo a alcanzar mayor autonomía personal y social tanto dentro del grupo como fuera (extensión y generalización de habilidades a otros ámbitos de la vida).
- Apoyar a los miembros del grupo en la adquisición de habilidades de comunicación y funcionamiento de grupo.
- Aumentar sus posibilidades de hablar y decidir por sí mismos.
- Facilitar el aprendizaje de toma de decisiones en su vida cotidiana.
- Incrementar las posibilidades de autogestión y autodeterminación de los miembros del grupo.
- Facilitar a los miembros del grupo la participación en la vida asociativa “aquí y ahora” sin cortapisas previas ni expectativas sobredimensionadas.

Funcionamiento¹⁴:

En primer lugar, en la primera reunión del grupo se tienen que establecer unas normas de funcionamiento donde se tienen en cuenta aspectos como: la confidencialidad de lo tratado en las reuniones, la periodicidad de estas, la puntualidad y asistencia, el respeto mutuo en el trato entre los miembros del grupo y el respeto al turno de palabra. A partir de este punto de inflexión, el grupo ira funcionando gracias a la participación activa de los miembros y el acompañamiento de la persona de apoyo.

.....
¹¹ Apoyo “cuando sea necesario”. Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así la persona no siempre necesita el(los) apoyo(s), o requiere apoyo de corta duración durante momentos de transición en el ciclo vital (ej. pérdida de trabajo o agudización de una crisis médica). Los apoyos intermitentes pueden ser, cuando se proporcionen, de alta o de baja intensidad. (Berjano, E., & Burgos, E. G. (2009). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. FEAPS. Cap. I, pp. 33).

¹² Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente. Pueden requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensivos (ej. entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante el periodo de transición de la escuela a la vida adulta). (Berjano, E., & Burgos, E. G. (2009). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. FEAPS. Cap. I, pp. 33).

¹³ Fuente: <http://www.feaps.org/programas/autogestores.htm>

¹⁴ Información y sugerencias para una persona de apoyo que empieza. Texto de Rosa Pérez Gil, psicóloga responsable del programa de autogestores de FEAPS. Web <http://www.feaps.org>

2- Metodología

Diseño muestral y características sociodemográficas de la muestra

- Personas con diversidad funcional de tipo intelectual leve que contasen con un grado superior de discapacidad reconocida igual o superior al 65% y necesitasen apoyos intermitentes y limitados.
- Edades comprendidas entre los 20 y los 65 años.
- Paridad de género para comparar los Índices de Calidad de Vida en ambos.

Para la elección de la muestra se contactó con la Confederación FEAPS que facilitó un listado con las asociaciones que contaban con Grupos de Autogestores. En un primer momento se intentó hacer un análisis a nivel andaluz, pero debido a que Andalucía cuenta con más de 200 grupos y a las limitaciones temporales y geográficas, se acotó a la provincia de Sevilla. El contacto con las asociaciones fue previo por correo electrónico y vía telefónica para concertar una visita, y en el caso de las entidades en un radio no superior a los 30km de la ciudad de Dos Hermanas (Sevilla) el contacto fue directo presencial. De las 13 asociaciones contactadas, sólo 7 se prestaron a colaborar.

- De las 97 PDFI informantes, 49 fueron hombres y 42 mujeres, con una edad media de 46 años. En cuanto al estado civil, 96 estaban solteras y 1 casada. En tramos de edad, de 20 a 29 años fueron 22 personas; de 30 a 39 años, 27; de 40 a 49 años, 15; de 50 a 59 años, 19; y de 60 a 69 años, 8.
- Respecto a la *pertenencia a Grupos de Autogestores*, 49 eran miembros del programa, 26 hombres y 23 mujeres. En tramos de edad, de 20 a 29 años, 16 personas; de 30 a 39 años, 17 personas; de 40 a 49 años, 11 personas; de 50 a 59 años, 2 personas; y de 60 a 69 años, 1 persona.
- No Autogestores con DFI eran 42 personas, 24 hombres y 18 mujeres. En tramos de edad, de 20 a 29 años, 5 personas; de 30 a 39 años, 10 personas; de 40 a 49 años, 4 personas; de 50 a 59 años, 17 personas; y de 60 a 69 años, 7 personas.
- Respecto a la *vivienda*, un total de 38 personas vivían en residencias (8 autogestores y 30 no autogestores), y 53 con sus familias (39 autogestores y 14 no autogestores).
- Respecto a los *rasgos fenotípicos y genotípicos*, 13 presentaban síndrome de Down, de los cuales 12 pertenecían a Grupos de Autogestores.
- *Las personas que cumplimentaron la parte objetiva* de la escala fueron 19 personas de apoyo de los grupos de autogestores, monitoras/es y cuidadoras/es de los no autogestores (14 mujeres y 5 hombres), y 3 familiares (2 mujeres y 1 hombre).

Etapas del proceso metodológico

La investigación comenzó con la búsqueda de una bibliografía básica para puntualizar las principales líneas de investigación sobre el tema así como para conocer el estado de la cuestión de la CV en PDFI. Esta revisión bibliográfica llevó a la página web del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca donde se conocieron las distintas herramientas, eminentemente cuantitativas, para medir la CV. Finalmente, y tras revisar la fiabilidad, consistencia, validez y actualidad de la Escala INICO-

FEAPS¹⁵ de Evaluación Integral de Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo, se decidió utilizarla. (Ficha técnica en Anexo I).

Por lo tanto, se ha utilizado en gran parte una metodología cuantitativa a la hora de la recogida de datos, y en menor medida metodología cualitativa mediante entrevistas no estructuradas y grupos de discusión espontáneos para construir el objetivo principal y las hipótesis.

La escala se pasó durante los meses de abril y mayo de 2014 en siete entidades miembros de la Confederación FEAPS de la provincia de Sevilla con, mínimo, un grupo de autogestores. A las personas que no ejercían su propia tutela se les entregó una autorización que informaba de la actividad para que su tutor/a legal permitiese la recogida de datos.

El procedimiento se llevó a cabo con la adaptación, por parte del investigador, del modelo para imprimir de la Escala con el objetivo de facilitar la comprensión y cumplimentación (Anexo II). En algunos grupos fue posible pasar la Escala con la ayuda de la persona de apoyo y del investigador, y en casos de personas con mayor dificultad en la comprensión y lectura, y por falta de tiempo del personal de apoyo, se cumplimentó el cuestionario por medio de entrevistas individuales (seis escalas resultaron invalidadas por cumplimentación errónea).

Cuando la situación lo permitía, previo a la cumplimentación del cuestionario, el investigador y la persona de apoyo preguntaron cuestiones sobre CV y se formó un debate a modo de grupo de discusión no estructurado que sirvió para complementar la parte cualitativa de la que carece la Escala. También, en las entrevistas personales, el investigador aprovechó para indagar por aspectos de la CV de las PDFI con el mismo fin. Sólo una asociación ha enviado los cuestionarios cumplimentados vía e-mail debido a limitaciones geográficas.

Tras la recogida de datos, se ha utilizado el programa informático propio de la Escala INICO-FEAPS para sistematizar los resultados, y a partir de los ICV obtenidos se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica específica tanto online en Google Scholar, Tesis en Red, Fama y Dialnet, como en las bibliotecas de la Universidad de Sevilla y Pablo de Olavide, y se ha construido el objetivo principal y las hipótesis definitivas también con ayuda de los datos cualitativos recogidos en entrevistas y grupos de discusión. Aparte, los datos cuantitativos se han analizado en el programa IBM SPSS v.22.0 utilizando la media aritmética y la comparación de medias T de Student para muestras independientes.

3- Resultados

En el siguiente apartado se presentan los resultados derivados de la realización de la Escala INICO-FEAPS de las 91 PDFI que fueron capaces de cumplimentarla y cuyos resultados fueron fiables¹⁶ (Autoinforme; parte subjetiva), así como de las 19 personas de apoyo y familiares (Informe de Otras Personas; parte objetiva). Como la Escala no arroja un ICV

.....
¹⁵ La Escala INICO-FEAPS es un instrumento psicométrico desarrollado para evaluar la calidad de vida de personas adultas con discapacidad intelectual desde la perspectiva de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo (autoinforme), así como desde la perspectiva de un observador externo que la conoce bien, cada una con 72 ítems. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de cuatro respuestas: *Nunca, Algunas veces, Frecuentemente y Siempre*. En el proceso de desarrollo de la escala se ha puesto especial énfasis en construir un instrumento que permita evaluar las ocho dimensiones del modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) con evidencias adecuadas de validez y fiabilidad. El análisis de la consistencia interna de los ítems se llevó a cabo mediante alfa de Cronbach, de tal modo que en la versión “Informe de otras personas” se obtuvo un $\alpha = .937$ y en versión “Autoinforme” se obtuvo un coeficiente ligeramente inferior, pero igualmente adecuado: $\alpha = .893$. (Verdugo et al., 2013, p. 25).

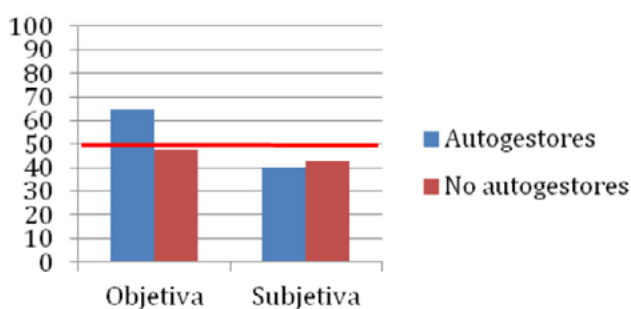
¹⁶ La muestra fue de 97 PDFI que cumplimentaron la escala, siendo 6 erróneas/no fiables por el patrón de respuesta obtenido así como por un número insuficiente de respuestas en el cuestionario.

sincrético porque una media entre las dimensiones objetiva y subjetiva no proporcionaría resultados fiables, se presentarán ambos resultados por separado.

Los índices que se han tomado como referencia a la hora de interpretar la Escala han sido el Percentil de Calidad de Vida (PCV) para las comparaciones generales, cuya media se sitúa en 50% (de 100), y el Índice de Calidad de Vida (ICV) para las dimensiones concretas, cuya media se sitúa en 100 (de 130). El mayor PCV entre los participantes ha sido de un 94% y el menor de un 0%; y en el caso del ICV, el mayor ha sido de 124 puntos y el menor de 63.

- i. Atendiendo a la **Hipótesis 1**, en general, las PDFI de Grupos de Autogestores reflejan en la parte objetiva un mayor PCV estadísticamente significativo ($p=.022<.05$) que las no autogestoras. En cambio, en la percepción subjetiva, los no autogestores reflejan un mayor PCV aunque no estadísticamente significativo ($p=.662>.05$) (Gráfico 1).

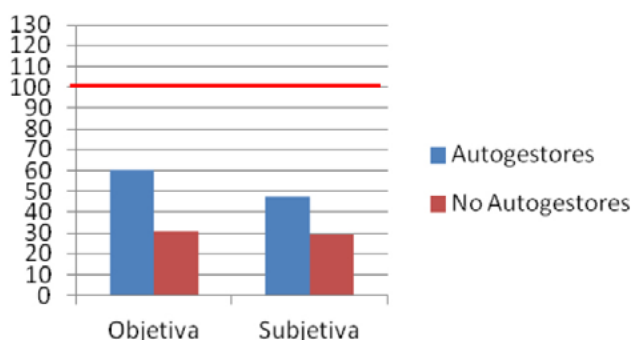
Gráfico 1. Comparación PCV General Autogestores-No Autogestores



Fuente: Elaboración propia

En la dimensión de *Autodeterminación*, tanto las percepciones objetivas ($p=.000<.05$) como subjetivas ($p=.012<.05$) reflejan un mayor ICV estadísticamente significativo en los autogestores sobre los no autogestores (Gráfico 2).

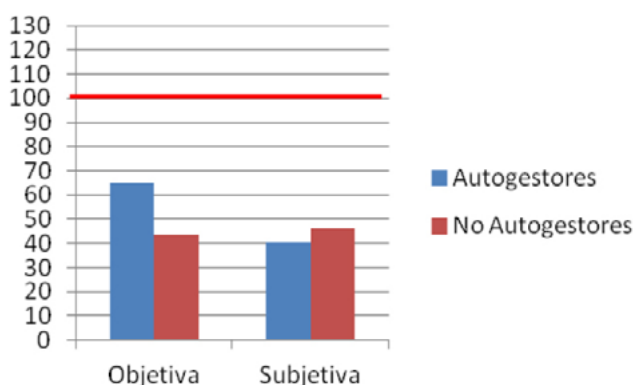
Gráfico 2. Comparación ICV Autodeterminación Autogestores-No Autogestores



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de *Inclusión Social* refleja un mayor ICV significativo en autogestores en la parte objetiva ($p=.003<.05$). En la parte subjetiva son los no autogestores lo que manifiestan un mayor ICV aunque no significativo ($p=.370>.05$) (Gráfico 3).

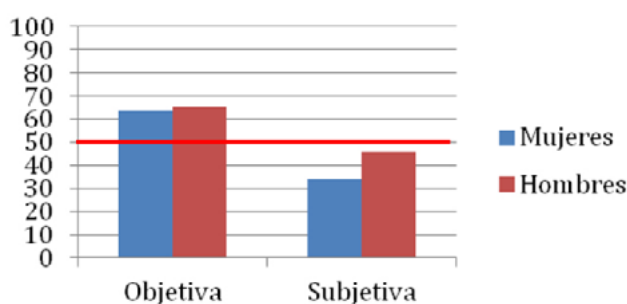
Gráfico 3. Comparación ICV Inclusión Social Autogestores-No Autogestores



Fuente: Elaboración propia

- II. En la **Hipótesis 2** se comprueba la afirmación de que las mujeres arrojan un menor PCV general pero sólo es estadísticamente significativo en el autoinforme subjetivo ($p=.003<.05$). En cambio, en la parte objetiva, aunque los hombres reflejan un mayor PCV, no es un resultado significativo ($p=.210>.05$) (Gráfico 4).

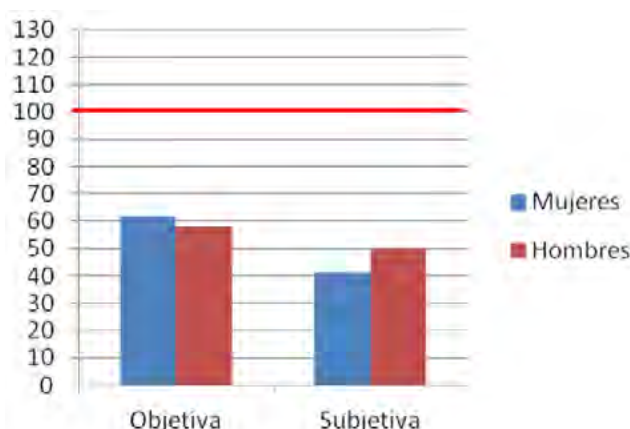
Gráfico 4. Comparación PCV General Mujeres-Hombres autogestores



Fuente: Elaboración propia

La dimensión Autodeterminación arroja en la parte objetiva un mayor ICV en los hombres, aunque estadísticamente no significativo ($p=.649>.05$) y mayor ICV no significativo de las mujeres en el autoinforme ($p=.331>.05$) (Gráfico 5).

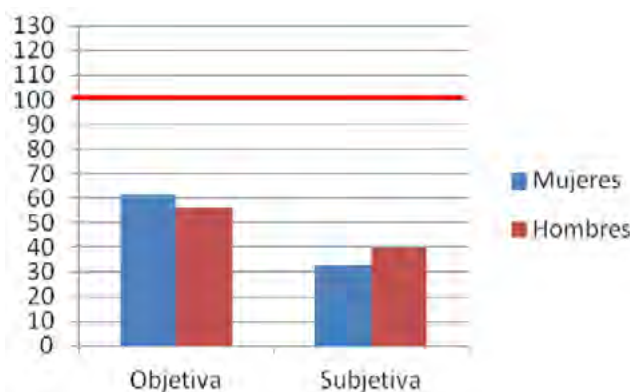
Gráfico 5. Comparación ICV Autodeterminación Mujeres-Hombres autogestores



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la dimensión de Relaciones Interpersonales, la hipótesis se invalida al tomar las mujeres un mayor ICV que los hombres en la parte objetiva, pero no estadísticamente significativo ($p=.583>.05$). En la parte subjetiva, aunque los hombres sí presentan un mayor ICV que las mujeres, no es significativo ($p=.384>.05$) (Gráfico 6).

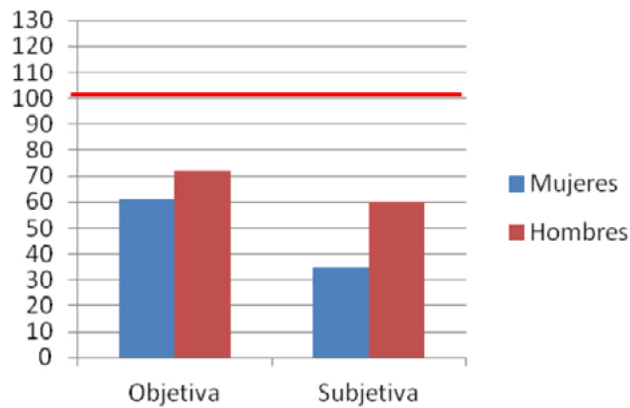
Gráfico 6. Comparación ICV Relaciones Interpersonales Mujeres-Hombres autogestores



Fuente: Elaboración propia

En la dimensión de Desarrollo Personal, la hipótesis se comprueba al reflejar las mujeres un ICV significativo menor que los hombres tanto en la parte objetiva ($p=.001<.05$) como en el autoinforme ($p=.006<.05$) (Gráfico 7).

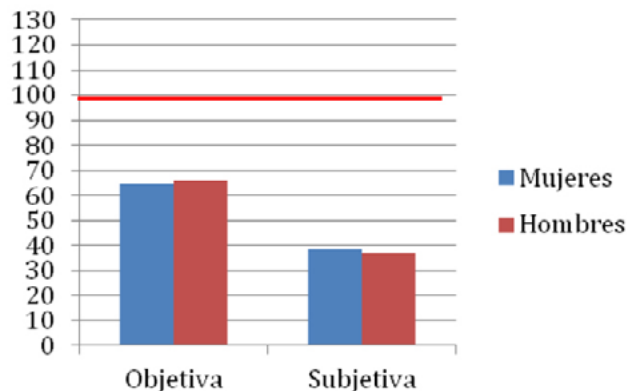
Gráfico 7. Comparación ICV Desarrollo Personal Mujeres-Hombres autogestores



Fuente: Elaboración propia

En la dimensión de Derechos, en la parte objetiva las mujeres presentan un ICV menor que los hombres aunque no significativo ($p=.824>.05$), y en el autoinforme, son las mujeres quienes arrojan un mayor ICV aunque tampoco significativo ($p=.839>.05$). Por lo tanto, la hipótesis se invalida. (Gráfico 8).

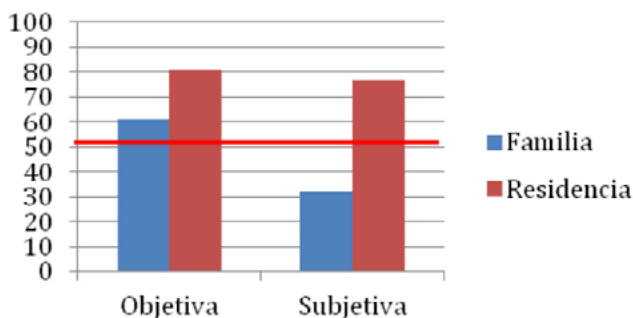
Gráfico 8. Comparación ICV Derechos Mujeres-Hombres autogestores



Fuente: Elaboración propia

III. La **Hipótesis 3** se valida en sus términos generales al afirmar significativamente que las PDFI autogestoras que viven con sus familias presentan un menor PCV que las que viven en residencias y pisos tutelados, tanto en la parte objetiva ($p=.023<.05$) como en el autoinforme ($p=.000<.05$) (Gráfico 9).

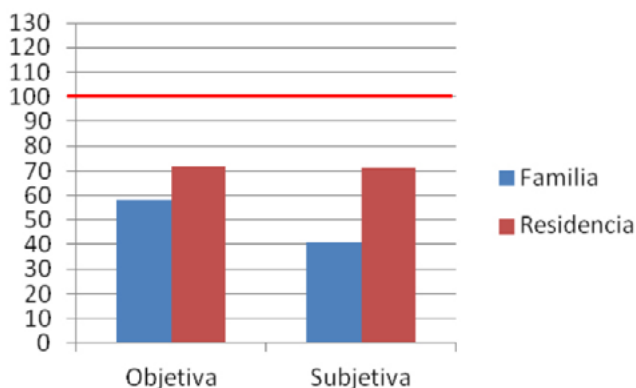
Gráfico 9. Comparación PCV General entre quienes viven en Familia y Residencia



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la dimensión Autodeterminación, en la parte objetiva, aunque los autogestores que viven en familia presentan un menor ICV que los que viven en residencia, no es estadísticamente significativo ($p=.218 > .05$). En cambio, en el autoinforme, esta diferencia sí es significativa ($p=.005 < .05$) (Gráfico 10).

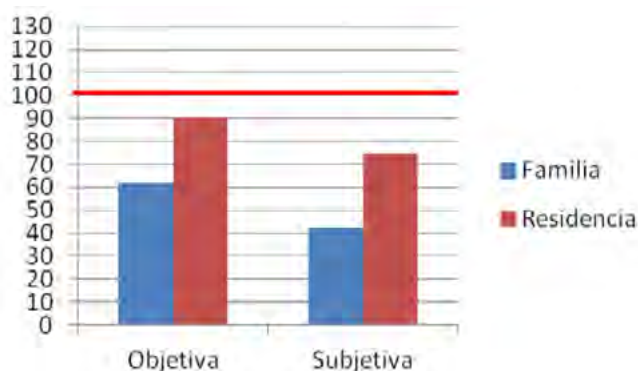
Gráfico 10. Comparación ICV Autodeterminación entre quienes viven en Familia y Residencia



Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a la dimensión de Desarrollo Personal, se comprueba la hipótesis al presentar un mayor ICV significativo los autogestores que viven en residencia en comparación con quienes viven en familias, tanto en la parte objetiva ($p=.005 < .05$) como en el autoinforme ($p=.008 < .05$) (Gráfico 11).

Gráfico 11. Comparación ICV Desarrollo Personal entre quienes viven en Familia y Residencia



Fuente: Elaboración propia

4- Discusión y conclusión

Los resultados que se han obtenido en esta investigación ponen de manifiesto cómo la percepción de autodeterminación y calidad de vida en PDFI es más alta en los informes objetivos, es decir, los profesionales de apoyo de los Grupos de Autogestores piensan que el programa tiene una incidencia positiva y significativa en la CV a rasgos generales. En cambio, entre PDFI, tanto autogestores como no autogestores, el pertenecer al programa no se percibe como determinante para aumentar sus índices de CV, aunque sí su autodeterminación.

En el plano específico los resultados varían dependiendo de las variables utilizadas para medir el PCV y el ICV en las distintas dimensiones de la CV. Por ello, el análisis de los resultados debe hacerse con cada hipótesis por separado:

Atendiendo a la Hipótesis 1, que hablaba de que las PDFI autogestoras presentan una mayor CV, los resultados concuerdan parcialmente en el plano objetivo con el único estudio realizado sobre Evaluación del Programa de Autogestores afirmando que estos Grupos son una herramienta útil para potenciar la autodeterminación y el desarrollo personal de las PDFI (Verdugo et al., 2009b, p. 24). Es de destacar que los profesionales perciban una mayor CV en los autogestores mientras los propios usuarios del programa arrojan unos ICV menores que los no autogestores, al contrario que los resultados obtenidos en el Primer Panel de Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual de Abay Analistas (2013) en la Asociación ATADES.

Lo mismo ocurre en la dimensión de Inclusión Social donde la percepción subjetiva de CV es menor en autogestores que en no usuarios del programa. En cambio, en la que se podría llamar la dimensión más valorada por los modelos de CV, la Autodeterminación, tanto profesionales como autogestores perciben un ICV mayor y significativo en usuarios del Programa.

En la Hipótesis 2, que refería que las mujeres con DFI autogestoras presentaban una menor calidad de vida que los hombres autogestores, Bustamante et al. (2013) afirman que en el proceso de aculturación de niñas y niños se da una socialización diferencial. Desde el

momento de su nacimiento se generan expectativas, pautas de socialización y oportunidades desiguales en función del género asignado, es decir, que las oportunidades de las PDFI vienen marcadas por las expectativas y mandatos de género. En el caso de las mujeres con DFI las desigualdades vienen más marcadas por la doble discriminación (de género y por diversidad funcional), incluso se puede alcanzar el fenómeno que los autores llaman *desgeneralización*, la pérdida de la identidad de género diluida en la diversidad funcional.

Los datos obtenidos reflejan que estas diferencias/desigualdades de género aparecen general y significativamente en la percepción subjetiva de los autogestores. Las dimensiones de Autodeterminación, Relaciones Interpersonales y Derechos no reflejan diferencias significativas; sólo en Desarrollo Personal se observa una diferencia acorde a los planteamientos de los autores donde los hombres arrojan un mayor ICV que las mujeres.

Según la Hipótesis 3, los autogestores que viven con sus familias presentan una menor calidad de vida que quienes viven en residencias y pisos tutelados. Los datos obtenidos de la Escala INICO-FEAPS validan la hipótesis al ser estadísticamente significativos menos en la parte objetiva de Autodeterminación. Este fenómeno puede ser debido a la paternalización y sobreprotección de los progenitores y demás familiares. Como indica Contreras (2013), son comunes las figuras del *niño eterno* y del *padre deudor culpable - hijo acreedor*, impuestas tanto por la familia como por los profesionales y entidades estancados en el Modelo Médico-rehabilitador.

La sobreprotección y el paternalismo pasan factura, y tienen como consecuencia negativa una generalizada falta de autonomía y un funcionamiento social pobre en las personas con discapacidad, unidos a limitadas expectativas del entorno provocadas precisamente por no tener la consideración de adultos. (Puig de Bellacasa, 1990, en Berjano y Burgos, 2009, p. 39).

Aunque la institucionalización se relaciona con aspectos negativos en la autonomía y autodeterminación, los nuevos enfoques centrados en la persona están ayudando a que los centros proporcionen una vida de calidad manifestada por los propios residentes, como recoge el estudio de Gómez-Vela, Canal & Verdugo (2002).

Aparte de la bibliografía, refuerzan la hipótesis los comentarios recogidos durante las entrevistas para pasar la Escala, tanto de profesionales como de usuarios del Programa:

- *Mi hermana me limita mucho y es muy autoritaria. Mis sobrinos lo rompen todo y no puedo tener dinero porque me lo quitan. No tengo lo suficiente, no tengo ropa limpia siempre... Me gustaría ser más independiente y vivir en un piso tutelado pero tengo miedo a hablar con mi hermana porque siempre me grita* (Hombre, 40 años).
- *Me gustaría que me dejaran cocinar sola pero mi hermana no me deja porque tiene miedo de que me quemé con la vitrocerámica.* (Mujer, 61 años).
- *Es una persona muy independiente que podría estar fuera de su casa con pocos apoyos si sus padres no lo limitasen tanto.* (Profesional sobre hombre de 27 años).
- *La familia le limita mucho la intimidad y la autonomía personal* (Profesional sobre mujer de 34 años).

Las profesionales de apoyo comentan que las preguntas son muy generales y que la Escala parece estar enfocada más a personas que viven en residencias y con sus familias, pues los ítems referidos a convivencia no los puede responder fácilmente una persona de apoyo cuya función es acompañarles en el proceso de autodeterminación, no convivir con ellos las 24 horas.

Como mejoras en la Escala INICO-FEAPS, tras haberse utilizado en 98 participantes y analizado los datos cuantitativos, se propone una mejora en la metodología incluyendo un apartado cualitativo que no sólo genere resultados eminentemente numéricos y recoja los comentarios objetivos y subjetivos, sino que incluya preguntas abiertas y los resultados puedan contrastarse con otros cualitativos obtenidos mediante entrevistas y grupos de discusión.

En conclusión, se puede decir que el programa Grupos de Autogestores contribuye a mejorar la autodeterminación de las PDFI y los Índices de Calidad de Vida en la dimensión de Desarrollo personal. Los profesionales tienden a puntuar más alto que los propios participantes, por lo que sería recomendable una evaluación más exhaustiva y continuada de los objetivos marcados por los propios Grupos de Autogestores para conseguir unos Índices de Calidad de Vida óptimos.

5- Bibliografía

- Abay Analistas (2013). *Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón*. Abay Analistas Económicos y Sociales, y Asociación ATADES.
- Andrés, A. en Verdugo, M. A. (2000). *Familias y discapacidad intelectual*, capítulo 9: Grupos de autodefensores) Colección FEAPS N°2. FEAPS, Madrid.
- Boletín Oficial del Estado A-2013-12632, de 3 de diciembre de 2013.
- Bustamante, C., Caballero, I., Castellano, I. & Vales, A. (2013). *Niñas con discapacidad en La Transversalidad de Género en las políticas públicas de discapacidad*. Volumen II, capítulo 2. Colección Generosidad. CERMI.
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (2005). *Construcción cultural del concepto calidad de vida*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 23(1), 79-90. Antioquía.
- Contreras, V. L. (2013). *Competencia parental y discapacidad intelectual: un estudio comparativo de familias*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Díaz, E., & Foucault, M. (1993). *Michel Foucault: los modos de subjetivación*. Editorial Almagesto.
- Díaz, R. M. (2003). *Personas con discapacidad: una aproximación desde el trabajo social*. Aconcagua Libros.
- Edgerton, R. (1993). *The cloak of competence. Revised and Updated*. Berkeley: University of California Press.
- Enea-Drapeau, C., Carlier, M., & Huguet, P. (2012). *Tracking subtle stereotypes of children with trisomy 21: From facial-feature-based to implicit stereotyping*. PloS One, 7(4), e34369.
- Flórez, J. (2012). *Actitudes y mentalidades de la sociedad ante el síndrome de Down*. Revista Síndrome de Down, Vol. 29.
- García, J. (2012). *Discapacidad intelectual, ¿orgánica o cultural?* Proyecto Fin de Licenciatura en Antropología Social y Cultural. Universidad Complutense de Madrid.
- García, J. (2013). *El paternalismo y el modelo médico-rehabilitador como agravantes sociales de la discapacidad intelectual*. Trabajo para la asignatura Introducción a la Intervención Social y Comunitaria. Universidad de Sevilla.
- Gómez-Vela, M., Canal, M. & Verdugo, M. (2002). *Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en servicios residenciales comunitarios*. Revista de Psicología General y Aplicada, 55(4), 591-602.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Iáñez, A. (2009). *Prisioneros del cuerpo. La construcción social de la diversidad funcional*. Diversitas Ediciones.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.

- MacMillan, D. L., Gresham, F. M., & Siperstein, G. N. (1993). *Conceptual and psychometric concerns about the 1992 AAMR definition of mental retardation*. American Journal on Mental Retardation.
- Maraña, J. J. (2004). "Vida independiente. Nuevos modelos organizativos". A Coruña: Asociación Iniciativas y Estudios Sociales.
- OMS, (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*.
- Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas.
- Peralta, F., Zulueta, A., & González-Torres, M. C. (2002). *La escala de autodeterminación de Arc. Presentación de un estudio piloto*. Siglo Cero, 33(3), 5-14.
- Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid, Informes Portal Mayores, 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal N°1. Fundación Pilares para la Autonomía Persona.
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional: nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Foro de vida independiente, 5.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., & Parmenter, T. (2002). *Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts*. Journal Information, 40(6).
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2006). *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo: aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Siglo Cero, 38 (224), 21-36.
- Schalock, R. L. (2009). *La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales*. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 40(229), 22-39.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., & Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). *Calidad de vida: una revisión teórica del concepto*. Terapia psicológica, 30(1), 61-71.
- Verdugo, M. Á. (1998). *Personas con discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*. 2da. edición. Madrid: Ed. Sigila XXI.
- Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B. y Martín, J.C. (2006). *Validation of the eight do-*

main model of quality of life. Presentación en el simposio *Quality of Life outcomes: Their empirical development, verification, and use*. International Symposium on Social Inclusion, Montreal, CA (Mayo 2-6).

- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, I. E., & Arias, B. (2007a). *Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT*. *Siglo Cero*, 38(224), 57-72.
- Verdugo, M. A., Ibáñez, A., & Arias, B. (2007b). *La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS): Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas*. *Siglo Cero*, 38(2), 5-16.
- Verdugo, M. A., Sánchez, L. E. G., & Martínez, B. A. (2009a). *La Escala INTEGRAL de calidad de vida: desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas*. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(224), 37-56.
- Verdugo, M., Vicente, M., Crespo, M., Sánchez, M. C., & Benito, M., (2009b). *Evaluación del Programa de Autogestores*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). <http://www.feapscv.org/v2/wp-content/themes/feapscv/descargas/autogestores/evaluacion-autogestores.pdf>
- Verdugo, M. Á., & Schalock, R. L. (2010). *Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual*. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.
- Verdugo, M. Á., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D., & Tamarit, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. INICO.
- Verdugo, M. Á., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., & Fernández, S., (2014) *Escala San Martín para la Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidades Significativas*. Fundación Obra San Martín.
- Wehmeyer, M., & Schwartz, M. (1998). *The relationship between self-determination and quality of life for adults with mental retardation*. *Education and training in mental retardation and developmental disabilities*, 33, 3-12.

Adolescentes en conflicto social, hijos e hijas de un dios menor. Una vivencia atormentada de la sexualidad

Miguel Ángel Gurbindo Marín

Doctor en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra

Resumen

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en la que tiene lugar un gran número de transiciones generadoras de profundas transformaciones biológicas, psicológicas, morales y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La vivencia de la sexualidad en la etapa adolescente, constituye el sustrato sobre el que se sustenta el futuro comportamiento sexual de la vida adulta. Así mismo, constituye un indicador de riesgo-protección asociado a un mejor o peor pronóstico de la salud reproductiva y sexual. La adolescencia en situación de riesgo/conflicto social severo y prolongado configura un grupo poblacional caracterizado por un patrón instaurado de conducta gravemente desadaptada. Conducta delimitada por líneas de alta fragilidad y vulnerabilidad social, cuando no de marginalidad, etiquetaje o estigma social. La conducta hipersexualizada como seña de identidad, constituye en estos/as adolescentes un mecanismo instrumental de adaptación a un entorno que no les reconoce como sujetos autónomos e integrales.

Palabras claves

Sexualidad, adolescencia, salud, conducta, conflicto social, riesgo.

Abstract

Teenage is a time of life where a great number of transitions take place, generating deep biological, psychological, social and moral transformations. Such transformations can, at the same time, generate crisis, conflicts and contradictions. The way sexuality is experienced during the teenage period shapes future sexual behaviour during adulthood. It is also a risk/protection indicator associated to a better or worse prognosis of their sexual and reproductive health. Teenagers within severe and prolonged social conflict or high risk situations are a group characterised by severely unadapt/dysfunctional behaviour patterns. Such behaviours are framed by extreme social fragility and vulnerability, if not by marginality or social stigma. Oversexualised behaviour as a sign of identity in these teenagers is a mean for adapting to an environment that does not recognise them as autonomous and integral subjects.

Keywords

Sexuality, teenagers, health, behaviour, social conflict, risk.

1.- INTRODUCCIÓN

“Una joven que se enamora por primera vez queda prendada de la experiencia, que es totalmente nueva y estremecedora. Pero no logra diferenciar entre lo que es nuevo y estremecedor para ella y lo que es nuevo y estremecedor para la humanidad. Así que no debe sorprendernos que esta joven le diga a su madre: “Pero mamá, tu no sabes lo que se siente al enamorarse”.

La adolescencia constituye una etapa de marcado carácter social, una etapa situada dentro del ciclo biológico entre la niñez y la edad adulta, caracterizándose por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. En este sentido es importante entender que no es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase marcada por grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. En este sentido, hablar de adolescencia es hablar de procesos de interacción social, de definición de la identidad personal y grupal, de procesos encaminados a la búsqueda de un lugar en el mundo. De acuerdo con Funes (2008), la adolescencia se constituye como etapa *“obligatoria y de larga duración”*, abriendo un tiempo de dificultades de encaje social a causa de la mezcla de dinámicas evolutivas, estímulos y obligaciones sociales. Dificultades de encaje que a su vez se derivan de una serie de malestares producto de la interacción consigo mismo/a, con sus grupos de pares, con las figuras adultas, o bien con las instituciones primarias y secundarias de socialización. En este sentido se puede decir que la propia condición de adolescente supone, en muchas ocasiones, un elemento fundamental para el establecimiento de crisis, situaciones inadaptativas y/o conflicto social.

La población adolescente en situación de conflicto social severo y prolongado pasa por el trance de la construcción identitaria, teniendo además que gestionar acontecimientos vitales de carácter no normativos, con un alto componente estresante, de carácter inesperado o no previsible. Es decir, acontecimientos que implican cambios significativos en su evolución y adaptación al entorno. Ejemplo de estas situaciones estresantes son las consecuencias en su trayectoria vital derivadas de los procesos migratorios emprendidos por sus progenitores, las situaciones de abandono, maltrato y/o abuso sexual en la infancia, los embarazos no deseados, la maternidad adolescente o las situaciones exclusógenas derivadas de falta de vivienda, empleo o recursos económicos por parte de las figuras parentales. La adaptación a estas situaciones requiere un cambio significativo en su modelo de interacción con el medio, para el que sin duda no están suficientemente preparados. Más aún si tenemos en cuenta la presencia de importantes déficits en el ajuste personal, psicológico y emocional. Déficits que se derivan de una infancia sin apego seguro, con bajo o muy bajo nivel de autoestima y autovaloramiento, así como una insuficiente capacidad para el establecimiento de transacciones sociales básicas y adaptadas para con los sistemas de entorno: familia, escuela y grupo de iguales. La vivencia de la sexualidad en este contexto deprivativo, acaba teniendo un carácter altamente instrumental en los ritos de paso y de pertenencia a los grupos de iguales, en la búsqueda de afecto y reconocimiento, en la ruptura con los sistemas tradicionales del ambiente, incluso, como podremos ver a lo largo de este artículo en la búsqueda autodestructiva. Así, la necesidad de sentirse querido/a, aceptado/a, reconocido/a... lleva a la asunción de conductas sexuales altamente inadecua-

das¹ y/o de riesgo.

Desde este artículo nos acercaremos a las situaciones de conflicto social en la adolescencia desde el análisis de algunas de las características personales, cognitivas y sociales vinculadas a la vivencia sexual, así como al patrón de conducta sexual asociada a las mismas. En este sentido, centraremos el análisis en aquellos aspectos vinculados al modelo de práctica sexual como son la edad de inicio, el grado de promiscuidad y su relación con las ITS, el embarazo y la maternidad-paternidad adolescente. Igualmente analizaremos aspectos asociados al comportamiento sexual como son la perspectiva de género, las experiencias traumáticas, así como el carácter instrumental de la conducta sexual desarrollada.

Dada la amplitud y heterogeneidad de los contextos en los que a día de hoy se mueve el ejercicio profesional del Trabajo Social en infancia y adolescencia en riesgo, hemos delimitado el espacio de análisis a todos/as aquellos/as menores cuya situación de conflicto social severo y prolongado ha hecho inviable el mantenimiento de la convivencia en su unidad familiar de referencia, siendo necesario el establecimiento de medidas extremas de protección, como sin duda lo son la gestión de la guarda por parte de la Entidad Pública, esto es, de manera provisional o definitiva mediante el acogimiento residencial administrativo o en su caso judicial.

Para ello, hemos tomado como fuente de documentación y base para el análisis, los datos obtenidos en la investigación longitudinal que hemos llevado a cabo a lo largo del periodo 2007-2014, esto es, con el 100% de los/as menores atendidos en el SPI de Navarra (857 menores), a causa de su situación de conflicto social severa y prolongada².

2.-OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio de la investigación que ha dado pie al presente artículo responde al: “análisis de los factores de riesgo-protección asociados a la vivencia sexual y su implicación en la salud reproductiva y sexual de la población infanto-juvenil en situación de conflicto social severo y prolongado”. Esto es, dentro del espacio social y territorial de la Comunidad Foral de Navarra y de acuerdo al marco de actuación que establece el Sistema de Protección a la Infancia”³.

3.- METODOLOGÍA

De carácter cualitativa-cuantitativa, llevada a cabo en dos fases y estrategias diferenciadas con una secuencia de aplicación temporal. De tal manera, que en una primera fase y mediante el uso de metodología cualitativa, se ha establecido el proceso de recogida y contraste de información. Esto es, mediante las técnicas de la entrevista en profundidad

.....
¹ Entendemos por conductas sexuales inadecuadas, aquellas que debido al contexto de asimetría en el que se dan o por las características de las mismas, puedan poner en peligro el desarrollo y la autonomía en el ámbito de las relaciones afectivo-sexuales de los/as menores. Un ejemplo de esto sería las relaciones que se establecen con personas adultas que superen en 10 o más años a la edad del/la menor, o bien las establecidas “libremente” con personas del entorno familiar: hermanastros, tíos...

Entendemos por conductas sexuales de riesgo, a las mantenidas sin elementos activos de prevención y que puedan dar lugar a embarazos y maternidad/ paternidad adolescente o bien a infecciones de transmisión sexual.

² “Adolescencia en riesgo social. Un estudio de las situaciones de conflicto social severo y prolongado en la adolescencia, abordadas desde el Sistema de Protección a la Infancia en Navarra”.

³ El sistema de protección a la infancia en Navarra constituye un conjunto de servicios, programas, recursos y prestaciones dirigidas a detectar, notificar, investigar, valorar y en su caso intervenir en todos aquellos contextos en los que se estén dando situaciones de desprotección y/o conflicto social en los niveles de: riesgo de desprotección leve, moderada o grave y las situaciones de desamparo (G.N.2002).

con carácter semiestructurada, la observación participante y el análisis documental. La segunda fase, de carácter cuantitativo, ha tenido por objetivo la clasificación, codificación y operacionalización de las variables e indicadores asociados al objeto de estudio, así como el análisis estadístico de los datos obtenidos, ya sean éstos de carácter primario o secundario. El tratamiento y análisis de dichos datos se ha llevado a cabo mediante el paquete estadístico SPSS. V.20 para Windows.

3.1.- Variables utilizadas

El presente estudio se ha llevado a cabo mediante dos grupos diferenciados de variables: el primero de ellos con un carácter sociodemográfico o situacional recoge el sexo, la edad, la procedencia y el nivel de estudios. En segundo lugar hemos estudiado un grupo de variables asociadas directamente con el objeto de investigación, como son la edad de inicio de las relaciones sexuales, la frecuencia, tipología y el número de parejas con las que se ha compartido la vivencia sexual, el embarazo y la maternidad adolescente, así como los episodios ocurridos de carácter estresante y no normativo vividos en el periodo de la infancia y preadolescencia.

3.2.- Universo de estudio, muestra y ámbito geográfico de investigación.

Formado por el conjunto de menores situados en el tramo de edad 12-18 años, atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia de Navarra por estar inmersos en una situación de conflicto social severo y prolongado. Menores sobre los que, a su vez, se esté llevando una intervención de acuerdo a los protocolos de detección, notificación y valoración establecidos en el Manual de Intervención en Situaciones de Desprotección del Gobierno de Navarra (G..Navarra, 2002).

Todo lo cual, hace que en términos cuantitativos y tomando como referencia la población acumulada en los últimos 8 años (periodo de investigación), estamos hablando de un universo 1200 menores, con una tasa media de incorporación de 150 menores por año. En cuanto a la muestra establecida para el desarrollo de esta investigación, está formada por 857 casos o conjunto de unidades de análisis, correspondientes al 100% de los/as menores ingresados en el COA⁴ a lo largo de los últimos ocho años (espacio temporal para la investigación).

De tal manera que cada año se han tomado, como objeto de investigación, una media de 108 nuevas unidades de análisis (100% de los/as menores ingresados en COA). En este sentido, entendemos que la muestra es suficientemente representativa, en tanto que recoge en sí misma el 100 % de los/as usuarios detectados, notificados e incorporados a lo largo del periodo 2007-2014 (ambos inclusive), por estar inmersos en situaciones de conflicto social severo y prolongado. La muestra es igualmente significativa, en la medida que todos/as sus integrantes han participado de un proceso de intervención protocolizada (proceso de acogida, proceso de investigación-valoración, establecimiento de diagnóstico diferencial, plan personalizado de intervención y seguimiento posterior a la intervención).

Por último, se ha tenido a la Comunidad Foral de Navarra como contexto geográfico, y el periodo 2007-2014 (ambos inclusive) como espacio temporal de investigación.

.....
4 Centro de primera acogida para situaciones de urgencia en régimen de institucionalización temporal (entre 2 y 3 meses), donde se llevan a cabo los procesos de valoración psicosocial en profundidad, el establecimiento del diagnóstico diferencial y gradiente de gravedad en cuanto a la situación de conflicto social, la orientación para el posterior proceso de intervención, así como el establecimiento de otras medidas complementarias de protección: medidas cautelares.

4.- RESULTADOS OBTENIDOS.

4.1.- Datos sociodemográficos.

La vivencia disfuncional de las relaciones sexuales en tanto que una de las primeras manifestaciones de la conducta desadaptada, responde a múltiples causas de naturaleza compleja y multidimensional. Entre otras, las características del contexto familiar, social y/o cultural, las transiciones vitales y las interacciones con el medio, la deprivación afectiva, el maltrato en la infancia o los itinerarios de alta vulnerabilidad cuando no de exclusión social vividos por la población objeto de atención. Todos estos hechos, situaciones y circunstancias condicionan de manera importante la vivencia de la sexualidad, estableciéndose matices claramente diferenciadores en función del género, la edad, la procedencia o el nivel de estudios. En este sentido, presentamos a continuación los datos demográficos más significativos de la población objeto de estudio.

Del total de menores atendidos (857), el 51% son de signo masculino, frente al 49% de población femenina. Una diferencia porcentual apenas significativa, más aun si tenemos en cuenta que estamos hablando de un sector poblacional con una clara predominancia de signo masculino, en el que la interacción conductual se hace fronteriza con espacios de alta fragilidad y vulnerabilidad social, cuando no de marginalidad, etiquetaje o estigma social. En este sentido, hemos podido ir comprobando cómo en los últimos 10 años, se ha ido produciendo un incremento sostenido en el tiempo de presencia femenina en el Sistema de Protección a la infancia, hasta igualarse con la población de signo masculino. Sin embargo y como podremos ir comprobando a lo largo de la exposición de resultados, la igualdad en cuanto a presencia numérica, se contrapone con las grandes diferencias en cuanto a la vivencia e implicaciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y sociales del ejercicio de la sexualidad.

El análisis poblacional respecto de la variable procedencia establece en términos absolutos un contexto sin diferencias significativas, dado que únicamente refleja una diferencia de 36 menores en un periodo de 8 años: 447 menores de origen extranjero, frente 411 de origen nativo. No obstante, si tomamos como referencia los valores relativos en cuanto a la incidencia o peso sobre sus poblaciones de origen, si que hay motivos de alarma, esto es, dado el alto grado de sobrerrepresentación entre los usuarios de origen extranjero, comparativamente con sus iguales nativos. Mientras los/as menores de origen nativos constituyen un 0.5% respecto de su cohorte poblacional (12-19 años), los/as usuarios de origen extranjero, suponen con respecto a la suya, un 4%, lo cual representa un porcentaje 8 veces mayor que el que debería corresponderles.

En cuanto a la media de edad de los menores atendidos en el momento de entrada en el COA, está situada en los 15,61 años, con un bajo nivel de dispersión (desviación típica σ , 41), y sin apenas cambios significativos por razones de género o procedencia. Es de reseñar cómo el 85% de la población objeto de estudio está agrupada en torno a los intervalos 14-15 años (41%) y 16-17 años (44%), periodo definido por la OMS como el de la adolescencia media, y espacio temporal en el que se desarrollan una parte importante de los conflictos personales asociados a la configuración de la identidad personal y grupal. Así mismo constituye el tiempo de gran parte de las transiciones vitales de carácter normativo, como son: la entrada en la edad penal de menores, el fin de la obligatoriedad de la enseñanza académica, el inicio de la vida laboral, el ejercicio del derecho a la autonomía sanitaria y el acceso a la emancipación. La media de edad a la salida del SPI está situada en los 17,75 años, lo cual

nos ha dado como media de estancia en el SPI, 2,13 años por menor.

En relación a la tipología y estructura familiar, el primer dato a destacar de los datos obtenidos, es que el 47% de las familias objeto de atención corresponde a modelos con ausencia de alguna de las figuras parentales de referencia (familias monoparentales), frente a un 39% de los usuarios procedentes de familias con presencia de dos figuras adultas con funciones de parentalidad (familia nuclear o tradicional+ familia reconstituida). En este sentido, las familias monoparentales constituyen, en el contexto de nuestra investigación, el modelo familiar más prevalente, llamando la atención su elevada sobrerrepresentación; más aun, si lo comparamos con su grado de representación en el conjunto de la población Navarra, donde la tasa de incidencia⁵ era, para el año 2007, en torno al 4% (casi nueve veces menor), o la establecida a nivel nacional en la que la tasa de monoparentalidad simple apenas alcanza el 6%.

La tipología de familia tradicional, nuclear o heterosexual, establecida en primeras nupcias y en cuyo seno están claramente diferenciados los roles, en la población objeto de estudio, deja de ser hegemónica, ya que como hemos podido ver apenas tiene una incidencia global de un 39%. La familia con carácter reconstituida ostenta una incidencia dentro de la población objeto de análisis, en torno al 10%. Por último y con un 4% de incidencia, aparecen un grupo de menores cuya estructura familiar ha perdido sus dos figuras parentales de referencia, asumiendo ese papel, las familias extensas con funciones de parentalidad, las cuales se configuran en base a procesos de acogimiento familiar. Dentro de este grupo, aparecen aquellas situaciones en las que se han perdido las referencias familiares de origen debido a contextos de transnacionalidad, desamparo y/o abandono. Éstas, corresponden a situaciones de institucionalización del menor debido a: 1º) ruptura familiar debida a malos tratos, ingreso en prisión de las figuras parentales, abandono y/o fracaso de las medidas de acogimiento familiar; y 2º) situaciones derivadas de los procesos migratorios (fundamentalmente población del norte de África), en las que algunos menores se trasladan por su cuenta sin contar con un núcleo o red familiar de acogida. En estos casos, la Administración acaba cumpliendo, de forma subsidiaria y hasta la mayoría de edad, las funciones tradicionales de la familia.

4.2.- Grado de inadecuación en la conducta sexual.

“Autonomía y empoderamiento están en la base del desarrollo integral de las y los adolescentes para considerarse personas con capacidad y poder para tomar decisiones. La toma de decisiones en la vida sexual favorece el desarrollo de sujetos autónomos e integrales en otras áreas de la existencia y contribuye a la construcción de ciudadanías (López Gómez et al., 2005)”

Desde estas páginas y como punto de partida para el análisis de los datos obtenidos, entendemos la vivencia de la sexualidad como un elemento consustancial a la configuración de la identidad personal, grupal y de género. De la misma manera, y de acuerdo con Navarro-Pertusa (2004), la contemplamos igualmente como un espacio insustituible en el proceso del desarrollo personal, cognitivo, emocional y social de los y las adolescentes.

.....
5 Instituto Navarro de Estadística. Datos de la estructura familiar en Navarra en 2007.

En este apartado⁶, analizamos la conducta sexual, como resultado del impacto producido en la interacción con variables asociadas a la perspectiva de género, el origen y las situaciones maltratantes, deprivativas y/o abandonicas vividas en la infancia y periodo adolescente. En este sentido, nos detendremos en todas aquellas manifestaciones de la conducta sexual que por su naturaleza están condicionando de manera altamente negativa el proceso evolutivo de los/as menores implicados, así como el correcto proceso de socialización que sería de esperar para su edad y condición de menor.

Las conductas sexuales inadecuadas⁷ y/ o de riesgo constituyen una de las señas de identidad características y de mayor afectación en los/as menores atendidos en el Sistema de Protección a la Infancia. Son aquellas que, debido al contexto de asimetría en el que se dan (diferencia de edad y/o poder), o por las características de las mismas, pueden poner en peligro el desarrollo y la autonomía en el ámbito de las relaciones afectivo-sexuales de los/as menores. Un ejemplo de esto sería las relaciones que establecen los/as menores con personas adultas que superen en 10 o más años a la edad del/la menor, en un contexto instrumentalizado de las mismas, o bien las establecidas “libremente” con personas del entorno familiar: padrastros, hermanastros, tíos...

Así mismo, se entiende por relaciones de riesgo, a las mantenidas en un contexto de falta de información-formación, sin elementos activos de prevención y que puedan dar lugar a embarazos y maternidad adolescente o a infecciones de transmisión sexual.

Desde este estudio nos aproximamos al análisis de la actividad sexual en los/as adolescentes, entendiendo la vivencia sexual como un conjunto heterogéneo de prácticas, sentimientos, deseos y actitudes, que evidentemente van más allá de las relaciones puramente coitales. Así, las relaciones sexuales preliminares al primer encuentro coital, suelen ser el modelo más habitual de relaciones entre los/as adolescentes. No obstante, hemos podido comprobar a lo largo de la investigación como la población objeto de estudio apenas si deja pasar tiempo entre las primeras relaciones afectiva y las de carácter puramente coitales. Es por todo ello, que dada la significación y trascendencia que dichas relaciones tienen en la salud reproductiva y sexual, hemos tomado como referencia las relaciones sexuales de carecer coital. Relaciones, en nuestro caso, llevadas a cabo en un contexto de urgencia y desde la búsqueda constante de afecto por la necesidad de sustituir el vínculo perdido con sus figuras parentales de referencia. Todo lo cual configura un espacio de interacción afectivo-sexual complejo y contradictorio, donde habitualmente coexiste un alto grado de promiscuidad en las relaciones, con una fuerte dependencia emocional hacia las parejas establecidas. El/la menor da inicio a sus relaciones sexuales en pleno proceso de construcción

.....

⁶ Los datos sobre los que basamos nuestro análisis, han sido recogidos en el contexto de la valoración diagnóstica llevada a cabo en el COA con cada uno/a de los/as menores objeto de atención. Esto es, mediante entrevistas en profundidad con carácter semiestructurado, la observación participante, así como la relación terapéutica establecida con todos/as ellos/as.

⁷ **No conducta inadecuada:** el/la menor mantiene relaciones sexuales con suficiente nivel de información y capacidad de gestión. Las lleva a cabo con personas de su edad, no habiendo manipulación ni presión para llevarlas a cabo.

• **Conducta inadecuada / Nivel bajo:** el/la menor tiene carencias en cuanto a información y formación sobre relaciones sexuales. Mantiene relaciones de riesgo, aunque con personas de su edad y nivel madurativo. No hay manipulación ni presión por parte de personas adultas. En el contexto de las relaciones afectivo-sexuales, no aparecen episodios de violencia de género

• **Conducta inadecuada / Nivel medio:** el/la menor carece de formación e información sobre relaciones sexuales. Tiene un alto nivel de promiscuidad y establece relaciones en contextos de riesgo con su grupo de iguales y/o personas adultas. En las relaciones afectivo-sexuales aparecen episodios esporádicos de violencia de género.

• **Conducta inadecuada / Nivel severo.** El/la menor carece de formación e información sobre relaciones sexuales. Tiene un alto nivel de promiscuidad y establece relaciones de riesgo con personas adultas, desde las que hay constancia de manipulación y presión. No tiene madurez ni capacidad para gestionar dichas relaciones. Derivado de ello, se han producido embarazos no deseados, maternidad/paternidad adolescente y/o enfermedades de transmisión sexual. En las relaciones afectivo-sexuales hay un patrón continuado de violencia de género.

identitaria, en un estado de gran fragilidad y confusión emocional, en el que la población objeto de estudio establece una pobre cognición sobre sí mismo/a. La autoestima y autoconfianza como elementos fundamentales en el desarrollo de la inteligencia emocional se ven gravemente afectados, en tanto que los/as menores apenas han iniciado su tránsito por la adolescencia, se ven obligados como resultado de su trayectoria vital, a adoptar valores y comportamientos propios del mundo adulto. La necesidad de reconocimiento y el miedo al rechazo por su grupo de iguales, origina un modelo de conducta sexual impulsiva y urgente, así como altamente instrumentalizada por la búsqueda de afecto.

De acuerdo a lo recogido en la tabla y gráfico nº 1, únicamente el 25% de los/as menores mantiene un patrón de relaciones sexuales dentro de los parámetros esperables para su edad y condición de menor, no hallándose diferencias relevantes en relación a sus iguales no atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia (en adelante SPI)

En contraposición, aparece un 75% de menores con un patrón relacional inadecuado y/o de riesgo, asociado a diferentes niveles de gravedad. De todos/as ellos/as, un 32% mantiene relaciones sexuales en un nivel de gravedad bajo, cuyos principales indicadores de riesgo están vinculados a la temprana edad de inicio (13 años), al carácter coital de las mismas, así como a la falta de información y formación adecuada y suficiente, que pudiera permitir una mejor gestión del riesgo. El 43% restante, mantiene un modelo relacional altamente disfuncional, con presencia de múltiples indicadores de riesgo medio y/o severo. Esto es así, en tanto que son llevadas a cabo en un contexto personal, psicológico, emocional y social de alta vulnerabilidad. Más aún, si pensamos que una gran parte de las conductas sexuales se producen asociadas a otros indicadores de riesgo, como son: el consumo medio-alto de tóxicos, los episodios reiterados de fuga del domicilio familiar, así como procesos (como más adelante podremos ver), de reproducción social en cuanto a situaciones vividas por sus progenitores de violencia de género, abuso sexual o indefensión aprendida.

Así, aparecen importantes diferencias en función de las variables género y procedencia. En este sentido y de manera general, podemos resaltar el alto grado de feminización y origen extranjero de las conductas sexuales inadecuadas y/o de riesgo dentro de la población objeto de estudio. De tal manera, que en los niveles “normalizados” o de “bajo riesgo”, es mayor la presencia masculina, independientemente de la procedencia. Por el contrario, en la medida que aumenta la gravedad (ver tabla nº 1) la población femenina se configura con una mayor prevalencia. La explicación a este hecho, reside en gran medida, en la diferencia de significado que en función del género, los y las menores atribuyen a la vivencia de la sexualidad, en tanto que correa de transmisión de las necesidades afectivo-emocionales. Así, las carencias, disfunciones y/o expectativas no cumplidas en la relación vincular de los/as menores objeto de atención, con sus figuras progenitoras, provoca, además de una fuerte privación afectiva y un sentimiento recurrente de abandono, una conducta disfuncional de carácter reactivo a la situación vivida.

Esta conducta se pone de manifiesto: 1) en unos casos, mediante episodios reiterados de conflicto intrafamiliar que hace inviable la convivencia. Esto es, provocando la desconexión con la estructura familiar de referencia, y derivado de ello, la búsqueda de reconocimiento, afecto y vínculo dentro del grupo de iguales. Todo ello, a través de una alta deseabilidad social y la instrumentalización de las relaciones afectivo-sexuales; y 2) en otros, la práctica de relaciones sexuales inadecuadas y/o de riesgo, constituye un camino de búsqueda más o menos consciente hacia lo autodestructivo.

4.3.-Factores de riesgo asociados a la vivencia sexual disfuncional.

En nuestro estudio, y tal como queda reflejado en el gráfico nº 2, el alto grado de menores con una vivencia sexual disfuncional tiene su razón de ser: 1) en el vínculo gravemente inadecuado que se ha generado en las experiencias abandonicas sufridas en la infancia y preadolescencia; 2) en la exposición a la violencia de género, a la violencia doméstica y /o a la prostitución; 3) en la reproducción de modelos intrafamiliares; y 4) en los episodios de abuso sexual intra y/o extrafamiliar sufridos.

El vínculo disfuncional, constituye una constante que aparece en el 66% de los/as menores objeto de atención. Este nivel de incidencia, aumenta todavía más si desagregamos la población objeto de atención en función de las variables género y procedencia, siendo de nuevo la población femenina de origen extranjero la representada con una mayor prevalencia (84%). La explicación, en el caso de la población de origen extranjero, obedece a tres causas diferenciadas; 1) en el caso de los/as menores procedentes del área latino americana, a causa de los largos periodos de separación hijos/as progenitores, asociados a la secuencia del proyecto migratorio establecido por las figuras cuidadoras (en la mayor parte de los casos llevados a cabo por la figura materna); 2) los y las menores de origen extranjero cuya presencia se debe a procesos adoptivos, presentan igualmente disfunciones en la relación vincular a causa del abandono sufrido en el periodo preadoptivo; y 3) los menores de signo masculino de procedencia magrebí o subsahariana a causa de su condición de MENA. En el resto, a causa del conflicto de lealtades culturales establecido entre la sociedad de origen y la de acogida.

Con respecto a los/as menores de origen nativo, en la mayor parte de los casos, la rotura o disfunción del vínculo, se produce: 1) a causa de situaciones de violencia doméstica; 2) la manipulación y/o conflicto de lealtades de los/as menores en los conflictos de separación-divorcio; 3) las situaciones de abandono o negligencia grave por trastorno mental, toxicomanías y/o actividades delictivas de alguno de los/as progenitores; y 4) la evolución de algunos procesos de adopción internacional, en la que los/as menores entran en conflicto en el proceso de configuración de su identidad.

Siguiendo con lo recogido en el gráfico nº 2, la reproducción social desarrollada en el contexto intrafamiliar juega un papel fundamental en el establecimiento de modelos sexuales inadecuados y/o de riesgo por parte de los/as menores objeto de atención. En este sentido, y tal como expone García Serrán (2011), el marco regulatorio para la atención de la violencia sexual en Nicaragua muestra que los hijos de madres agredidas tienen el doble de posibilidades de sufrir problemas emocionales, de aprendizaje y de conducta comparados con niños cuyas madres nunca han sido abusadas. Evidencias recogidas en Estados Unidos demuestran que un historial de abuso sexual infantil va asociado con una conducta sexual adolescente y adulta poco saludable y una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (Martín, Tsui, Maitra, citado por García Serrán (2011). Los datos recogidos en nuestro estudio, no hacen sino corroborar lo anteriormente expuesto, ya que un 72% de los/as menores ingresados en COA reproducen modelos aprendidos e interiorizados como naturales en el contexto de las relaciones intrafamiliares.

Siguiendo este hilo argumental, un 70% de los/as menores manifiesta haber sufrido exposición a la violencia doméstica y/o de género. De todos ellos/as un 40% verbaliza haber sufrido en su persona varios episodios de violencia doméstica, estableciendo denuncia ante fiscalía únicamente el 20% de ellos/as. Así mismo, un 22% de las menores manifiesta ha-

ber sido víctima de algún tipo de violencia de género⁸ de manos de su pareja o ex parejas.

Por último, es de señalar el indicador de abuso sexual como un hecho claramente asociado al género y a la procedencia. Este aspecto, lo hemos podido poner de manifiesto a lo largo del proceso de valoración diagnóstica llevada a cabo en el COA. Así, el 80% de las menores de origen extranjero (fundamentalmente del área latino americana) y el 30% de las menores de origen nativo, relatan de forma invariable este tipo de experiencias. Las consecuencias del abuso sexual en la infancia, establecen entre otras consecuencias y como ya hemos adelantado anteriormente, en la mayor parte de los casos un alto desagrado hacia el propio cuerpo, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima y autovalimiento, así como estrategias de afrontamiento a las situaciones de estrés altamente disfuncionales: tendencia autodestructiva, incomodidad e inhibición al mantenimiento de relaciones sexuales, o por el contrario conductas hipersexualizadas, con un alto grado de promiscuidad. La necesidad de vínculo, reconocimiento y afecto por parte del grupo de iguales, les sitúa en un contexto nuevamente contradictorio en el que se antepone la conducta sexual esperable a sus necesidades afectivas. Todo lo cual, no hace sino aumentar el ya profundo desajuste interno, y derivado de ello, propiciar el inicio de una dinámica de relaciones sexuales altamente inadecuada, con componentes de signo autodestructiva. En nuestro estudio, y como queda reflejado en el gráfico nº 3, dicha dinámica se ve orientada hacia una alta promiscuidad, al mantenimiento de relaciones sexuales en contextos de gran asimetría de edad, madurez e intencionalidad. Esto es, sin atender a riesgos de embarazo o contagio de infecciones de transmisión sexual, incluso, como hemos podido ver en 38 casos, a la práctica sexuales en el ámbito de la prostitución. El daño emocional sufrido en este tipo de vivencias, asociado además al sentimiento permanente de abandono, provoca en las menores una alta inestabilidad emocional, y derivado de ello, un profundo malestar y desajuste interno

En el caso de las menores de origen extranjero, relatan haber vivido experiencias de abuso sexual en uno u otro momento de la secuencia del proyecto migratorio, (secuencia temporal alargada en el tiempo y en la que no está presente la figura materna). Otras menores, procedentes de otros países europeos (Rumania, Portugal, Ucrania, Rusia, Bulgaria), cuya presencia en Navarra se debe a procesos de adopción internacional, relatan de forma igualmente recurrente, haber vivido este tipo de experiencias en el periodo pre-adoptivo. Aspectos estos, que, lejos de mejorar en el contexto del reagrupamiento familiar o, en su caso, proceso adoptivo, no hacen sino agudizarse en la etapa adolescente. En gran parte, debido a las políticas de integración social llevadas a cabo en la sociedad de acogida, así como de los escasos recursos implementados para el seguimiento y evolución de los/as menores en el periodo post adoptivo. En el caso de los/as menores reagrupados, las políticas de integración social, han propiciado que una gran parte de las familias objeto de atención, acabaran en un contexto de alta vulnerabilidad social, cuando no en el espacio social de la exclusión.

Las expectativas fallidas de los/as menores en cuanto al reencuentro con sus progenitores, así como el hecho de contar con un vínculo prácticamente inexistente o de naturaleza disfuncional, hace que sea necesario reelaborar por ambas partes, la relación vincular.

.....
 8 La invisibilidad y la normalización de la violencia de género en la adolescencia es mayor si cabe que en otras edades, ya que ellos y ellas son capaces de describir la violencia, conocen casos de violencia de género, pueden identificarla sobre el papel pero, en general, creen que se trata de algo que sólo ocurre en mujeres mayores que ya están casadas. Además determinados comportamientos que están en la base y el inicio del problema, como los celos y el control exagerado, para muchos adolescentes son síntomas de amor y preocupación de la pareja. Ellos siguen los mismos mitos y falsas creencias sobre el tema, tal y como corresponde a los roles sociales de la comunidad en las que están insertos para disculparla y justificarla. (Hernando, 2007, citado por García Serrán, 2011).

Aspecto éste, no exento de dificultades añadidas, ya que es habitual, reanudar la convivencia en un contexto familiar diferenciado del que hasta entonces habían tenido como referencia. Contexto, caracterizado por la presencia de nuevas figuras adultas y nuevos hermanos/as, procedentes todos ellos/as de segundas y/o terceras relaciones afectivas, establecidas en la mayor parte de los casos por la figura materna, y de cuya existencia los/as menores no tenían conocimiento hasta el mismo momento del reagrupamiento familiar. Por otro lado, la precariedad económica y una regulación administrativa tardía, ha propiciado que en muchos casos, el proceso de reagrupamiento familiar se produzca en condiciones de hacinamiento, falta de intimidad y presencia de otras familias o figuras adultas ajenas a su núcleo familiar; esto es, en pisos o habitaciones compartidas, en las que, a causa del marco de relaciones laborales en el que habitualmente están inmersas las figuras parentales, apenas si hay presencia y/o supervisión por parte de las mismas.

En este contexto relacional, tanto ellos como ellas, entran en una dinámica de competencia por la atención y los afectos maternos. Todo lo cual, hace que se produzca un funcionamiento familiar altamente disfuncional, en el que los subsistemas parental, jerárquico, conyugal y filial, acaban mezclándose, difuminando todos sus límites (externos e internos), dando lugar a un modelo de relaciones intrafamiliares marcado por una dinámica de conflicto de lealtades, así como por un continuo de coaliciones y alianzas de carácter patológico. Todo ello, hace que los y las menores acaben siendo el chivo expiatorio, el síntoma disfuncional del sistema familiar.

El daño producido en el vínculo tras años de separación, así como la constatación de su improbable recuperabilidad, provoca en las figuras parentales un sentimiento permanente de culpa, haciendo cada vez más difícil por su parte, el establecimiento de normas y límites básicos para la convivencia desde pautajes educativos de autoridad. Por parte de los/as menores, en unos casos, se produce un proceso de empoderamiento en las relaciones familiares que hace inviable el ejercicio de la parentalidad positiva; en otros, una huida del escenario de la vida intrafamiliar hacia relaciones autodestructivas. En todos/as, una ruptura desde lo emocional, que les induce a la búsqueda recurrente de afecto a través de las relaciones sexuales.

4.4.- Hacia un patrón inadaptado de conducta sexual.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, se ha ido configurando un patrón de conducta sexual cuyas señas principales de identidad quedan reflejadas en el gráfico nº 3. Así, en el 62% de los/as menores aparece un alto grado de promiscuidad, y derivado de ello, un alto riesgo en cuanto a exposición a infecciones de transmisión sexual.

En nuestro estudio, el 85% de los/as menores atendidos manifiestan establecer relaciones sexuales tras procesos de enamoramiento fugaces, intensos y muy cambiantes. Con un inicio en las relaciones cada vez más temprano, dentro del grupo de iguales, de carácter fundamentalmente coital, con una orientación heterosexual en el 90% de los casos, y una alta flexibilidad a la hora de elegir compañero/a sexual. En este sentido, es de reseñar cómo en un 40% de los casos se han establecido parejas mixtas (origen extranjero con origen nativo). Por otro lado, y a pesar de observarse una tendencia a equipararse la edad de iniciación sexual, siguen apareciendo matices diferenciales en razón del género y la procedencia. Así, y de nuevo la población de signo femenino y procedencia extranjera, presenta

en nuestro estudio una menor edad de inicio en las relaciones sexuales que el resto de sus iguales (<13 años). Uno de los factores que pueden explicar esta diferencia, reside en el llamado “timing puberal”, factor implicado en la mayor o menor precocidad en los cambios puberales.

En este sentido, el desarrollo o maduración temprana en la población femenina, supone un nuevo hándicap al que tienen que hacer frente, ya que les implica un tránsito al inicio de la adolescencia sin haber tenido tiempo de gestionar adecuadamente las cuestiones propias de la niñez, así como una insuficiencia de habilidades y competencias para responder a las exigencias de la etapa adolescente. Todo lo cual las sitúa en un estatus social al que tienen que hacer frente sin haber pasado por un proceso madurativo adecuado. La contradicción entre las expectativas generadas por su apariencia de adulta y la falta de recursos para gestionarlas de forma adecuada, hace posible, más aún si tenemos en cuenta el alto grado de desestructuración del entorno sociofamiliar en el que se mueven, un alto desajuste interno y externo. Por todo ello, y ante la necesidad de responder a las expectativas generadas, así como de seguir manteniendo el estatus dentro del grupo de iguales, se establece en la mayor parte de los casos, un inicio precoz (12-13 años), así como un carácter eminentemente coital en las relaciones sexuales. Es de señalar la gran diferencia (2 años) en cuanto a la media de edad de inicio de las relaciones sexuales coitales con respecto de la población general, en la cual, se establece la edad de inicio en los 16,5 años para los chicos y los 16,9 para las chicas. Así mismo, y contrariamente a lo reflejado en los estudios llevados a cabo con la población general, es la población de signo femenino la que tiene un inicio más precoz en las relaciones coitales.

Es igualmente llamativo cómo una gran parte de estas relaciones se inicia en el contexto del grupo de iguales para posteriormente llevarse a cabo con parejas altamente inadecuadas, en un contexto de asimetría en cuanto a edad y madurez, muy instrumentalizadas y establecidas sin un mínimo de información-formación para la gestión del riesgo en la salud reproductiva y sexual de los/as menores objeto de atención.

La temprana edad de inicio, así como la comorbilidad asociada a conductas de consumo, alto absentismo escolar y fugas alargadas en el tiempo del domicilio familiar, aboca a los/as menores hacia contextos de clandestinidad, lo cual genera a su vez nuevas situaciones de inseguridad asociadas a la falta de vivienda, alimentación e higiene. Situaciones, para las que en la mayor parte de los casos, carecen de habilidades sociales suficientes y adecuadas con las que poder gestionarlas. Así mismo, es de señalar la cuestión cultural como un factor añadido de distorsión, por la repercusión que tiene para las y los menores objeto de atención, la lectura que desde su estructura familiar y comunitaria de origen hacen de la conducta desadaptada. Esto es así, en tanto que unos y otras están sometidos en función del género a un modelo de socialización emocional diferenciado, lo cual hace que se establezca un mayor control y ajuste hacia las chicas con respecto de los chicos, más allá de que se puedan dar diferencias en cuanto al carácter desadaptado de la respuesta conductual. En este caso, la explicación reside en la mayor flexibilidad del modelo educativo familiar, así como el menor control y ajuste conductual externo llevado a cabo por parte de los progenitores hacia sus hijos varones. El contexto cultural de origen soporta mejor la visibilidad de la conducta inadapta de signo masculino, que la femenina. Esto es así, toda vez que en el caso de los chicos, las familias de referencia aceptan el mantenimiento de los mismos en la sociedad de acogida dentro de los circuitos de intervención del S.P.I, viéndose más legitimados en la práctica sexual, mientras que cuando son las chicas las que se expresan mediante patrones

de conducta sexual inadaptada, se ejerce sobre las mismas un mayor control y ajuste conductual, mostrando más reparos para su permanencia en los contextos residenciales de protección, y en todo caso deslegitimizando su vivencia y práctica sexual. En este sentido, hemos podido comprobar como una gran parte de las adolescentes son mandadas de vuelta a su país de origen bajo al cuidado de la familia extensa.

El alto grado de monoparentalidad detectado en la población objeto de estudio (47%) y derivado de ello, la ausencia de figuras masculinas de parentalidad positiva, favorece la presencia en el imaginario femenino de constructos equivocados respecto de las relaciones interpersonales de carácter afectivo-sexual. Así y de acuerdo con Westman (2009), se establece un mundo de fantasías en el que la búsqueda de afecto y cercanía condicionan de manera decisiva una vivencia de la sexualidad disociada del riesgo de embarazo y de contraer ITS.

El alto grado de impulsividad, el sentimiento de invulnerabilidad que acompaña a los/as menores en su tránsito por la adolescencia, así como el aprendizaje vicario y la reproducción social llevada a cabo en el contexto familiar, acaba por configurar un patrón de conducta sexual carente de formación adecuada que la sustente en materia de planificación familiar. Los/as menores atendidos, presentan pocos o muy pocos conocimientos y competencias básicas en materia contraceptiva, acuden a los centros de planificación en situaciones de urgencia y habitualmente a instancias de los/as educadores residenciales de referencia, esto es, sin apenas haber desarrollado un mínimo de conciencia para la gestión del riesgo. La actual estructura del Sistema de Protección a la Infancia en Navarra, en lo que se refiere a las residencias de protección sigue precisando del establecimiento de protocolos específicos de colaboración interdepartamental con el ámbito de salud. Esto es así, en tanto que los actuales canales de acceso a los Centros de Atención a la Mujer, establecidos con un carácter generalista y universal, precisarían de establecer canales de comunicación con los equipos técnicos residenciales, de tal manera que fuera posible (desde el secreto compartido) contar con información previa sobre la trayectoria psicosocial y en su caso sucesos estresantes no normativos (presencia de abusos, exposición a la violencia, prostitución...) de los/as menores atendidos. Más aun, si tenemos en cuenta la ausencia de estructura familiar competente con la que colaborar, con capacidad para establecer procesos de acompañamiento social en la gestión del riesgo. Entendemos que la eficacia de la atención clínica establecida, la adherencia al medicamento... y en definitiva la gestión del riesgo en la salud reproductiva y sexual, va a precisar actuaciones llevadas a cabo desde una perspectiva sociosanitaria. Actuaciones y estrategias formativas abordadas de forma conjunta, de manera que posibiliten una mayor eficacia en la intervención, así como la integración a sus centros cotidianos de interés de los programas de atención a jóvenes.

4.5.- Búsqueda del embarazo, IVE / Maternidad-paternidad adolescente.

La búsqueda de embarazo y de la maternidad/paternidad adolescente como vía de ruptura a la situación vivida, se ha manifestado de manera implícita en un 60% de las chicas y un 13% de los chicos. En la población de origen extranjero y minorías étnicas de origen nativo, este alto porcentaje se explica en parte por el alto componente de reproducción social que se da en el contexto intrafamiliar, ya que en el 85% de los casos, sus abuelas, madres y hermanas mayores habían tenido el primer hijo/a antes de los 20 años. Este porcentaje se reduce en la población de origen nativo no perteneciente a minorías étnicas al 9% de los

casos, en las que únicamente la figura materna o hermana mayor reproduce este esquema.

En el caso de las chicas, el segundo aspecto por el que este 60% de las mismas relatan su “deseo/necesidad” de maternidad en plena adolescencia, es coherente con la vivencia que hacen de su trayectoria vital. En unos casos, verbalizan la necesidad de establecer vínculos que den sentido a su vida, la necesidad de tener un proyecto propio. En esta misma línea, siguiendo a López Gómez (et al.,1995-2000), la búsqueda de embarazo obedece a: 1) la necesidad de tener una razón para salir de la dinámica relacional establecida en el grupo de iguales y poder tener una mayor aceptación y reconocimiento dentro de la sociedad de adultos; 2) un reencuentro con la figura materna perdida, donde la maternidad representaría el reencuentro con una nueva infancia, donde el nuevo niño/a se constituye como una prolongación de sí misma en la relación vincular con la madre, apareciendo indiferenciados los roles de madre e hija, y 3) la búsqueda de embarazo como una forma de autoafirmación personal ante el entorno sociofamiliar; es decir, como una forma de transgredir la norma social y familiar impuesta, contraria a la aceptación de la vida sexual activa de los y las adolescentes⁹.

En el caso de los chicos, la presencia dentro de su imaginario de la búsqueda implícita de la paternidad obedece a patrones asociados a la construcción de la masculinidad. Patrones en los que se ha hecho patente un alto componente de reproducción social y cultural. No obstante y como se puede apreciar en el gráfico nº 4, solo en el 39% de los nacimientos, la figura paterna adolescente, asume el nuevo rol. En el resto de los casos, las menores tienen que asumir la maternidad adolescente en solitario. En unos casos con el apoyo de su familia biológica, en otros, únicamente con el apoyo y supervisión del SPI.

Tal como queda recogido en el gráfico nº 4, pasar del deseo inconsciente de embarazo, a la búsqueda explícita o consciente, y de ahí a la situación de maternidad/paternidad adolescente, establece en su recorrido importantes cambios. Así, del 60% (311 casos) de las menores que ven en la maternidad una vía de ruptura en su trayectoria vital, sólo el 48% de ellas (149 casos) lo buscan de manera explícita. De todas ellas, en 109 casos se produjo una situación de embarazo, de los cuales 59 se interrumpieron de manera voluntaria, y 50 llegaron a término.

La lectura positiva que podemos hacer de estos datos, va necesariamente asociada a que un 84% de las menores que, en su día, veían en la maternidad una vía de ruptura, han llegado a la mayoría de edad sin llevarla a cabo. El descenso de los factores de riesgo asociados al consumo de tóxicos, absentismo escolar, fugas del domicilio familiar o actividades de carácter predelictivas-delictivas, así como a la utilización de métodos contraceptivos, han contribuido junto con la acción llevada a cabo desde el propio SPI, en proporcionar una mayor conciencia del problema y, derivado de ello, una cierta implicación para el cambio. Es igualmente de reseñar cómo de los 59 casos que interrumpieron de forma voluntaria el embarazo, en 38 de ellos, la toma de decisión respecto de si continuar o no con el mismo, fue tomada contando con la opinión de las madres como referentes adultos con influencia en ese proceso de decisión. En el resto (21 casos), la decisión se llevó a cabo en un contexto más coercitivo, en el que la estructura familiar de referencia (principalmente la figura materna), la falta de recursos emocionales con que la adolescente siente que cuenta para hacer frente la situación, la falta de una pareja “estable”, así como la propia edad de las

.....
9 Citado en López Gómez, A. (2005): “Adolescentes y sexualidad. Significados, Discursos y Acciones en Uruguay”. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología, Universidad de La República. Montevideo.

menores (en todos los casos menores de 16 años), constituyeron factores determinantes en la toma de decisión.

De los 50 casos de maternidad-paternidad adolescente, 32 contaban con la presencia de pareja “estable”, (lo cual supuso un soporte emocional de gran importancia en la toma de decisiones), y 18 no contaban con ningún tipo de soporte familiar ni relación afectiva sobre la que apoyarse. De todos ellos, en 16 casos se intervino desde el SPI con recursos residenciales de apoyo. Finalmente, es de reseñar cómo únicamente en dos casos hubo que intervenir con medidas de protección que implicaran el establecimiento de la tutela automática por parte de la Entidad pública. En el resto de los casos (48), las menores pasaron por el tránsito de la maternidad adolescente, con suficientes habilidades y estrategias de maternaje. De tal manera, que pese a estar situadas en contextos de gran vulnerabilidad social, garantizaron de forma suficiente y adecuada la cobertura básica de las necesidades de sus hijos/as. Por último y de acuerdo a lo reflejado en la gráfica nº 5, la variable edad establece para las menores objeto de atención un factor de protección contradictorio. Así, y de nuevo contrariamente a lo que cabría esperar, una vez sobrepasado el punto de inflexión de los 15-16 años (intervalo de edad en el que se acumula la mayor concentración de casos e intensidad de la conducta inadaptada) y conforme se avanza hacia la línea de la mayoría de edad, se reducen los casos de IVE, a la vez que aumentan los casos de maternidad-paternidad adolescente. A pesar de lo contradictorio que pueda parecer, el riesgo psicosocial para los/as menores es menor y tiene un mejor pronóstico de evolución

5.- CONCLUSIONES/ LA CUESTIÓN SOCIAL COMO ELEMENTO QUE SUBYACE EN LA VIVENCIA DISFUNCIONAL DE LA SEXUALIDAD.

“Yo quiero hacer lo que no puedo hacer, volver a casa después de las diez, tener novios sin parar, aunque no me deje papá.

Apto para todas las edades, ni beber, ni conducir, ¡ni tanto maquillaje! Quién inventó esas leyes para un adolescente, que solo se quiere divertir.

Poder ser mayor, saltarme el control, borrar tu sermón, vivir mi propio error, para elegir por donde ir” (...) (Lara)

La búsqueda del diagnóstico diferencial desde el análisis tradicional de la conducta como único hecho objetivable, nos lleva de manera inevitable al reduccionismo de confrontarnos con la naturaleza interna de las personas, con su estructura de personalidad como causas únicas e inequívocas de la conducta inapropiada. De acuerdo con Palomar y Suárez (1993), cualquier forma de intervención, bajo esta supuesta visión de los problemas, nos llevaría, a la hora de explicar el «por qué» de una conducta, a buscar en el interior de las personas, aislándolas de su medio habitual; «curarlas» y devolverlas sanas y funcionales al sistema.

Plantear la investigación a partir de estas premisas, lleva inevitablemente a establecer como meta, la clasificación del individuo como inadaptado social, sirviéndose para esa categorización de un patrón universal de normalidad, heredado de la filosofía funcionalista

Desde las premisas que han dado sentido y dirección a la investigación de la que emana este artículo, y en contraposición a lo expuesto anteriormente, defendemos que la vivencia atormentada de la sexualidad adolescente deriva de itinerarios de vida complejos y multi-dimensionales. Itinerarios a los que se llega en función de las oportunidades y transiciones

vitales, así como de las transacciones sociales (interacciones), que de forma continua y bidireccional se establecen entre el individuo y los sistemas del ambiente. En este sentido, es la teoría sistémica, la que desde nuestra perspectiva aporta mayor coherencia, sentido y dirección a la hora de explicar y comprender los hechos, situaciones y circunstancias que dan señas de identidad a la vivencia de la sexualidad de una manera disfuncional o inadaptada. Resumiendo, y de acuerdo con lo establecido por Bronfenbrenner (1987), el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él, no es sino el resultado de la interacción de las personas con sus ambientes en un conjunto de redes sociales y las transacciones que se dan en ellas

La estructura familiar de referencia constituye sin duda el primer y primordial espacio de interacción y fuente de experiencias para la socialización primaria, Como hemos podido comprobar en apartados anteriores el 74% de los/as menores parten de una vivencia de la infancia en la que el vínculo primordial, el establecido con los/as progenitores está gravemente dañado, esto es, a causa de historias de crianza llevadas a cabo desde modelos de apego disfuncionales (apego inseguro, ambivalente, evitativo, desorganizado). Así mismo, un 92% de los/as menores ha tenido una infancia y adolescencia con una cobertura de sus necesidades básicas (fisiológicas, emocionales y sociales), insuficiente y poco adecuada. Los/as menores en esta situación, mantienen unos hábitos de alimentación e higiene inadecuados, horas de descanso y sueño insuficientes, así como dinámicas conductuales asociadas al consumo elevado de sustancias tóxicas, relaciones sexuales inadecuadas y/o de riesgo, así como permanencia en espacios y horarios claramente inapropiados para su edad y condición de menor.

Los/as padres/madres objeto de atención, verbalizan en las entrevistas mantenidas, la presencia de un contexto cotidiano en el que apenas si hay comunicación con sus hijos/as, han dejado de ser referentes de autoridad y ven cómo adoptan roles no adecuados. Así mismo, en relación a los/as menores, refieren desorientación, falta de criterios y coherencia en el establecimiento de normas y límites. En otros casos, refieren una relación paterno-filial de colegas, sin apenas distinción a la establecida con sus iguales.

En este apartado no podemos dejar de señalar el alto grado de correlación existente entre la vivencia de sucesos estresantes no normativos¹⁰ vividos en la infancia y adolescencia y el desarrollo posterior de conductas inadaptadas. Nos referimos no solo a las situaciones, hechos o circunstancias que inevitablemente forman parte del proceso evolutivo de las personas como son la entrada e incorporación al colegio, las discusiones familiares, los conflictos de lealtades entre la familia y el grupo de iguales, incluso los primeros episodios de enamoramiento. En nuestro caso estamos hablando de situaciones no previstas, situaciones que nunca deberían de haber pasado, como son el maltrato físico-emocional, el abandono y/o el abuso sexual en la infancia, aspectos todos ellos que de manera recurrente aparecen en las historias de vida del 85% de los/as menores objeto de atención.

Los contextos derivados de la experiencia migratoria o todas aquellas situaciones de carácter sobrevenido y asociadas a la crisis económica. Situaciones todas ellas agravadas por su grado de acumulación (el 80% de la población objeto de estudio pasa por el tránsito adolescente con tres o más situaciones de este tipo), sus circunstancias contextuales y su grado de capacidad para el afrontamiento. No olvidemos que el 51% de los menores son de

.....

¹⁰ Los sucesos estresantes no normativos hacen referencia a cualquier hecho o circunstancia que ocurra en la vida de las personas, con un inicio y un final identificables, que tiene el potencial para alterar el estado mental actual o el bienestar físico Canalda y Carbonés (2005).

origen extranjero y llegan al SPI tras años de separación de sus progenitores, a un contexto en el que habitualmente confluyen numerosos factores e indicadores de riesgo que les limitan el acceso a la vivienda, al empleo, a la garantía de ingresos, e incluso a los servicios sociales. Factores todos ellos, que sitúan a este colectivo de unidades familiares en un contexto de gran vulnerabilidad, cuando no en el espacio social de la exclusión.

Los y las menores socializados en este contexto se ven inmersos en una búsqueda compulsiva de reconocimiento entre el grupo de iguales, espacio en el que se integran, y construyen un modelo de identidad social basada en el reforzamiento de lo grupal en detrimento de lo personal. En nuestro caso, esta dinámica se pone claramente de manifiesto, dada la alta correlación positiva que aparece entre el establecimiento de relaciones sexuales desadaptadas asociadas a grupos de riesgo, y la presencia de trayectorias familiares, escolares o migratorias disfuncionales. Para estos/as menores, el grupo de iguales se convierte en su auténtica familia, en el espacio donde son reconocidos, aceptados, protegidos... De esta manera, el grupo de iguales pasa a ser su espacio vincular prioritario, asumiendo nuevos roles y patrones de funcionamiento social. Desde esta perspectiva, las fugas del domicilio familiar, las prácticas de consumo o el patrón de relaciones afectivo-sexual, más allá de las circunstancias personales y emocionales de los/as menores objeto de investigación, vienen a configurar un patrón instaurado de comportamiento sexual acorde con las demandas y señas de identidad del grupo de iguales de referencia. Así mismo, constituyen un modelo de afrontamiento personal de la vida real y de un entorno sociofamiliar del que no se sienten partícipes. De esta manera, la vivencia de la sexualidad que se va construyendo a lo largo del tránsito adolescente, está transversalizada por un patrón de reproducción social y familiar, así como por el conjunto de vivencias estresantes de carácter no normativo, configurándose un patrón de relaciones interpersonales muy vinculado a la demanda del grupo de iguales, haciendo de las mismas un instrumento en unos casos de reafirmación personal, en otros de ruptura con los vínculos familiares, y finalmente en otros buscando sustituir el vínculo perdido.

“respéntenme desde este poder de asustarlos; si ustedes no me aceptan tal como soy, si no me ven cuando me comporto adecuadamente, no valoran cuando estudio y sólo valoran mis calificaciones; no me reconocen cuando estoy proponiendo cosas interesantes, entonces véanme cuando asusto, cuando transgredo, cuando me veo terrible, pero véanme” (Krauskopf, 2000).

6.- BIBLIOGRAFÍA.

- BRONFENBRENNER, U. (1987). La ecología del desarrollo humano.. Barcelona: Paidós Ibérica
- CANALDA, G. Y CARBONÉS, J. (2005). Acontecimientos vitales. Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Ezepeleta.
- FUNES, J. (2001). Convivir con adolescentes / La gestión de los conflictos en las instituciones. Revista Cuadernos de Pedagogía nº 304. pp. 36-40.
- GURBINDO, M. “Adolescencia en riesgo social. Un estudio de las situaciones de conflicto social severo y prolongado en la adolescencia, abordadas desde el Sistema de Protección a la Infancia en Navarra”. (Tesis doctoral). UPNA. 2014. pp .352.
- KRAUSKOPF, D. (2000). Participación Social Y Desarrollo en la Adolescencia”. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA/FNUAP. Segunda edición. pp.158.
- LÓPEZ, F. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil.
- Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Asuntos Sociales.
- LÓPEZ, F; ETXEBARRÍA, I. y FUENTES, M.J. (1999). Desarrollo afectivo y social. Madrid: Pirámide.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. (2003). Adolescentes y sexualidad. Significados, Discursos y Acciones en Uruguay. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- MORENO GARCÍA, J. (2010). Estilos de Apego en el Profesorado y Percepción de sus relaciones con el Alumnado. Madrid: UCM.
- NAVARRA. DEPARTAMENTO BIENESTAR SOCIAL. (2002). Manual de intervención con Menores en Situaciones de Dificultad Social. Pamplona: Fondo de Publicaciones
- NAVARRO, M.I. La intervención psicosocial con familias Multiproblemáticas: La Perspectiva Ecológica. (Tesis doctoral). Universitat de Valencia. 2002. pp.178.
- NAVARRO PERTUSA, E. (2004). Género y relaciones personales íntimas. Madrid: Prentice Hall.
- PALOMAR VILLENA, M; y SUÁREZ SOTO, E. (1993) “El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas”. Cuadernos de Trabajo Social. N. 2. pp. 169-183.
- SILVA DIVERIO, I. (2007). La adolescencia y su interrelación con el entorno. Madrid: INJUVE.

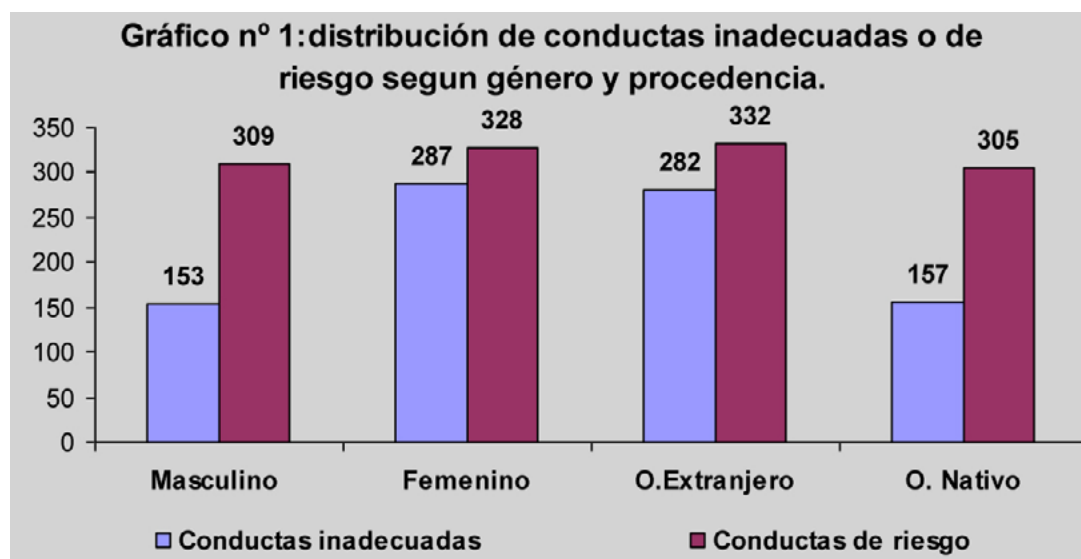
7.- ANEXOS

Tabla nº 1: variable gradiente de severidad en las conductas sexuales inadecuadas y/o de riesgo. Distribución de los/as menores según género y población de origen. Datos absolutos y relativos.

N=858	Población origen extranjero				Población origen nativo			
	Chicos.		Chicas.		Chicos.		Chicas	
Conductas sexuales inadecuadas o de riesgo	n	%	n	%	n	%	n	%
No conducta	67	30%	48	21%	63	29%	42	24%
Nivel bajo	80	35%	50	22%	73	34%	68	35%
Nivel medio	50	22%	65	29%	55	26%	56	29%
Nivel severo	29	13%	59	28%	23	11%	27	13%
TOTAL	226	100%	222	100%	214	100%	197	100%

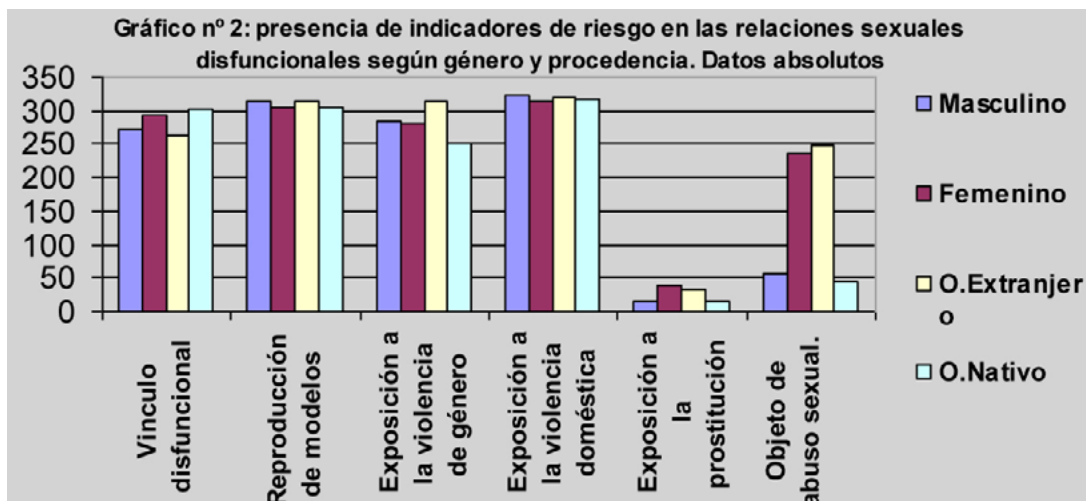
Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Dirección General de Familia, Infancia y Consumo, del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

UBICACIÓN: Pág. 16



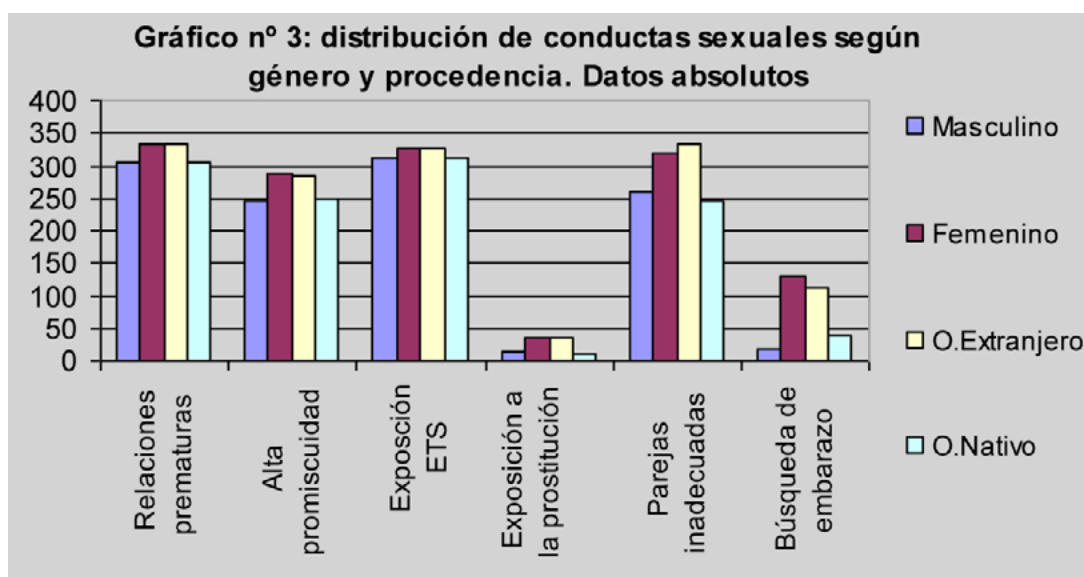
Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Dirección General de Familia, Infancia y Consumo, del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

UBICACIÓN: Pág. 16



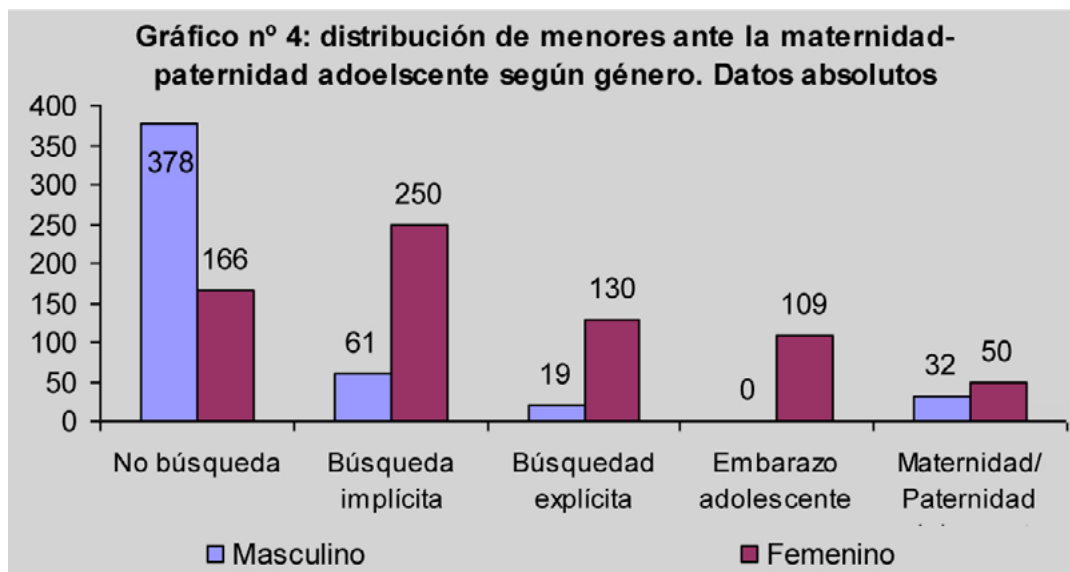
Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Dirección General de Familia, Infancia y Consumo, del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

UBICACIÓN: Pág. 18



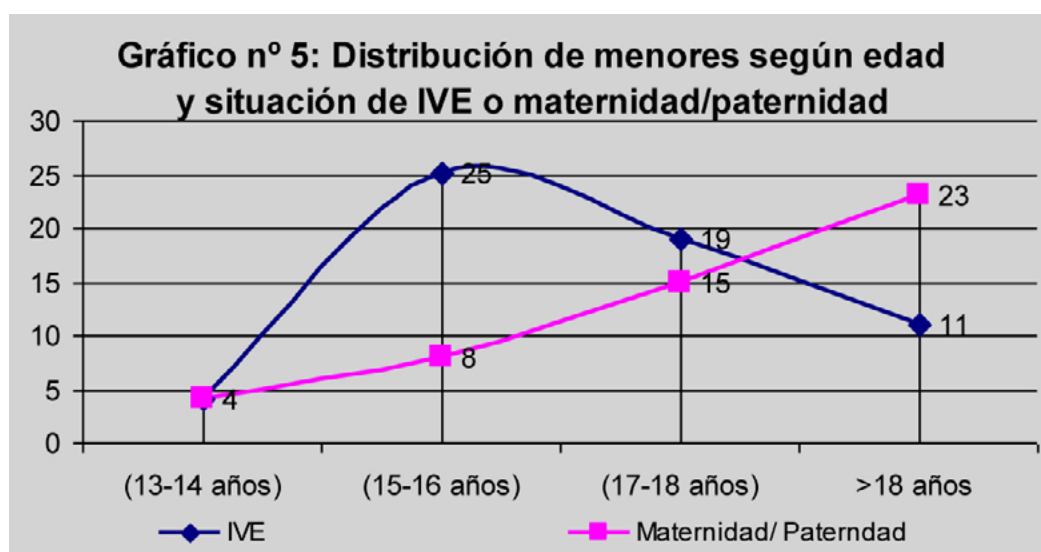
Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Dirección General de Familia, Infancia y Consumo, del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

UBICACIÓN: Pág. 20



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Dirección General de Familia, Infancia y Consumo, del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

UBICACIÓN: Pág. 28



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Dirección General de Familia, Infancia y Consumo, del Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

UBICACIÓN: Pág. 29

Percepción del Vínculo Parental y Violencia de Género

Estudio sobre la percepción del vínculo materno-filial en familias que han sufrido situaciones de violencia de género

José Contreras García

Trabajador Social. Servicio de Integración en Familia Extensa (Consejo Comarcal de la Selva)

María Busquets Font

Educadora Social. Servicios Sociales de Lloret de Mar

Cristina Martínez Sierra

Psicopedagoga. Técnica de proyectos de desarrollo personal y profesional. Ayuntamiento de Palamós

Joan Molinet Bret

Educador Social. Director servicios privados de atención a las familias. Cooperativa Suara

Coral Torrentó López

Psicóloga. CET Fundación “La Fageda”

Resumen

El objetivo del presente artículo es analizar el tipo de vínculo comparativamente entre familias que han sufrido situaciones de violencia de género y otras que no, incluyendo a la vez una mirada trigeracional desde una perspectiva sistémica. El instrumento utilizado para realizar el estudio es el Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker y cols., 1979, adaptado al castellano por Ballús y Creus (1991), con una muestra de N=79 familias, de las cuales 51 son grupo control y 28 son familias que han sufrido violencia de género. El ámbito territorial del estudio se ha centrado en las comarcas de Girona, más concretamente en las comarcas de La Selva, Baix Empordà y Alt Empordà. Los cuestionarios han sido administrados durante el primer semestre del año 2014. Los resultados obtenidos indican que en los grupos que no han sufrido violencia predomina la percepción del vínculo óptimo, mientras que en el grupo de familias que han sufrido violencia de género predomina el vínculo control sin afecto. En relación a la transmisión trigeracional hemos obtenido correlaciones en vínculo óptimo con aquellas familias que no han sufrido violencia. En cambio, en las familias con violencia la tendencia es reproducir un vínculo de control sin afecto.

Palabras claves

Violencia de género, familia, vínculo, parentalidad y perspectiva sistémica.

Abstract

The aim of this study is to analyze comparatively the type of attachment between families who have suffered domestic violence and others do not, including a look trigeracional both with systemic perspective. The instrument used for this study is

the Parental Bonding Instrument (PBI) Parker of de Parker & cols, 1979 adapted into spanish version by Ballús and Creus (1991). The study group consisted 28 female victims of domestic violence in the comparative group consisted 51 female without domestic violence. The territorial scope of the study has focused on the Girona region, specifically in the regions of La Selva, Baix Empordà and Alt Empordà. The questionnaires were administered during the first half of 2014. The results indicate that significant differences exist between the two groups; in the control group have an optimal bonding, while in the family group victims of domestic violence predominates control without affection. Regarding the transmission generational about the attachment we obtained significant correlations with optimal bonding in control group.

Keywords

Violence, family, attachment, parenthood relationships and systemic perspective.

I. INTRODUCCIÓN

Pensemos por un momento cuantas veces al día podemos hablar de situaciones de violencia de género. Seguramente si somos profesionales del ámbito social, judicial, sanitario, educativo o policial, será un tema sobre el que recurrentemente hablaremos en nuestro trabajo e incluso habremos sido testimonios de esta violencia y de sus consecuencias. Pero para las personas que no trabajan en estos ámbitos, en su día a día, cuando abren un periódico, miran la televisión o escuchan la radio, también se encuentran delante de noticias que explican diferentes sucesos relacionados con la violencia del hombre contra la mujer. *“Cambio de cerradura gratis para mujeres maltratadas”* El mundo 13/09/2012, *“Vecinos de la mujer muerta de Gélida: “Nunca vimos ninguna discusión”* Europapress.cat 18/03/2014, *“Veinticinco muertes por violencia de género en 2015”* ABS.es 20/08/2015, *“Hay salida a la violencia de género”* Campaña del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Todas estas noticias no dejan de ser la punta del iceberg de un fenómeno de una alta complejidad que atenta directamente contra los miembros participantes de ella, influyendo a un sistema más amplio como es la sociedad. En este sentido la concepción que tiene la sociedad delante de este fenómeno ha ido evolucionando de manera muy rápida durante los últimos años, en los que se ha podido adquirir una mayor conciencia y sensibilidad de este.

Podemos decir que el concepto de violencia de género es casi tan reciente como el reconocimiento de la realidad que implica, pasando de la visión reduccionista centrada en el acto de la violencia del hombre hacia a la mujer, a entender que el acto violento es consecuencia de una discriminación que tiene sus orígenes en una estructura social de naturaleza patriarcal. Tal y como destaca Linares (2002) la revolución neolítica, que contempló la invención de la agricultura y la ganadería, y en consecuencia un control de la naturaleza, conllevó a que el hombre se volviera más salvaje, no porque renunciara a nuevos y refinadísimos progresos, sino porque estableció relaciones de dominio en su propia sociedad.

A pesar de la proliferación de estudios relacionados con la violencia de género y sus consecuencias en muchos de ellos no se contempla a los otros actores participantes de esta violencia, los hijos/as de la violencia de género. Lizana (2012) utiliza el término niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja, como una forma de nombrar esta realidad, ya que conlleva por un lado el reconocimiento del sufrimiento y los daños, y por otro expli-

car las causas que lo producen.

Según los datos de la IV Macroencuesta de Violencia de Género 2011 realizada por el Ministerio de Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) alrededor de 600.000 mujeres aseguraban ser víctimas de este tipo de violencia, aunque solo el 27,4% denunciaba a su agresor. En la misma encuesta, por primera vez se analizaba el impacto sobre los hijos/as de estas relaciones de pareja. En el año 2001, 840.000 niños/as se habían visto implicados en situaciones de violencia de género, que supone el 10,1% de la población infantil del estado español. En la última década 649 mujeres han estado asesinadas por sus parejas o ex parejas, más de una a la semana, más de cinco al mes. El número de mujeres asesinadas en el 2014 fue 51, en el 2013 fueron 46, el 2012, 52 y el año 2011 llegó a ser de 61. En este sentido la proporción de mujeres víctimas de violencia de género que tienen hijos/as es del 76,9%, y la mediana de menores de edad por mujer es de 2. Es más, el 64,9% afirma que sus hijos/as eran menores de edad mientras se estaba produciendo el maltrato. Todas estas cifras han contribuido a una mayor visibilidad del fenómeno por parte de la sociedad y ha suscitado un interés por parte de los profesionales para estudiar este fenómeno. ¿Pero qué impacto puede llegar a tener la violencia en las relaciones materno-paternas filiales, y en las víctimas de esta violencia?

Si realizamos una búsqueda sobre artículos de investigación que nos pueden ayudar a responder esta pregunta entre muchos destacamos el artículo de Patró y Limiñana (2005) donde se exponen las repercusiones infantiles de vivir en hogares violentos a nivel traumático. Estos niños/as presentaban diferentes comportamientos vinculados a la violencia contra los iguales, ansiedad, tristeza, aislamiento, bajo rendimiento escolar, miedo hacia al maltratador, conflictividad en la escuela, huida del hogar y comportamientos violentos hacia la madre.

Los autores Peled y Barak Gil (2011) a partir de un estudio cualitativo a través de 15 entrevistas semiestructuradas, se interesaban por la percepción de la maternidad en mujeres que habían sufrido violencia de género. De las conclusiones podemos extraer que las mujeres entrevistadas tenían la creencia de que habían podido crear un muro entre sus hijos/as y el mundo exterior de la violencia, y de esta manera los habían protegido de sus efectos. Estas mujeres intentaban separar el rol de mujer maltratada y el rol de madre, mostrándose satisfechas del éxito de su rol como madre y colocando la maternidad por encima de todas sus prioridades. No obstante estas mujeres tendían a evitar hablar de los episodios de violencia que habían sufrido, donde también estaban involucrados los hijos/as.

A nivel estatal encontramos el estudio comparativo sobre las competencias parentales de familias con dinámicas violentas en comparación con familias sin dinámicas violentas atendidas por el SATAF (Cartié, 2008). Este estudio se realizó a partir de once familias con contenidos violentos y catorce familias con contenidos no violentos, pasando la prueba CUIDA con el complemento de las fichas de diagnóstico realizadas por Barudy y Dantagnan (2010). Los resultados mostraban que las familias con dinámicas violentas presentaban una afectación, según el género, en las capacidades parentales. Mientras en los padres se detectaba una afectación en la capacidad de tolerancia a la frustración, en las madres se detectaba una baja autoestima y un déficit para establecer vínculos afectivos respeto a sus hijos/as, con dificultades sobre todo cuando tenían que poner límites funcionales. Otro trabajo a destacar es el realizado por Ballús y Bolaños (1991) que realizaron un estudio sobre el vínculo parental en familias en proceso contencioso de separación y divorcio utilizando

el instrumento Parental Bonding Instrument (PBI). Los resultados indicaban que dentro del marco del cuidado y el control, los padres y madres del estudio frente a la situación de conflicto incrementaban las pautas controladoras en detrimento de las pautas cuidadoras.

Es por ello que ante la complejidad que comporta el fenómeno de la violencia de género, en este artículo proponemos una aproximación a partir de una observación participante centrándonos en la percepción de la relación materno-filial.

II. MARCO TEÓRICO

Para aproximarnos al fenómeno de la violencia familiar tenemos que poder entender en qué contexto se da y como éste puede llegar a influir en otros contextos más amplios como es la sociedad. Desde la perspectiva sistémica, tal y como señala Stafford Beer (1977) podemos entender la sociedad humana como un sistema dinámico superviviente y complejo, compuesto por muchos subsistemas cibernéticos con mecanismos de autorregulación que mantienen al sistema estable. Mario Bunge (1979 i 2003) expone que dentro de estos subsistemas podemos encontrar el sistema biológico, sistema cultural, sistema político y el sistema económico.

La complejidad del fenómeno de la violencia de género no solo influye dentro del sistema familiar, sino que también influye en el cultural, político y económico de un sistema aún más amplio como es la sociedad. Cada sociedad es diferente, de la misma manera que cada subsistema, generándose diferentes sociedades donde la concepción de la violencia familiar puede llegar a ser muy distinta. Lo mismo puede pasar en el subsistema familiar, donde cada familia puede tener una concepción dispar del fenómeno de la violencia.

Según Bronfenbrenner (1987) la familia la podemos entender como la unidad social y/o el sistema más pequeño donde se generan las primeras relaciones interpersonales de intercambio e interdependencia de sus miembros y otros sistemas más complejos, a través de los cuales se reciben los influjos sociales, culturales e históricos. En este mismo sentido Barudy y Dantagnan (2005) destacan que la familia lleva en ella su propia cultura un repertorio de conductas y relatos transmitidos de generación en generación a través del lenguaje simbólico y narrativo que, en la familia, da sentido al comportamiento de cada miembro, al de todo el sistema y al mundo que les envuelve. Tal y como define Onnis (1996) “Una familia es un sistema de personas que interaccionan entre sí y están comprometidas en definir sus relaciones recíprocas de acuerdo a determinadas reglas. En la familia el proceso de vínculo es circular y es la fuente del sentimiento de familiaridad que unirá a los diferentes miembros en la emoción de pertinencia” (p.87).

La familia de la misma manera que la sociedad se muestra dinámica, buscando la supervivencia del sistema familiar a través de una organización específica donde se van transmitiendo los valores y creencias dentro de un sistema de pertenencia y protección. Minuchin (2003) define a la familia como un conjunto de miembros que, a través de interacciones redundantes, se agrupan en subsistemas; conyugal, fraternal, parental, que están separados por fronteras simbólicas y que mantienen su identidad a través del ejercicio de su rol, de las funciones y mandatos necesarios para existir como conjunto contribuyendo al funcionamiento familiar.

Así en el campo de la violencia de género se producen situaciones que ponen en peligro

la sobrevivencia del sistema, con una disfuncionalidad conyugal que comporta una afectación tanto en el sistema parental como fraternal, afectando a los diferentes miembros dentro del sistema y las relaciones que se dan entre ellos. Una de las funciones de la familia es el cuidado y la protección de sus miembros, y delante esta disfuncionalidad esta función se ve comprometida. Según Linares (2006) la función principal del sistema familiar es la nutrición relacional, donde la experiencia subjetiva de ser querido permite la construcción por parte del individuo de una personalidad e identidad sanas. Esta nutrición se da cuando un niño/a se siente reconocido, valorado y querido. La parentalidad, desde un modelo triangular, corresponde al desarrollo de los elementos cognitivos (reconocimiento y valoración), elementos emocionales (sentimientos de ser querido, afecto, ternura) y elementos pragmáticos (socialización, cuidados, protección, normas y respeto).

Diversas investigaciones han demostrado la importancia que los niños/as sean educados en un ambiente de aceptación, respeto, afectividad y estimulación para su desarrollo físico y psicológico haciendo hincapié en el hecho de que para ejercer la parentalidad los padres y madres no solo tienen que satisfacer las necesidades de los niños/as, sino paralelamente las necesidades de cada etapa vital. La parentalidad no depende de la estructura o composición familiar, sino que tiene que ver con las actitudes y la forma de interaccionar paterno/materno-filiales y como los progenitores viven la experiencia de ser padres y madres. No hay una única forma de ejercerla teniendo en cuenta que los modelos culturales y los aprendizajes sociales y familiares se transmiten dentro de una escala generacional.

Barudy y Dantagnan (2010) realizan una diferenciación entre la parentalidad social y la parentalidad biológica, siendo esta última la capacidad de procrear mientras la parentalidad social está vinculada a la capacidad de cuidar, proteger y cuidar de sus crías y está estrechamente relacionada con el concepto de competencias parentales. Según los mismos autores las capacidades parentales se refieren a los recursos emocionales, cognitivos y conductuales que los progenitores disponen y permiten vincularse a sus hijos proporcionando respuestas a sus necesidades. La adquisición de las competencias parentales es el resultado de procesos complejos en los que se combinan las posibilidades innatas marcadas por factores hereditarios, procesos de aprendizaje influenciados por la cultura y las experiencias positivas o negativas que el padre y la madre hayan tenido en sus historias personales, especialmente en su infancia y adolescencia. Este último aspecto adquiere una gran importancia ya que pone de manifiesto que las experiencias pasadas negativas influyen en los recursos personales que guían a padres y madres para dar las respuestas adecuadas a las necesidades de los propios hijos/as. De ahí de la necesidad de poder entender si los efectos de la violencia de género han causado una influencia en la relación madre-hijo/a o a este fenómeno se le tiene que sumar la complejidad relacional de las historias infantiles de estos padres. Según Cyrulnik (2002) los niños/as no pueden ir a otro lugar que no sea la historia de sus padres.

En el desarrollo sano de un niño/a adquiere una gran relevancia la influencia del vínculo entre los progenitores y sus crías. La provisión por parte de los padres y madres de una base segura en el que el niño/a o adolescente pueda hacer salidas al mundo exterior y volver sabiendo que será bien recibido, alimentado físicamente y emocionalmente, reconfortado si está afligido y tranquilizado si está asustado, condicionará directamente en un desarrollo sano. Esencialmente esta función desarrollada por los padres es estar disponible y accesible, y responder activamente cuando sea necesario (Bowlby, 1988). Ainsworth (1969) a partir de los descubrimientos de Bowlby establece tres tipos de vínculo: seguro, in-

seguro evitativo e inseguro ambivalente o ansioso. Posteriormente Main y Salomon (1990) incluyen un cuarto vínculo, el desorganizado o desorientado. No podemos obviar que la tipología del vínculo está directamente relacionada a partir de las respuestas de los padres y madres frente a las necesidades de sus hijos/as, y los mecanismos de defensa que desarrollan estos/as a partir de las necesidades no cubiertas. Barudy y Dantagnan (2010) desde una concepción más triádica, definen el vínculo como el resultado de un proceso relacional en que las características y los comportamientos de los hijos/as influyen en las características y las conductas de los padres y a la inversa, aunque recae en la responsabilidad de los padres el poder animar este proceso para asegurar un vínculo sano y seguro a sus hijos/as. Marrone (2010) expone que la experiencia clínica nos ha demostrado que hay factores que contribuyen a la formación de un vínculo sano: la ausencia de violencia en la familia, la presencia del padre en el hogar, el apoyo mutuo de los padres y el hecho que exista poco conflicto entre los padres. Autores como Bowen (1978), Framo (1992), Palazzoli (1998), Whitaker (1977) y otros, destacan la importancia de la familia de origen en las vivencias de las parejas y la familia creada. Delante de estas afirmaciones, ¿podríamos hablar de una transmisión transgeneracional del vínculo?

Esta similitud de la organización del vínculo entre niños/as y adultos se ha documentado empíricamente en diversos estudios de Van Ijzendoorn (1995) que nos lleva a pensar que hay una transmisión intergeneracional del vínculo. El primer autor en hablar sobre este concepto fue Boszormenyi-Nagy (2004) según el cual hay ciertas pautas relacionales que se transmiten a través de la lealtad y el endeudamiento entre los miembros de la familia. Framo (1992) señala que delante de los conflictos intrapsíquicos provenientes de la familia de origen, estos se pueden revivir, repetir o crear mecanismos de defensa para superarlos en la relación de pareja, con los hijos/as o con cualquier relación significativa. En una investigación sobre la transmisión de los patrones del vínculo a partir de tres generaciones, Benoit y Parker (1994), se pudo analizar la correspondencia entre las clasificaciones del vínculo de las abuelas, madres y los niños obteniendo una estabilidad transgeneracional del 65% de las tríadas abuela-madre-hijos/as. Uno de los retos que se plantean habitualmente los hijos/as que han vivido situaciones de violencia de género y por lo tanto un modelo distónico en el ejercicio de la parentalidad, es si cuando sean padres/madres podrán dar aquello que no han recibido, y repetir el maltrato y la negligencia de manera transgeneracional. El desarrollo humano continúa más allá de las experiencias infantiles y de la relación con los padres. La relación con los iguales y una relación significativa, aunque solo sea una, puede redirigir el vínculo inseguro de la infancia hacia un estatus de seguridad. (Grossmann, Grossmann&Waters, 2005).

Si definimos el concepto de violencia desde una perspectiva relacional, no podemos centrar este fenómeno sólo a partir de la esfera intrapsíquica, ya que este es el resultado de un proceso particular entre dos o más personas donde los participantes de ellas se encuentran implicados y son responsables de esta (haciendo referencia a la responsabilidad relacional, no legal). La lógica circular muestra la interdependencia recíproca de los diferentes elementos, una víctima no saldrá de su condición si no consigue ser consciente que participa de ella y por lo tanto de su modificación. Como el verdugo que no podrá salir de su papel si no llega a visualizar que tiene libertad para poderlo hacer. (Perrone y Nannini, 1995). Por ello a las mujeres que participan en este estudio no nos referiremos a ellas como víctimas, sino como mujeres que han padecido violencia de género. Las mujeres muestran a través de su experiencia su capacidad de lucha y superación. La imagen de mujer-víctima

es la de una persona que ha sufrido daños y lesiones por fuerzas externas a su control, y conecta con la representación de las mujeres débiles sin tener en cuenta la contribución de las mujeres en la transformación social.

Según Linares (2006) el maltrato físico familiar es un conjunto de pautas relacionales que, de forma inmediata y directa, ponen en peligro la integridad física de las personas que están sometidas, siendo responsables los miembros significativos de las propias familias. Cuando existe el maltrato físico este no se puede concebir sin que se dé también el maltrato psicológico. Las condiciones estructurales de la familia pueden facilitar la aparición de este fenómeno. Canevaro (1999) explicita que las familias donde aparece este fenómeno son de una organización familiar jerárquica rígida, basada en la creencia implícita o explícita de desigualdades naturales entre el hombre y la mujer. Un estilo relacional que dificulta la autonomía y favorece un sometimiento de roles rígidos que limitan el crecimiento y la libertad de la persona. Una fuerte adhesión a estereotipos culturales de diferencia de género y una comunicación de significados que invisibilizan el hecho de la violencia y lo banalizan haciéndolo pasar por normal o natural dentro de la familia.

Las consecuencias de la violencia de género en el vínculo materno filial las podemos llamar daños en las curas, donde puede quedar afectado el estilo de crianza. También nos podemos encontrar con mujeres que han tenido historias infantiles difíciles, con malos tratos y que presentan dificultades para establecer una buena vinculación y curas de sus hijos/as. La vinculación con el hijo/a tanto por parte del padre como de la madre queda afectada, ya que el espacio de confianza, seguridad y nutrición emocional necesaria para el desarrollo infantil están alterados. Los hijos/as vivirán un espacio de ambivalencia, dolor y angustia que afectará en su construcción personal. Siguiendo esta premisa Lizana (2012) expone las dificultades de las madres que han sufrido violencia de género para poder desarrollar su parentalidad debido a que se encuentran sometidas a un nivel altísimo de estrés que impide que puedan responder a las necesidades de los hijos/as. Carpenter y Stacks (2009) exponen que las madres que han padecido violencia de género perciben que su capacidad de cuidar va disminuyendo. Se sienten en ocasiones más cerradas respecto a sus funciones de cuidado y de protección, y sus hijos/as tienen que autogestionar sus necesidades así como ayudar a sus madres a rehacerse.

La guía de intervención a niños/as y adolescentes en situaciones de violencia machista del sistema público de servicios sociales de la ciudad de Barcelona (2012) destaca como consecuencias en relación a las madres: aislamiento social, desvaloración de ellas mismas, subordinación emocional con el agresor, sentimientos de culpa y vergüenza, incremento de problemas de salud, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y del sueño y problemas laborales. En relación a las funciones como madre expone: dificultades de empatía, autoridad desacreditada o anulada, alteración de la capacidad de poner límites y normas, interacción distorsionada con los hijos/as, dificultad para poder afrontar y superar la situación de violencia vivida y a la hora de cuidar de los hijos. En la misma guía en relación a los hijos/as destacan las siguientes consecuencias: síntomas depresivos, miedos, alteraciones del sueño, síntomas regresivos, alteración del desarrollo afectivo, internalización de roles violentos o de género erróneos, problemas de integración en la escuela, dificultades de aprendizaje, respuestas emocionales que evidencian sufrimiento, ansiedad y estrés.

Delante esta realidad tan compleja el objetivo del estudio es determinar patrones característicos en el ejercicio de la parentalidad por parte de las madres que han padecido

violencia de género, teniendo una visión más trigeracional, para incidir en los aspectos que mejoren las competencias parentales que ayudará al desarrollo de sus hijos/as. Para conseguir este objetivo se pretende analizar la percepción del tipo de vínculo entre las madres y sus hijo/as que han padecido violencia de género desde la visión trigeracional, y determinar si hay diferencias significativas entre las madres que no han padecido violencia.

III. MÉTODO

Se trata de un diseño transversal descriptivo exploratorio con el objetivo de poder comparar el tipo de vínculo en familias que han sufrido violencia de género con familias en las que no se ha dado este fenómeno. Para ello se ha utilizado una muestra con una N=158 sujetos, en las que 79 son madres y 79 son hijos/as en edades comprendidas entre los 10 y los 17 años. La muestra se divide en tres grupos, dos de ellos son grupos control y uno es el grupo de casos;

Grupo 1: familias monoparentales que conviven la madre y sus hijos/as, y que constan antecedentes de violencia de género. (N=28).

Grupo 2: familias donde conviven la madre y el padre con sus hijos/as, y no constan antecedentes de violencia de género. (N=28)

Grupos 3: familias monoparentales que conviven la madre y sus hijos/as, y no constan antecedentes de violencia de género. (N=23).

La muestra del grupo control (grupos 2 y 3) ha sido seleccionada mediante un muestreo probabilístico de conveniencia y la muestra del grupo de casos (grupo 1) ha estado seleccionada a partir de la red de contactos del entorno profesional donde trabaja el grupo de investigación. Las entidades y servicios que han colaborado son: Servicio de Información y Atención a las Mujeres, en adelante SIAD, de las comarcas de la Selva, del Alt Empordà y de la localidad de Lloret de Mar. El Servicio de Atención a las Familias de la Comarca del Baix Empordà. El Área de Servicios Sociales de las localidades de Lloret de Mar y Palafrugell, y el Instituto de Palamós. A parte, se han realizado contactos particulares con mujeres que se han dispuesto a colaborar en el estudio. Se ha utilizado el criterio de voluntariedad en el proceso de búsqueda de mujeres y niños/as entre 10-17 años y todos los participantes han dado su consentimiento informado en la investigación.

El instrumento utilizado para poder medir la percepción del vínculo parental ha sido el cuestionario autoaplicable Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker y cols., 1979, y adaptado al castellano por Ballús y Creus (1991). El cuestionario está formado por 25 ítems los cuales se responden mediante una escala de tipo Likert con una puntuación de 0 a 3. Se ha utilizado el PBI en la forma cruzada entre madre e hijos/as en tiempo presente y en la forma ortodoxa en las madres con sus propias madres en tiempo pasado, cuando estas madres eran hijas.

El objetivo del PBI es examinar la contribución parental al vínculo entre progenitores e hijos/as intentando definir y medir los constructos significativos que Parker (1979) identifica en dos factores bipolares: curas o cuidados y protección. Cuando la escala de curas puntúa alta se interpreta como: afecto, calidez emocional, empatía y proximidad. La puntuación baja se interpreta como falta de sintonía emocional e indiferencia. Cuando la escala de protección puntúa alta se interpreta como: control, sobreprotección, contacto

excesivo, infantilización, evitación de contacto de independencia y crecimiento. Mientras que cuando puntúa baja se interpreta como permisividad, independencia y autonomía. La escala de curas consta de 12 ítems y una puntuación máxima de 36 puntos y la escala de protección consta de 13 ítems y una puntuación máxima de 39 puntos. La puntuación de las dos escalas permite la obtención de cuatro tipos de vínculo parental: control sin afecto, afecto controlado, vínculo ausente, vínculo óptimo.

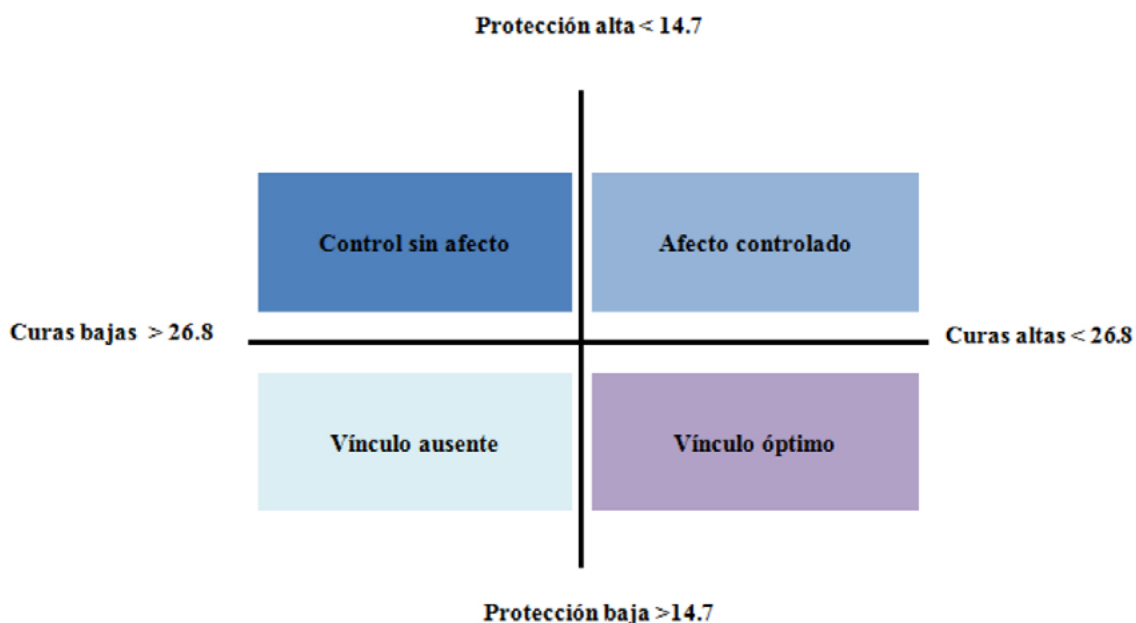


Figura 1. Cuadrante del PBI de los ejes de curas y protección.

La muestra ha recibido las siguientes consignas antes de la administración del cuestionario dependiendo del tipo de cuestionario:

- Forma cruzada de PBI administrada al hijo/a: “piensa en la relación que tienes con tu madre en la actualidad”
- Forma cruzada del PBI administrada a la madre: “piensa en la relación que tienes con tu hijo/a en la actualidad.”
- Forma ortodoxa del PBI administrada a la madre en relación a su propia madre: “intente recordar cómo era la relación con su madre cuando tenía la edad de su hijo/a”

En los casos que encontramos más de un hijo/a en edades comprendidas entre 10 y los 17 años como criterio de selección se ha optado por escoger al primogénito/a, y en el caso que fuera mayor de edad se escogía al hijo/a mayor de entre esas edades.

Para el análisis estadístico de los resultados se ha creado una base de datos con el programa informático Statistic Package The social Sciences (SPSS) versión 17.0, definiendo como variables los datos sociodemográficos recogidos así como la pertenencia de cada sujeto al grupo de estudio. También se han definido como variables las puntuaciones totales obtenidas del instrumento utilizado, trabajando con un nivel de significación bilateral de 0.05.

IV. RESULTADOS

Datos sociodemográficos

En los resultados de las variables sociodemográficas se han agrupado los dos grupos de control sabiendo que no presentaban una variabilidad importante. Tal y como se refleja en la tabla 1, podemos observar que respecto a la media de edad de las madres de los dos grupos es de 43.14 y 42.44 años ($p=0.032$) siendo grupos equiparables, y la de los niños/as de 13.46 y 14.25 años ($p=0.130$). Respecto al número de hijos/as encontramos que la media se encuentra entre uno y dos hijos/as ($p=0.344$), de los cuales en el grupo de casos destaca que el 61% son niñas, mientras que en el grupo control es más similar la relación entre niños y niñas ($p=0.354$).

La convivencia en pareja de los dos grupos es parecida, con 17 y 13 años respectivamente ($p=0.044$). Si nos fijamos en el grupo de casos, encontramos que respecto al tiempo de finalización del maltrato la media es de 3.96 años con un nivel de significación de ($p=0.806$). El 82% del grupo control son de origen nacional, en cambio el grupo de casos de violencia encontramos que es del 50%. El grupo de casos es más heterogéneo, podemos encontrar procedencias de Europa, América y África, con unos porcentajes muy parecidos ($p=0.023$). En relación al nivel de estudios en el grupo de casos predomina claramente la formación básica, mientras que en el grupo control hay un mayor porcentaje en el nivel de estudios superiores ($p=0.008$). En la variable terapia, encontramos que el 75% de madres que han sufrido situaciones de violencia han realizado terapia, no obstante, hace falta destacar que la mayoría de la muestra de este grupo vienen derivadas del SIAD. Si analizamos detalladamente este dato tal y como se puede ver en la tabla 2, encontramos que el 61% han realizado terapia individual, el 7% terapia familiar y un 7% terapia grupal.

En la misma variable en relación a los niños/as, encontramos que en el grupo control no han realizado ningún tipo de terapia. En el grupo de casos de violencia un 50% no han realizado terapia, un 43% terapia individual, un 7% terapia familiar ($p=0.000$).

Tabla 1.

Variables sociodemográficas.

Variables	Grupo control	Grupo casos violencia	P
Media edad madre	43.14	42.44	0.032
Media edad hijo/a	13.46	14.25	0.130
Media años de convivencia	17.64	13.86	0.044
Media tiempo finalización maltrato	0	3.96	0.806
Media núm. hijos/as	1.96	2.07	0.344
Genero hijo/as	Niño	51%	0.354
	Niña	49%	
Lugar de nacimiento	Nacional	82%	0.023
	Extranjero	18%	
Nivel estudios	Básico	46%	0.008
	Superior	54%	
Terapia madre	Sin	78%	0.000
	Si	22%	
Terapia hijo/a	Sin	100%	0.000
	Si	0%	

Tabla 2.

Porcentajes tipo de terapia grupo casos de violencia.

Grupo casos de violencia	No Terapia	Terapia individual	Terapia grupal	Terapia familiar	P
Madres	25%	61%	7%	7%	0.000
Hijos/as	50%	43%	0%	7%	0.000

Percepción del vínculo parental

Siguiendo con los objetivos de la investigación, a continuación podemos observar las gráficas de los resultados de la percepción del tipo de vínculo ordenados siguiendo la metodología utilizada a la hora de administrar los cuestionarios.

En la actualidad cuando se pregunta a la madre sobre la percepción que tiene del vínculo hacia su hijo/a a nivel descriptivo ($p=0.097$), como se puede ver en la figura 2, solo el 25% de las familias que han sufrido violencia tiene un vínculo óptimo, mientras que éste en las familias monoparentales y familias con los dos progenitores es del (52% y 60% respectivamente). Destacamos que en las familias con violencia de género el 75% perciben un vínculo no óptimo (ausente, afecto controlado y control sin afecto).

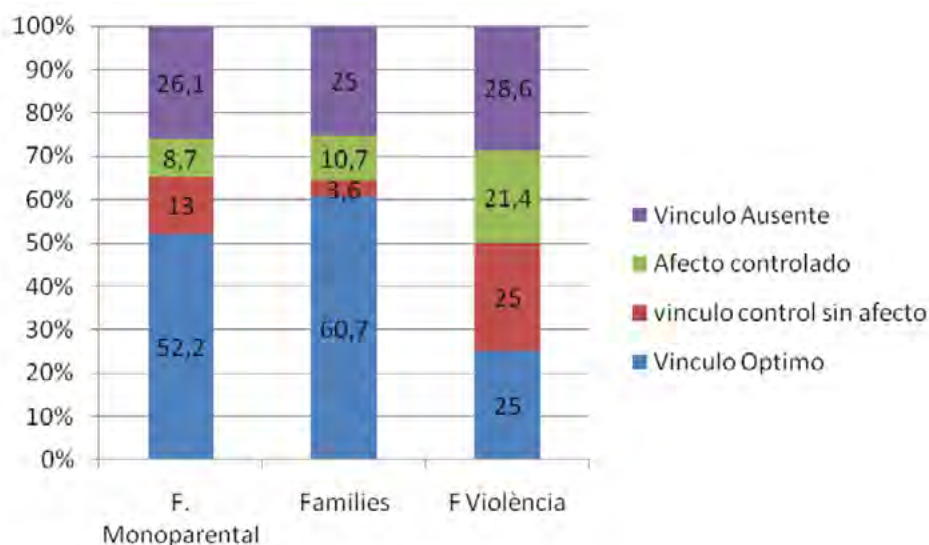


Figura 2. Porcentaje total de la percepción del vínculo madre-hijo/a.

En la actualidad cuando se pregunta a los hijos/as sobre la percepción del vínculo con la madre, ($p=0.033$), tal y como se puede observar en la figura 3, vemos como los grupos de familias monoparentales y familias presentan un mayor porcentaje del vínculo óptimo, 47.8% y 60.7% respectivamente. En las familias que han sufrido violencia de género encontramos que el 64.3% presentan un vínculo no óptimo del cual destaca el vínculo control sin afecto (32.1%).

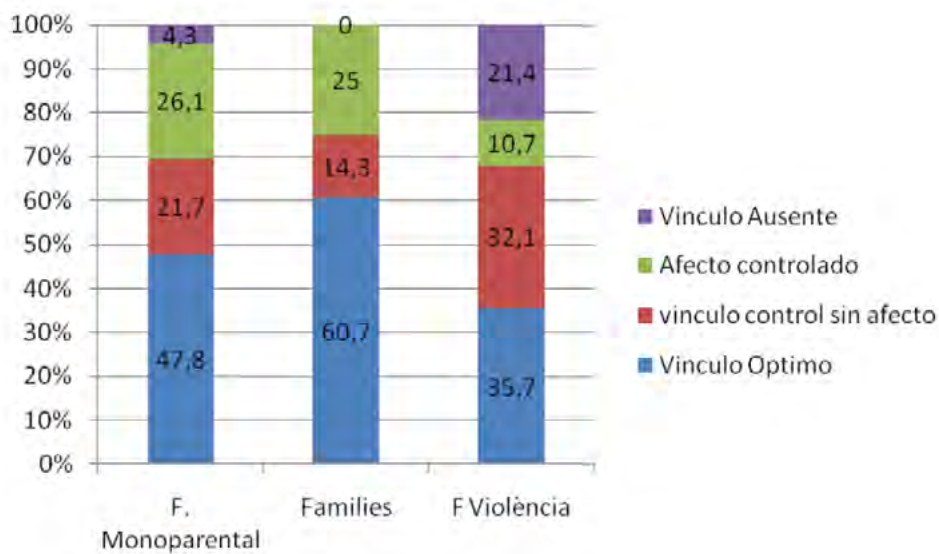


Figura 3. Porcentaje total de la percepción del vínculo hijo/madre.

Cuando preguntamos a las madres sobre como recuerdan la relación con su madre en la edad actual de sus hijos/as (10-17 años) con una $p=0.401$, encontramos una elevada variabilidad en los tres grupos, tal y como se puede ver en la figura 4. Podemos destacar unos porcentajes bajos del vínculo óptimo en los tres grupos (10.7% en familias con violencia, 17.4% y 25% en los grupos control). En el grupo de familias que han sufrido violencia, dentro de la variabilidad del vínculo no óptimo, destaca el vínculo control sin afecto con un 53.6%.

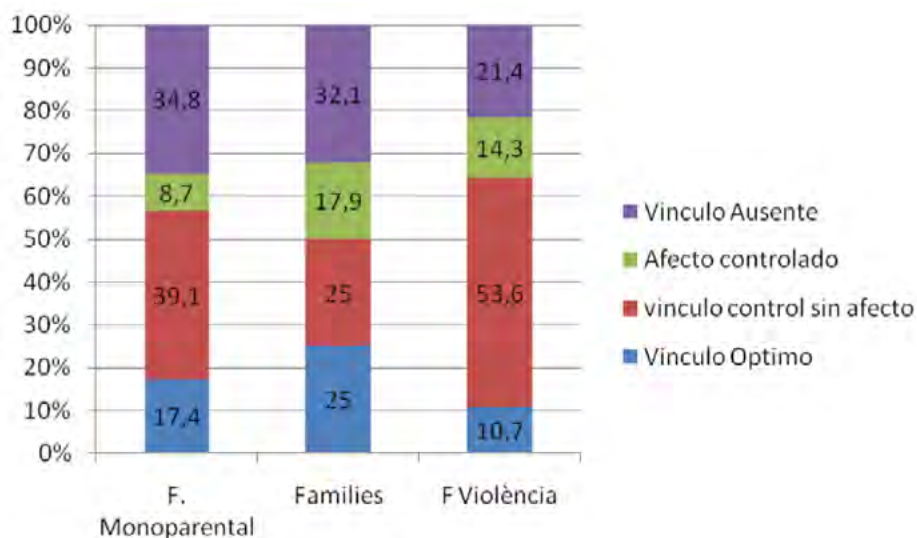


Figura 4. Porcentaje de la percepción del vínculo madre/familia origen.

Dado que no aparecen diferencias significativas entre los dos grupos control hemos agrupado a las familias que no han sufrido violencia. De esta manera y cogiendo las puntuaciones totales obtenidas en las diferentes escalas se ha comparado el grupo control

y el grupo de casos por la T Student para grupos independientes, asumiendo variancias iguales siendo altamente significativo ($p > 0.000$) en escala cuidados, y ($p > 0.030$) en escala protección.

Como se puede ver en la tabla 3, las medias obtenidas en la puntuación total de la escala cuidados en las familias que no han sufrido situaciones de violencia (N=153), muestran unos valores de 27.58, cuidados alta, y las familias que han sufrido violencia (N=84) tienen una puntuación de 24.17, cuidados baja.

Tabla 3.

Análisis entre grupos para la comparación de medias en la escala de cuidados.

Cuidados	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	p
Familia sin violencia	153	27.58	6.579	.532	0.000
Familia violencia	84	24.17	7.685	.838	

En relación a la escala protección, en la tabla 4 podemos observar como en las familias que no han sufrido situaciones de violencia la media es de 14.50, protección baja y las familias que han sufrido violencia tienen una puntuación media de 16.30, protección alta.

Tabla 4.

Análisis entre grupos para la comparación de medias en la escala de protección.

Protección	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	p
Familia sin violencia	153	14.50	6.044	.489	0.030
Familia violencia	84	16.30	6.040	.659	

Análisis de la concordancia de la percepción del vínculo

A partir de los resultados obtenidos en los cuestionarios, y manteniendo la agrupación anteriormente realizada, se han interrelacionado los tipos de vínculo con el objetivo de poder valorar la concordancia. Se han realizado unas tablas de contingencia en las que se ha aplicado una Kappa de Cohen, que es un coeficiente de concordancia de variables categóricas.

Tabla 5.

Márgenes para valorar el grado de acuerdo en función del índice Kappa (Landis y Koch, 1977).

< 0	sin acuerdo
0 – 0.2	insignificante
0,2 – 0.4	bajo
04 – 0.6	moderado
0,6 – 0.8	bueno
0,8 - 1	muy bueno

Cuando analizamos la concordancia entre los cuestionarios madre-hijo/hijo-madre, encontramos que en la prueba de Kappa de Cohen no hay una significación importante, ni en el grupo sin violencia ($p=0.000$), ni en el grupo violencia ($p=0.029$). No obstante, en la tabla 6 podemos observar que en el grupo sin violencia existe una elevada concordancia en el vínculo óptimo, 39.2%. Mientras en el grupo de violencia encontramos unos resultados más distribuidos, con porcentajes entre el 7% y el 14% en los diferentes tipos de vínculo.

Tabla 6.

Análisis de la concordancia de la percepción del apego entre madre e hijo/a e hijo/a-madre.

Grupo control madre-hijo/a	Hijo/a-madre				Total
	ausente	óptimo	control sin afecto	afecto controlado	
ausente	Recuento % del total 1 2.0%	7 13.7%	2 3.9%	3 5.9%	13 25.5%
óptimo	0 0%	20 39.2%	3 5.9%	6 11.8%	29 56.9%
control sin afecto	0 0%	1 2.0%	3 5.9%	0 0%	4 7.8%
afecto controlado	0 0%	0 0%	1 2.0%	4 7.8%	5 9.8%
Total	1 2.0%	28 54.9%	9 17.6%	13 25.5%	51 100%

Grupo violencia madre-hijo/a	Hijo/a-madre				Total
	ausente	óptimo	control sin afecto	afecto controlado	
ausente	Recuento % del total 3 10.7%	3 10.7%	2 7.1%	0 0%	8 28.6%
óptimo	2 7.1%	4 14.3%	1 3.6%	0 0%	7 25.0%
control sin afecto	1 3.6%	2 7.1%	3 10.7%	1 3.6%	7 25.0%
afecto controlado	0 0%	1 3.6%	3 10.7%	2 7.1%	6 21.4%
Total	6 21.4%	10 35.7%	9 32.1%	3 10.7%	28 100%

En los resultados madre-abuela/hijo-madre, en la prueba Kappa de Cohen hay una significación baja, tanto en el grupo sin violencia ($p=0.237$) como en el grupo con violencia ($p=0.253$). Si observamos la tabla 7 encontramos que en relación al grupo sin violencia hay una mayor concordancia en el vínculo óptimo 13.7%, mientras en las familias que han sufrido violencia hay una mayor concordancia en el control sin afecto con un 21.4%.

Tabla 7.

Análisis de la concordancia de la percepción del vínculo entre madre-abuela e hijo/a y madre.

Grupo control Abuela-madre		Hijo/a-madre				Total	Grupo violencia Abuela-madre		Hijo/a-madre				Total
		Ausente	óptimo	control sin afecto	afecto controlado				Ausente	óptimo	control sin afecto	afecto controlado	
ausente	Recuento % del total	1 2.0%	8 15.7%	5 9.8%	3 5.9%	17 33.3%	ausente	Recuento % del total	2 7.1%	3 10.7%	1 3.6%	0 0%	6 21.4%
óptimo	Recuento % del total	0 0%	7 13.7%	1 2.0%	3 5.9%	11 21.6%	óptimo	Recuento % del total	0 0%	1 3.6%	1 3.6%	1 3.6%	3 10.7%
control sin afecto	Recuento % del total	0 0%	11 21.6%	2 3.9%	3 5.9%	16 31.4%	control sin afecto	Recuento % del total	2 7.1%	6 21.4%	6 21.4%	1 3.6%	15 53.6%
afecto controlado	Recuento % del total	0 0%	2 3.9%	1 2.0%	4 7.8%	7 13.7%	afecto controlado	Recuento % del total	2 7.1%	0 0%	1 3.6%	1 3.6%	4 14.3%
Total	Recuento % del total	1 2.0%	28 54.9%	9 17.6%	13 25.5%	51 100%	Total	Recuento % del total	6 21.4%	10 35.7%	9 32.1%	3 10.7%	28 100%

Para finalizar, con los resultados madre-abuela/madre-hijo/a, en la prueba Kappa de Cohen hay una significación buena en el grupo con violencia ($p=0.661$), mientras que en el grupo sin violencia es insignificante ($p=0.046$). En la tabla 8 podemos observar que en el grupo sin violencia hay una mayor concordancia en el vínculo óptimo 17.6%, mientras que en las familias que han sufrido violencia hay una mayor concordancia en el control sin afecto, 14.3%.

Tabla 8.

Análisis de la concordancia de la percepción del vínculo entre madre y abuela e hijo/a.

Grupo control Abuela-madre		Madre-hijo/a				Total	Grupo violencia Abuela-madre		Madre-hijo/a				Total
		Ausente	óptimo	control sin afecto	afecto controlado				Ausente	óptimo	control sin afecto	afecto controlado	
ausente	Recuento % del total	4 7.8%	9 17.6%	2 3.9%	2 3.9%	17 33.3%	ausente	Recuento % del total	2 7.1%	3 10.7%	1 3.6%	0 0%	6 21.4%
óptimo	Recuento % del total	2 3.9%	9 17.6%	0 0%	0 0%	11 21.6%	óptimo	Recuento % del total	0 0%	1 3.6%	1 3.6%	1 3.6%	3 10.7%
control sin afecto	Recuento % del total	6 11.8%	8 15.7%	2 3.9%	0 0%	16 31.4%	control sin afecto	Recuento % del total	4 14.3%	3 10.7%	4 14.3%	4 14.3%	15 53.6%
afecto controlado	Recuento % del total	1 2.0%	3 5.9%	0 0%	3 5.9%	7 13.7%	afecto controlado	Recuento % del total	2 7.1%	0 0%	1 3.6%	1 3.6%	4 14.3%
Total	Recuento % del total	13 25.5%	29 56.9%	4 7.8%	5 9.8%	51 100%	Total	Recuento % del total	8 28.6%	7 25.0%	7 25.0%	6 21.4%	28 100%

V. DISCUSIÓN

Hemos centrado el estudio sobre la percepción del vínculo parental comparando familias con dinámicas de violencia de género y familias en que no se han producido estas circunstancias. Los resultados agrupados en los ejes de cuidados y protección que conforman el PBI, indican que la percepción de curas en familias con violencia son inferiores, y las de protección son superiores, en comparación al grupo de no violencia. Estos resultados coinciden con la investigación de Carpenter y Staks (2009) que concluyen que el efecto de la violencia de género en el vínculo materno-filial puede afectar la percepción del estilo de crianza.

Observamos como la violencia de género afecta la percepción de la madre respecto a la vinculación con el hijo/a, ya que el porcentaje del vínculo óptimo es más bajo, y hay una mayor presencia de vínculo afecto controlado y de control sin afecto. Una posible explicación es que las madres que padecen violencia de género ejercen un mayor control para intensificar la protección y evitar posibles daños a sus hijos/as. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio comparativo sobre competencias parentales de familias con dinámicas violentas y familias con dinámicas no violentas atendidas en SATAF (Cartié, 2008), en el cual concluyen que las madres sometidas a dinámicas de violencia de género presentan dificultades para establecer vínculos afectivos con sus hijos/as. Encontramos una correspondencia con el estudio de Ballús y Bolaños (1991), que muestra como en familias en las que hay una separación conflictiva de los padres se incrementan las pautas protectoras en detrimento de las cuidadoras.

Por otra parte destacamos que en las familias que han sufrido violencia, la percepción del vínculo óptimo de los hijos/as respecto a sus madres es mayor que la que tienen las madres hacia sus propios hijos/as. Es un hecho que sorprende, teniendo en cuenta que se trata de una población mayoritariamente en la etapa del ciclo vital de la adolescencia, y que se caracteriza por una mayor exigencia y crítica respecto a la figura adulta de referencia. Estos resultados nos llevan a pensar en la *naturalización* de la violencia en los patrones relacionales familiares. Tal y como destacan diferentes autores expuestos en este artículo, la familia no deja de ser una fuente de transmisión y de crecimiento de sus miembros. Una exposición repetida a la violencia afecta a la concepción y conciencia de esta, distorsionando el umbral de la tolerancia como una forma de anestesia de la violencia. Los niños/as aprenden que cierto grado de violencia puede estar legitimado como método para resolver conflictos. Los datos analizados en la IV Macroencuesta de violencia de género de 2011, realizada por el Ministerio de Igualdad con la colaboración del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), señala como solo el 27.4% de las mujeres que han padecido violencia de género, denuncian el agresor.

En cuanto a la transmisión trigeracional del vínculo, los resultados apuntan que en las familias en las que no hay violencia hay una tendencia en coincidir entre las tres generaciones cuando el vínculo es óptimo. Aunque encontramos una menor percepción del vínculo óptimo en la relación de la madre con su propia madre. En las familias en las que hay violencia la tendencia es reproducir un vínculo de control sin afecto. Se produce una concordancia sobretodo en la forma en como la madre percibe a su propia madre, y como su hijo/a la percibe a ella misma ejerciendo el rol de madre. Estos resultados nos llevan a pensar en la teoría de Boszormenyi-Nagy (2004) según la cual, las pautas relacionales se transmiten. Sostienen los resultados del estudio de Benoit y Parker (1994), en el que hay

una correspondencia del 65% en las triadas abuela-madre-niño/a.

Según Linares (2006) la nutrición relacional es la experiencia subjetiva de ser reconocido, valorado y querido. Esto nos abre una puerta a la esperanza ya que según Grossmann, Grossmann y Waters (2005) establecer una sola relación significativa puede redirigir el vínculo inseguro de la infancia hacia un estatus de seguridad.

Partiendo de la evidencia de que las situaciones de violencia de género afectan a las pautas relacionales de los miembros de la familia, planteamos la necesidad de abordar el fenómeno de la violencia en el ámbito familiar. En este sentido hemos podido observar como el tipo de intervención que predomina en las mujeres que han padecido violencia de género es la terapia individual. Por otra parte, los hijos/as en la mayoría de los casos participan en terapia, también de tipo individual. Con este dato detectamos que en nuestra muestra la respuesta por parte de la administración es a través de una intervención individual en detrimento de otras fórmulas terapéuticas como pueden ser la terapia familiar o la terapia grupal, que pueden ser alternativas a la hora de poder trabajar la percepción del vínculo entre madre e hijos/as, entre otras consecuencias de la violencia de género.

Limitaciones

Nuestra investigación se basa en auto informes, esto implica cierta limitación referente a la desviación por deseabilidad social, ya que a la hora de administrar el cuestionario hemos percibido la necesidad por parte de algunas mujeres de ofrecer una buena imagen como madres.

La muestra a partir de la cual se ha realizado el estudio se ha obtenido a través de la red de contactos profesionales de los/las investigadores/as y se ha limitado a la proximidad territorial de los mismos (comarcas de Girona). Reconocemos que una aproximación más profunda de esta realidad objeto de estudio requiere un mayor número de casos y una ampliación del territorio. De la misma forma, somos conscientes que los resultados obtenidos no se pueden justificar únicamente a través de la variable de violencia de género, sino que existen otros factores (situación socioeconómica, cultural, vivencias en la infancia...) que pueden contribuir a la formación del vínculo. No nos referimos a causa y efecto, sino a correlación.

Otro factor que implica una limitación es el hecho de no haber incluido la figura paterna en el estudio. La situación de violencia de género la sufren todos los miembros de la unidad familiar, pero por cuestiones metodológicas nos hemos centrado en la relación materno-filial. Por otra parte a pesar de no haber incluido la figura paterna, los resultados de los grupos que han participado en el estudio como grupo control (familias monoparentales y familias con los dos progenitores) no presentan diferencias significativas. Este hecho nos ha permitido agrupar a ambos grupos para analizar conjuntamente los resultados.

En la observación de la transmisión trigerenacional nos ha faltado un análisis más profundo de la situación vivida por la madre en la familia de origen ya que solo hemos podido obtener la percepción de la madre en relación a su propia madre.

VI. PROPUESTAS INNOVADORAS

Los acontecimientos de violencia de género que cohabitan en nuestra sociedad nos llevan a la necesidad de plantear políticas que aborden de una forma integral el fenómeno de la violencia de género para evitar acciones descoordinadas, sobretudo entre los diferentes sistemas de protección y atención a la mujer y a los niños/as, actuando de manera integral y con la misma concepción sobre el fenómeno de la violencia de género.

Los resultados obtenidos en la investigación sobre el impacto de la violencia de género en la percepción de vínculo entre madres e hijos/as nos indican la importancia de ofrecer un espacio para paliar los efectos negativos que supone una percepción no óptima del vínculo en el establecimiento de relaciones de curas, protección y afecto. En este sentido hemos detectado que la mayoría de intervenciones se hacen de manera individual, en detrimento de otros procesos terapéuticos en los que se puede combinar el espacio individual con el trabajo directo de la relación madre-hijo/a para mejorar la relación materno-filial.

También consideramos importante reflexionar sobre el tipo de espacio que debemos ofrecer a la relación paterno-filial. ¿Dónde queda la figura del padre para los hijos/as? ¿Qué tipo de relación va a ser la más beneficiosa para estos niños y niñas en cada caso? ¿Un hombre que ejerce violencia tiene las competencias necesarias para ejercer su parentalidad? ¿Qué espacio terapéutico ofrece nuestra sociedad a los hombres que ejercen violencia de género para mejorar la seguridad de mujeres y niños?

Creemos que el mayor reto de los/as profesionales del ámbito psicosocial y sanitario es la no fragmentación de las intervenciones y la construcción de un espacio respetuoso y cuidador que atienda a la relación materno-filial de forma paralela, y que plantee como incluir la figura paterna en los casos en que esta intervención se considere segura y beneficiosa para los hijo/as y para la propia madre.

Así mismo, delante de los resultados obtenidos, nos planteamos una posible continuidad de la investigación con una muestra mayor y intentando incluir la percepción que tiene el padre en relación a sus hijos/hijas. También valorar la posibilidad de incluir la percepción de las abuelas/os, como fórmula de poder profundizar en la transmisión del vínculo. Otra opción interesante sería realizar este mismo estudio de forma longitudinal, recuperando la percepción del vínculo de las madres y los hijos/as en unos años, y analizar si se han producido cambios significativos.

VII. AGRADECIMIENTOS

A las familias que han participado en el estudio de manera voluntaria y nos han dedicado su tiempo y su confianza para realizar la investigación con el deseo de ayudar a otras mujeres que han pasado por procesos similares.

A los profesionales que han colaborado en la investigación y nos han dedicado su tiempo colaborando desde sus lugares de trabajo.

A los tutores y profesorado de la Escuela de Terapia Familiar de la Santa Creu i Sant Pau que nos han ayudado y asesorado y pusieron las bases para poder crear este artículo.

A nuestras familias, amigos y amigas por su paciencia y su tiempo.

VIII. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

AINSWORTH, M., y WITTIG, B. A. Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. Londres: B. Foss (Ed.). 1969. (Vol.4, pp. 113-136)

ALCÁNTARA, M^a V., et al. “Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad”. Revista anales de psicología, vol. 29, 3, pp.741-747. 2013.

BALLÚS, C y BOLAÑOS, J.I. Estudi dels vincles parentals en procés contenciós de separació i divorci. Barcelona. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya. 1991.

BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa. 2005. 256 pp.

BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. Los desafíos invisibles de ser padre o madre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona: Gedisa. 2010. 398 pp.

BOWEN, M. De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Buenos Aires: Paidós. 1991. 208 pp.

BOWLBY, J. El apego y la pérdida I. El apego. Madrid: Paidós. 1988. 528 pp.

BRONFENBRENNER, U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós. 1987. 352 pp.

BUNGE, M. Tratado de Filosofía (Volumen 4): Ontología II; Un mundo de sistemas. Barcelona. Gedisa. 2012. 404 pp.

BUNGE, M. Emergencia y convergencia. Novedad cualitativa y unidad del conocimiento. Barcelona. Gedisa. 2009. 400 pp.

CAMARASA, M. Indicadores de los efectos de la violencia de género. Lleida: Fundació SURT. 2009. 81 pp.

CANETTI, L., et al. “Parental bonding and mental health in adolescents”. Adolescence; 32; 381-394 pp. 1997.

CANEVARO, A. “Approche trigénérationnelle de la violence dans la couple. Crises de couple: Perspectives thérapeutiques”. Cahiers critiques de thérapie familiale et des pratiques de réseaux, 23, pp. 115-142. 1999.

CANEVARO, A. Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos. Madrid: Terapia Familiar Iberoamericana: Morata, S.A. 2012. 216 pp.

CANTÓN, J. y CORTÉS, M.R. El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. Madrid: Alianza editorial. 2000. 320 pp.

CARPENTER, G. y STACKS, A. “Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature”. Children and youth services review, 31, pp. 831-839. 2009.

CARTIÉ, M. Competencias parentales en familias con dinámicas violentas: Una revisión teórica y Congreso Multidisciplinar sobre interferencias parentales tras la ruptura de pareja. Santiago de Compostela: SATAF Barcelona. 2008. 9 pp.

- CIRAC, R., SACRISTAN, R. y VILLALONGA, L. Estudio comparativo de los indicadores de buen pronóstico versus mal pronóstico en los casos atendidos en el EAIA de la comarca del Tarragonés. Tesis de maestría no publicada. Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. 2008.
- CORSI, J. Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós. 1994. 252 pp.
- CYRULNIK, B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa. 2002. 240 pp.
- FRAMO, J. L. Familia de origen y psicoterapia: un enfoque intergeneracional. Barcelona: Paidós. 1996. 272 pp.
- GROSSMANNK., GROSSMANN, K.E. y WATERS E. Attachment from infancy to adulthood. New York: GuilfordPress. 2005. 332 pp.
- HORNO, P. "Atención a los niños y las niñas víctimas de la violencia de género". Intervención psicosocial, vol. 15 n°3, pp. 307-316. 2006.
- KASHANI J.H., et al. "Personality, psychiatric disorders, and parental attitude among a community sample of adolescents". AmAcad Child Adol Psychiatry,26:6: pp. 879-885. 1987.
- LASTRA, C. y MARTÍNEZ, E.M. Las hijas e hijos como víctimas directas de la violencia de género. Universidad de Salamanca. 2011. 108 pp.
- LEVENDOSKY, A., et al. "Mothers perceptions of the impact of women abuse on their parenting". Violence against women, núm. 6, pp. 247. 2000.
- LINARES, J.L. Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control. Barcelona: Paidós. 2002. 230 pp.
- LINARES, J.L. Las formas del abuso: La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella. Barcelona: Paidós. 2006. 134 pp.
- LIZANA, R. A mí también me duele. Niños y niñas víctimas de violencia de género en la pareja. Barcelona: Gedisa. 2012. 304 pp.
- Ley 5/2008 de 24 d'abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. (Corrección en el DOGC núm.5424, pág. 57517, de 20.7.2009).
- Ley 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (L.O. 1/2004 de 28 de diciembre).
- MAIN M. y SALOMON, J. In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., & Cummings, M. (Eds.) "Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention". pp. 121-160. The University of Chicago Press: Chicago.1990.
- MAQUEDA, ML. "La violencia de género: entre el concepto jurídico y la realidad social". Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. Vol. 08 n°02. 2006.
- MARRONE, M. La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática. 2001. 477 pp.
- MARTINEZ, R. Guía para el desarrollo de las Competencias emocionales, educativas y parentales. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009. 53 pp.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad en convenio con el centro de investigaciones sociológicas (CIS). IV Macroencuesta de Violencia de Género 2011.

- MINUCHIN, S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa. 2001. 349 pp.
- MULLEN, P.E., et al. "Childhood sexual abuse and mental health in adult life". British Journal of Psychiatry 163; pp. 721-732. 1993.
- NAGY, I. y SPARK, G. Lealtades invisibles: reciprocidad en terapia familiar intergeneracional. Madrid: Amorrortu. 2004. 450 pp.
- ONNIS, L. Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Barcelona: Paidós. 1996. 143 pp.
- ORDOÑEZ, M.P. y GONZALEZ, P. "Las víctimas invisibles de la violencia de género". Revista clínica de medicina de familia, vol. 5 nº1, pp.30-36. 2011.
- ORJUELA, L., et al. Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children. 2008. 90 pp.
- PATRÓ, R. y LIMIÑANA, R.M. "Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en los hijos de mujeres maltratadas". Anales de psicología, vol.21, nº1, pp.11. 2005.
- PÉREZ, C. Parejas en conflicto. Barcelona, España: Paidós. 2006. 282 pp.
- PERRONE y NANNINI Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires: Paidós. 1995. 173 pp.
- PONS-SALVADOR, G., CEREZO, Mª. y BERNABÉ, G. "Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad". Psicotema, vol.17, nº1, pp.31-36. 2005.
- SELVINI PALAZZOLI, M., et al. Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós. 1990. 288 pp.
- SIMON, FB., STIERLIN, H. y WYNNE, L.C. Vocabulario de terapia familiar. Barcelona: Gedisa. 2002. 460 pp.
- STTAFORD BEER, S. Diseñando la libertad. Breviarios. Fondo de cultura económica. Méjico. 168 pp.
- VAN IJZENDOORN, M.H., JUFFER, F, y DUYVESTYEN, M.G.C. "Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security". Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, pp. 225-248. 1995.
- VVAA. PÉREZ-TESTOR & ALOMAR, E. (compiladores). Violencia en la familia. Barcelona: Universitat Ramon Llull-Edebé. 2005. 16 pp.
- WALKER, L.E. "Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas". Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. 3. núm. 3. pp. 201-210. 1999.

IX. ANEXOS

P.B.I. Actualidad hijo/a madre

Nombre y apellidos:

Fecha:

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere más parecida para caracterizar como Ud. ve a su madre en la actualidad.

	Se parece a como es:			Totalmente en desacuerdo
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo	
1. Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4. Me parece emocionalmente frío, seco conmigo. Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
5. Es cariñoso conmigo.	()	()	()	()
7. Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intenta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10. Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11. Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12. Me sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15. Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16. No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17. Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18. Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19. Trata que yo dependa de él.	()	()	()	()
20. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él este cerca.	()	()	()	()
21. Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22. Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23. Es sobreprotector conmigo.	()	()	()	()
24. No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

PROT: [] CUR: []

PRE

POST

FIN

P.B.I. Actualidad : Madre/ Hijo/a

Fecha:

Nombre y apellidos:

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere más parecida para caracterizar como Ud. ve a su hijo/a en la actualidad.

Se parece a como es:

	<u>Muy de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Poco des acuerdo</u>	<u>Totalmente en desacuerdo</u>
1. Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4. Me parece emocionalmente frío, seco conmigo.	()	()	()	()
5. Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Es cariñoso conmigo.	()	()	()	()
7. Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intenta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10. Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11. Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12. Me sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15. Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16. No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17. Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18. Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19. Trata que yo dependa de él.	()	()	()	()
20. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él este cerca.	()	()	()	()
21. Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22. Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23. Es sobreprotector conmigo.	()	()	()	()
24. No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

PROT: [] CUR: []

PRE

POST

FIN

P.B.I. Actual madre i familia de origen

Fecha:

Nombre y apellidos: _____ :

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una "X" la casilla que Ud. considere más parecida para caracterizar como Ud. ve a sus padres cuando tenía la edad de sus hijos/as

Se parece a como es:

	<u>Muy de acuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Poco des acuerdo</u>	<u>Totalmente en desacuerdo</u>
1. Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4. Me parece emocionalmente frío, seco conmigo.	()	()	()	()
5. Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Es cariñoso conmigo.	()	()	()	()
7. Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a).	()	()	()	()
9. Intenta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10. Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11. Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12. Me sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiende a tratarme como a un niño(a).	()	()	()	()
14. No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15. Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16. No me hace sentir querido(a).	()	()	()	()
17. Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18. Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19. Trata que yo dependa de él.	()	()	()	()
20. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él este cerca.	()	()	()	()
21. Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22. Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23. Es sobreprotector conmigo.	()	()	()	()
24. No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

PROT: [] CUR: []

PRE

POST

FIN

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CODIFICACIÓN: Grupo → 1.- Control 2.- Control 3.- Casos

FECHA ENCUESTA: __ - __ - ____

SEXO:

EDAD: ____

LUGAR DE NACIMIENTO:

1.- Europa

2.- América

3.- África

4.- Asia

5.- España

6.- Catalunya

7.- Provincia de Girona

ESTADO CIVIL:

1.- Soltera

2.- Separada

3.- Divorciada

4.- Viuda

5.- Casado / Convivencia con pareja

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado):

1.- Primaria

2.- Secundaria

3.- FP/Ciclo formativo

4.- Bachillerato/BUP

5.- Universitarios

6.- Sin estudios

NÚMERO DE HIJOS/AS: _____

EDAD DE LOS HIJOS ORDENADOS DE MAYOR A MENOR:

1er Hijo/a: ____ años

2º Hijo/a: ____ años

3er Hijo/a: ____ años

4º Hijo/a: ____ años

AÑOS DE CONVIVENCIA CON EL PADRE DE SUS HIJOS/AS: _____

AÑOS DESDE LA SEPARACIÓN: _____

TIPO DE CUSTODIA:

1.- Total

2.- Compartida

HA SUFRIDO MALOS TRATOS POR PARTE DE SU EXPAREJA: 1.- NO 2.- SI

INDIQUE EL TIEMPO QUE HA PASADO DESDE QUE SUFRIÓ MALTRATO POR PARTE DE SU EXPAREJA: _____

¿HA REALIZADO ALGUNA TERAPIA?

0.- No Terapia

3.- Terapia Pareja

1.- Terapia Individual

4.- Terapia Grupal

2.- Terapia Familiar

5.- Otras: _____

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUN TIPO DE TRASTORNO PSIQUIATRICO?

1.- NO 2.- SI _____

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUN TRASTORNO PSIQUIATRICO A SUS HIJOS/AS?

1.- NO 2.- SI _____

La ratio de población por Trabajador Social en las Unidades de Trabajo Social

Diego Celdrán Martínez

Trabajador social de atención primaria: Unidad de Trabajo Social Excmo. Ayuntamiento de Murcia

Resumen

El artículo presenta una investigación cuantitativa y cualitativa acerca de la determinación de la ratio de población por trabajador social en el ámbito de las unidades de trabajo social de la Región de Murcia. Se obtiene la referencia de 5500 habitantes, matizándose acerca de qué circunstancias hay que observar para ajustar tal cifra, ya que además de una referencia poblacional, es necesario atender a aspectos cualitativos.

Palabras claves

Investigación, región de Murcia, unidad de trabajo social, trabajadores sociales, ratio profesional.

Abstract

The article presents a quantitative and qualitative research on determining the ratio of population per social worker in the field of social work units in the Region of Murcia. Reference 5500 inhabitants is obtained, nuancing about what circumstances should be observed to adjust that figure as well as a reference population, is necessary to address qualitative aspects.

Keywords

Investigation, region of Murcia, social work unit, social workers, professional ratio.

1. Introducción

¿Qué funciones han de asumir los trabajadores sociales en el ámbito de las unidades de trabajo social (UTS)?, ¿qué condiciones han de darse para que esas funciones sean desempeñadas con garantías?, ¿es la ratio población/profesional un elemento fundamental en el desempeño profesional en el ámbito referido? si es así, ¿cuál sería la ratio adecuada y bajo qué premisas se calcula esa relación?

La investigación que se presenta trata ofrecer respuesta a esas preguntas, aportando información en un debate histórico respecto al desempeño profesional de los trabajadores sociales, y es que sobre el tema de la ratio gira la consideración de que de su defensa (la de una ratio determinada, que nadie sabe cuál es), depende en cierta medida el ejercicio

del trabajo social, de hecho ha habido demandas en este sentido desde el primer congreso sobre el sistema público de servicios sociales (Gutiérrez Resa 2001:12).

Por otra parte, no se ha encontrado mayor aval para fijar una ratio que la estimación de colegios profesionales o de los propios legisladores, observando cifras que van desde los 3.000 habitantes hasta los 7.500 habitantes por trabajador social, lo que se cree que puede ser depurado en mayor medida; matizando que además de la índole cuantitativa, el trabajo busca, con carácter cualitativo, la comprensión de los elementos que entran en juego en la posibilidad de establecer esa ratio para trabajadores sociales de UTS (actuaciones, funciones, factores que condicionan su trabajo).

2. Desarrollo de la investigación

La hipótesis a verificar es si el ajuste de una ratio de población, respecto de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social, aumenta la calidad de su desempeño profesional, ofreciendo mayor posibilidad de cumplir con las funciones que tienen encomendadas, averiguando en qué medida y bajo qué circunstancias sería esto posible.

Para tal fin se plantearon dos objetivos:

1) Analizar el ajuste entre las funciones que se demandan a los trabajadores sociales de UTS y las que habitualmente asumen, atendiendo a sí la ratio de población influye en esa relación y qué otros factores habría que considerar.

2) Identificar los factores relevantes en una posible ratio de calidad en las UTS.

2.1 Metodología

Teniendo en cuenta que las competencias en materia de servicios sociales son autonómicas, la investigación centra su análisis en las UTS de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM). No obstante, de forma previa, se realizó el análisis de normativa europea, regulación nacional, leyes autonómicas de servicios sociales y desarrollo normativo de tal legislación.

Para la obtención de datos se consultó con dos tipos de población:

1.- De Mayo a Diciembre de 2015 se practicaron 11 entrevistas semiestructuradas con informantes clave (Anexo nº1). Se trataba de pulsar ideas y opiniones sólidas desde una mirada externa, ya que se trata de profesionales que son conocedores en profundidad del trabajo social en UTS pero no trabajaban (salvo un caso de reincorporación reciente) en esa ubicación.

De los profesionales entrevistados hay que destacar que todos tienen más de 10 años de ejercicio profesional; en su conjunto han ejercido en las nueve principales ciudades de la CARM, en centros de servicios sociales y mancomunidades. En cuanto a su labor profesional actual, además del caso citado, dos de los entrevistados son coordinadores de programa en Centros de Servicios Sociales, dos ejercen como directores de centro, uno es asesor regional del programa de acompañamiento social para la inclusión social, otro profesional pertenece a la Secretaría de planificación de la Consejería Autonómica con responsabilidad en la política social y cuatro ejercen como trabajadores sociales en equipos especializados.

La elección de esta configuración se realiza para evitar que la visión sea en exclusiva la de los actores principales (trabajadores sociales de UTS), entendiendo que aporta valor añadido el análisis de quién conoce con suficientes garantías el desempeño profesional pese a no estar condicionado en la actualidad por él.

Entendiendo como apuntan López Estrada y Deslauriers (2011:12), que de la calidad de la transcripción depende en gran parte la calidad de nuestra investigación, durante las entrevistas se tomaron las notas relativas al discurso, explicaciones, matizaciones y expresiones orales más significativas, a su término se ofreció una devolución a los entrevistados para hacerles ver qué se había entendido, qué se había anotado y qué elementos de su discurso aparecían como relevantes. La entrevista se completó con la aplicación de un breve cuestionario con epígrafes que se utilizaron también en el cuestionario, lo que permite la comparación en relación a los trabajadores sociales que trabajan en UTS actualmente y los informantes clave.

2.- A finales de Septiembre de 2014 se remitieron 145 cuestionarios por correo de acuerdo con el censo de trabajadores sociales de UTS que ejercen en la Región de Murcia, obteniendo 41 respuestas hasta la fecha de cierre, 15 de Enero de 2015. El cuestionario (Anexo nº2) trata de conocer la opinión de los actores principales acerca de la ratio que tienen y la que consideran idónea en su desempeño profesional, también sobre las funciones y distribución de tiempos que contemplan en su trabajo diario.

En definitiva el conjunto de técnicas busca la credibilidad a los resultados de la investigación, ya que se entiende con Vallés (1997:88) que *la credibilidad de un estudio cualitativo se relaciona con el uso que se haya hecho de un conjunto de recursos técnicos.*

3. Resultados

3.1 La legislación en materia de servicios sociales y la ratio profesional.

La competencia en materia de servicios sociales es autonómica. En el plano de la Unión Europea (UE) podemos encontrar recomendaciones, reconocimientos, libros blancos y verdes, pero no líneas legislativas vinculantes. De hecho la Comunicación de la Comisión en *Aplicación del programa comunitario de Lisboa, servicios sociales de interés general en la Unión Europea (C-SSIG/06)*, comunicación que aborda la caracterización de los servicios sociales, a los que considera *pilares de la sociedad y de la economía europea*, expone que los Estados miembros son libres de definir el significado que tiene para ellos el concepto de *servicios sociales de interés general, así como de regular las obligaciones y funciones de esos servicios y sus principios de organización.*

A nivel estatal la sentencia del Tribunal Constitucional 146/1986 de 25 de Noviembre (BOE 10/12/1986) ya dejó clara la delimitación competencial, y si bien no impidió que se habilitara el Plan Concertado para las Prestaciones Básicas en servicios sociales (PCPB), resulta claro que hay que ceñirse a la legislación autonómica para analizar el sistema público de servicios sociales, lo que implica como afirmó Ramírez (2013:88) *la dificultad de enfrentarse a diecisiete realidades distintas, diecisiete fuentes de información, dispersas, inconexas, incompletas.*

En el estudio de las 17 leyes de servicios sociales se comprueba un abordaje llamativo del asunto de la ratio profesional. Si bien la mención sobre la ratio aparece en las últimas

10 leyes autonómicas de servicios sociales, el compromiso firme y el exhaustivo desarrollo posterior de este tema sólo se realiza en tres comunidades autónomas. En Navarra, siguiendo la pauta que marca su ley, el Decreto Foral 32/2013 determina 5.000 habitantes por trabajador social de zona básica de atención. En Cataluña, el Decreto 142/2010, que aprueba la Cartera de Servicios Sociales que su ley refiere como instrumento de regulación de las ratios profesionales, establece tres trabajadores sociales por cada 15.000 habitantes del servicio básico de atención social. En Baleares, el artículo diez del Decreto 48/2011 regula la necesidad de contar con un trabajador social a jornada completa en una horquilla que iría de los 5000 a los 7.500 habitantes.

Por lo demás, lo que se observa es, bien la escueta mención como indicador, como criterio de calidad (ley madrileña, ley de castilla-la mancha), como factor sancionable (ley cántabra, ley aragonesa), en todos esos casos sin mayor implicación reguladora; bien la postergación del asunto a instrumentos posteriores de planificación (ley de castilla-león) o a un futuro acuerdo entre administraciones (ley riojana, ley extremeña), algo que en ambos casos no acaba por materializarse. El conjunto de este tipo de abordaje se puede calificar de testimonial, donde se contempla la ratio profesional de un modo enunciativo, sin que se esto conduzca a una clara intención posterior de desarrollo.

Tampoco parece, visto el anteproyecto de ley de servicios sociales de Andalucía, que la próxima ley autonómica de servicios sociales tenga una vocación de avanzar en este aspecto; veremos si alguna de las diez alegaciones del Colegio Oficial de trabajadores sociales de Andalucía¹, que expresan la necesidad de que se contemple una ratio por profesional (3.000 habitantes/trabajador social) y que esta se garantice normativamente, son tomadas en cuenta.

3.2 Las funciones profesionales.

Como guía para el análisis de las funciones profesionales se han utilizado las diez funciones principales que recoge el convenio tipo entre las Comunidad Autónoma de Murcia y las Entidades Locales, pidiendo que tanto los entrevistados como los trabajadores sociales de UTS expusieran los tiempos que a su juicio se dedicaban a estas funciones de forma habitual y que tiempos opinaban que habría de dedicarles de forma ideal. Las funciones son las que siguen:

1. Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.
2. Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales.
3. Valoración social de las situaciones de las personas y/o familias inmigrantes. Emisión en su caso, de informes necesarios para obtener la autorización de residencia.
4. Coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo en relación a demandas recibidas en Información, valoración y asesoramiento.

.....
¹ Visto en <http://www.catrabajosocial.es/>

5. Aplicar protocolos de prevención y de atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables.
6. Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.
7. Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social.
8. Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.
9. Proponer, establecer y revisar el programa individual de atención a la dependencia.
10. Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales. Atención al público.

Siguiendo tal pauta, las respuestas de los profesionales entrevistados en relación a la distribución de tiempos actual e ideal (gráfico nº1) muestra que las funciones 6 y 10 relativas a la gestión de solicitudes de prestaciones y servicios y a la propia de información, orientación y asesoramiento, son las que más tiempo ocupan en la actualidad, concretamente el 30 y el 33% del tiempo respectivamente. Asimismo son en estas dos funciones donde el tiempo de dedicación debiera acortarse más, incrementándose especialmente en las funciones nº7, de impulso y desarrollo de proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social, en la función nº8 de intervención con núcleos familiares en situación de riesgo social y también, aunque en menor medida, en las funciones de actuación con menores (función nº1) y de seguimiento y apoyos personalizados como consecuencia del abordaje de casos (función nº2).

En una medida muy similar los trabajadores sociales que remiten el cuestionario por correo (gráfico nº2) observan una sobredimensión de las funciones relativas a la información, orientación y asesoramiento (31% del tiempo) y a la gestión de solicitudes de prestaciones y servicios (27%), repitiendo casi simétricamente la valoración de los informantes calve respecto de la idoneidad de recortar el tiempo de esas dos funciones en beneficio de las funciones de promoción comunitaria, aquellas relativas a la atención de menores, y las que tienen que ver con prestar apoyos personalizados e intervenir en núcleos familiares en situación de riesgo social.

De hecho en un análisis comparativo se puede afirmar que las diferencias encontradas entre los profesionales entrevistados y los trabajadores sociales de UTS no son significativas, tanto respecto de la ocupación del tiempo que cada función ocupa en la actualidad a los trabajadores sociales de UTS (gráfico nº3), como en relación a la distribución de tiempos que ambos grupos considerarían idónea (gráfico nº4).

Esta situación no puede considerarse casual, aún considerando las limitaciones de la muestra, el mensaje es claro, los tiempos de información y orientación, y la asunción de la gestión que de esa información se deriva absorben porcentajes de tiempo excesivos, que debieran verse acortados en beneficio de la posibilidad de ocupar más tiempo en otro tipo de funciones. Es obvio además que los desfases recogidos, reflejados por profesionales de todo el ámbito regional, con experiencia sobrada, que resultan coincidentes en sus estimaciones con los trabajadores sociales de UTS, no pueden sino reflejar causas estructurales.

3.3 Las causas del desequilibrio funcional

Cuando en las entrevistas se cuestionaba a los profesionales acerca de las diferencias que observan entre lo deseable y lo habitual respecto del trabajo en UTS, se recogieron argumentos que resultan agrupables en dos bloques fundamentales.

3.3.A Una Organización volcada en la gestión

“No es tanto en cuanto a la tarea sino en cuanto a la prioridad y el volumen” (IC6), “las diferencias son de calidad, intensidad” (IC7). Se hacen referencias a que los plazos, las prisas en la gestión dificultan actuaciones de otro tipo (IC1), que no se observa que haya reconocimiento ni exigencia institucional hacia otro tipo de trabajo que no sean los “expedientes” (la demanda de prestación o servicio en su formato administrativo) (IC1), “el sistema no da otra salida” (IC10). Se comenta la dificultad para hacer otra cosa que la gestión ingente de la demanda “hay mucha presión, se ha montado todo sobre el sacar, sacar la demanda (IC5). El hecho de que la atención al ciudadano esté acotada a un tiempo escaso “no hay suficiente tiempo en la atención de la cita previa, se pone la directa y listo” (IC2). Se hace ver la priorización de aspectos cuantitativos y no cualitativos (IC4), el abandono del trabajo en equipo fruto de la descentralización y de la aparición paulatina de programas con los que no se tiene la coordinación que se debiera (IC4). Se apunta a que el esquema de funcionamiento dota de un perfil al profesional que hace en exclusiva de puerta de entrada y motiva que haya una pérdida del propio valor profesional (IC6), que las prioridades institucionales están volcadas en satisfacer necesidades expresadas, casos concretos (IC6). Se expone que la estructura organizativa determina la ratio que se atiende, que la UTS no puede ser un “saco sin fondo” donde se atiende según el momento profesional de carga de trabajo, “¿por qué va a tener más derecho alguien a que se actúe con él a medio plazo y se le quite tiempo de atención a otro para actuar a corto plazo?” (IC7).

En conjunto se observa que, salvo un entrevistado, la mayoría viene a afirmar que “la gestoría se comió al trabajo social” (IC5). Se observa cierta pesadumbre por reconocer que las tareas más propias del trabajo social (que tienen que ver con provocar procesos de cambio que individual, grupal o colectivamente que hagan superar las necesidades sociales) hayan sido desplazadas por las tareas que provoca la gestión para el acceso a los servicios y prestaciones existentes. No obstante IC11 hace ver que el trabajo social en la Administración Pública está muy sujeto a procedimientos, “quién no lo entienda que no trabaje en la Administración”.

Dicho esto y aunque no cabe adjudicar exclusivamente a las ratios esta configuración del puesto o de trabajo, sí se obtienen claras referencias al “poco ejercicio de trabajo social” (IC1) al hecho de “ir siempre contrarreloj” “trabajando con parches” (IC2); a “la gestoría” que la totalidad de los entrevistados observa que se vería mejorada con un ajuste de la ratio de población, ya que el desajuste está siempre referenciado a las exigencias a las que son sometidos los profesionales debido al volumen de atención que asumen, siendo continuas las referencias a lo que Molleda Fernández (2007:141) relataba como “administrativo de lujo”. Esa situación hace que se recojan, en relación al bienestar de los profesionales, muestras de frustración profesional, “hay una ausencia de relación entre lo que se estudia y lo que se hace” (IC1).

Se podría valorar que quizás no sean los trabajadores sociales de UTS los que deban des-

empeñar ciertas tareas si su puesto de trabajo no está configurado para ello. Sin embargo, si se sigue el catálogo de referencia de servicios sociales (BOE 16/05/2013), en las UTS el imperativo principal es ofrecer una prestación básica que contempla *“la información sobre los recursos sociales y su acceso desde una relación de ayuda profesional, asimismo, se ha de realizar una valoración singularizada y un diagnóstico social de las situaciones personales, familiares y de grupo y de sus demandas sociales así como una intervención profesional, social y de acompañamiento en servicios sociales de atención primaria y especializados”*. Por tanto esa sensación que apuntaban los entrevistados de malestar por ser una mera “gestoría” está además sujeta a la presión de que realmente saben que se les pide algo más; se les pide una intervención profesional, social y de acompañamiento, y como se ha visto, es en esas funciones donde aparecen las disconformidades.

3.3.B La Ausencia de Modelo

Podría contemplarse este otro grupo de argumentos en el anterior, pero las insistentes referencias metodológicas y sus implicaciones merecen que se separe de elementos organizativos más elementales. “No hay un modelo de referencia en los servicios sociales de atención primaria ni estatal ni autonómico”, “hay una ausencia de modelo integrado que clarifique que son los servicios sociales (todo el mundo sabe de lo social)” (IC6). “Las UTS se han confundido con la atención primaria en servicios sociales, no hay un modelo de atención que pertenezca a la idea que el Centro de servicios sociales quiere desarrollar, las UTS no están entroncadas en un proyecto de Centro, no hay una visión de equipo de Centro, desapareció el programa de trabajo social de zona, se abandonó por la gestión y el modelo de atención del sistema no era ese”(IC3). “Hay que sacar estadísticas, se interviene en lo urgente, no hay prevención” (IC5). “Hay gente en tierra de nadie, no entra en un programa de familia ni de inclusión y en la UTS no tiene cabida, no puede ser un saco sin fondo” (IC7). “Las necesidades cambian pero los Servicios Sociales no han estado a la altura, falta flexibilidad, la estructura y la administración de recursos no fue suficiente” (IC6). “Ahora hablamos de recuperar el Programa de trabajo social de zona, ¡hay que joderse!, pero es que se perdió”(IC7). “Ahora entiendo el cambio de concepto de servicios sociales Comunitarios a servicios sociales de Atención Primaria” relata con ironía IC9.

El conjunto de estas referencias muestra un vacío procedimental, ¿qué enfoque metodológico han de seguir las UTS?. Pese a que la prestación básica está delimitada, cuando se habla de trabajar casos, de intervenir con familias, ¿qué metodología asumir?. Las alusiones a la ausencia de modelo, a la necesidad de recuperar el Programa de Trabajo Social de Zona, donde hace 27 años García Herrero (1988) recogía que las UTS debían ser algo más que una puerta de entrada y procurar también un nivel de tratamiento (la intervención profesional), reflejan una necesidad de operativizar esa otra parte del trabajo de los trabajadores sociales de UTS.

En un necesario análisis diacrónico hay que referir y de hecho los entrevistados lo hacen que, en el momento actual, este vacío es aún más vacío. En los últimos años las decisiones políticas ante la crisis financiera, relativas al rescate bancario, endeudamiento público y recortes en gastos sociales, han rebajado las opciones de la ciudadanía en el acceso a los recursos, “si me lo cuentan no me lo creo” (IC8), al mismo tiempo las plantillas de personal se han vistos sacudidas, “hemos perdido ocho profesionales de un año para otro, nos hemos quedado en las guías” (IC9). Para rematar la situación, la reciente Ley 27/2013, de 27 de

diciembre, de racionalización y sostenibilidad Administración siembra una gran incertidumbre (IC4, IC10) sobre el futuro de los servicios sociales. Todo ello conduce a la necesidad de realizar un replanteamiento, “de gestores de recursos.. ¿a qué?”(IC6).

3.4 La importancia de la ratio de población.

Todos los informantes clave respondieron afirmativamente cuando se les preguntó acerca de si consideraban de importancia la ratio y si esta condicionaba a su juicio el desempeño de los trabajadores sociales en UTS, observando la necesidad clara de ajustar las ratios de las UTS; pero quedó claro también que la ratio no determina en exclusiva la capacidad operativa. Así, cuando se cuestionó sobre qué otros factores consideran de importancia, se apuntaron numerosas cuestiones, siendo las más coincidentes: el poder contar con la infraestructura básica, un volumen de demanda en términos de solicitud de prestaciones y servicios que resultara asumible y permita la dedicación a otras funciones, contar filtros en la atención a la ciudadanía y la presencia de profesionales y programas específicos de apoyo.

Respecto del cuestionario, en él se preguntaba de inicio sobre la importancia que se da a la ratio población, solicitando que se cifrara de 1 a 10 esa importancia, siendo que a mayor puntuación, mayor valor se le concede a la ratio y a su incidencia en el ejercicio profesional. Las respuestas recogidas ofrecen una puntuación de 9.3, lo que deja claro que los trabajadores sociales de UTS dan una relevancia a la ratio de población en su ejercicio profesional fundamental.

3.4.A La cifra

De las respuestas de los entrevistados, sobre qué ratio de población fijarían para los trabajadores sociales de UTS, dos entrevistados prefirieron no ofrecer una cifra, (IC3 e IC4). Casi de forma idéntica y en consecuencia con el discurso mantenido en la entrevista, hicieron referencia a que lo importante no es tanto la población sino la disponibilidad del profesional, considerando que el profesional ha de tener dos días a la semana para realizar actuaciones que tengan que ver con el abordaje de casos, dejando a un lado la cifra de habitantes. El resto sí sitúan una ratio habitante/trabajador social que ofrece una media aritmética de 5875 habitantes por trabajador social de UTS. Se recuerda que esta cifra se establece contando con que se da la presencia de los otros elementos referidos: infraestructura básica, volumen de demanda asumible, filtros en la atención, medidas de seguridad, presencia de programas específicos y otros profesionales de apoyo. Por tanto ha de valorarse como un todo, no como parte.

Respecto de los trabajadores sociales de UTS se les preguntaba en relación a su ratio actual y a la que considerarían idónea en su misma UTS, también la que fijarían como estándar a nivel general, como medida para cualquier UTS, lo que ofreció matices destacables.

La ratio media que soportan los trabajadores sociales que remiten el cuestionario es de 10843 habitantes y el valor medio que desearían tener es de 5939, un 48% menos. Si analizamos los cuestionarios entre los que tienen ratio de más de 10000 habitantes (18) y los que menos (23), observamos que los de mayor ratio quieren ver disminuida su ratio en una proporción mayor, un 49% menos de población, frente al 34% menos de población que

quisieran tener los que tienen una ratio de menos de 10000 habitantes.

Respecto de la ratio que considerarían adecuada como medida para una UTS estándar los valores que indican los cuestionarios son 5205 habitantes por UTS, un 52% menos de lo que tienen de media. De nuevo se notan diferencias según la ratio que se tenga (gráfico nº6). Los trabajadores sociales de ratio superior sitúan la ratio estándar adecuada en torno a 6500 habitantes, 56% menos de lo que ellos tienen y los de ratio inferior la cifran en 4085 habitantes un 44% menos de habitantes de los que tienen.

Por otra parte se observan diferencias en cuanto a la ratio idónea para su ubicación actual y la que consideran adecuada de forma estándar. Los datos muestran (gráfico nº7), que los trabajadores sociales que responden al cuestionario consideran que pueden asumir una ratio más elevada de la que considerarían oportuno que se estableciese de forma estándar. En su conjunto la ratio idónea para la ubicación actual que tienen sería de 5939 habitantes, pero si tuvieran que establecer una estándar sería de 5205, un 12,36% menor. Para los trabajadores sociales de mayor ratio la idónea es de 7500 habitantes y la estándar de 6500 un 13,3% menos, mientras que para los de ratio menor las diferencias son algo mayores 4826 para la ratio idónea en su actual UTS frente a 4085 para una ratio estándar, un 15,35% menos.

4. Discusión

Si a la luz de la investigación realizada tuviéramos que trazar un perfil de los trabajadores sociales de las UTS en la atención primaria de la CARM podríamos referir que son profesionales con sobrecarga en tareas relativas a las funciones de información y la gestión de servicios y prestaciones que la ciudadanía demanda, lo que limita otras facetas para un ejercicio profesional más completo.

Puede que estos desajustes tengan que ver con una falta de claridad organizacional y/o con una orientación casi exclusiva hacia la satisfacción veloz de la demanda de solicitudes, reclamándose otro equilibrio en el peso de las funciones que tienen encomendadas, quizás demasiadas para ser cubiertas de forma efectiva. Se ocupa poco espacio laboral en funciones de intervención en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social, en tareas relativas a seguimientos y apoyos personalizados, en labores de impulso y desarrollo de proyectos de promoción comunitaria y en programas transversales de protección social.

El origen de esos desequilibrios es situado en el devenir de los servicios sociales de atención primaria y en la ausencia de un modelo metodológico desde las UTS, reclamando mayor conexión de las mismas con el Centro de servicios sociales donde están ubicadas, algo que por otra parte ha sido una dificultad histórica en los modos de funcionamiento de los Centros de servicios sociales.

El conjunto de información recogida ofrece que la ratio es de vital importancia para favorecer un trabajo social de calidad en las UTS, y que aún no siendo el único elemento a considerar, sí resulta indispensable para que este se pueda dar. Los informantes clave no tienen dudas al respecto, ni en el cuestionario se muestra otra cosa. Siendo esto así, la investigación avisa sobre otros elementos a considerar, algunos de carácter organizacional interno, otros de carácter externo, principalmente en lo relativo al volumen, concentración

e incidencia de las necesidades sociales presentes en la zona, independientemente del número de población.

Contando con lo anterior la investigación muestra una confluencia de cifras, entre informantes clave y los trabajadores sociales de UTS consultados, que estaría en torno a 5500 habitantes por trabajador social, matizándose que, en atención a las circunstancias de cada UTS, esta cifra ha de verse ajustada.

5. Propuestas

De la información que se obtuvo en el cuestionario, pero especialmente de la conseguida de los informantes clave y de su cotejo con el análisis de fuentes documentales se extraen las siguientes propuestas:

1.- El análisis sobre los elementos configuradores del sistema de Servicios Sociales que contemplan las leyes autonómicas en España se ha venido centrando en los conceptos y el diseño de servicios fundamentalmente. La mirada en torno al compromiso de obligarse a cumplir los objetivos, dotándose de los recursos humanos necesarios para ello, no ha sido abordada. La determinación de la ratio profesional puede considerarse un indicador de calidad para evaluar la regulación legislativa en esta materia, además de constituir una legítima reivindicación profesional. De hecho sorprende que siendo una demanda histórica, apenas haya sido desarrollada con suficiencia, por tres comunidades autónomas.

2.- Es precisa una mirada renovada respecto de la atención que se presta en el nivel más próximo a la ciudadanía, habrían de ajustarse las funciones de los trabajadores sociales del primer nivel de atención, equilibrarlas para que permitan el desarrollo profesional y se rentabilice a personal cualificado en tareas de actuación más allá de la gestión. El espacio para el trabajo social debiera tener una presencia central en el quehacer de los profesionales. Si se piden actuaciones desde ópticas de acompañamiento social hay que establecer tiempos cerrados para ello.

3.- Los entrevistados apuntan fórmulas para operativizar los tiempos profesionales de información: apoyo de administrativos que asuman información sobre aspectos meramente burocráticos, informaciones grupales, atención telefónica especializada en momentos puntuales o mecanismos de depuración de la demanda hacia la UTS podrían ser implementados.

4.- Se recoge la idea de contar con un documento de referencia en las UTS, a modo de mapa social donde, no solo en base a los datos de intervención que ofrece el SIUSS, se reflejen las necesidades sociales que se observan en el tejido social, los recursos que se observan, la presencia del tercer sector en la zona, las principales actuaciones de coordinación respecto de trabajo en red y los contactos personales y profesionales de relevancia para ello. En definitiva, un más completo diagnóstico social de zona, con observancia de las necesidades que constata el profesional y que pueden no estar siendo objeto de atención y por tanto resultar marginales respecto de la actividad de la UTS. Este mapa sería vital para diseñar zonas de atención y realizar un despliegue de los recursos humanos eficaz.

5.- El cifrado que ofrece la investigación y que permitiría una atención más integral está en torno a los 5500 habitantes por trabajador social de UTS, por lo que, en el caso de la CARM, resulta manifiesta la necesidad de mayor número de recursos humanos. No obstan-

te el establecimiento de una ratio de calidad no impide la flexibilidad. En base a un diagnóstico social solvente es preciso realizar ajustes, considerar tanto las características de la población que se atiende como el número y tipo de las demandas que singularizan cada zona de atención. La estructura de las UTS, su número y tipo de profesionales, ha de responder a un análisis de las necesidades de cada zona, y esto ha de evaluarse de forma periódica.

6.- Las UTS no pueden ser un “saco sin fondo”, el argumento de los programas para depurar perfiles en el acceso a los mismos es necesariamente extrapolable al abordaje de trabajo individual o familiar en las UTS. Debe ajustarse el acceso a un nivel de acompañamiento social y para ello se precisa un modelo metodológico de actuación que, aún resultando flexible a la realidad y necesidades sociales de cada zona, se constituya en una referencia nítida y asumida por las profesionales. El programa de trabajo social de zona ha de revisarse y actualizarse porque, puede ser una opción para la recuperación de la actuación profesional más enriquecedora y rentable.

7.- Las UTS deben tener mayor imbricación en la estructura de los Centros de servicios sociales, dotando de coherencia y conexión a las partes. La transversalidad de programas de trabajo comunitario es una opción muy señalada, también el necesario apoyo e implicación de los responsables en la dirección y coordinación de las actuaciones profesionales.

6. Bibliografía

Alonso Seco J.M. (2013) “Política Social Europea” UNED.

Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2013). El estado social de la nación 2013, en <http://www.directoressociales.com/documentos/novedades-en-discusiC3%B3n.html>.

Consejo Territorial de Servicios Sociales (2013). “Catálogo de Referencia de Servicios Sociales”, publicado (BOE 16/05/2013).

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2001). Calidad en los servicios públicos de naturaleza social. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

García, G. (1988). “Los centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo”. Ed. Siglo XXI, Madrid.

García, G., Breznes Nieto M.J, Barriga Martín L.A., Ramírez Navarro J.M. (1988). Contenidos de la competencia municipal en servicios sociales en el nuevo marco legal. Visto en: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/novedaddiscusion>.

Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Ausuntos Sociales.(2011). “Cuadros de mando de indicadores de calidad en el ámbito de los servicios sociales”. Visto en: https://apps.euskadi.eus/r45continsp/eu/contenidos/informacion/estudios_alta_inspeccion/eu_estudios/adjuntos/Indicadores_calidad.pdf

Gutierrez Resa A. 2001. “El plan concertado de prestaciones básica de servicios sociales en España”. Revista española de investigaciones sociológicas, Nº 93

López Estrada R.E y Deslauriers J. P (2011). “La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social”. Revista margen, Nº 61

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Memoria del Plan Concertado de 20012-2013.<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/>

Molleda Fernández, E. (2007). “¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social?”. Cuadernos de Trabajo Social, nº 20, pp. 139-155

Pedrosa Sanz R. (2009). El desarrollo histórico de la Política Social de la Unión Europea y su estado actual. Estudios de economía aplicada Vol. 27-3 2009 p á g s . 613-638

Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de Política Social de la Consejería de Sanidad y Política Social de la CARM. (2013). Documento Técnico: Información sobre las actuaciones en materia de Servicios Sociales de atención primaria año 2012. Tablas 25, 26 y 27 sobre ratios.

Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de Política Social de la Consejería de Sanidad y Política Social de la CARM. (2014). Documento Técnico: Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en las Entidades Locales de la Región de Murcia. (Estudio de la aplicación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local). Visto en: <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=103777&IDTIPO=60>.

Valles M.S. 1997. Técnicas Cualitativas de Investigación Social Reflexión metodológica y práctica profesional” . Madrid. Síntesis.

Legislación:

Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de Andalucía. Visto en http://www.junta-deandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_9_bienestar_social/ley_servicios_sociales_andalucia/anteproyecto_ley_servicios_sociales.pdf

Comisión de las Comunidades Europeas. (2004). “Libro Verde de la Comisión sobre los servicios de interés general” DOCE N° 76 de 25.3.2004.

Comisión Europea (2005). Sobre la Agenda social europea. COM (2005) 33 final. Visto en <http://eur-lex.europa.eu/>

Comisión Europea (2006). Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Servicios sociales de Interés general en la Unión Europea. COM (2006)177, 26/04/2006. Bruselas. Visto en http://europa.eu/legislation_summaries/competition/

Comisión Europea (2009) Más allá del PIB. Evolución de progreso en un mundo cambiante. COM(2009)433,20.8.2009Bruselas.Visto en <http://www.europarl.europa.eu/>

Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones, de 20 de noviembre de 2007, que acompaña a la Comunicación «Un mercado único para la Europa del siglo veintiuno» - Servicios de interés general, incluidos los sociales: un nuevo compromiso europeo [COM (2007) 725 final - no publicada en el Diario Oficial]. Visto en http://europa.eu/legislation_summaries/

Consejo de Europa (1961) “Carta Social Europea”. BOE 26/06/1980

Consejo de la Unión Europea. Nota de transmisión 28/05/09 al Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores. Visto en: <http://register.consilium.europa.eu/>

Consejo de la Unión Europea. Nota al Comité de Representantes Permanentes del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores. Los servicios sociales como instrumento para la inclusión activa, la consolidación de la cohesión social y un ámbito de oportunidades de empleo. Visto en: <http://register.consilium.europa.eu/>

Constitución Española de 1978. BOE número 311 de 29/12/1978.

Decreto 48/2011, de 13 de mayo por el que se regulan los principios generales y las directrices de coordinación de los servicios sociales comunitarios básicos (BOIB 21/05/11)

Decreto foral 32/2013, de 22 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral de Servicios Sociales en materia de Programas y Financiación de los Servicios Sociales de Base. Boletín Oficial de Navarra número 112 de 13/06/2013.

Ley 7/1985 de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local. BOE número 80 de 3/04/1985.

Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad Administración Local BOE número 312 de 30 de Diciembre de 2013.

Ley 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía. BOE número 154 de 28/06/1988.

Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. BOE número 201 de 20/08/2009.

Ley 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias. BOE número 86 de 10/04/2003.

Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. BOE número 163 de 7/07/2009.

Ley 9/1987 de 28 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOE número 126 de 27/05/1987.

Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. BOE 94 de 19/04/07.

Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. BOE número 38 de 14/02/2011.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. BOE número 7 de 8/01/2011.

Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña. BOE número 266 de 06/11/2007.

Ley 5/1997 de 25 de junio, por la que se Regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. BOE número 192 de 12/Agosto/1997.

Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia. BOE número 15 de 17/01/2009.

Ley 11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid. BOE número 157 de 2/07/2003. BOE número 157 de 02/07/2003.

Ley 3/2003 de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BOE número 35 de 10/02/2004.

Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. BOE número 27 de 31/01/2007

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco. BOE número 242 de 07/10/2008.

Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. BOE número 14 de 16/01/2010.

Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura. BOE número 108 de 06/05/2015.

Ley 7/2011, 22 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas para el 2012 del Gobierno de La Rioja. BOE número 15 de 17/01/ 2013.

Plan estratégico Servicios Sociales en Navarra 2008/2012. Visto en <http://www.navarra.es>

Parlamento Europeo (2009). “Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea”. DOUE C83/49 de 03/03/10.

Parlamento Europeo (2011). “Sobre el futuro de los Servicios Sociales de interés general”. Resolución DOUE 05/02/2013.

Anexos

ANEXO N°1

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

DATOS DE IDENTIFICACION	
Sexo	
Edad	
Tiempo en UTS	
Ratio por habitante que tuviste asignados	
Otros desempeños que ha tenido	

1.- ¿Qué actividades son las que a tu juicio desempeñan con más frecuencia los Trabajadores Sociales de UTS? ¿Qué ocupa su tiempo laboral en mayor medida?

2.- En tu opinión ¿A qué crees que han de dedicarse los Trabajadores sociales de UTS de forma primordial? ¿Hay a tu juicio concordancia entre lo que se hace y lo que se debiera hacer?. Si hay diferencias ¿Por qué crees que se dan esas diferencias?

3.- Consideras que la ratio trabajador social / habitante es relevante en el ejercicio profesional de los TS de UTS.

4.- Diseñemos una UTS ideal, ¿qué ratio de población habría de tener el TS y qué otros elementos consideras que haría falta para que el ejercicio profesional fuera idóneo?.

Aquí finaliza entrevista. Se les presenta la tabla siguiente, dejando claro que son dos momentos distintos.

5.- Las siguientes funciones están recogidas en los convenios que la CARM firma con las Entidades Locales para el desarrollo de la Atención Primaria. Son las relativas a las Unidades de Trabajo Social, se trata de que adjudiques un porcentaje de tiempo a cada función.

En la columna ACTUAL, el porcentaje de tiempo que se le dedica a cada función en la actualidad y en la segunda columna, IDEAL, la distribución de tiempos que consideras idónea. Como han de desarrollarse todas, el resultado final en ambos casos ha de ser el 100% del tiempo.

FUNCION	% TIEMPO	
	ACTUAL	IDEAL
Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales. Atención al público.		
Proponer, establecer y revisar el programa individual de atención a la dependencia.		
Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.		
Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social.		
Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.		
Aplicar protocolos de prevención y de atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables.		
Coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo y con las que actúan en el campo de los servicios sociales en relación a demandas recibidas en Información, valoración y asesoramiento		
Valoración social de las situaciones de las personas y/o familias inmigrantes. Emisión en su caso, de informes necesarios para obtener la autorización inicial o autorización de residencia		
Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales.		
Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.		
TOTAL	100,00%	100,00%

ANEXO N°2

**CUESTIONARIO PARA TRABAJADOR@S SOCIALES
SOBRE FUNCIONES, TIEMPOS Y RATIO EN LAS UTS**

1.-¿En que medida crees que la ratio de población condiciona el ejercicio profesional en las UTS?. Cifra esa importancia de 1 a 10. _____ (1 = La ratio no tiene incidencia el ejercicio profesional y 10 = el ejercicio profesional se ve absolutamente condicionado por una ratio excesiva de población por trabajador social).

2.- ¿Qué número de habitantes tiene la UTS o UTS en las que trabajas (el total) _____; ¿Qué número de habitantes consideras idóneo para tu desempeño profesional: _____. Si tuvieras que establecer una ratio de población por trabajad@r social de UTS, de forma estándar, que cifra señalarías como idónea: _____.

3.-Las siguientes funciones están recogidas en los convenios que la CARM firma con las Entidades Locales para el desarrollo de la Atención Primaria. Son las relativas a las Unidades de Trabajo Social, se trata de que adjudiques un porcentaje de tiempo a cada función. Primero, en la columna ACTUAL, el porcentaje de tiempo que se le dedica a cada función en la actualidad y en la segunda columna, IDEAL, la distribución de tiempos que consideras idónea. Como han de desarrollarse todas, el resultado final en ambos casos ha de ser el 100% del tiempo.

FUNCION	% TIEMPO	
	ACTUAL	IDEAL
Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales. Atención al público.		
Proponer, establecer y revisar el programa individual de atención a la dependencia.		
Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.		
Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social.		
Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.		
Aplicar protocolos de prevención y de atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables.		
Coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo y con las que actúan en el campo de los servicios sociales en relación a demandas recibidas en Información, valoración y asesoramiento		
Valoración social de las situaciones de las personas y/o familias inmigrantes. Emisión en su caso, de informes necesarios para obtener la autorización inicial o autorización de residencia		
Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales.		
Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.		
TOTAL	100,00%	100,00%

Comparativa sobre dos modelos de dispensación de metadona

Antonia Castillo Blázquez

Trabajadora Social en el Centro de Atención a las Drogodependencias-4 (CAD 4). IBSALUT,
Servicio de Salud de las Islas Baleares

Resumen

El consumo de drogas constituye un problema de índole social y sanitario en nuestras sociedades. En el caso de los consumidores de heroína, forman cada vez más un colectivo más homogéneo y estable. Apenas aparecen nuevos casos pero los ya atendidos tienden a hacerse crónicos en los servicios. En su mayoría son pacientes que toman metadona como parte de su tratamiento y para ello, deben desplazarse semanalmente al dispositivo que se les asigne para hacer la recogida de su medicación.

Este trabajo pretende mostrar que el tipo de dispositivo asignado favorecerá una mayor o menor adherencia al tratamiento e incidirá en una mejor calidad de vida de los pacientes. Se aboga por servicios cada vez más normalizados para dispensar, como farmacias o centros de salud y/o personalizados, como los propios centros de tratamiento. Ello en contraposición de los dispensadores generales.

Los dos dispositivos objeto de comparación han sido un dispensario general de metadona y un centro de atención a las drogodependencias de la ciudad de Palma de Mallorca.

Palabras claves

Metadona, dispensario, centro de atención a las drogodependencias, tratamiento, adherencia.

Abstract

Drug consumption means a social and health problem in our societies. Concerning heroine consumers, they are becoming a more homogeneous and stable social group. New cases hardly appear, but those who are already assisted tend to become chronic with the services. Most of them are patients who take methadone as a part of their treatment, so they have to go weekly to the assigned premise in order to pick up their medication.

This work wants to show that the type of assigned premise will favour a higher or lower addiction to the treatment and it will have an impact on a better quality of life for the patients. Services more and more normalized are intended to dispense, such as pharmacies or health centres or another ones, like the own treatment centres. This can be an alternative to the general dispensaries.

The two compared premises have been a general dispensary of methadone and a care centre for drug addiction in the city of Palma de Mallorca.

Keywords

Methadone, dispensary, care centre for drug addiction, treatment, addiction.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACION DEL TEMA

El consumo de drogas, y las consecuencias de toda índole que lleva aparejado, constituyen un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto.

El fenómeno de las drogas ha experimentado, en los últimos años, un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En España, en la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, cuando el consumo de drogas, fundamentalmente de heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

El consumo de heroína en España es inferior al de otras drogas, aunque hace años, fue la droga más significativa. Es la droga que más alarma social ha generado entre la población por los graves problemas sanitarios, sociales y familiares que ha provocado. Entre ellos, las muertes por sobredosis asociadas a su consumo, su relación con la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas, y su asociación a la comisión de delitos por parte de los consumidores.

También, en los últimos 30 años, se han producido cambios en la prestación de servicios a los problemas derivados del consumo de drogas y sobre todo, a los derivados del consumo de heroína. Se han creado nuevos y más normalizados dispositivos, que permiten atender a la persona toxicómana en cualquiera de las fases en que se encuentre: desde una perspectiva multidisciplinar y teniéndolo presente siempre como parte activa de su tratamiento.

La motivación a realizar este estudio se fundamenta en mi experiencia como trabajadora social en un Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD), en el que sigo trabajando. En él se atiende a toda persona o familiar que acuda por un problema relacionado con el consumo de tóxicos, y también ludopatías y otras adicciones no químicas.

El CAD es un recurso ambulatorio formado por un equipo interdisciplinar de médico, psicólogo y trabajador social, y complementado con un administrativo. Todos trabajan con el paciente y la familia del mismo, y están en coordinación con recursos específicos de la red de drogodependencias y con otros no específicos como salud, servicios sociales, judiciales, laborales, educativos, etc.

En Palma de Mallorca existen cuatro CADs y un CAD Jove, dirigido a jóvenes de hasta 21 años. Los CADs atienden según una división por zonas de todos los centros de salud de Palma. Los CADs se coordinan con los centros de salud y Unidades Básicas de Salud (UBS) de sus respectivas zonas. La gestión de los CADs pertenece al IBSALUT, el servicio público de salud de las Islas Baleares.

La **puerta de entrada** al CAD tiene lugar solicitando cita directamente o por derivación de otro servicio. Muchos son pacientes que vuelven porque han tenido una recaída y ya conocen el CAD. Otros son derivados o animados por su médico de cabecera que, muchas

veces, es el primer profesional en tener conocimiento del problema del paciente. En estos casos, el facultativo les pide cita directamente o les da los datos del CAD para que la soliciten ellos mismos. También se sigue el mismo proceso en pacientes derivados por la Unidad de Salud Mental (USM) o servicios de urgencias de los hospitales de referencia. La confluencia de toxicomanía y enfermedad mental es muy elevada (patología dual) y exige de una atención y coordinación especial.

La **acogida** es uno de los momentos más importantes del tratamiento. Nos referimos a la primera entrevista, realizada por la trabajadora social y en algunas ocasiones, también por el psicólogo. Para hacer la acogida, nos servimos de un modelo de entrevista ya estructurado, el Europasi, que recoge aspectos del paciente de diferentes áreas y mide su perfil según una escala de autovaloración que luego se pondera con las puntuaciones del propio profesional.

Una vez realizada la acogida, todos los casos nuevos de la semana se comentan en reunión de equipo. En esta reunión se designa un profesional de referencia y se establecen las líneas de intervención. Conjuntamente con el profesional de referencia pueden intervenir también los otros profesionales para tratar los temas que se estime oportuno.

En el caso de pacientes heroínómanos, el profesional de referencia, en una primera fase, será el médico. Su demanda en la acogida es clara: solicita metadona para tratar su adicción a la heroína. La cita con su profesional de referencia, el médico, será inmediata. Se informará al paciente que debe ir sin haber consumido, de cara a iniciar el tratamiento con metadona el mismo día que sea atendido. La metadona, en el caso de nuestro CAD, se dispensa en el dispensario de metadona, dispositivo que está muy cerca de nuestro centro. Los primeros días, se dan dosis individuales y el paciente es atendido a diario por el médico, para poder fijar la dosis correctamente y tratar posibles efectos secundarios.

Una vez estabilizada la dosis, la recogida pasa a ser semanal, salvo excepciones. Las visitas con la doctora son periódicas y se trabajan otros aspectos, bien a demanda del paciente, bien propuestos por el referente terapéutico.

Sin embargo, este esquema general cuenta con multitud de variantes: muchos de los pacientes son antiguos usuarios del CAD y ya conocen el procedimiento y además, no están interesados en realizar ningún otro de programa. Así, la única intervención que se realiza con ellos es la dispensación semanal, que se hace, como hemos señalado, en el dispensario de metadona. Estos pacientes no acuden a las citas programadas, salvo que tengan algún problema derivado del uso de la metadona y en esos casos, vienen con una demanda de “urgencia”.

Dado que el número de nuevos consumidores de heroína ha bajado notablemente en España, en los últimos años, el colectivo de pacientes por esta sustancia se mantiene muy estable. Muchos tienen una situación personal normalizada. Otros siguen teniendo problemas asociados al consumo de tóxicos: trapicheos, paro o inestabilidad laboral, dificultades familiares, problemas de salud, trastornos psiquiátricos o emocionales, problemas con la justicia, etc.

La hipótesis de partida que nos planteamos es que si estos pacientes, en vez de ir al dispensario de metadona semanalmente, pudieran hacer la recogida en su propio CAD de referencia, su atención y tratamiento podrían ser más intensos y ello incidiría en una mayor adherencia y menos recaídas. Esto repercutiría, además, en una mejoría en calidad de vida,

y facilitaría que los pacientes pudieran centrarse en otros aspectos, como mejoras laborales, o en sus relaciones sociales/familiares.

En el dispensario son atendidos por enfermeras y auxiliares de enfermería que les facilitan los siete botes de la semana y realizan los controles de orina supervisados a los casos que así proceda. Este personal no tiene por qué saber de qué CAD son los pacientes, ni el plan de trabajo establecido con ellos; si bien es cierto que conocen el CAD porque comparten con ellos el programa informático.

La atención es mucho más mecánica y además, entre sus principales hándicaps está su propia infraestructura. Se trata de un mostrador con dos ventanillas y junto a ellas, la puerta que da al baño donde se hacen los controles. Dicho aseo cuenta con un vidrio a través del cual se hace la supervisión. La atención no es nada íntima y si hay más de dos pacientes, deben esperar en la calle. También hay un guardia de seguridad que se pasea constantemente por los alrededores.

El dispensario de metadona reparte a pacientes de los cuatro CADs de Palma y existe un CAD, el dos, que cuenta también con dispensación propia.

La propuesta sería que en los CADs se incorporara personal de enfermería y que fuera éste quien dispensara la metadona en el propio CAD. La atención sería más personalizada, más directa y más cercana. Además, los profesionales tendrían menos dificultades para contactar con estos pacientes porque en muchas ocasiones, el contacto se hace dejando avisos en el dispensario. La enfermera y la auxiliar que se designaran a cada CAD pasarían a formar parte del equipo y conjuntamente, se podrían diseñar las líneas de intervención con cada uno de los pacientes. Éstas también conocerían la realidad de cada paciente y podrían ser fuente de motivación para realizar algún cambio: pasar a un programa de más alta exigencia, mejorar algún aspecto social con la trabajadora social (incorporación laboral o a un taller, aspectos formativos, temas de ocio), hacer seguimiento de sus problemáticas de salud o simplemente, disponer de un espacio normalizado en el que poder expresar sus problemas o malestar. Recordemos que son pacientes todavía altamente estigmatizados por su condición de heroinómanos o ex heroinómanos.

Pensamos que, sin duda, la relación que se establezca con el paciente es uno de los mayores recursos que los profesionales tenemos a la hora de trabajar con este colectivo. Si facilitamos esta relación y esta cercanía, podremos promover cambios en el paciente. En la mayoría de ocasiones, son cambios muy pequeños pero que representan auténticos logros. Como hemos señalado, esta metodología ya se emplea en Palma de Mallorca, en uno de los cuatro CADs que atienden. Así sería posible realizar una comparativa entre los pacientes de este CAD y los que van al dispensario.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Del conjunto de pacientes atendidos en los CADs existe una proporción importante que es atendida por consumo de opiáceos. Muchos son usuarios de metadona y están adscritos al Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). Este colectivo suele ser un grupo estable ya que como hemos señalado, el número de nuevos pacientes atendidos por opiáceos ha descendido paulatinamente a lo largo de los años. En las Islas Baleares fue del 14% del total de nuevas admisiones registradas en el 2011, lo que representa 270 nuevos pacientes (Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicción a Drogas, SEIPAD, 2011). Si

bien muchos de estos 270 pacientes ya lo habían sido con anterioridad y vuelven tras una recaída. Señalar en este punto que no se tienen datos actualizados y que el informe del SEIPAD de 2011 ha sido el último publicado.

La primera atención con estos pacientes consiste en estabilizarlos con la dosis que les corresponda en un equivalente de metadona. Una vez estabilizados, se les plantean nuevos objetivos o medidas para mejorar aspectos de su vida que han sido afectados por su consumo. Algunos aceptan y realizan un proceso en el CAD. Otros muchos deciden que como única medida de atención, sólo quieren la dispensación de la metadona. Es precisamente en estos pacientes sobre los que se querría hacer una intervención más directa. Pensamos que con el traslado de la dispensación de la metadona a cada uno de los CADs, esto sería más viable.

Una parte importante de estos pacientes lleva años adscritos al PMM y acude semanalmente al dispensario a realizar la recogida. No ven necesario venir al CAD y el CAD tiene, en muchas ocasiones, auténticas dificultades para contactarlos y hacer un seguimiento rutinario. Esto a pesar de que a todos los pacientes se les pide que acudan, al menos, dos veces al año a realizar este seguimiento de su tratamiento. Suelen venir sólo cuando han tenido algún problema con la dispensación y necesitan que la doctora solucione esta dificultad. Por ejemplo, porque no han ido a recoger cuando les tocaba o porque han derramado accidentalmente una dosis y necesitan una dosis extra.

En el dispensario se atienden también otras situaciones. Entre ellas, pacientes que no hacen recogida sino toma a diario, bien porque no tienen alojamiento, bien porque están en un centro de acogida que no hace custodia de metadona. Y entre el conjunto de pacientes, los hay que realizan controles de orina semanales.

Los controles se pueden realizar a petición del paciente y les sirve de control de su propia situación; o a propuesta del profesional, por ejemplo con pacientes que están haciendo un proceso social y participan en algún taller becado y/o formativo. En estos casos, es necesario confirmar la abstinencia a tóxicos, como exigencia del propio recurso externo.

También hay casos en que estos se realizan de una manera casi obligatoria. Por ejemplo, pacientes que tienen una suspensión de condena -no entran en prisión a cambio de hacer tratamiento y otra serie de medidas- o pacientes derivados por el servicio de menores, padres cuyos hijos tienen una medida de riesgo o les han sido retirados.

Se quiere señalar que en todo momento, nos referimos a pacientes que toman metadona pues muchos de estos casos son aplicables a pacientes atendidos por otras sustancias.

Aprovechamos para precisar que la metadona es un agonista opiáceo. Entre los posibles opiáceos se encuentran más de 20 alcaloides: heroína, morfina, codeína, tebaína, etc. A excepción de un caso atendido por abuso de petiadiina, el resto de pacientes que acude por dependencia a opiáceos a nuestro CAD son dependientes de la heroína. Por eso, en este trabajo nos referiremos al término heroína y no opiáceos, si bien la metadona también se puede utilizar como fármaco con el resto de adicciones a opiáceos.

La recogida de metadona se puede realizar también en otros dispositivos:

- **Metabús:** Tiene diferentes paradas con un horario fijo y el paciente acude a la que le venga mejor según su domicilio, se hace toma a diario.
- **Farmacia o centro de salud:** La recogida es semanal pero sólo algunas farmacias y

centros de salud tienen acuerdos de colaboración para dispensar metadona.

Para determinar el dispositivo que se asigna a cada paciente, se tienen en cuenta una serie de variables, siempre intentando favorecer la normalización de su situación. Así, el metabús o la toma a diario en el dispensario serían los dispositivos menos favorables y se utilizan con pacientes que, con anterioridad, han hecho una mala custodia de su dosis, aquí el control tiene que ser máximo; con pacientes que no tienen domicilio estable, y con pacientes que viven en un albergue que no hace custodia de metadona. En estos casos, la toma se hace a diario y en presencia del personal sanitario. También se utiliza esta alternativa, y por un periodo de tiempo concreto, con pacientes que han tenido conductas violentas, normalmente con los profesionales, o que han incumplido alguna de las normas.

La siguiente tabla, elaborada con los datos proporcionados por cada CAD, muestra la relación de pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), según lugar de recogida:

	DISPENSADOR	CAD	METABÚS	FARMACIA	CENTRO DE SALUD	TOTAL
CAD 1	63	0	20	11	2	96
CAD 2	48	37	29	5	0	119
CAD 3	70	0	19	6	2	97
CAD 4	85	0	17	11	7	120
TOTAL	266	37	85	33	11	432

Tabla 1: Relación de pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona según lugar de recogida

Fuente: Elaboración propia
Datos 2013

Como podemos observar, la toma en dispensario suele ser la alternativa principal. Y la recogida en farmacia o centro de salud se da a pacientes que han hecho un proceso positivo en el CAD, que han mostrado capacidad y deseo de colaboración con el tratamiento y que disfrutan de una situación personal normalizada, siempre y cuando dichos recursos estén en la zona en la que vive el paciente. Viene a ser la alternativa más normalizada para el paciente por la distancia, ya que el dispensario se encuentra en una zona bastante alejada, en nuestro caso, de la zona de atención que nos corresponde. Y también porque la farmacia y el centro de salud son percibidos como dos recursos mucho más normalizados por el paciente y por la sociedad en general. Además, se evita que la persona vaya al dispensario y coincida con muchas de las compañías con las que consumía o formaban parte de su contexto de consumo. Por último, queremos señalar algunos datos del perfil del paciente atendido por heroína que acude al CAD a solicitar tratamiento. Estos datos han sido extraídos del SEIPAD 2011, del Indicador de admisiones a tratamiento en Baleares: Hombre (224 frente a 46 mujeres), de 36 años que acude al CAD por iniciativa propia (121 casos) o animado por amigos o familiares (31 casos), que está consumiendo a diario (151 casos). En el 64,1% de los casos (173) está parado, frente a 58 casos que trabajan (el resto es pensionista, estudiante o está en otras situaciones). Su nivel de estudios máximo es la enseñanza primaria, en 106 casos, y la ESO, en 87 casos. Del total de nuevos casos (270), 210 habían recibido tratamiento con anterioridad y sólo 60 casos acuden a tratamiento por primera

vez. Por último, las vías más frecuentes de consumo son la fumada (144 casos), la inyectada (98 casos), la esnifada (22 casos) y la oral (6 casos).

Como podemos ver, la primera mejoría que obtienen estos pacientes es el cese del consumo, en muchos casos diario, y por vías nada saludables, sobre todo la inyectada.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que los usuarios de metadona atendidos en su propio centro de referencia tienen una mayor adherencia al tratamiento que los que son atendidos en dispositivos generales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer determinados aspectos del tratamiento de usuarios de metadona de ambos dispositivos.
- Hacer una comparativa de ambos dispositivos con los resultados obtenidos
- Extraer conclusiones de los resultados obtenidos.

El objetivo de este trabajo es demostrar que según donde es atendido un paciente usuario de metadona tendrá un mejor pronóstico, una mayor adherencia al tratamiento, menos recaídas y una mejor situación a nivel personal en relación al ámbito laboral o de ocio, entre otros. Así, los pacientes atendidos en su centro de referencia, están en su propio ambiente, atendidos por las mismas profesionales sanitarias semanalmente y muy cerca del resto de profesionales del CAD. Por ello, se les podrá plantear propuestas de mejora en su tratamiento y ellos mismos tendrán más cercanía y posibilidad de contactar con el resto de profesionales.

Para demostrar esta hipótesis se realizó un cuestionario que recogía aspectos generales de tratamiento y algunos sobre la situación personal de los usuarios de metadona de ambos dispositivos. El cuestionario se pasó en el CAD 2, el único CAD de Palma que dispensa metadona y en el centro dispensador que dispensa metadona a pacientes de los cuatro CADs. Recordemos que el CAD 2 tiene pacientes en ambos dispositivos. El cuestionario se realizó a todos aquellos pacientes que aceptaron y cumplían dos condiciones: hacer recogida semanal -se excluyeron a los pacientes de toma diaria- y estar en el programa con una antigüedad mínima de un año.

Los cuestionarios se realizaron en horario de atención de ambos dispositivos, de mañana y de tarde. Previamente, la entrevistadora se identificó y explicó el objeto del cuestionario.

Ya con los cuestionarios elaborados se realizó un análisis cuantitativo de los resultados obtenidos, comparando las respuestas de los pacientes de ambos dispositivos.

2. MARCO TEORICO

2.1 INTRODUCCIÓN

La necesidad de una oferta de tratamiento especializado para los trastornos relacionados con el consumo de heroína surge con lo que podría considerarse la primera epidemia de consumo de una sustancia adictiva ilegal en España. De hecho, hasta finales de los años 70 del siglo pasado, no hay constancia de problemas sociosanitarios relevantes relacionados con el consumo de este tipo de sustancias. Las primeras referencias de sujetos consumidores de heroína se tienen en la segunda mitad de los setenta.

Se estima que la máxima incidencia de utilización de la heroína en España se produjo diez años más tarde, en la primera mitad de los años 80. Sin embargo, el mayor impacto social, por sus consecuencias, no fue visible hasta comienzos de los años 90. La utilización de la vía endovenosa por parte de los consumidores, en nuestro país, fue determinante en la rápida aparición de complicaciones orgánicas graves, siendo las más importantes: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los fallecimientos por reacción aguda o sobredosis.

La respuesta a esta epidemia se produjo en 1985, con la creación del Plan Nacional sobre Drogas y el desarrollo de una red asistencial específica que en sus inicios, se centró en el tratamiento de pacientes adictos a la heroína. Inicialmente, la filosofía del tratamiento se orientó a la consecución y mantenimiento de la abstinencia como objetivo principal. Sin embargo, el escaso éxito de a la hora de atraer pacientes a los centros y la proliferación de la infección por el VIH, impuso el sentido más pragmático de las políticas de reducción del daño: tratamiento de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas, promoción de vías de consumo seguras, etc. Estas políticas buscaban mejorar la calidad de vida de los sujetos y evitar la difusión de enfermedades infecciosas, sin necesidad de modificar la conducta adictiva.

Los problemas relacionados directamente con el consumo de heroína aumentaron hasta 1989-1992. La mortalidad relacionada con el consumo de drogas llegó a ser la primera causa de muerte entre los jóvenes de las grandes ciudades, hasta contabilizarse, en 1992, 1700 fallecimientos por sobredosis. Esto equivalía a 11,5 muertes por cada 100.000 jóvenes de 15 a 39 años de edad. A partir de entonces, comenzó a disminuir el número de pacientes tratados por primera vez y el número de fallecidos por reacción aguda a drogas con presencia de opioides, así como la mención de la heroína en las urgencias por reacción aguda. Aun así, las complicaciones relacionadas con la infección por el VIH mantuvieron su progresión ascendente. Los nuevos diagnósticos de SIDA, relacionados con la inyección de drogas, llegaron a su máximo entre 1993 y 1995, con más de 3500 casos anuales y los fallecimientos por esta enfermedad aumentaron hasta las 4300 muertes en el año 1996.

Desde finales de 1992, asistimos a una reducción lenta, pero progresiva, del número de nuevos consumidores de heroína, así como un cambio de las vías de administración y una disminución de la morbi-mortalidad. La aparición del consumo de otras sustancias, como la cocaína, en estos pacientes, ha reactivado problemas antes relacionados con el consumo de heroína.

2.2 RIESGOS DEL CONSUMO DE HEROÍNA

La heroína es una droga altamente adictiva. Al principio, sus efectos son muy placenteros, lo que provoca una conducta de consumo continuado y repetido. Este consumo continuado estimula, rápidamente, un fenómeno de tolerancia. Es decir, para conseguir el mismo efecto o evitar los síntomas de abstinencia, el adicto necesita cada vez dosis más altas: hasta 10 veces más al cabo de poco tiempo de consumo.

La heroína pierde la capacidad de producir el bienestar inicial que producía. Esto estimula un malestar cada vez mayor. Si al principio la obtención de placer era la causa del consumo, con el paso del tiempo, lo que el heroinómano busca es aliviar el malestar que le produce la ausencia de la heroína.

La supresión del consumo ocasiona la aparición del síndrome de abstinencia, conocido popularmente como “mono”. Se trata de un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan: ansiedad, agresividad, dilatación pupilar, lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, diarrea, náuseas, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares.

El síndrome de abstinencia aparece aproximadamente a las 8 horas de la última dosis, generando un profundo malestar entre las 36 y 72 horas posteriores, y pudiendo durar hasta 10 días. Aunque no supone un grave riesgo para la salud, es una experiencia muy temida por el heroinómano.

Además de la adicción, el consumo de heroína conlleva importantes riesgos y consecuencias negativas para la salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en su manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo.

2.3 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS

Cuando un paciente heroinómano experimenta recaídas frecuentes en los hábitos tóxicos y reinstaura fácilmente la dependencia, se valora la posibilidad de ayudarlo a evitar el consumo de tóxicos ilegales con un tratamiento farmacológico de larga duración.

Se basan en la sustitución de la heroína por un opiáceo de consumo legal, prescrito durante largo tiempo y controlado médicamente, junto a la provisión de tratamiento psicosocial. Los pacientes sustituyen la dependencia de la heroína -con un perfil desadaptativo- por la dependencia de la metadona -con un perfil más farmacógeno-.

La metadona es un potente agonista opiáceo de síntesis. Se absorbe rápidamente por vía oral, permite una biodisponibilidad del 80-90% y es capaz de suprimir la sintomatología de abstinencia a los opiáceos de forma prolongada. Se detecta en plasma a los 30 minutos de su administración y alcanza concentraciones plasmáticas máximas a las 4 horas. La vida media en sujetos no tolerantes es de 15 horas aproximadamente y de 15 a 47 horas, con una vida media de 25 horas, en sujetos tolerantes. Por ello, salvo alguna excepción, sólo se necesita consumir metadona una vez al día.

Después de la administración repetida, se produce un cúmulo gradual en tejidos, que se libera lentamente. Por ello, si la metadona se suspende bruscamente, se provoca un síndrome de abstinencia de intensidad leve, pero de más larga duración que el de la heroína.

Hay que tener en cuenta que el fracaso del tratamiento y las recaídas son un resultado más que probable en cualquier tratamiento de abstinencia. La supresión de la droga no amenaza directamente la vida. Sin embargo, la abstinencia, unida a la pérdida de tolerancia, crea las condiciones para una sobredosis mortal de opiáceos. Al menos, una cuarta parte de las muertes repentinas por sobredosis ocurre inmediatamente después de intentos de desintoxicación fallidos.

Como hemos señalado, un concepto muy importante en el contexto de las drogas es el de tolerancia. Cuando una sustancia se administra de modo prolongado, el efecto de esa dosis puede alterarse. Este proceso se denomina “adaptación”. El descenso paulatino del efecto que se obtiene tras un consumo reiterado se denomina tolerancia. Con el tiempo, las mismas dosis de una sustancia ya no producen el mismo efecto. En este caso, debe aumentar la dosis para obtener el mismo efecto.

2.4 PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA. PMM

La acción de la metadona es relativamente larga (24-36 horas), lo que permite la administración de una dosis diaria y la cobertura de la sintomatología de abstinencia. En 2-4 días, se alcanza la estabilización farmacocinética para una determinada dosis diaria. Si el paciente está bien dosificado, los niveles plasmáticos estables deben estar dentro de los márgenes terapéuticos, es decir, por debajo del nivel correspondiente a la dosis máxima tóxica y por encima de la cual aparecería sedación excesiva. Asimismo, por encima de la dosis mínima eficaz o dosis anti-*craving*, lo que supone haber alcanzado la tolerancia cruzada o bloqueo narcótico. Por debajo de esta dosis, el paciente presentaría síntomas de abstinencia.

La vida media de eliminación es el tiempo necesario para que una determinada concentración de un fármaco se reduzca a la mitad, tras un proceso de metabolismo y/o excreción. Siempre se elimina menos por unidad de tiempo porque entonces hay menos sustancia que eliminar. Una cierta dosis de heroína ejerce sólo la mitad de su efecto tras 5-8 horas y la metadona tiene una vida media de 24 a 36 horas.

Los pacientes en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), a menudo, presentan el problema añadido del consumo de múltiples sustancias. Éste puede ser inicial, es decir, el paciente ya lo presentaba antes de iniciar el programa. O bien, incrementarse o aparecer durante su permanencia en el mismo. Las sustancias más habituales son la cocaína y el alcohol y en nuestro medio, también las benzodiazepinas. Estas sustancias pueden ser utilizadas para lograr la “subida” (euforia) que ya no se logra con la heroína, por estar “bloqueada” por la metadona.

Además de reducir el consumo de heroína y otros opiáceos, y mejorar la calidad de vida de la población drogodependiente atendida, los tratamientos con agonistas, tienen por finalidad:

- Disminuir la morbilidad y conflictividad social y familiar del enfermo drogodependiente, facilitando la posible incorporación social.
- Prevenir la aparición de nuevos casos de contagio por el VIH en la población drogodependiente.
- Aumentar la retención de los pacientes en relación al tiempo de permanencia en los centros.

- Captar nuevos pacientes que por sus características psicosociales no acceden a los servicios de salud normalizados.
- Mantener a los usuarios estabilizados hasta su ingreso en los recursos de internamiento.

Efectividad de los Programas de Mantenimiento con Metadona

Las tasas de respuesta son muy variables. A groso modo, se habla de los siguientes porcentajes aproximados de respuesta a los dos años de permanencia dentro del tratamiento (Torrens, 2001): un 20% de los pacientes se encontraría abstinentes y con un buen nivel de funcionamiento general, un 60% tendría niveles bajos y variables de consumo y habrían mejorado su funcionamiento general desde que iniciaron el programa; el 20% restante permanecería con niveles de consumo y de funcionamiento similares a los iniciales. La sintomatología psiquiátrica es mayor en estos dos últimos grupos. De los pacientes que abandonan el programa y se mantienen inicialmente abstinentes, un 60-80% vuelve al consumo entre 1-2 años siguientes. Actualmente, se considera que la dependencia de opiáceos es un trastorno crónico recidivante.

3. MARCO METODOLÓGICO

Para llevar a cabo esta investigación, y poder demostrar si realmente los pacientes atendidos en su centro de referencia están en una mejor situación a nivel de adherencia al tratamiento que los que son atendidos en el dispensario general, se pasó un cuestionario a pacientes de ambos dispositivos.

El objetivo del cuestionario era conocer determinados aspectos de su tratamiento y de la evolución del mismo. Y luego, poder extraer unas conclusiones y hacer una comparativa entre los dos dispositivos. Se valoraba, además, que una mayor adherencia al tratamiento repercutiría, sin duda, en un mejor pronóstico y ello en una mejora de las condiciones de vida del paciente. Es un todo que se retroalimenta: si se mejora en el tratamiento, se mejoran las circunstancias del paciente y si las circunstancias del paciente están estables, repercute en una mejora en el tratamiento. Por ello, el tipo de tratamiento, así como la manera de llevarlo a cabo, van a ser aspectos esenciales para la mejora de estos pacientes.

Del total de 266 pacientes que recogían la metadona en el dispensario, 233 pacientes cumplían criterios para ser objeto de estudio. De estos, se pasó el cuestionario a un 37 %, lo que supuso 90 pacientes. Y de los 37 pacientes que hacían la recogida en el CAD 2, sólo se pudo pasar el cuestionario a 28 pacientes, es decir, a un el 76 %. Cinco no cumplieron criterio, dos se negaron y a dos no se les localizó.

También se realizaron entrevistas para conocer la opinión de los profesionales que trabajan directamente en la dispensación de la metadona. Se pasó el mismo modelo de entrevista a la enfermera del CAD 2 y a una de las enfermeras y de las auxiliares de enfermería del centro dispensador. Aunque también se pidió colaboración a la auxiliar del CAD 2, esta rehusó.

Y por último, se realizó una entrevista muy similar al médico del CAD 2, que es el único que tenía la posibilidad de prescribir la metadona, bien en el propio CAD 2, o bien en el

dispensario. Además, hacía el seguimiento y atención a pacientes de ambos dispositivos.

La entrevista se componía de cinco preguntas, en el primer caso, y tres preguntas, en el caso del médico. Su objetivo era conocer la opinión de dichos profesionales en referencia a la dispensación en uno u otro dispositivo, cuál piensan que repercute más positivamente en el tratamiento de los pacientes y cuáles son las mejorías que han observado. Las entrevistas se realizaron en el mismo lugar de trabajo de los profesionales y fueron grabadas en audio.

Por otro lado, el cuestionario se compone de una serie de preguntas, la mayoría de tipo cerrado o con opciones concretas de respuesta. Se elaboró de tal manera que fuera fácil y sobre todo, rápido de responder, pues sabíamos que la principal exigencia que nos iban a poner para colaborar era que fuera rápido.

Para poder realizar los cuestionarios, se pidió autorización al responsable-coordinador de los cuatro CADs, y éste, además, puso en conocimiento de todos los profesionales de los CADs que se realizarían estos cuestionarios a los pacientes del CAD 2 y del centro dispensador. También se contaba con la colaboración del personal de enfermería de ambos dispositivos, a la hora de favorecer el acercamiento del paciente con la entrevistadora.

El cuestionario se realizó, previa presentación del objetivo y de la entrevistadora, a pacientes del dispensario que hacían recogida semanal con una antigüedad mínima de un año y con independencia del CAD que sea cada uno. El cuestionario, obviamente, fue de carácter voluntario y anónimo.

Se separaron las preguntas en tres bloques. El primero era el de identificación y se pedía la edad, el sexo y el CAD de referencia. El segundo bloque agrupaba el grueso de las preguntas y de la investigación, y se refería a aspectos sobre el tratamiento. Por último, el tercer bloque se refería a aspectos de su situación personal actual, porque se prevé que cuanto más normalizada sea la situación de una persona, más posibilidades de tener un mejor pronóstico en su tratamiento.

Así, y en referencia al segundo bloque, las cuestiones planteadas eran sobre el tiempo que hacía que tomaban la metadona; en qué dosis se encontraban, diferenciando entre dosis bajas (menos de 20 mg), medias (de 20 a 49 mg) y altas (más de 50 mg). También se les preguntaba si pensaban que estaban en una dosis correcta, y si no era así si necesitarían más o menos. Otra cuestión era si estaban estables o en bajada - reducción controlada de la metadona-. Ésta se hace pautada con el médico, en una dosis fijada cada semana o cada dos semanas; si había tenido alguna recaída en el último año de heroína y de al menos de una semana (porque el consumo ocasional no se entiende como una recaída para los pacientes); si actualmente consumían otros tóxicos, especificando alcohol y cánnabis, dado que muchos pacientes no lo consideran como una droga; si habían hecho otros tratamientos en el último año; si acudían a visitas pactadas a su CAD, y a quién visitaban; también se preguntaba sobre el dispositivo de dispensación que más le interesaría. Y por último, en una escala de valoración del 1 al 5, se pregunta sobre el grado de satisfacción con su CAD de referencia, siendo 1 muy malo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno y 5 muy bueno.

En el tercer bloque, el referente a situación personal, se preguntaba sobre la situación laboral del encuestado; con quién vivían; sobre su alojamiento; si estaban en seguimiento con otros servicios sociales; si hacían alguna actividad en su tiempo de ocio; si contaban con apoyo familiar o social. Y por último, y al igual que en el anterior bloque, se pedía que se puntuara del 1 al 5 como valorarían su situación personal actual.

Para validar el cuestionario se realizaron 10 entrevistas de prueba, a fin de ajustar las preguntas al colectivo al que se dirigía y al objeto de estudio.

Una vez se realizaron las encuestas, se contabilizaron las respuestas para obtener los datos de cada variable planteada. Posteriormente, se hizo una comparativa con los resultados obtenidos entre el dispensario y el CAD 2. Los resultados de esa comparativa son los que nos permitieron establecer unas conclusiones.

3.1 MODELOS DE ENTREVISTA

Enfermera del CAD 2

Categoría:

Lugar de trabajo:

Antigüedad en el lugar de trabajo:

Lugar y fecha:

1. ¿Participas activamente en el proceso terapéutico de los pacientes que atiendes? ¿De qué manera? (reuniones de equipo, coordinación con otros profesionales...).
2. ¿Actúas de referente en algunos casos? ¿En cuáles? Si no es así, ¿en cuáles piensas que podrías ser el referente?
3. ¿Cómo valoras tu intervención en comparación con las compañeras del centro dispensador?
4. Según tu opinión, ¿cuál de los dos dispositivos de dispensación te parece más efectivo para mejorar el tratamiento de los pacientes? ¿Por qué?
5. ¿Has observado mejorías en el proceso de los pacientes que atiendes? ¿De qué tipo?

Enfermera y Auxiliar de Enfermería del Centro Dispensador

Categoría:

Lugar de trabajo:

Antigüedad en el lugar de trabajo:

Lugar y fecha:

1. ¿Participas activamente en el proceso terapéutico de los pacientes que atiendes? ¿De qué manera? (reuniones de equipo, coordinación con otros profesionales...).
2. ¿Piensas que sería positivo que el personal de enfermería pudiera estar más implicado en el tratamiento de sus pacientes?
3. ¿Cómo valoras tu intervención en comparación con las compañeras del CAD2?
4. Según tu opinión, ¿cuál de los dos dispositivos de dispensación te parece más efectivo para mejorar el tratamiento de los pacientes? ¿Por qué?
5. ¿Has observado mejorías en el proceso de los pacientes que atiendes? ¿De qué tipo?

Médico CAD 2

Categoría:

Lugar de trabajo:

Antigüedad en el lugar de trabajo:

Lugar y fecha:

1. ¿Qué criterios se siguen para designar a un paciente a un tipo u otro de dispositivo de dispensación?
2. ¿Observas diferencias entre los pacientes que hacen recogida semanal en el dispensario y los que la hacen en el CAD? ¿Cuáles?
3. Según tu opinión, ¿cuál de los dos dispositivos de dispensación te parece más efectivo para mejorar el tratamiento de los pacientes? ¿Por qué?

3.2 CUESTIONARIO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Sexo: Hombre/mujer
- Edad:
- CAD de referencia:
- Fecha y lugar:

TRATAMIENTO

- ¿Cuánto tiempo hace que toma la metadona?
 - o 1-3 años
 - o 4-9 años
 - o Más de 10 años
- ¿Cuál es su dosis?
 - o Menos de 20 mg
 - o De 20 a 50 mg
 - o Más de 50 mg
- ¿Cree que su actual dosis es correcta?
 - o Sí No: Necesito más Necesito menos
- ¿Está estable o en bajada?
- ¿En el último año, ha tenido alguna recaída de heroína (de más de una semana)?
- Actualmente, ¿está consumiendo otras drogas?
 - o ¿Y alcohol? ¿Y THC?
- ¿Ha hecho otros tratamientos en el último año?
 - o *Decalaje*
 - o Desintoxicación
 - o Comunidad terapéutica
 - o Centro de día
- Acude a visitas **pactadas** a su CAD?
 - o ¿A quién visita?
- De todos los dispositivos de dispensación, ¿cuál es el que le interesaría más?
 - o Recogida en el CAD
 - o Recogida en el dispensario
 - o Recogida en el Centro de Salud
 - o Recogida en farmacia
- Del 1 al 5 ¿cómo puntuaría su grado de satisfacción con su CAD?

SITUACIÓN PERSONAL

- Situación laboral
 - o Parado
 - o Parado con prestación
 - o Pensionista
 - o Trabajando
 - o Trabajo en negro/chapuzas
- ¿Con quién vive?
 - o Solo, con pareja, con familia, familia de origen, con amigos.
- ¿Dónde vive?
 - o Piso propio, alquiler, piso compartido, casa familiar, okupa.
- En el último año, ¿ha estado en seguimiento con otros servicios sociales? (*Grec, IRES, SPM, etc.*)
- ¿Qué hace en su tiempo de ocio, tiene aficiones? ¿Cuáles?
- Actualmente, ¿tiene apoyo social/familiar?
- Del 1 al 5, ¿qué puntuación le daría a su situación personal actual?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Centro dispensador

De los 266 pacientes que estaban adscritos al PMM y hacían recogida en el centro dispensador nos encontramos 13 que hacían toma diaria, que en 12 casos, la recogida la realizaba un familiar, y 8 casos en los que la recogida la realizaba el centro en el que se alojan (Siloé y Sa Placeta). Así, el total objeto de estudio se redujo a 233.

Los datos los facilita el centro dispensador, con fecha 5 de mayo de 2013. Estos datos varían constantemente con las altas y bajas que se van produciendo. Además, existe el hándicap de que las bajas tardan algún tiempo en notificarse. Esto ocurre porque muchas veces el médico del CAD que debe hacerla, no tiene conocimiento de que el paciente ha abandonado el programa. Por este motivo, las 90 encuestas realizadas finalmente y que teóricamente, suponían el 37% de la población, representaban probablemente un porcentaje aún mayor.

Los cuestionarios se realizaron en diferentes tramos horarios, que incluyeron mañana y tarde, todos los días de la semana. Se empezaron una vez que se tuvo autorización, el jueves 9 de mayo, y se terminaron el 17 de junio. Los días 6 y 7 de mayo se realizaron 10 cuestionarios de prueba, que sirvieron para validar dicha herramienta e introducir algunos cambios.

Recordamos que el horario de apertura del dispensario era de 8.30 a 14.30 horas y de 17 a 20.30 horas. Por la tarde, sólo estaba abierto de lunes a miércoles. Dada la poca afluencia de pacientes de tarde -la mayoría de pacientes que iban estaban en el Programa Libre de Drogas (PLD) y sólo realizan control de orina-, se acordó con el personal de enfermería que ellas facilitarían el cuestionario a quien quisiera hacerlo. Aún así, la entrevistadora fue tres tardes, en diferentes horarios. El número de cuestionarios realizados por el personal de enfermería fue de 8.

Los cuestionarios se tuvieron que realizar, en la mayoría de ocasiones, en el mismo momento que el paciente estaba realizando la recogida de la metadona. Se tarda unos minutos en dispensar a cada paciente. Luego es éste quien cierra cada uno de los siete botes. Aunque se les proponía hacerla al acabar, todos preferían hacerla al momento porque la mayoría manifestaba tener prisa. No les importaba que el personal de enfermería estuviera presente, tampoco que lo estuviera otro paciente porque a veces, coincidían dos pacientes en el mostrador. Si había que esperar y los pacientes a los que atendían no eran perfil por ser familiares o toma diaria, o pacientes de PLD, los que esperaban sí accedían a hacerla afuera y a solas.

Sólo siete pacientes no quisieron realizar el cuestionario. La mayoría se mostró colaborador y aunque alegaban prisas en un primer momento, luego se extendían en las respuestas. El dispensario es un lugar muy mal comunicado, y no se puede dejar el coche en las proximidades. Muchos van acompañados por otras personas que les esperan fuera; algunos van en taxi y le hacen esperar en la puerta y de ahí, el asunto de la prisa se entiende en muchos casos.

CAD 2

La mayor dificultad para realizar los cuestionarios en el CAD 2 fue su gran dispersión ho-

raria para un número pequeño de pacientes objeto de estudio. Además, de los 37 pacientes que atienden, cuatro hacían recogida cada dos semanas y en 5 casos, la recogida la efectuaba un familiar, con lo cual no entraban en nuestros criterios. Su horario de atención era de lunes a viernes, sólo con cita previa.

La entrevistadora fue al CAD 2 en tres ocasiones. En dos casos, no coincidió con ningún paciente de metadona pero en una de ellas, coincidió con 8 pacientes. El resto de entrevistas se consiguió que las realizaran profesionales del CAD 2: enfermera, auxiliar de enfermería y la trabajadora social. Aparte de 5 casos en los que la recogida la hacía un familiar, a otros dos no se les localizó y 2 se negaron. Así, en total, se realizaron 28 cuestionarios, lo que supuso un 76 % del total de la población. Las entrevistas se realizaron entre el 16 de mayo y el 21 de junio de 2013.

5. RESULTADOS

5.1 LOS CUESTIONARIOS

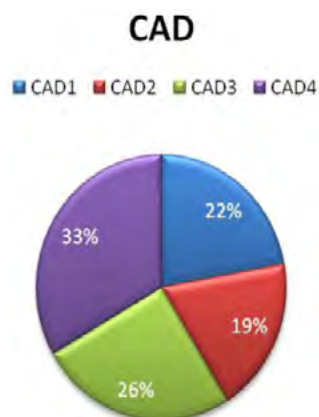
A medida que se realizaban los cuestionarios, se fueron trasladando a las tablas Excel confeccionadas a tal fin, según fueran cuestionarios del centro dispensador o del CAD 2 (ver en anexos, apartado 9.1, Tablas con los resultados de las encuestas). Una vez que se tuvieron todos los cuestionarios pasados, se extrajeron los resultados de cada uno de los dispositivos (ver en anexos, apartado 9.2, Tablas con los porcentajes de cada dispositivo). Y es con los resultados de cada dispositivo cuando finalmente se establece la comparativa de ambos.

Para realizar la comparativa, además, se igualaron los totales del CAD 2 a los totales del dispensario, es decir, se hizo una proporción para poder comparar los resultados obtenidos. Así, en ambos casos, los totales sumados eran 90.

- **Datos de identificación**

CENTRO DISPENSADOR

Se entrevistó a 75 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 42 años. La distribución por CADs fue la siguiente:



CAD 2

Se entrevistó a 23 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 38 años.

- Datos de tratamiento



Las diferencias más notables se observan entre el período de 1-3 años, donde hay un porcentaje mayor de pacientes en el CAD 2 y en el período de 4-9 años, donde el porcentaje es mayor en pacientes del dispensario.

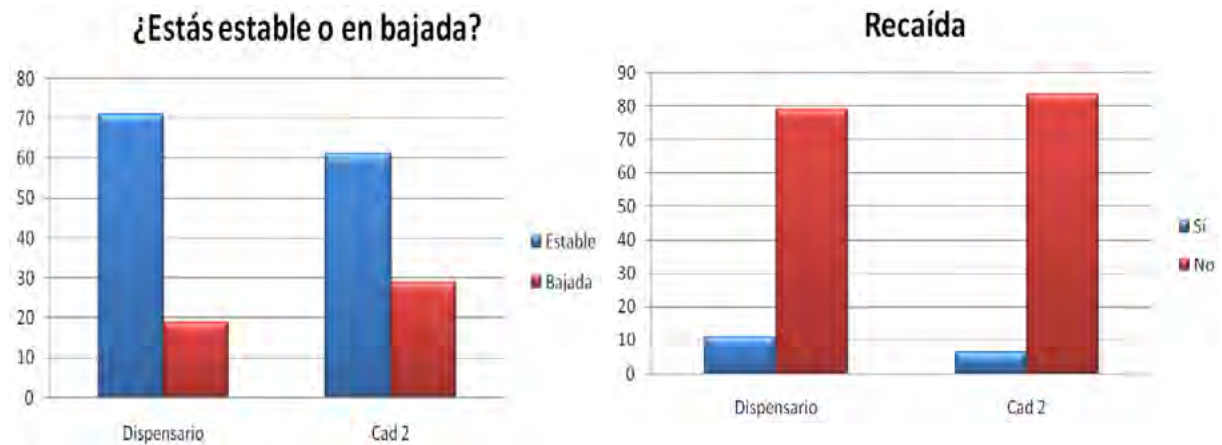
En dispensario sube el porcentaje de pacientes a medida que pasan los años mientras que la tendencia que se aprecia en el CAD 2 es mayor en los extremos y menor en el período intermedio.



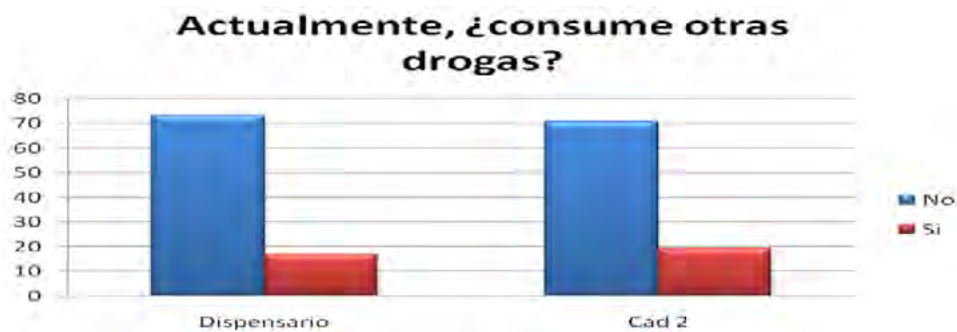
En el CAD 2 el número de pacientes va bajando a medida que sube la dosis dispensada. En el centro dispensador destacan los pacientes que toman una dosis intermedia, y el menor número de pacientes lo encontramos en la dosis más baja.



La mayoría de pacientes estaba de acuerdo con su dosis, llama la atención que es precisamente en el CAD 2 donde más disconformidades se observan y precisamente en la respuesta de que valoran que necesitarían tomar menos. En estos casos suele ser la recomendación del profesional de no ser el mejor momento para rebajar, la causa de esta discrepancia.



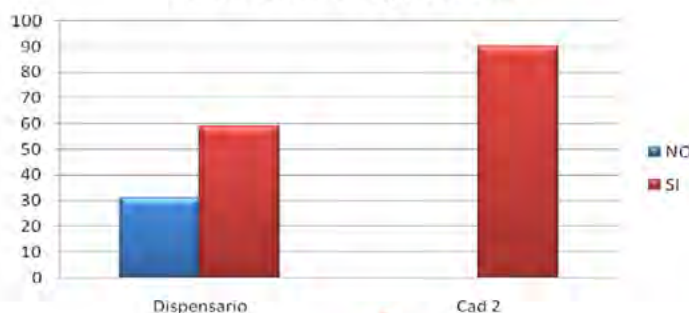
Como observamos hay un mayor número de pacientes del CAD 2 que están en bajada. Por el contrario, el número de recaídas es mayor entre los pacientes del dispensario, en casi el doble.



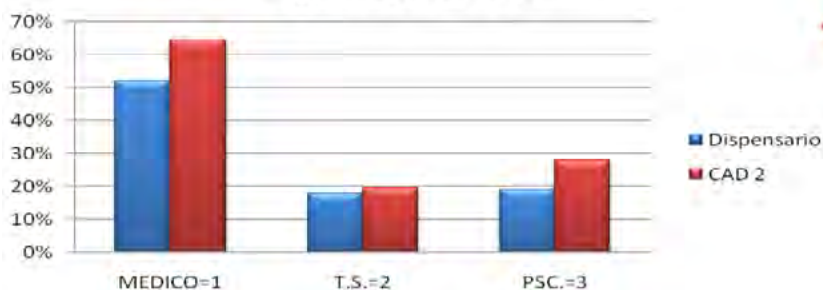
Apenas se observan diferencias en este apartado. Señalaremos que de los 90 pacientes entrevistados en el dispensario, hubo 47 respuestas afirmativas al consumo de alcohol y 36 al de cánnabis; y de los 28 entrevistados en el CAD 2, hubo 12 respuestas afirmativas al consumo de alcohol y 16 al de cánnabis. Como podemos observar en muchos casos el mismo paciente es consumidor de ambas drogas.

La especificación a estas drogas se hizo precisamente por la especial protección de que gozan a nivel social. Así, los que contestaron sí, salvo alguna excepción, se referían a otro tipo de sustancias –distintas a alcohol o cánnabis-.

Acude visitas pactadas



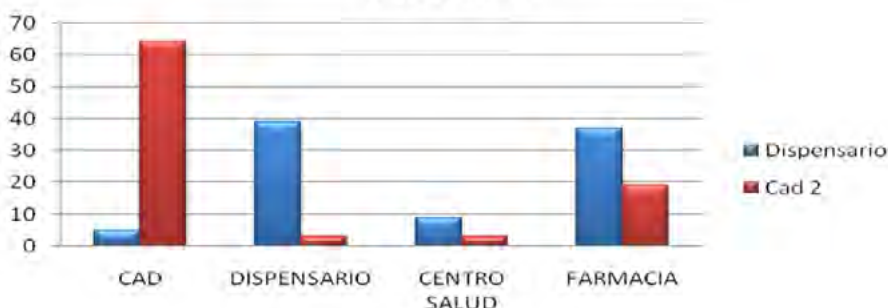
Acude a citas pactadas con los profesionales



En el caso del dispensario, de los 90 entrevistados, hay 31 que no acuden a visita con ningún profesional. Los 59 restantes, las visitas que realizan son al médico, 52 respuestas, a la trabajadora social, 18 respuestas, y al psicólogo, 19 respuestas. Como observamos, algunos visitan a más de un profesional.

En el CAD 2, la totalidad de pacientes acudía a visitas. Primero, con la enfermera o auxiliar encargada de dispensarle semanalmente la metadona. En este caso, encontramos 23 respuestas de pacientes que acude también al médico, 7 a la trabajadora social y 10 al psicólogo. También los hay que visitaban a más de un profesional.

Método de dispensación que más le interesa



El CAD 2 prefiere, en la mayoría de casos, la dispensación en el mismo lugar donde la realiza, el CAD, y como segunda opción, aunque con un porcentaje mucho menor, en farmacia.

El dispensario prefiere el dispensario seguido de manera muy igualada a la recogida en farmacia. En este caso, el porcentaje de pacientes interesados en la recogida en el CAD es muy bajo. Una posible explicación es que el dispensario se encuentra ubicado precisamente entre el CAD 1 y el CAD 3. Por eso, los pacientes apenas aprecian diferencia. Pensamos que la mayoría de las 5 respuestas afirmativas a este dispositivo, se dan en pacientes del CAD 4.

Como observamos, el centro de salud era la opción menos elegida en ambos casos.

PUNTUACIÓN

Curiosamente, el grado de satisfacción de cada participante con su CAD ha coincidido en ambas valoraciones. El resultado ha sido de 4,36 sobre 5, en pacientes del CAD 2 y en pacientes entrevistados en el dispensario.

Llama la atención positivamente que a pesar de ser pacientes “muy quejicas” en muchas ocasiones, las puntuaciones que han dado han sido altas.

- **Situación personal**



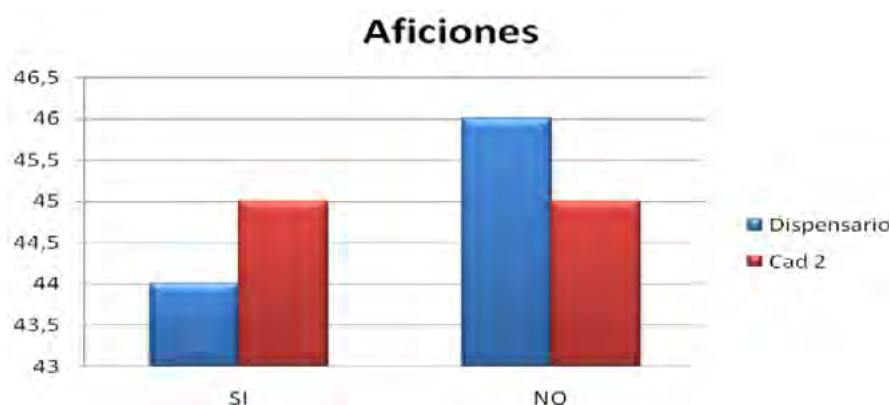
La característica más relevante que se observa en esta variable es la similitud de porcentajes en todas las respuestas posibles. Predominan en ambos dispositivos aquellos usuarios que se encuentran parados seguidos, aunque de manera más minoritaria, de los pensionistas y los parados con algún tipo de subsidio.



De nuevo, se observa una tendencia muy similar en las distintas posibilidades de respuesta de ambos dispositivos. Predominan los pacientes que viven con su familia propia, seguidos de los que viven con su familia de origen.

El lugar de residencia mayoritario es la casa familiar. Se incluían aquí pacientes que vivían con su familia de origen y algunos que a pesar de tener su propia familia, vivían también en la casa familiar por diferentes motivos.

De nuevo, se observa una tendencia casi idéntica en los pacientes de ambos dispositivos.



Las repuestas son prácticamente idénticas: en el CAD 2 existe un “empate” entre los usuarios que sí tienen algún tipo de afición y los que no. Y en el dispensario sólo se varía en dos respuestas: 44 que sí frente a 46 que no.

HOBBIES

De todas las respuestas afirmativas recibidas, se elaboró un listado con los hobbies que los participantes dijeron tener. De entre estas destacamos:

- Caminar: 10
- Jugar al fútbol: 9
- Ir al gimnasio: 8
- Ir en bicicleta: 7
- Ir al campo: 6
- Internet: 5
- Lectura: 4
- Música y pesca: 3

- Caza, gallos de pelea, nadar, practicar artes marciales, tocar la guitarra, montar a caballo: 2
- Otros: fotografía, vela, buceo, “ball de bot” (baile tradicional de Mallorca), hockey, petanca, restauración de muebles.



Se repite la tendencia a las respuestas prácticamente iguales en los dos dispositivos, tanto en las opciones de sí o no.

PUNTACIÓN

La media resultante entre los pacientes del dispensario es de 2,97 frente al 2,89 del CAD 2; en ambos casos, sobre un máximo de 5. Podemos señalar que en la mayoría de casos, los pacientes se quejaban de la falta de empleo para poder tener una mejor situación.

5.2 LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas a los profesionales se realizaron previa solicitud de colaboración y en el día y fecha acordados. Se realizaron en un despacho junto al dispensario de metadona, su lugar de trabajo, a la enfermera y a la auxiliar de enfermería, el 21 de mayo de 2013. Al médico del CAD 2, y también el coordinador de dicho CAD, y a la enfermera, el 30 de mayo de 2013, en el CAD donde ambos trabajan. Todas las entrevistas fueron grabadas y con audio y posteriormente transcritas.

La entrevista con el médico fue especialmente relevante por su amplia experiencia laboral en este ámbito. Lleva 11 años trabajando en el mismo CAD. Las enfermeras llevaban una media de 2 años y la auxiliar hacía un año que estaba en este puesto, si bien podía aportar datos interesantes ya que con anterioridad, fue la sustituta de la auxiliar del CAD 2, por lo que conocía directamente ambos dispositivos.

Lo que se pudo extraer después de haber realizado todas las entrevistas es que los cuatro profesionales coincidían y abogaban, en base a su experiencia, por la dispensación en los centros de referencia. Para todos ellos, ésa era la dispensación que favorecía una mayor adherencia y un mejor pronóstico en el tratamiento. Se basa, sobre todo, en la relación más íntima, confidencial y personal que se podía establecer con el paciente. Se posibilita un seguimiento más estrecho e individual y se trabajan más directamente aspectos motivacionales.

Entre todo lo que comentaron en las entrevistas, podemos destacar que la enfermera no actúa de referente “oficial” con los pacientes, pero sí sería positivo que pudiera serlo en algunos casos de los que ya atiende y, de hecho, señala la enfermera del CAD 2, muchos la sienten como la referente pues es la profesional a la que visitan semanalmente y con la que realizan el auténtico seguimiento. A su profesional de referencia lo veían a veces sólo cada mes o cada dos meses.

Tanto ella, como las otras dos entrevistadas, coincidían en que sería positivo que el personal de enfermería pudiera estar más implicado en el tratamiento de los pacientes. La auxiliar añadió que atendía desde el dispensario a un conjunto de pacientes muy integrados a nivel social, y estables en su tratamiento, que tomaban dosis muy bajas y que serían candidatos para otro tipo de tratamiento más normalizado como por ejemplo el suboxone –tratamiento en pastillas-. Pero dadas las limitaciones de sus intervenciones y la falta de contacto o coordinación con los CADs, no podían proponerlos.

El personal de enfermería abogaba por un modelo que favoreciera la educación para la salud y aunque la realizaban en ambos dispositivos, donde más ampliamente la podían desarrollar era en el CAD de referencia, dadas las características del lugar de atención. Desde el mostrador del dispensario, sin ninguna intimidad, era bastante complicado. Y entre estas intervenciones, que hacían en mayor o menor medida, comentaron la importancia del seguimiento de la salud, de la dieta, de hábitos de salud en general, de ejercicio físico, de prevención de transmisión de infecciones, de cumplimiento de tratamiento y consejos para una mejor toma de la medicación.

La enfermera del CAD 2 remarcó la importancia de poder aprovechar la visita que el paciente tenía que realizar semanalmente para recoger la medicación, para trabajar toda una serie de aspectos motivacionales y reforzadores que ayuden al paciente a afianzar su proceso. Un aspecto de especial relevancia es cuando los pacientes perciben que se tiene interés en ellos, que se les acompaña, que se les pregunta sobre lo que se habló en la última sesión.

Para la enfermera del dispensario, las características del lugar de atención del dispensario eran el principal hándicap para poder establecer una relación terapéutica con los pacientes e incidía en la importancia de poder atender con más intimidad y desde un despacho.

Las dos profesionales del centro dispensador coincidían cuando afirmaban que ellas no se sentían parte del equipo terapéutico que hacía el seguimiento de los pacientes. Se referían a que cada una de ellas estaba adscrita “oficialmente” a un CAD, aunque su ubicación fuera el dispensario. Los pacientes tampoco las percibían como parte de este equipo, sino como un recurso externo al trabajo del CAD. Por ello, era más difícil poder intervenir en su proceso terapéutico, aunque lo hacían, si bien a nivel individual y no desee una perspectiva de equipo. Planteaban, además, que sería muy positivo poder coordinarse más con los CADs para trabajar juntos algunas de las incidencias que pasaban a los CADs sobre pacientes.

La enfermera del dispensario y el médico del CAD 2 coincidían al manifestar que los pacientes plantean todo tipo de cuestiones. En el CAD 2 se les podía dar respuesta casi inmediatamente porque aunque fueran demandas propias de otros profesionales, por ejemplo de la trabajadora social, esta estaba allí y se le podía consultar. Esto no pasaba en el dispensario, donde el personal podía no tener la respuesta y el paciente no podía plantearse ir a

su CAD para hacer la consulta.

Todo el personal de enfermería confirmó que observaba mejorías en los pacientes que atiende. La enfermera del CAD 2 las observaba gracias a la atención semanal que ofrecía; la auxiliar, sobre todo, a nivel social y cambios en la manera de relacionarse con ellas a medida que ganaban confianza; y la enfermera del dispensario volvió a remarcar el tema de la confianza. Las mejorías eran visibles con pacientes con los que tenían confianza y que contaban con ellas para comentar ya no sólo aspectos de su tratamiento, sino cualquier otro que les suscitaba preocupación. Comentó cómo había tenido pacientes muy difíciles en el trato que a base de verse semanalmente y de ganarse su confianza, poco a poco, habían cambiado su actitud y ahora acudían de una manera mucho más relajada.

Para la auxiliar, que había trabajado en ambos dispositivos, el modelo del CAD 2 era el que ofrecía unas mejores garantías y permitía establecer un mayor trato y contacto con el paciente. Ella consideraba que el modelo del dispensario ofrecía toda una serie de limitaciones en comparación con el otro modelo. Y aportó otro dato de interés: hay un perfil de pacientes para los que la relación más distante del dispensario era más facilitadora que la del CAD 2, en la que se tenía más intimidad. A este respecto, la enfermera del CAD 2 señaló que habían incorporado pacientes acostumbrados a la recogida en el dispensario que aunque al principio vivieron el cambio con cierta inquietud, se habían adaptado y habían respondido positivamente.

Con respecto a las cuestiones planteadas al médico del CAD 2, manifestó que a la hora de elegir dispositivo, siempre intentaba buscar el más normalizado, que para él era el del CAD y que además, iba a facilitar un mejor proceso al paciente.

El médico atendía a pacientes que hacían recogida en ambos dispositivos y entre las diferencias que observaba en unos y otros pacientes, comentó que los de recogida en el CAD tienen un mayor compromiso e implicación en su tratamiento. Además, los profesionales podían llevar a cabo más control y supervisión sobre ellos, lo que a la vez incidía en que estos se implicaran más; era un todo que se retroalimentaba.

El médico del CAD 2 siempre ha abogado y apostado por el modelo de dispensación descentralizado. Lo conocía bien y sabía sus ventajas de primera mano. Repite que este modelo representaba una mayor eficacia y resultados en los pacientes que requerían ser atendidos semanalmente para hacer la recogida de su medicación.

Como conclusión, se pudo concretar que todos los profesionales que trabajaban directamente con pacientes de metadona abogaban por el modelo del CAD 2, por todas las ventajas que ofrecía en comparación con la recogida en el dispensario. Ésta era una idea recurrente en las entrevistas realizadas. Los profesionales podían tener más contacto con ellos y realizar un seguimiento mucho más intenso. Y los pacientes se implicaban más en su propio proceso. Todo, en conjunto, hacía que se favoreciera la premisa señalada al inicio: la metadona dispensada en los centros de referencia, favorece una mayor adherencia al tratamiento y un mejor pronóstico. Se cumpliría así la hipótesis principal de esta investigación.

6. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos de los cuestionarios, no podíamos confirmar o refutar la hipótesis planteada: que los pacientes atendidos en su centro de referencia, con una atención más personalizada, presentaban una mayor adherencia al tratamiento. Tal vez con una muestra más grande, sobre todo del CAD 2, se hubiera podido apreciar alguna diferencia. Recordemos que el total de entrevistados en el dispensario fue de 90 pacientes, un 37 % del total y 28 pacientes en el caso del CAD 2, lo que representaba un 76 % del total. No obstante, sí que nos pareció significativa la gran similitud de los resultados obtenidos al comparar uno y otro dispositivo.

Algunas de las pequeñas tendencias observadas de los datos obtenidos fueron las siguientes: en el CAD 2, el número de pacientes descendía a medida que subía la dosis. Esto pudo ser porque realizaban *decalajes* y procesos motivacionales con los pacientes para que no se hicieran crónicos tomando dosis altas. De hecho, en el CAD 2, se observaron muchos más *decalajes* que los que se apreciaron en el dispensario. También en el CAD 2, las recaídas eran menores a las que se producían en el dispensario.

Aunque sin duda, la mayor diferencia observada fue la atención recibida por los profesionales. En el CAD 2 todos los pacientes eran visitados, además de por enfermera o la auxiliar de enfermería, por algún otro profesional y en muchos casos, por más de uno. En el dispensario había un número muy elevado que no visitaba a ningún profesional de su centro de referencia y el resto lo hacía solamente al médico, en la mayoría de los casos.

Aparte del resultado de los cuestionarios, contamos con otro elemento de análisis. Nos referimos a las entrevistas realizadas a los profesionales: a la enfermera del CAD 2, al médico-coordinador del CAD 2, y a una enfermera y una auxiliar de enfermería del dispensario. En base a su experiencia, y desde las diferentes perspectivas que les ofrecían sus puestos de trabajo, todos coincidieron. Los cuatro profesionales abogaron y defendieron un modelo de dispensación en los diferentes centros de referencia. Para todos ellos, ésa era la dispensación que favorecía una mayor adherencia y un mejor pronóstico en el tratamiento. Se basa, sobre todo, en la relación más íntima, confidencial y personal que se puede establecer con el paciente. Se posibilita un seguimiento más estrecho e individual y se trabajan más directamente los aspectos motivacionales.

Aun sin haber podido demostrar, cuantitativamente, la hipótesis planteada con datos numéricos objetivos, seguimos defendiendo, como así hicieron los diferentes profesionales entrevistados, un modelo de dispensación más individualizado, personalizado y centrado en la persona, en sus necesidades y características particulares. En contraposición de otros modelos más generales, como el del dispensario, donde se atiende de manera uniforme a todos los pacientes. Donde el personal varía y no se puede establecer una relación terapéutica como sí ocurre en otros dispositivos como el de aquí comparado, el CAD 2, en el cual todos los pacientes eran atendidos semanalmente por la misma profesional, en un espacio íntimo y privado.

7. PROPUESTAS INNOVADORAS

A raíz del trabajo realizado, se valora que una línea de investigación muy valiosa, sería poder **cruzar las variables analizadas**. Esto nos permitiría conocer algunas características de los usuarios y establecer una diferenciación por CADs.

Cada año, al hacer la memoria, existe un criterio general que todos conocemos: número de pacientes visitados. Sin embargo, no se valora la mayor o menor adherencia al tratamiento conseguida con los pacientes, ni la calidad del servicio. Este cruce de variables permitiría conocer, entre otros y en relación a pacientes que toman metadona, el porcentaje de recaídas o de consumo actual de otras drogas y relacionarlas por CADs.

Se valora necesario que en las memorias se tengan en cuenta otros aspectos, además de los cuantitativos. Aspectos que incidan en un mejor tratamiento y calidad de vida. Para ello, quizá se tendría que cambiar la metodología y no se duda que la atención individualizada a la hora de dispensar la metadona ayudaría. Se podría, entre otros, animar a hacer *decalajes* –bajadas supervisadas de la dosis de metadona-, o intervenir rápidamente en el momento que haya una recaída. También proponer otros tratamientos más normalizados: por ejemplo, sustituir la metadona por pastillas.

Se sabe que los datos que se han de presentar, muchas veces, guían los comportamientos de los profesionales. Así, focalizar la atención profesional en otros indicadores, además de los cuantitativos, seguramente ayudaría también a conseguir unos mejores resultados de tratamiento.

Otra línea a señalar es la conveniencia de tener los datos actualizados respecto a los usuarios que toman la metadona en cada uno de los dispositivos. Esta anomalía ha dificultado establecer un porcentaje acertado y pone en evidencia la falta de rigurosidad en este campo. Sería positivo, además, establecer un mínimo de coordinación con los centros de salud y farmacias que dispensan, y aprovechar la información que dichos servicios pueden aportar, además de mostrar interés por el trabajo realizado con “nuestros pacientes”. Aunque con el metabús, la relación al menos telefónicamente existe, sería igualmente positivo poder establecer algún mecanismo de coordinación, aunque fuera sólo una vez al año.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2009). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV edición revisada*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína, opiáceos*. Barcelona: Ars Medica.

Arias, F., Castillo, C., Fernández, J.J., Roncero, C., Rovira, M.A. y Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia: Sociodrogalcohol.

Bobes García, J. y Bobes Bascarán, M.T. (2012). “Efectividad a largo plazo de los tratamientos de mantenimiento con metadona en personas con adicción a derivados opiáceos”. En *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, volumen 24, nº 3, pp. 179-184.

Conferencia Internacional sobre Cuidados Básicos en Salud, Alma Alta, USSR, 6-12 septiembre 1978.

Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de las Islas Baleares (2012). Sistema estatal de información permanente sobre adicción a drogas (SEIPAD). *Resultados del indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y del indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las Islas Baleares. Informe año 2011*. Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía. (2005). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Díaz, T., Espín, M., Gutiérrez, E., Monte, M. y Rodríguez, C. (1999). *Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos*. Asturias: Laboratorios Lilly Psiquiatría.

Fernández, J.J y Torrens, M. (2005). *Monografía Opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V. et al. (1989). *Drug Abuse Treatment: A Natural Effectiveness*. North Carolina: University of North Carolina Press, Chapel Hill.

Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) (1999). *Principios de de tratamiento para la Drogadicción: Una guía basada en investigaciones*. Washington: U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas. Boletín oficial de la Junta de Andalucía, 83, de 19 de julio de 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007) *Guía sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria*. Ginebra: OMS.

Seidenberg, A. y Honegger, U. (2000). *Metadona, heroína y otros opioides. Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides*. Madrid: Díaz de Santos.

Simpson, D. y Sells, S. (1982). "Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program". En *Journal Addictive Diseases*, volumen 2, pp. 7-29.

Torrens, M. (2001). *La eficacia de los tratamientos sustitutivos con opioides. Revisión de la evidencia científica. Diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas basados en la evidencia*. Cádiz.

9. ANEXOS

9.1 Tablas con los resultados de las encuestas

Resultados Centro Dispensador

DATOS	IDENTIFICACION	CENTRO DISPENSADOR
	TOTAL	
SEXO	HOMBRE	75
	MUJER	15
EDAD	PROMEDIO	42,45555556
CAD	CAD1	20
	CAD2	17
	CAD3	23
	CAD4	30

TRATAMIENTO

¿Cuánto	1-3 años	19
Tiempo toma	4-9 años	34
metadona?	Más 10 años	37

¿Cuál	Menos 20mg	16
es su	20-50mg	41
dosis?	Más 50mg	33

¿Cree que	Sí	86
su dosis	No - subir	1
es correcta?	No - bajar	3

¿Está estable o en bajada?	Estable	71
	Bajada	19

	Sí	11
Recaída		
	No	79

Actualmente	No	73
¿consume	Si	17
otras	OH	47
drogas?	THC	36

ACUDE	NO	31
VISITAS		
PACTADAS	SI	59

MEDICO=1	52
T.S.=2	18
PSC.=3	19

METODO DE	CAD	5
DISPENSACION	DISPENSARIO	39
QUE MAS	CENTRO SALUD	9
LE INTERESA	FARMACIA	37

PUNTUACION AL CAD
DEL 1-5 =

4,366666667

PROMEDIO

SITUACIÓN		PERSONAL	
SITUACION LABORAL	}	PARADO	31
		PAR.SUBSIDIO	18
		PENSIONISTAS	17
		TRABAJA	12
		CHAPUZAS	12
¿ CON QUIÉN VIVE ?	SOLO	19	
	PAREJA	16	
	FAMILIA	28	
	FAMI D ORIGEN	26	
	AMIGOS	1	
	OKUPAS	0	
¿DÓNDE VIVE?	PROPIO	23	
	ALQUILER	17	
	COMPARTIDO	14	
	FAMILIAR	32	
	OKUPA	4	
OTROS	SI	14	
SS	NO	76	
AFICIONES	SI	44	
	NO	46	
APOYO FAMILIAR	SI	66	
	NO	24	
SU SITUACION ACTUAL DEL 1 AL 5 =		2,97777778 PROMEDIO	

Resultados CAD 2

DATOS	DE	IDENTIFICACION	CAD 2
		TOTAL	
SEXO	HOMBRE		23
	MUJER		5
EDAD	PROMEDIO		37,96428571
CAD	CAD1		0
	CAD2		28
	CAD3		0
	CAD4		0

TRATAMIENTO

¿Cuánto Tiempo toma metadona?	1-3 años	10
	4-9 años	7
	Más 10 años	11

¿Cuál es su dosis?	Menos 20mg	11
	20-50mg	10
	Más 50mg	7

¿Cree que su dosis es correcta?	Sí	25
	No - subir	1
	No - bajar	2

¿Está estable o en bajada?	Estable	19
	Bajada	9

Recaída	Sí	2
	No	26

Actualmente ¿consume otras drogas?	No	22
	Si	6
	OH	12
	THC	16

ACUDE VISITAS PACTADAS	NO	0		
			MEDICO=1	23
	SI	28	T.S.=2	7
		PSC.=3	10	

METODO DE DISPENSACION QUE MAS LE INTERESA	CAD	20
	DISPENSARIO	1
	CENTRO SALUD	1
	FARMACIA	6

PUNTUACION AL CAD
DEL 1-5 =

4,36666667 PROMEDIO

SITUACIÓN PERSONAL

SITUACION LABORAL

PARADO	11
PAR.SUBSIDIO	4
PENSIONISTAS	6
TRABAJA	3
CHAPUZAS	3

¿ CON QUIÉN VIVE ?	SOLO	5
	PAREJA	5
	FAMILIA	10
	FAMI D ORIGEN	8
	AMIGOS	0
	OKUPAS	0

¿DÓNDE VIVE?	PROPIO	8
	ALQUILER	7
	COMPARTIDO	4
	FAMILIAR	9
	OKUPA	0

OTROS	SI	4
SS	NO	23

AFICIONES	SI	14
	NO	14

APOYO FAMILIAR	SI	20
	NO	7

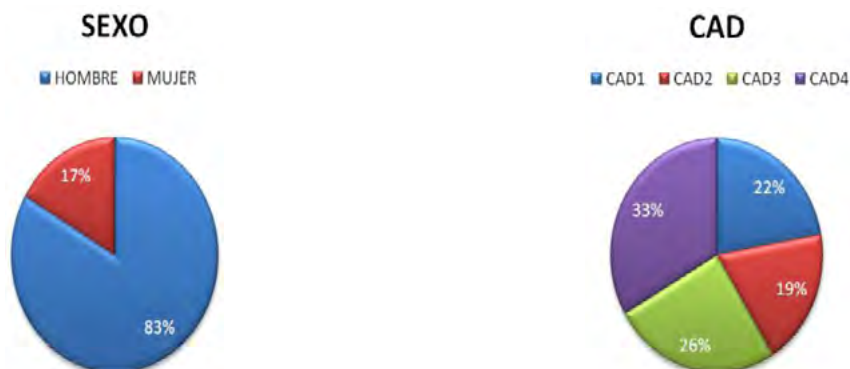
SU SITUACION ACTUAL DEL 1 AL 5 =

2,892857143	PROMEDIO
-------------	----------

9.2 Tablas con los porcentajes de cada dispositivo

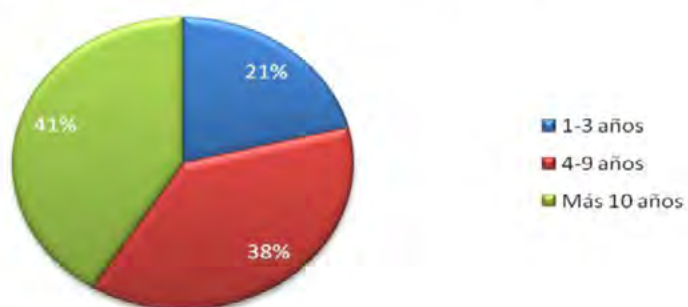
Porcentajes Centro Dispensario

*Datos de identificación

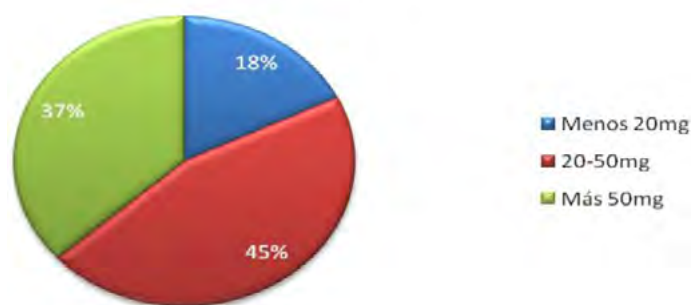


*Datos de tratamiento

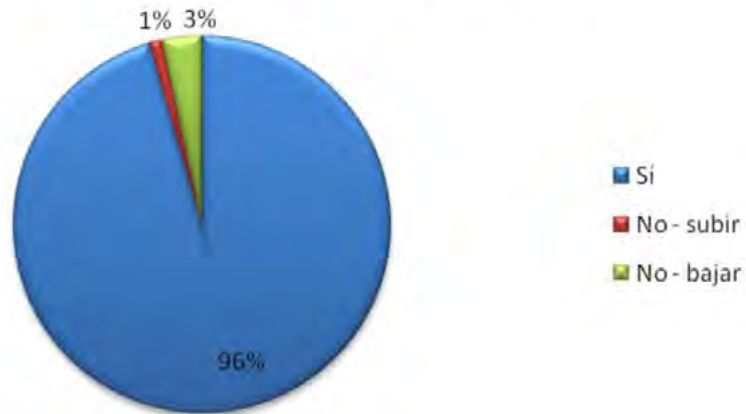
¿Cuánto tiempo toma metadona?



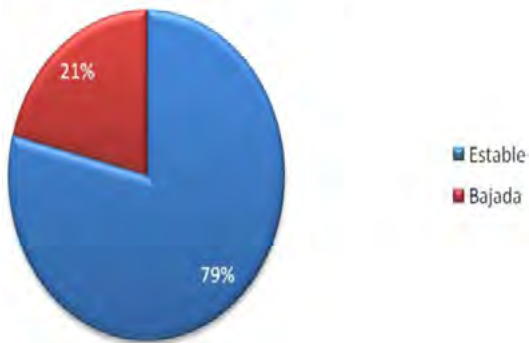
¿Cuál es su dosis?



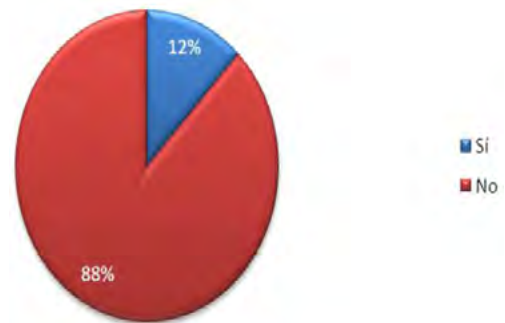
¿Cree que su dosis es correcta?



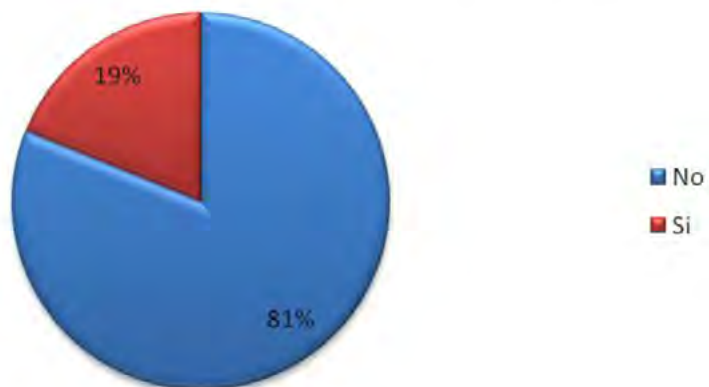
¿Está estable o en bajada?



Recaída



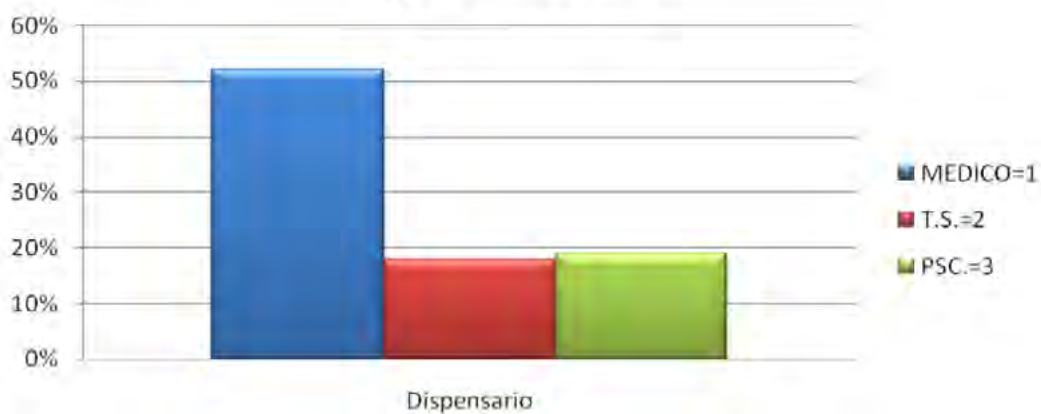
Actualmente ¿consume otras drogas?



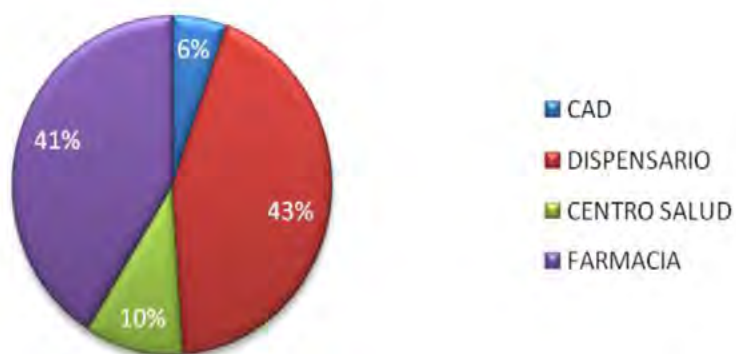
Acude a visitas pactadas



Acude a citas pactadas con los profesionales

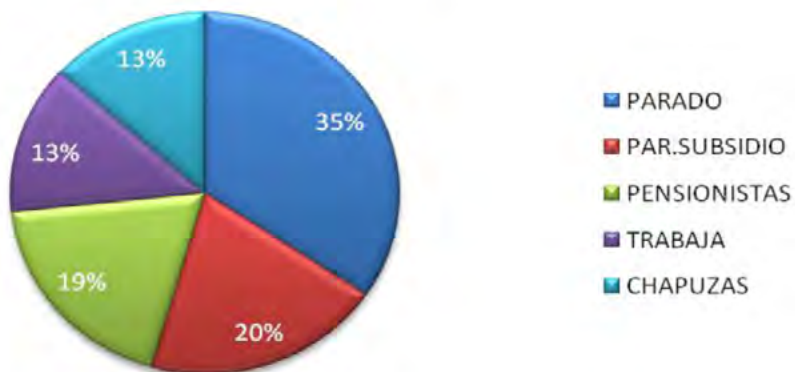


Método de dispensación que más le interesa

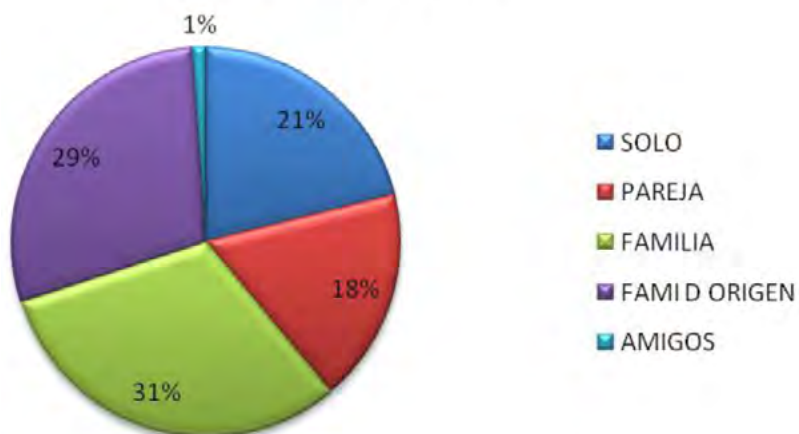


*Situación personal

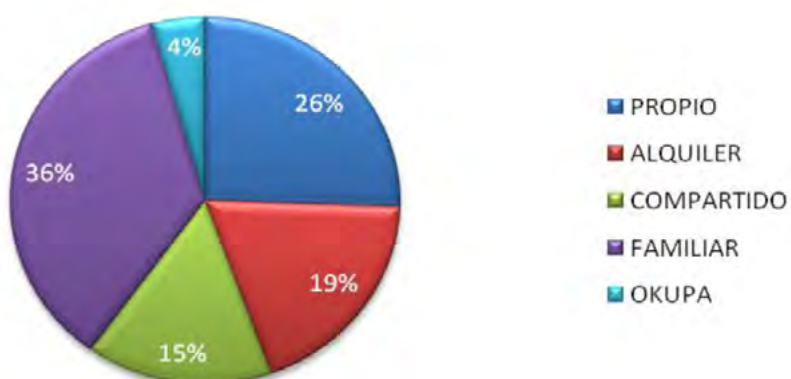
Situación laboral



¿Con quién vive?



¿Dónde vive?

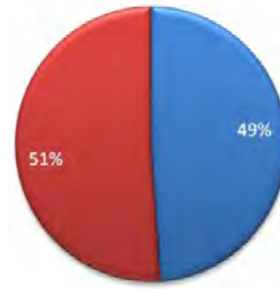


Otros Servicios



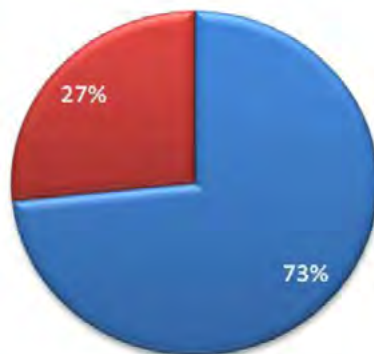
■ SI
■ NO

Aficiones



■ SI
■ NO

Apoyo familiar



■ SI
■ NO

Porcentajes CAD 2

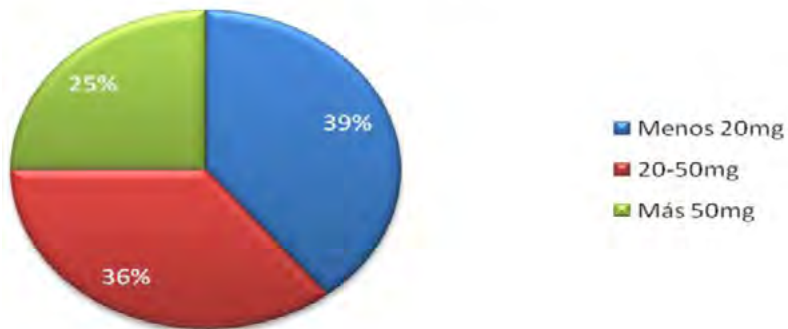
*Datos de tratamiento

¿Cuánto tiempo hace que toma metadona?



■ 1-3 años
■ 4-9 años
■ Más 10 años

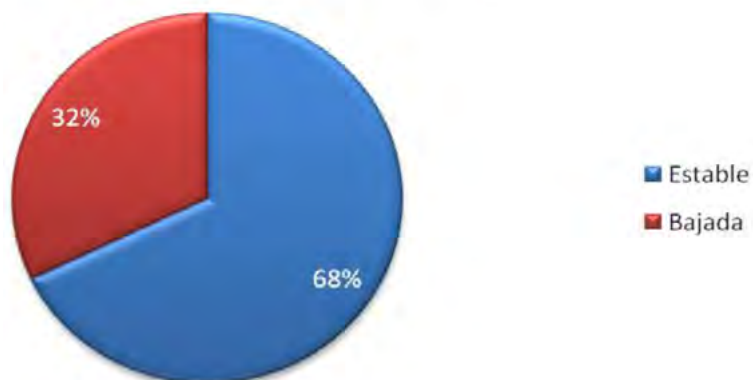
¿Cuál es su dosis?



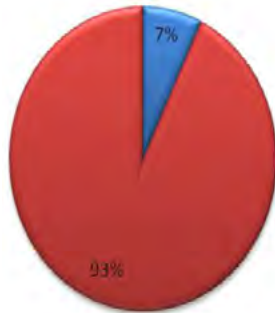
¿Cree que su dosis es correcta?



¿Está estable o en bajada?



Recaída



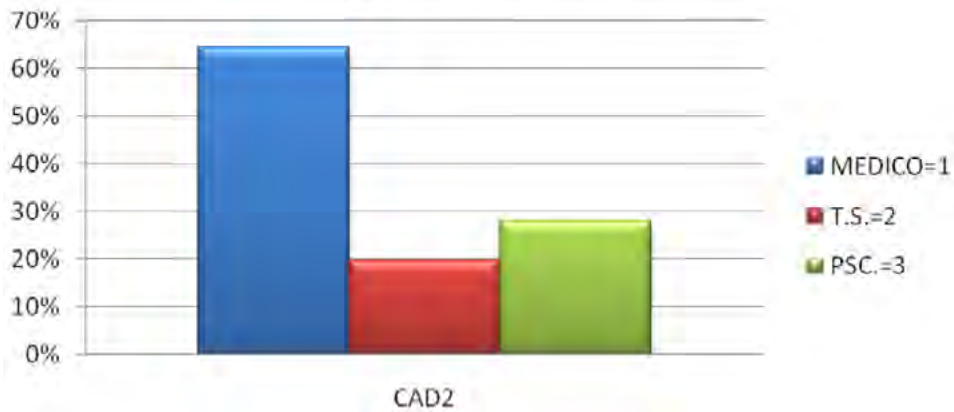
Actualmente, ¿consume otras drogas?



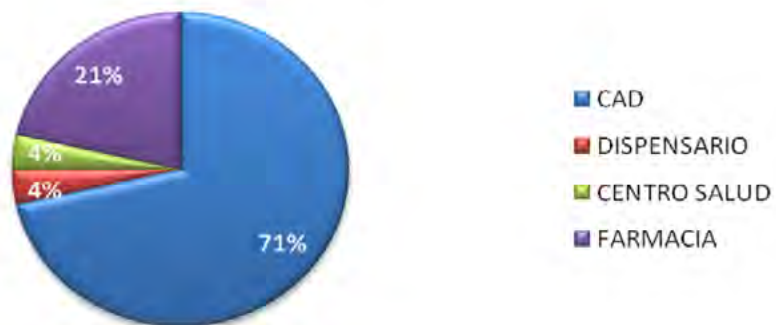
■ Si
■ No

■ No
■ Si

Acude a citas pactadas con los profesionales

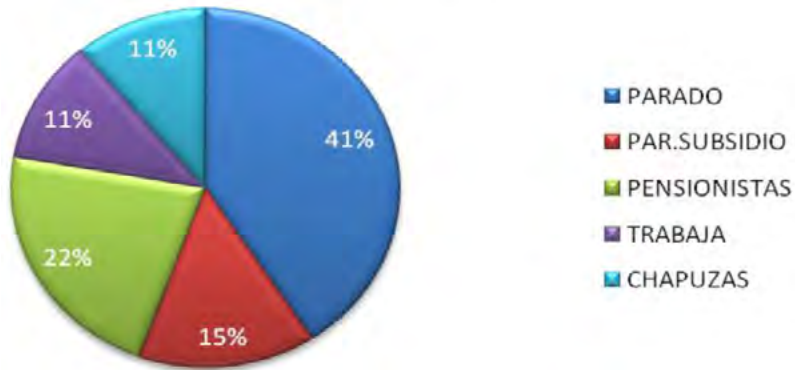


Método de dispensación que más le interesa

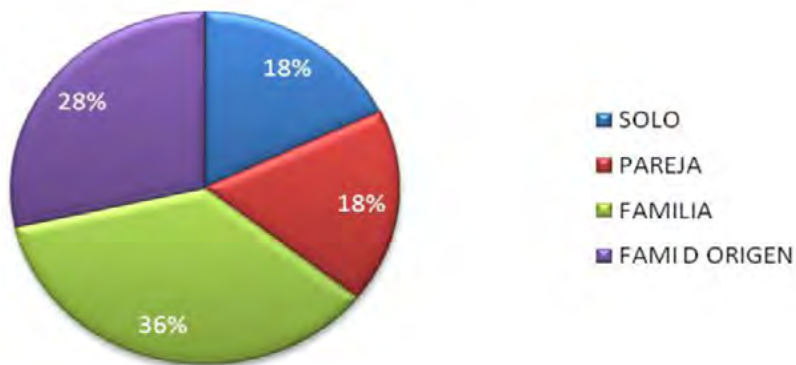


*Situación personal

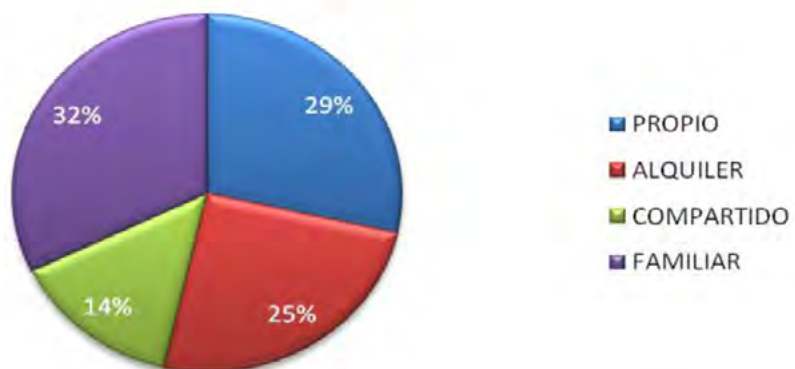
Situación laboral



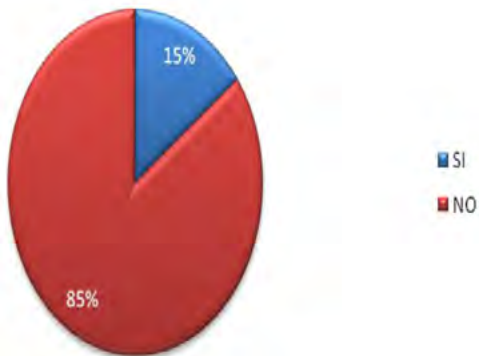
¿Con quién vive?



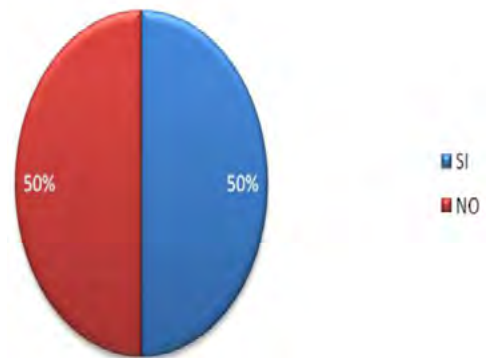
¿Dónde vive?



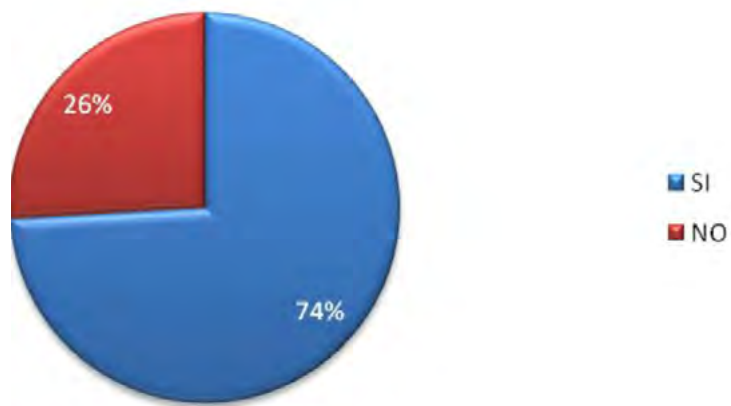
Otros Servicios



Aficiones



Apoyo familiar



Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera

Angélica Almendros Simón

Trabajadora social en el Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género Ayuntamiento de Getafe (Madrid)

Raquel V. Munilla Rebollo

Trabajadora social en el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de San Fernando de Henares (Madrid)

Resumen

A través de este artículo se trata de visibilizar la dificultad a la que se enfrentan los profesionales de los servicios sociales especializados para abordar la atención de personas con enfermedad mental grave y duradera que, además son víctimas de situaciones de violencia. Se trata también de realizar una llamada de atención sobre cómo el Sistema no contempla una intervención integral de estas personas al ser excluidas de los recursos dispuestos.

Para ello se analizan los datos de atención de dos Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid: uno de Salud Mental y otro de Violencia de Género. Asimismo se indica el tipo de intervención llevada a cabo por los profesionales en estos casos.

Palabras claves

Enfermedad mental grave, violencia de género, intervención social, visibilización, redes de atención.

Abstract

Through this article is visible the difficulty that professionals specialized social services face to address the care of people with severe and enduring mental illness who are also victims of violence. It also tries to make a call of attention to how the system does not provide a comprehensive intervention of these people being excluded from the resources provided.

Two Social Services of The *Comunidad de Madrid* were analyzed: One of Mental Health and other of domestic violence. The type of intervention carried out by professionals in these cases is also indicated.

Keywords

SMI (Several Mental Illness), GBV (gender-based violence), social intervention, visibility, care networks.

1 Introducción

Si preguntáramos a cualquier persona sobre una lacra social, entre las apuntadas seguramente se encontraría la violencia de género.

En el año 2010, fueron asesinadas 73 mujeres a manos de sus parejas o ex parejas en España, lo que hace 1,4 mujeres a la semana; en el año 2012 fueron 52 mujeres, una a la semana.¹

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada tres mujeres del mundo, sufrirán violencia física y/o sexual por el hecho de ser mujeres.

Desde hace unos veinte años, la violencia de género se encuentra en la agenda política con el objetivo de erradicarla. Al introducirse en dicha agenda, se consiguió comenzar a dar visibilidad a una situación que ocurría de “puertas para adentro” y con ello hacer responsable a toda la sociedad de su denuncia.

España fue punta de lanza a nivel legislativo y de recursos para las víctimas de violencia de género; el mundo miraba lo que aquí se hacía, tanto en intervención como en prevención. Nació el concepto de violencia hacia las mujeres, como delito, violación de los derechos humanos y problema de salud pública.

A día de hoy, la situación económica, la línea ideológica del gobierno y los recortes presupuestarios, han llevado a un retroceso de estas políticas. A pesar de ello, dentro de la sociedad continúa percibiéndose la violencia de género como un delito, aunque a terceros les sigue costando denunciar los hechos cuando conocen su existencia. Como consecuencia de la crisis económica las mujeres víctimas de violencia se encuentran con muchas más dificultades que hace años para abandonar la relación de violencia, al carecer de los recursos económicos y sociales para ello. Ante esa incertidumbre, en este último año han descendido el número de denuncias por malos tratos. La denuncia implica un punto de no retorno al cual hay que acudir con la situación social, familiar y económica muy estable, algo que en muchos casos es difícil.

Si a la situación de violencia de género le unimos otra variable como es la enfermedad mental grave y duradera (hablamos de esquizofrenia y trastornos de personalidad), *¿qué podemos encontrar?* La invisibilidad y el rechazo. Una realidad invisible porque las estadísticas nos las contemplan; tampoco hay una bibliografía o estudios sobre ello. Sólo hay que hacer una búsqueda bibliográfica para darse cuenta de que este tema, violencia de género y enfermedad mental en las víctimas, no es analizado por demasiados autores. Y ya se sabe que lo que no se cuenta no existe. El rechazo con el que se encuentran las víctimas de violencia de género con enfermedad mental grave y duradera, cuando hablan de lo que viven en casa, cuando denuncian, cuando acuden a un centro de la mujer, cuando necesitan acudir a una casa de acogida se repite.

La enfermedad mental lleva implícito un estigma de mentira que invalida cualquier discurso posterior. Se da por hecho que por tener un diagnóstico de enfermedad mental, no es verdad lo que relata la víctima o incluso es justificable la actitud del maltratador (como una fiscal llegó a verbalizar en un juicio). Se presupone la mentira y los problemas de conducta, y se anteponen a los derechos de estas mujeres.

.....
¹ Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Lo mismo ocurre si hablamos de la violencia intrafamiliar en hombres y mujeres con enfermedad mental. Muchos han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia o de exposición a la violencia de género ejercida de su padre a su madre e incluso también directamente a ellos. O son sus hijos quienes les insultan y dilapidan los ingresos económicos.

Cuando se comienza a trabajar con las personas con enfermedad mental grave y duradera, exploras su historia de vida y tras muchos años de intervención y de un vínculo profesional-usuario fuerte, te cuentan hechos traumáticos de su vida que han sido guardados en las cloacas de la memoria. Nadie les ha ayudado con ello y cuando piden ayuda para superarlo, los profesionales se encuentran en una situación complicada.

Los técnicos que intervienen en salud mental no presentan, en muchos casos, la formación adecuada para intervenir en violencia de género, por ello intentan derivar a los recursos destinados a ello. Los puntos de violencia de género y toda su red, no suelen atender de forma ambulatoria a estas víctimas al contar con el diagnóstico de enfermedad mental, vuelta al estigma, por el cual refieren no poder intervenir. Por no hablar de los recursos residenciales específicos de violencia de género, donde, expresamente, está prohibida la entrada a usuarias con este diagnóstico.

Ante esta situación que uno puede encontrarse casi diariamente, *¿qué se puede hacer?* Depende de la implicación de los profesionales y su formación complementaria. Pero nos encontramos que las mujeres víctimas de violencia de género con un diagnóstico de enfermedad mental, las cuales son discriminadas de forma triple (género, víctimas y con discapacidad), no tienen el mismo derecho de acceso a los recursos que el resto de las mujeres. Por lo cual podemos hablar de una cuarta discriminación para estas mujeres. Y aunque el problema se pretenda esconder, continúa ahí y en muchos casos imposibilitando el avance de la intervención psicosocial de estas mujeres.

El desarrollo de este trabajo se plantea desde la información y experiencia de dos ámbitos de actuación: **Equipo de Atención Social Comunitario (EASC)** Coslada-San Fernando y desde el **Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género** del Ayuntamiento de Getafe.

El EASC se configura con un equipo multiprofesional, formado por una directora, una coordinadora/psicóloga, una psicóloga, una trabajadora social y dos educadoras. Sus funciones básicas son:

- a) evaluar, planificar e intervenir para que los usuarios puedan mantenerse en sus viviendas de manera autónoma, en las mejores condiciones posibles, así como en sus domicilios con el resto de su familia.
- b) ofrecer apoyo socio-comunitario que prevenga y/o evite situaciones de riesgo de marginación o de institucionalización.
- c) desarrollar estrategias de enganche y vinculación progresiva con los Servicios de Salud Mental, con recursos específicos de la Red Pública de Atención Social a las Personas con Discapacidad por Enfermedad Mental, de servicios sociales y otros recursos comunitarios (sanitarios, formativos, laborales, de ocio, jurídicos, etc.).
- d) ofrecer apoyo e información veraz a las familias que conviven con los usuarios.

Por su parte, el Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género de este Organismo pertenece a la red de Puntos Municipales que son coordinados desde la

Comunidad de Madrid. Tienen competencias de actuación transferidas a los ayuntamientos y/o mancomunidades y son los encargados de impulsar actuaciones de prevención y sensibilización en torno a la problemática de violencia de género. También realizan una atención integral a mujeres que estén sufriendo o han sufrido violencia de género ya que están dotados de un equipo interdisciplinar compuesto por asesoras jurídicas, trabajadoras sociales y psicólogas.

2 Marco Teórico

2.1 Punto de partida

Las autoras de este artículo desarrollamos nuestra labor diaria en un recurso para personas con enfermedad mental y en otro de atención a víctimas de violencia de género. Por ello, tras analizar nuestra experiencia formativa y profesional, valoramos que la intervención en casos de violencia de género en mujeres con un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera es un tema poco abordado.

La intersección de víctima de violencia machista y diagnóstico de enfermedad mental, suele conllevar una no intervención por parte de los profesionales que les atienden. Ya sea por no hallarse en el recurso adecuado, por falta de formación para ello, por estigma hacia la enfermedad mental o como evitación hacia una intervención no rutinaria. Por estos motivos, no se suelen abordar en intervención estos episodios de los usuarios lo cual conlleva una doble (o triple en el caso de las mujeres) discriminación.

Para poder desarrollar, de forma adecuada, las teorías tras las hipótesis planteadas de falta de atención integral a víctimas de violencia de género con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera, se desarrolló una infructífera búsqueda de estadísticas.

Ante esta situación, se decidió desarrollar el estudio, en la población diana a la que se tiene acceso como es la del recurso para personas con enfermedad mental en el que trabajamos con el fin de visibilizar la prevalencia de la violencia de género en personas con un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera. Para poder analizarlo, se parte de la atención realizada desde un recurso para personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, tanto hombres como mujeres.

Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer la incidencia de casos de violencia de género en la población elegida.
- Conocer y analizar qué tipo de intervención se ha desarrollado desde el recurso del cual son usuarios.
- Conocer el acceso e intervención de la población diana a los recursos específico de violencia intrafamiliar o de género.
- Visibilizar la incidencia de violencia de género en mujeres con enfermedad mental grave y duradera.
- Hacer patente la complejidad de la intervención a estas personas y la dificultad para realizar una atención integral.

2.2 Fundamentación teórica

Una de las razones por las que apenas se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación (OMS (2002) Informe Mundial sobre violencia y salud.).

Si la propia OMS relativiza el concepto de violencia (según apreciaciones) es obvia la necesidad de establecer unas referencias claras en los términos utilizados en este documento. Para ello se definen y caracterizan los conceptos tomándolos de las fuentes que, a nivel profesional, avalan estas nociones.

2.2.1 La definición de violencia.

De acuerdo con la OMS se entiende por **violencia** “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”²

Desde la misma, por tanto, son cuatro las notas características...

- El **uso deliberado de la fuerza o poder**: se trata de actos voluntarios (planeados o no) y no accidentales, en los que se usa la agresión física o psicológica (forzando la voluntad).
- En grado **de amenaza o efectivo**: comprende una acción como la expresión de intenciones, el “anuncio” de lo que se querría acometer.
- Contra **uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad**: incluye la autoagresión (suicidio, autolesiones) tanto como la agresión hacia personas o colectivos.
- Que **cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos**, trastornos del desarrollo o privaciones.

2.2.2 Violencia de género

De nuevo tomando como referencia la definición de un organismo internacional, la Asamblea General de Naciones Unidas en 2003, definió la **violencia de género** como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene o puede tener como resultado daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública como en la privada”. Utilizamos la expresión violencia de género para referirnos a la violencia que padecen las mujeres por el hecho de serlo.

A nivel nacional contamos con la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género cuyo objeto queda definido en su Título Preliminar como se recoge a continuación:

“Art. 1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre

.....
² OMS/WHO Global Consultation on Violence and Health (1996). Violence: a public health priority. Ginebra, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”

Por su parte, el Gobierno autónomo en el año 2005 aprobó la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid, donde encontramos una consideración más amplia de la Violencia de Género

[...]Art.2. La Violencia de Género a que se refiere la presente Ley comprende toda agresión física o psíquica a una mujer, que sea susceptible de producir en ella menoscabo de su salud, de su integridad corporal, de su libertad sexual, o cualquier otra situación de angustia o miedo que coarte su libertad. Asimismo, se considera Violencia de Género la ejercida sobre los menores y las personas dependientes de una mujer cuando se agrede a los mismos con ánimo de causar perjuicio a aquélla.

Quedan también incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley, las conductas que tengan por objeto mantener a la mujer en la sumisión, ya sea forzando su voluntad y su consentimiento o impidiendo el ejercicio de su legítima libertad de decisión en cualquier ámbito de su vida personal.”

2.2.3 Tipos de violencia de género³

Todas las manifestaciones de violencia (física, verbal, sexual, etc) de parte del hombre maltratador están dirigidas a conseguir el control y sometimiento de su pareja. Cada situación es única y diferente a las demás aunque existen denominadores en común. Se pueden dar distintas formas de violencia ya sea de forma exclusiva aunque normalmente **se suelen simultanear varias formas de violencia y en distinto grado**. Incluso en distintas fases de la relación pueden predominar una o varias formas de maltrato cambiando y moldeándose a lo largo de la relación, o incluso, tras la ruptura.

2.2.4 Personas con enfermedad mental grave y duradera

Son aquellas personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos como la esquizofrenia, trastorno bipolar y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad (cluster tipo A). Estos trastornos dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria como la higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos (Goldman,

.....
³ Existen muchos tipos de violencia de género, aunque en este trabajo, nos centraremos en los términos que se han utilizado al presentar los datos:
Violencia física: Cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.
Violencia psicológica: Toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.
Maltrato económico: Privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la pareja.
Violencia Sexual: Cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima.
Maltrato social: Se produce en la medida que el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.
Negligencia: No satisfacer, por parte del cuidador, una necesidad básica, aun conociéndola y contando con los medios para hacerlo.
Violencia ambiental: Conductas consistentes en golpear o/y romper objetos y mobiliario de forma intencionada, al igual que tirar objetos de valor económico o sentimental que pertenecen a la mujer.

Gatozzi y Tanbe, 1981, p.22).

Para que una persona presente un trastorno mental severo, debe concurrir en las siguientes tres dimensiones (NIMH, 1987⁴):

- Diagnóstico: fundamentalmente trastornos psicóticos y especialmente esquizofrenia.
- Discapacidad: Déficit en alguna o varias de las siguientes grandes áreas de autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y/ funcionamiento laboral.
- Duración: debe ser persistente en el tiempo para descartar las personas que pueden presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, que tengan poca evolución y por tanto un diagnóstico todavía no muy claro.

2.3 Formulación del problema

Los problemas de salud mental para la sociedad en general son grandes desconocidos lo que hace que, en muchas ocasiones, se tengan prejuicios que desembocan en un trato discriminatorio. Comúnmente se suele relacionar enfermedad mental con personas altamente conflictivas e incluso peligrosas para la sociedad. Estas ideas preconcebidas hacen que desde la sociedad se tenga una visión estigmatizada de las personas que padecen una enfermedad o trastorno mental grave, y como consecuencia su rechazo social.

Como se recoge en la *Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental* de enero de 2011, estas personas suelen tener mayores dificultades en su plena integración como ciudadanos que la población carente de esta problemática. Presentan mayor aislamiento social, déficit de autoestima, dificultades para el acceso a un empleo y la pérdida de oportunidades en distintas facetas de la vida cotidiana.

En esta panorámica de mayor vulnerabilidad si añadimos la dimensión de género, damos un salto cualitativo en la situación de desventaja social. En este sentido FEDEAFES (Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) realiza un estudio⁵ sobre el diagnóstico de la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres. En las conclusiones y recomendaciones de este estudio se reflexiona sobre la especial incidencia del factor género en las situaciones relacionadas con la salud mental.

Hacen referencia como datos destacables, cómo el papel de cuidador de personas con enfermedad mental suele caer en las mujeres debido al rol tradicional femenino de cuidadora, con la correspondiente sobrecarga y problemas de salud tanto físicos como emocionales que esto genera. También hace incidencia en la escasa participación ciudadana de las mujeres con enfermedad mental en ámbitos asociativos y comunitarios, tendiendo a su aislamiento social y a la falta de propuestas desde la perspectiva de su realidad.

En esta línea, teniendo en cuenta el factor de género, podemos señalar la especial dificultad que existe en mujeres con trastorno mental grave que están sufriendo violencia de género. En la práctica profesional, al igual que en distinta documentación, se pone de manifiesto un doble flujo de influencia entre estas dos problemáticas. Por un lado, se evi-

.....
4 National Institute of Mental Health (NIMH). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH; 1987.
5 Acceso al documento: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2015/03/Fedeafes_folleto-empoderamiento-mujeres_recomendaciones-conclusiones.pdf

dencia que el sufrir una enfermedad mental incrementa sensiblemente el riesgo de sufrir violencia familiar. Esto puede ser por distintos factores, ya sea tanto por la complejidad en la convivencia en las cuáles se pueden generar diversos conflictos, la falta de habilidades personales en los familiares para el trato con personas con estas patologías, y la escasez de recursos de apoyo a estas familias con la consiguiente sobrecarga y desbordamiento. Se hace patente la especial vulnerabilidad que padecen estas personas, que las hace ser un objetivo más “fácil” para ejercitar un abuso hacía ellas ya sea psíquico, físico o sexual. Cuando estas personas son violentadas en su entorno más próximo no disponen ni de habilidades personales ni sociales, como pudieran tener otras personas sin esta enfermedad, para hacer frente a esta problemática y en último caso salir de ese entorno maltratante. Unido a esto se tienen que enfrentar con las barreras institucionales al ver dificultad en ocasiones para dar credibilidad a su relato y la falta de recursos disponibles. Cuando estas personas cuentan que están siendo violentadas de forma psíquica o física en su ámbito familiar, los profesionales de distintos ámbitos, ya sea en ayuntamientos, sedes judiciales, cuerpos policiales o sanitarios, pueden tender a pensar que la persona está exagerando o incluso “deformándolo” fruto de su enfermedad. Cuando se enfoca toda la atención en la patología mental en sí misma, viendo solo a la persona como una “enferma mental” se deja de lado otros aspectos de la vida de la persona y se puede caer en estas valoraciones a priori dejando de indagar o investigar, cómo se podría hacer si lo expusieran otras personas. Yendo un poco más lejos, incluso se puede culpabilizar a estas personas, y sin quererlo, justificar la actuación violenta del familiar, argumentando lo complicado de convivir con una persona con esta problemática.

Por otro lado se plantea otra correlación, y es cómo las vivencias maltratantes que sufren estas personas, que algunos casos pueden llegar a ser traumatizantes, afectan de forma severa pudiendo agravar su enfermedad. Son múltiples los estudios y bibliografía⁶ que hacen referencia al daño emocional⁷ que sufren las mujeres que han estado expuestas o han sufrido violencia de género durante un periodo prolongado de su vida. Esta afectación emocional puede verse altamente incrementada cuando la mujer sufre una enfermedad o trastorno mental grave.

Este tipo de casuísticas, dónde se entrelazan distintas problemáticas o factores de vulnerabilidad, son especialmente complejas tanto en la prevención como en su intervención social. La práctica en trabajo social suele ser fragmentada tendiendo a agrupar a la ciudadanía por problemáticas específicas y de ahí radica en muchas ocasiones la dificultad. Es cierto que es necesario la especialización en distintas problemáticas para poder realizar una intervención más eficaz, ya que los profesionales suelen estar formados en esas materias y se dispone de mayor conocimiento al respecto. Aun así creemos que se debería hacer una revisión tanto en las administraciones y como en el tejido asociativo para limitar, de alguna manera, el caer en categorías tan parceladas. Partimos de la realidad que el ser humano es un todo y en la gran mayoría de casos se pueden plantear distintas problemáticas simultáneas o aspectos que generan vulnerabilidad, que involucran a distintas áreas y son susceptibles de abordarse. Podemos tener características de población que encajen en distintos colectivos, por ejemplo se puede ser mujer, madre y adolescente al mismo tiempo,

.....
6 Echeburúa, E. et. Al. (2002) Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Universidad del País Vasco <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/17-danopsi.pdf>

7 La OMS (1998) señala: “la tortura mental” y el hecho de “vivir con miedo y aterrorizados” como el peor aspecto de los malos tratos, adquiere aún un mayor sentido lógico a la hora de comprender el estado de desgaste emocional que alcanza la víctima. La gravedad de las secuelas psicológicas hace necesario abordar el papel que desempeña el manejo de las emociones para la prevención o posibles tratamientos para el maltrato psicológico en las relaciones de pareja.

al igual que podemos tener un problema de drogadicción y un ámbito familiar disfuncional.

Esta excesiva parcelación en los dispositivos de atención plantea, en ocasiones, la dificultad de perfilar cuál es el recurso más idóneo para realizar la intervención, y en ocasiones hace que la persona tenga que acudir a distintos recursos exponiendo su vida pudiéndose llegar a darse lo que frecuentemente se llama “maltrato institucional” si las intervenciones desde los distintos dispositivos no están lo suficientemente coordinadas.

3 Método

Para la búsqueda de información referente a la problemática de la violencia de género, su incidencia en personas con diagnóstico de enfermedad grave y duradera hemos seguido el siguiente procedimiento:

- Se ha recabado información cuantitativa acerca de la incidencia de la violencia de género e intrafamiliar en personas con enfermedad mental grave y duradera. La información se ha obtenido de las historias sociales y el seguimiento llevado a cabo. A su vez, para completar dichos instrumentos profesionales, la información se obtuvo a través del informe de derivación del centro de salud mental, coordinaciones con otros recursos y entrevista con el usuario. Los datos que se han extraído, se han dividido por sexos para conocer mejor su incidencia; a excepción de los datos de violencia de género que sólo pueden darse en mujeres.
- Se ha procedido a revisar las principales fuentes documentales (estudios e informes disponibles) así como protocolos de actuación difundidos entre los profesionales sociales.
- Como complemento a la información cuantitativa se ha recogido información de victimología y la intervención desarrollada desde un recurso específico de atención a mujeres víctimas de violencia de género. Aunque no son datos comparables al tratarse de distintos territorios se ha valorado e incorporado como Anexo a este trabajo, apoyando así la dificultad de los recursos establecidos para identificar esta doble problemática.

4 Resultados

La población diana son los usuarios del Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC), desde el año 2012 hasta el 2014, tanto hombres como mujeres siendo una población total de 40 personas atendidas. **Todas ellas** cuentan con un **diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera**, presentan historia abierta en el servicio de Salud Mental de la zona y han estado o se encuentran en intervención con el Equipo de Apoyo Social Comunitario.

Antes de desglosar los datos, señalar la dificultad para poder detectar todos los casos de violencia sufrida, debido a la falta de conciencia de ello por parte de las víctimas, miedo a posibles represalias, el paso del tiempo, etc. Por lo tanto, se estima que los resultados pudieran ser incluso más altos de los expuestos en este trabajo.

4.1 Víctimas de violencia

La distribución de la población total según sexo es de: 21 hombres y 19 mujeres. Las proporciones pueden verse en la tabla 1:

Tabla 1. Población total

	Población atendida con EM	Personas con EM y víctimas de violencia	Incidencia Violencia en personas con EM*
Mujer	19	12	63,2%
Hombre	21	6	28,6%
Total	40	18	45%

*EM= Enfermedad Mental

Fuente: Datos de atención EASC. Elaboración propia

Resulta alarmante observar la incidencia de las situaciones de violencia en personas con enfermedad mental grave y duradera (hombres y mujeres) que, como puede verse en la tabla superior, afecta a un 45% (casi a la mitad de la población atendida). Además, si desgregamos esta información por sexos podemos comprobar cómo son las mujeres las que en mayor medida sufren estas situaciones (2 de cada 3), proporción que en los hombres baja hasta situarse en uno de cada tres.

4.2 Tipo de violencia sufrida

Como se ha apuntado precedentemente, es habitual que las personas que sufren malos tratos sean víctimas de más de un tipo de violencia. En la población objeto de estudio se han detectado un total 30 episodios de violencia, cuya distribución según tipo de violencia sufrida y sexo, se desglosa en la tabla 2:

Tabla 2. Tipo de violencia sufrida según sexo

Tipo violencia	POBLACIÓN que ha sufrido violencia	Violencia Género	Violencia Familiar	Abusos sexuales	Exposición	Frecuencia absoluta
Mujer	12	10	4	8	1	23
Hombre	6		2	1	4	7
TOTAL	18	10	6	9	5	30

Las cifras que aparecen en la tabla superior muestran la presencia simultánea de distintos tipos de violencia sobre una misma persona (1,6 formas de violencia por persona). En el caso de las mujeres esta cifra aumenta hasta casi llegar a 2 por cada mujer. Se puede observar cómo las situaciones de violencia inciden especialmente en las mujeres con enfermedad mental grave.

Analizando los tipos de violencia que se han detectado en personas con enfermedad, según sexo podemos comprobar que del total que han padecido las mujeres los más frecuentes han sido los de violencia de género seguidos de los abusos sexuales⁸ con un 43,5% y un 34,8% respectivamente. En el caso de los hombres con enfermedad mental el tipo que más se repite es la exposición a la violencia. Al contabilizar un mayor número de situaciones de violencia las mujeres que los hombres es lógico que las cifras totales repitan la frecuencia detectada en ellas: por orden, las situaciones más frecuentes en la población con enfermedad mental grave son las de violencia de género, seguidas de abusos sexuales, violencia familiar y en último lugar, exposición a la violencia.

Tabla 3. Incidencia del tipo de violencia según sexo

Tipo violencia	Violencia Género	Violencia Familiar	Abusos sexuales	Exposición	Frecuencia relativa
Mujer	43,5%	17,4%	34,8%	4,3%	100,0%
Hombre		28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
TOTAL	33,3%	20,0%	30,0%	16,7%	100,0%

En la tabla 4 se muestran las cifras en relación a las 30 situaciones de maltrato detectadas. La información se muestra desagregada por sexos donde claramente podemos ver cómo 7,7 de cada 10 situaciones de violencia la padecen las mujeres.

Tabla 4. Incidencia de las formas de violencia

Tipo violencia	Violencia Género	Violencia Familiar	Abusos sexuales	Exposición	Frecuencia relativa
Mujer	33,3%	13,3%	26,7%	3,3%	76,7%
Hombre		6,7%	3,3%	13,3%	23,3%
TOTAL	33,3%	20,0%	30,0%	16,7%	100,0%

Además en la tabla 4, se observa que tras la violencia de género, las mujeres que tienen una enfermedad mental grave sufren abusos sexuales y situaciones de violencia familiar dejando patente la variable género.

Apartado separado merece la categoría de **violencia de género**, que afecta al 83,3% de las mujeres que han sufrido situaciones de violencia y detectado por el Servicio.

.....
⁸ Nota aclaratoria: A la hora de clasificar la información de la que se disponía se ha diferenciado entre violencia sexual como una forma de violencia de género de abusos sexuales: la distinción reside en por parte de quién emana la violencia: si es pareja o expareja: se identifica como Violencia de Género; en caso de que sean familiares o conocidos o desconocidos que no pertenezcan al entorno familiar es valorado en este trabajo como Abuso sexual.

Tabla 5. Tipo de violencia de género sufrida

Tipo Violencia Género sufrida	n	%
FÍSICA	4	40,0%
PSICOLÓGICA	10	100,0%
ECONÓMICA	3	30,0%
SEXUAL	5	50,0%
NEGLIGENCIA	2	20,0%

De los casos de violencia de género, todas las mujeres sufrieron violencia psicológica, la mitad sufrieron violencia sexual por parte de su pareja, y el 40% presentó violencia física. El 30% de las mujeres no han podido gestionar su dinero o se ha ejercido un control de ello por parte de su pareja. Y en dos casos se detectó que la pareja no desarrolló los cuidados médicos adecuados a la víctima de forma consciente.

Como se ha señalado en este trabajo, los datos de víctimas con enfermedad mental señalan que **12 de un total de 19 mujeres con las que hemos intervenido, han sido víctimas de algún tipo de violencia**, y un **52,6% de violencia de género** concretamente (10 de las 19 mujeres atendidas). Y la cifra presumiblemente es más alta porque en muchos casos la mujer no verbaliza estas situaciones, ya sea por falta de conciencia de ser un delito o por falta de alternativas si lo denuncia. Estamos hablando de mujeres con unos ingresos económicos bajos o inexistentes, sin red de apoyo informal, aisladas y cuyo principal cuidador es su maltratador. La realidad es que se carecen de alternativas después de denunciar. La especialización de las redes de atención social ha conllevado que personas que podrían ser atendidas en varias redes no puedan acceder a ninguna. El ideal de intervención integral se pierde con la fragmentación y sectorización inflexible de los recursos existentes.

4.3 Intervención llevada a cabo desde el recurso

La intervención que se ha desarrollado desde el EASC en el caso de las mujeres, se ha centrado en la vigilancia de la situación al ser el único recurso que accedía al domicilio o presentaba un importante y sólido vínculo con la víctima.

Tabla 6. Tipo de intervención llevada a cabo desde el EASC

	MUJERES		HOMBRES	
	n	%	n	%
GESTIONES	2	11,8%	1	5,9%
CONTENCIÓN DEL USUARIO	1	5,9%	2	11,8%
DENUNCIA DE LOS PROFESIONALES	1	5,9%		
VIGILANCIA SITUACIÓN	3	17,6%		
INFORMAR A SS.SS.	1	5,9%		
INFORMAR AL AMTA	1	5,9%	1	5,9%
INTERVENCIÓN CON AGRESORES	1	5,9%		
EMPODERAMIENTO DE LA VÍCTIMA	2	11,8%		
DERIVACIÓN RECURSO MUJER	1	5,9%		
TOTAL	13	76,5%	4	23,5%

Se ha iniciado también una intervención de empoderamiento de la víctima en dos de los casos. Sólo en uno de los casos se realizó una derivación a los recursos especializados de mujer.

En el caso de los hombres, la intervención se centró en contener a la víctima ante posibles agresiones a su agresor u objetos o a sí mismo.

Señalar que de ambos sexos, se informó de la situación detectada a los recursos relevantes en cada caso como Servicios Sociales, la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto. En todos los casos se informó a Salud Mental.

5 Discusión

Con el análisis de los datos de atención del EASC, se pretende visibilizar la unión de las dos problemáticas que planteamos, es decir, mujeres con enfermedad grave y duradera y víctimas de violencia de género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el primer informe global que realizan sobre la violencia contra la mujer, apunta a que cerca del 35% de todas las mujeres a nivel mundial, experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella, en algún momento de sus vidas y que por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia físico o sexual por parte de su pareja.

Con los datos que contamos en el presente trabajo la prevalencia de violencia hacia mujeres con enfermedad mental grave o trastorno mental de parte de sus parejas sería del 52,6% una cifra significativamente mayor que la media en mujeres sin este tipo de problemática.

Ante estos datos vemos la relevancia de poner encima de la mesa, no tanto la búsqueda de soluciones por la complejidad del tema, sino al menos la necesidad de analizar esta rea-

lidad y abrir un debate de discusión en las Administraciones.

Se plantea la cuestión de que si se visibilizaran las situaciones de maltrato en mujeres con enfermedad mental, aumentarían las denuncias y como consecuencia los recursos disponibles, por dos razones, por hacerse patente esta necesidad y porque las usuarias se sintiesen respaldadas en su decisión y en su posterior recuperación sociopersonal.

En los casos específicos que estamos planteando, es decir mujeres con enfermedad mental grave que sufren violencia en el ámbito familiar y más concretamente de parte de su pareja se presenta esta dificultad. En los dispositivos de salud mental se plantea un déficit en los mecanismos de prevención en situaciones de violencia familiar ya sea por falta de formación en estos aspectos o por la excesiva priorización que se da a la problemática de salud mental.

Una vez detectado y valorado la existencia de violencia doméstica, en los casos que venga de mano de su pareja, la intervención especializada la pueden ofrecer en los Puntos Municipales de Observatorio Regional de Violencia de Género de los ayuntamientos. Generalmente el personal profesional de estos dispositivos está altamente formado en aspectos de género y violencia machista, si bien se da un déficit en la formación e incluso de experiencia en intervención en cuadros de enfermedad mental grave, imprescindible para el abordaje de estas casuísticas. En estos casos se plantea el dilema que es necesario el abordaje de la problemática de violencia machista pero es necesario contar con conocimientos de salud mental para poder intervenir de una manera eficaz.

Estas dificultades detectadas se pusieron de manifiesto desde varias instituciones, sobre todo de atención a mujeres víctimas de violencia en la Comunidad de Madrid. Por ello, hace unos años se puso en marcha el *Programa Atiende* que es una unidad de atención e intervención del daño emocional que cuenta con trabajadora social, psicóloga y psiquiatra. En este servicio sanitario, ubicado en el Hospital Gregorio Marañón, intervienen con mujeres e hijos que tengan una afectación severa tras la vivencia de violencia, y dan cobertura a mujeres que padezcan trastornos o enfermedades mentales, aunando la intervención en la situación de maltrato con conocimientos y recursos de salud mental.

Otra necesidad que se hace patente en la práctica profesional es la carencia de recursos que respondan a la necesidad real para estas casuísticas.

En caso de valorar la necesidad que la mujer salga del domicilio familiar por la gravedad de la situación, los profesionales se encuentran con la dificultad de contar con un recurso de alojamiento. Si la mujer está en una situación de peligro por la situación de violencia que sufre con su pareja o marido, lo más conveniente y sensato sería pensar que debería ingresar en los recursos institucionales para este fin, como son centros de emergencia y de acogida de la Comunidad de Madrid. Allí la mujer estaría protegida ya que cuentan con medios de seguridad y su ubicación es confidencial.

En la práctica profesional nos encontramos como en los recursos residenciales de protección para mujeres que estén vivenciando violencia machista un factor de exclusión para su ingreso es que padezcan enfermedad mental grave. Se deja así fuera de la posibilidad de ingreso a cualquier mujer que padezca enfermedad mental grave sea cual fuere su situación de violencia. Con esta cláusula se parte de la premisa que toda persona que padece enfermedad mental o trastorno mental grave no es apta para tener una convivencia adecuada con otras personas. No se plantea la posibilidad de realizar una valoración del estado

mental de la persona con estas enfermedades antes del ingreso para valorar la posibilidad de este. Cada enfermedad y estadio unido a las características individuales de la persona hace que cada caso sea diferente. Sería idóneo que cuando la persona estuviera estable y con medicación pautada, sin brotes que pudieran alterar la convivencia con las otras mujeres y sus hijos, se permitiera su ingreso haciendo efectivo así la igualdad de condiciones con otra población no afectada por estas dolencias.

Esta realidad llama la atención ya que entra en contradicción con numerosas cartas y declaraciones institucionales en torno a personas con enfermedad mental grave, potenciando desde la propia administración tratos desiguales y discriminatorios. Las mujeres que sufren violencia machista con la necesidad de salir de su domicilio por valorarse riesgo y tienen enfermedad mental se las canalizaría a los dispositivos residenciales de salud mental como pueden ser mini-residencias, pisos supervisados, plazas en pensiones supervisadas, etc. Estos recursos le permitirían salir de su domicilio pero ni son de emergencia, con lo que su ingreso se puede prolongar varias semanas, además de no ofrecer las medidas de seguridad adecuadas para estos casos.

6 Conclusiones

El presente trabajo ha tratado de evidenciar la especial vulnerabilidad social de las personas con enfermedad grave y duradera.

Entre las principales conclusiones destacar que:

- se ha podido constatar que **el maltrato está asociado a la dimensión de género** (dos terceras partes de las víctimas de violencia son mujeres).
- La **forma de violencia más frecuente es la psicológica** y casi siempre combinada con otro tipo de maltrato.
- Entre los factores que contribuyen a la invisibilización de este colectivo se encuentra el estigma que han venido arrastrando al considerarlas personas violentas, impredecibles y que entrañan riesgos para los demás, cuestiones éstas que les apartan, por ejemplo, de la red de atención para mujeres víctimas de violencia machista.
- En la recogida de datos directamente de los usuarios llevada a cabo, se pudo constatar que muchas de las mujeres entrevistadas no presentaban una conciencia de ser o haber sido, víctimas de violencia de género. A lo largo de las entrevistas o del seguimiento realizado, refieren hechos constitutivos de delito como si no lo fueran. Se han encontrado en aspectos del control económico, violencia sexual e insultos. Así mismo también se han detectado casos de mujeres, que aun siendo conscientes de su condición de víctima, no lo afirmaban de tal forma, justificaban o negaban. A tenor de este aspecto, podemos apuntar que el número de mujeres víctimas de violencia de género que se ha detectado en la población diana (**52,6%**), podría llegar a ser más alto, al haber sido la violencia normalizada y naturalizada por muchas de ellas.

La fragmentación de las redes de atención social en colectivos muy concretos, puede conllevar que algunas personas con situaciones multiproblemáticas, queden fuera de la Red de atención por no ajustarse, de forma estricta, a los perfiles de los recursos. Así mismo, una red de atención demasiado especializada puede no ser rentable económicamente al no contar con un número de casos muy alto. Por lo que una posibilidad sería una inter-

vención y unos recursos, cuyos perfiles de acceso fueran más flexibles, para ajustarse a la diversidad de las situaciones de las personas. Ante esto habría que dotar a los profesionales de formación adaptada a dicha diversidad.

Nos encontramos con una realidad que a día de hoy continúa tapada. Los datos que se han apuntado ayudarán a hacerse una idea de la realidad que existe y que hay que intervenir sobre ella. Tres de cada cien personas tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera en nuestro país; la proporción entre hombres y mujeres es prácticamente del cincuenta por ciento. Las mujeres con enfermedad mental y víctimas de violencia de género, ante todo, tienen derecho a recibir la atención que precisen. Son mujeres especialmente vulnerables que seguirán calladas si los profesionales no les ayudan a hablar.

La constatación de que muchas personas con enfermedad mental grave son víctimas de maltrato reclama una profundización en el tema, una futura investigación que contribuya a poner en marcha estrategias para conseguir dar respuesta a esta triple problemática social.

7 Referencias bibliográficas

- Castelló Blasco, J. (2006). Dependencia Emocional y Violencia Doméstica. Revista Futuros (Nº14, Vol IV) <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd56/emocional.pdf>
- Comunidad de Madrid (2011) *Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental*. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDECLARACION+ESTIGMA+11+de++Enero+2010.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271927282790&ssbinary=true>
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J. (2002). *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*. *Psicothema* (Vol.14 pp.139-146).
- Garriga Puerto, A. y Martín García-Sancho, J (coord.) (2010) *Guía en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf
- Goldman, H., Gatozzi, A. y Tanbe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22- 22.
- González Aguado, F. (2010) *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA+ATENCIÓN+MÚJERES+MALTRATADAS++CON+TMG.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859272086&ssbinary=true>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=>

3351&cdestado=P

- Lopez Gironés, M. y Polo Usaola, C. (2014). *Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de psicoterapia grupal en un Centro de Salud Mental*. Colegio Oficial de Psicólogos. Vol. 5, nº 1, 2014. pp 29-39. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n1a3.pdf>
- Muñoz, M. et. Al. (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid. Editorial Complutense, S.A. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+iNVESTIGACION++Estigma+y+enfermedad+mental.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271741077969&ssbinary=true>
- OMS/WHO Global Consultation on Violence and Health (1996). *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- Patró Hernández, R.; Limiñana Gras, R. (2005) *Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas*. Anales de psicología, nº 21, nº 1, pp 11-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721102>
- Royal College of Psychiatrists (2009). *La violencia doméstica y sus efectos en los niños*. <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/violenciadom%C3%A9stica.aspx>
- VV.AA. (2008) *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuiaAEVIOLENCIAPAREJA_op.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859264990&ssbinary=true
- VV.AA. (2012) *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

Anexo

Atención a personas con enfermedad grave en 2014, en un recurso municipal de atención a mujeres.

TOTAL CASOS VIOLENCIA GENERO	CASOS CON ENFERMEDAD MENTAL O TRASTORNO GRAVE Y DURADERO	VIA DE ENTRADA AL PMORVG	CUENTA CON DENUNCIA	CUENTA CON ORDEN DE PROTECCIÓN	TIENE DIAGNOSTICO SALUD MENTAL	NECESIDAD DE RECURSO ALOJAMIENTO	SE GESTIONA INGRESO CENTRO EMERGENCIA VICTIMA VIOLENCIA
	1	Orden Protección desde DGM	SI	SI	SI	SI	SI
	1	Acude directamente	NO	NO	SI	NO	-
	1	Orden Protección desde DGM	SI	SI	NO	NO	NO
	1	Acude directamente	SI	NO	SI	NO	NO
	1	Acude directamente	SI	NO	NO	SI	SI
432	5		4	2	3	2	2

Analizando los datos de atención del servicio del Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género de Getafe (en adelante, PMORV) en el año 2014 se plasma que la intersección de las dos problemáticas que planteamos, es decir mujeres víctimas de violencia de género con enfermedad mental o trastorno grave y permanente, no es muy numerosa en comparativa con la población general de este servicio. Aunque esta razón no debiera ser motivo para dejar de plasmar la necesidad que se abra un debate sobre la necesidad de abordar estas problemáticas como otras en las que ocurre de forma similar, por ejemplo mujeres en situación de violencia machista con una adicción, con una discapacidad física, psíquica o sensorial, etc. En el área social, como ocurre en otros campos como las investigaciones sanitarias, se prioriza, como en cierta manera es normal, el ofrecer cobertura a los casos mayoritarios por ser los más habituales en la práctica profesional. Aún así deberíamos tener presente que ante la complejidad de los seres humanos y la sociedad en la que nos desenvolvemos en ocasiones nos vamos a encontrar personas en la que se presentan diferentes problemáticas que hay que abordar. Sin la conciencia de esta realidad podemos estar generando desde la propia administración situaciones de discriminación que pueden potenciar los factores de vulnerabilidad.

En los datos que se presentan, en el PMORV se ha intervenido en mayor o menor grado con 5 mujeres con enfermedad mental o trastorno mental grave. Hay que puntualizar que se computan enfermedades mentales graves y duraderas sin tener en cuenta depresiones crónicas. Esta tipología de daño emocional está altamente presente en mujeres que han sufrido o están padeciendo maltrato de parte de sus parejas, por lo que aumentaría mucho esta estadística, pero no entraría dentro de la conceptualización de enfermedad mental grave o trastorno mental que planteamos en este trabajo.

De estas 5 mujeres 3 acuden por iniciativa propia al Punto Municipal a exponer su situación y 2 son canalizadas a través de la Dirección General de la Mujer por haberse concedido Orden de Protección. Ninguna mujer fue derivada del ámbito de Salud mental.

En relación con los ingresos en Centros de protección para mujeres en situación de malos tratos que se perciba un riesgo hay que puntualizar, que gracias a la Ley reguladora de orden de Protección que permite permanecer a las mujeres en su domicilio y que sean los agresores los que salgan del domicilio familiar con una orden de alejamiento, hace que en la gran mayoría de los casos las mujeres se mantengan en sus casas. Los ingresos en Centros de Emergencias se realizan en casos que el riesgo se valora muy alto o por situaciones de vulnerabilidad social, es decir, carezcan de domicilio, no puedan afrontar el pago de la casa, etc. Por ello los ingresos en Centros de Emergencias actualmente no son muy numerosos. En el año 2014 desde el PMORVG se han realizado 4 ingresos. De la población que analizamos, es decir, estas 5 mujeres, dos tuvieron necesidad de alojamiento alternativo. Con una mujer el ingreso se realizó desde servicios de emergencia de Madrid, desconociendo si desde estos recursos tenían constancia del diagnóstico de salud mental. La mujer estuvo tan solo un día en ese recurso, siendo canalizada a Getafe. En Getafe la mujer prefirió irse al domicilio de su madre. La otra señora fue canalizada a un recurso de emergencia desconociendo su estado mental ya que fue un caso de urgencia. A los días del ingreso en el centro la señora tuvo un posible ataque paranoico, con lo que desde el propio centro dieron aviso a los servicios correspondientes y se realizó ingreso en unidad psiquiátrica. La mujer al salir se fue a su país, Marruecos. No hubiera podido volver al centro de Emergencias.

En cuanto a la intervención realizada desde el PMORVG, suele ser prioritariamente social y jurídica ya que la atención psiquiátrica y psicológica en 3 de los casos ya se ofrecía desde el ámbito de salud mental con profesionales asignados, en los otros dos casos, uno al no estar diagnosticado todavía se canaliza al servicio *Atiende* para su valoración, y el otro caso al marcharse del país la señora no se sigue interviniendo.

Voluntad vital anticipada: la realidad sociosanitaria del distrito Guadalquivir desde una perspectiva del Trabajo Social Sanitario

José Manuel Jiménez Rodríguez

Trabajador Social. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba

Resumen

La voluntad vital anticipada es una prestación sociosanitaria que permite delimitar las actuaciones clínicas previas a la muerte. Implantada en el Servicio Andaluz de Salud con fecha de 2003, legitima las decisiones terapéuticas del paciente cuando la enfermedad inhabilita la capacidad y la consciencia. Esta, puede quedar garantizada cuando el conocimiento y actitud de los profesionales de la salud son favorables. El Trabajador Social de Atención Primaria puede ser una pieza clave en el inicio de dicha voluntad vital anticipada pues, entre sus funciones se encuentran la información, el asesoramiento, la tramitación y la gestión de recursos. Es a través de este perfil profesional y su adecuada formación y entrenamiento que, el paciente puede iniciar un proceso médico-asistencial y terapéutico garante de los derechos otorgados por la legislación vigente. De esta manera, la planificación anticipada de las decisiones se convierte en una apuesta clara y segura que permite soslayar prácticas clínicas encarnizadas, dando con ello paso a una muerte digna y conciliadora.

Palabras claves

Voluntades anticipadas, planificación anticipada de las decisiones, atención primaria, trabajo social.

Abstract

The advanced care directive is an advanced social health feature that allows define socio clinical interventions prior to death. Implanted in the Andalusian Health Service dated 2003, it legitimates patient treatment decisions when the disease disables one's ability and consciousness. This can be ensured when the knowledge and attitudes of health professionals are favorable. The Primary Care Social Worker can be a key piece in the beginning of such early life they will. Among its functions include information, assessment processing and management of resources. It is through this professional profile and adequate education and the training, that the patient can start a medical-care and therapeutic process that guarantees the rights granted by the prevailing. In this way, the advanced planning of decisions becomes a clear and safe bet that circumvents cruel clinical practices, thereby giving way to a dignified and conciliatory death.

Keywords

Advanced directives, advance care planning, primary care, social work.

INTRODUCCIÓN

España al igual que otros países de la Unión Europea ha venido experimentando importantes avances en el campo de la medicina y la farmacología, provocando un aumento en la esperanza de vida como la inversión de la pirámide poblacional. El desarrollo y puesta en marcha de recursos y prácticas médico-asistenciales y terapéuticas de carácter invasivo e intrusivo como su supremacía aplicativa, ponen a debate y reflexión la cuestión de muerte digna y el derecho del individuo a decidir sobre la forma en que prefiere finalizar su vida. Lejos de prácticas encarnizadas (distanasia) y la iatrogenia clínica (obstinación profesional), existe un alto consenso sobre el derecho a morir digna y respetuosamente con acentuados tintes de divergencia entre paciente, personal sanitario y población general (Street y Kissane, 2001, p. 93-101; Broggi, 2003, p. 75-84). Sobre la base de este discurso ético, emana la necesidad de una regulación legislativa que establezca y garantice medidas de salvaguarda de los derechos y garantías del ciudadano como paciente durante su proceso de muerte, cuando la cronicidad se antepone y la capacidad de expresar, comunicar y decidir. Es por ende del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado el 23 de julio de 1999 (entrado en vigor con fecha de 1 de enero del 2000), que España comienza a arbitrar situaciones y prácticas clínicas marcadas por lagunas y/o vacíos legislativos. Bajo su capítulo II (sobre el consentimiento; art. 5 al 9), la protección de las personas con menoscabada capacidad para expresar su consentimiento, encuentran un pilar firme donde justificar sus decisiones terapéuticas. Desde la implantación de dicho convenio, España y sus diferentes Comunidades Autónomas crean un arsenal normativo que vendrá a regular la autonomía del paciente, el consentimiento informado y la dignidad de la persona en el proceso de muerte. Voluntad vital anticipada, testamento vital o instrucción previa se convertirán en la herramienta que permita al ciudadano/paciente dejar por escrito sus preferencias terapéuticas respecto de los tratamientos de aplicación llegado el momento, quedando definidas las actuaciones clínicas en los procesos de cronicidad y los cuidados paliativos, lejos de la maleficencia y la futilidad e inutilidad terapéutica (Sánchez y Abellán, 2008) (Álvarez, 2012, p. 316-20).

DESARROLLO DEL TEMA

Sobre la Voluntad Vital Anticipada (VVA)

Entendemos por VVA a la manifestación escrita por una persona consciente y libremente a través de un documento (declaración de VVA), que contiene las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que esta desea recibir cuando su capacidad para expresar personalmente queda anulada de manera irremediable (Tamayo, Simón, Méndez y García, 2012). Jurídicamente hablando, dicha VVA encuentra sus orígenes en la sentencia del Tribunal de Minnesota (1905) y la sentencia de Nueva York (1914), las cuales reconocen como derecho inherente al ser humano poder decidir respecto de qué hacer con el propio cuerpo en las etapas finales de la vida. Asimismo, la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de California en 1957 con el caso SALGO (declaración de obligatoriedad de indemnizar al paciente tras pasados los límites de su consentimiento) y la sentencia dictada en 1990 en el caso Cruzan (que culminará con la aparición de la *Patient Self-Determination Act* o ley de autodeterminación del paciente en 1991), se convierten en manifestación expresa

del legítimo derecho otorgado al individuo sobre su capacidad de decidir (Singer, 1991, p. 225-7; Greco, Sculman, Lavizzo y Hansen, 1991, p. 639-43; Roqué y Sureda, 1998, p. 778-80; Requero JL, 2002). Es en de la década de 1960 y gracias a la figura de Lewis Kutner (abogado de Boston defensor de la eutanasia) que se empieza a hablar en EEUU de *living will* (testamento vital) o *advanced directives* (voluntades anticipadas), para referirse al instrumento en el que se dejarán escritas las instrucciones (consentimiento) a seguir por el facultativo en aquellos casos donde el paciente no puede expresar sus deseos (Vid, 1990, p. 307-10; Markson, Clark, Glantz, Lamberton y Kern, 1997, p. 339-406; Thompson, Barbour y Schwartz, 2003, p. 403-9; Louhiala, Hilden y Palo, 2004, p. 362-5; Crane y Wittnik, 2005, p. 1263-8); Kutner creará junto con la *Euthanasia Society of America* el *Euthanasia Educacional Council* o Consejo Educativo de Eutanasia (Kutner, 1969, p. 539-54). El periodo de los años setenta será igualmente de suma importancia pues la *American Hospital Association* (1973), desarrollará la Carta de Derechos del Paciente donde quedarán recogidos el derecho al rechazo de tratamientos y el consentimiento informado. Concretamente, en 1976 y como consecuencia del caso de Karen Ann Quinlan, se pondrá el acento a la primacía del derecho del paciente a morir cuando la enfermedad es irreversible; es en ese mismo año cuando en el estado de California se aprueba la *Natural Death Act* (Towers, 1978, p. 96-8; Stevens, 1996, p. 347-66). Por su parte, el decenio de los noventa propiciará un nuevo enfoque y una nueva concepción de las voluntades anticipadas entre el personal sanitario y la ciudadanía. Será gracias a un grupo bioeticista norteamericano que se empiece a promover el concepto *advance care planning* (planificación anticipada de la atención) para referirse a la planificación de la asistencia sanitaria y/o cuidados en pacientes crónicos, previo a las etapas en que la enfermedad inhabilita la capacidad y consciencia para expresar y establecer acuerdos (Teno, Hill y O'Connor, 1994, p. 36). Dicha PAD estribará en un proceso comunicativo, consciente y meditado entre paciente y profesional (revisable y actualizado), donde ambas partes intercambiarán información acerca de la enfermedad y su evolución, preferencias y tratamientos médico-asistenciales aplicables, valores, etc., ganando protagonismo la figura del paciente en su proceso terapéutico (Kolarik, Arnold, Fischer y Hanusa, 2002, p. 618-24). El objetivo de estos era que se conociesen los valores y prioridades o pasiones de los pacientes mediante su registro en historia clínica de modo que, ello sirviese como soporte en el que apoyarse el facultativo a la hora de tomar decisiones clínicas. De esta forma la voluntad del paciente quedaría consignada una vez dañada dicha capacidad para expresar con el personal sanitario (Berlinger, Jennings y Wolf, 2013). Proyectos de investigación de relevante calado como son el "Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments" (SUPPORT), coadyuvarán un cambio radical de pensamiento frente a las voluntades anticipadas (Júdez y Carballo, 1999, p. 249-63). Gracias a este, el formulario realizado por el paciente (documento escrito) pasará a un segundo plano, para así ganar protagonismo el proceso de comunicación médico-paciente-familia durante el procedimiento de la VVA (Martín, Emmanuel y Singer, 2000, p. 1672-76; Barrio, Molina, Ayudarte, Simón y Abad, 2008, p. 68-78). De igual importancia, se encuentra el estudio desarrollado en 1991 por el *Gundersen Lutheran Medical Center* en el Condado de la Crosse (Estado de Wisconsin). Bajo el seudónimo de *Respecting Choices*, dicho estudio vaticinará un proceso sistematizado o estructurado de entrenamiento a profesionales y la propia comunidad respecto de la VVA y su planificación, obteniéndose sorprendentes resultados en lo que a registro de esta VVA se refiere (Hammes y Rooney, 1998, p. 383-90; Hammes, Rooney y Gundrum, 2010, p. 1249-55; Molloy, Guyatt y Russo 2000, p. 1437-44). Es a partir de ese momento que se pone en marcha un programa formativo conocido como *Gundersen*

Lutheran's Respecting Choices Organization and Community Advance Care Planning Course.

Podemos decir de esta forma que la planificación anticipada de las decisiones (PAD) marcará la senda hacia un enfoque intervencionista en el campo de la atención sociosanitaria, lejos de sistemas burocratizados donde el empoderamiento ciudadano legitime la práctica clínica y con ello se haga patente.

La Voluntad Vital Anticipada en España y Andalucía

En España la VVA encuentra sus antecedentes en la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual reconoce en su articulado el derecho del paciente respecto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, así como, el respeto a la confidencialidad de toda información relativa al proceso de salud-enfermedad de este (art. 10.1,3). Con la entrada en vigor de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art.4, 7 y 8, sobre el derecho a la información asistencial, la intimidad y el consentimiento informado), se produce un verdadero cambio en el sentir y la relación médico-paciente en el proceso de muerte. El dogmatismo hegemónico de la disciplina médica y su ideación dominante frente a determinadas preferencias del paciente respecto de su proceso asistencial, dan paso a un nuevo paradigma basado en el respeto a las decisiones. Desde este momento los poderes públicos y los sistemas sanitarios en su mayor medida, son partícipes y a la vez promotores del impulso de una prestación paulatinamente creciente en cuanto a demanda se refiere. Si atendemos a los datos publicados por el registro nacional de VVA, podemos apreciar como el número de declaraciones de la VVA realizadas en territorio nacional con fecha de julio de 2015 asciende a un total de 189.846, dato inferior al de otros países con mayor tradición (ver tabla 1). Pese a quedar regulada dicha prestación en todas las Comunidades Autónomas, el exánime incremento en las inscripciones del documento de la VVA puede responder a múltiples factores entre los que podemos encontrar la falta de conocimiento, información y formación de mano de los profesionales sanitarios y la propia ciudadanía, como otros factores vinculados a las creencias y valores que estos puedan tener (Simón, Tamayo y Barrio, 2008, p. 346-54; Ameneiros, Carballada y Garrido, 2013, p. 109-16) (ver tabla 2). Para el caso concreto de Andalucía, la VVA queda regulada mediante la ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía reconoce igualmente en su artículo 20.1 el derecho a declarar la VVA. Asimismo, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, garantiza al paciente el derecho a la información clínica, a la toma de decisiones y el consentimiento informado, al rechazo o retirada de una intervención, así como, el derecho a realizar la declaración de VVA en los términos establecidos reglamentariamente (art. 6 al 9, ambos inclusive). Dicha voluntad anticipada ha de quedar inscrita en el Registro Autonómico de VVA como en la historia clínica del paciente y el Registro Nacional de Instrucciones Previas, según lo establece el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, y el Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (art. 9). Podemos comprobar como para el caso concreto de Andalucía, el número de VVA a fecha de junio de 2015 asciende a un total de 28.973, dato inferior al de otras Comunidades Autónomas con mayor trayectoria (ver tabla 3).

Ensayos como los de Champer, Simón, Fajardo, Barrio, etc., reflejan un escaso conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) en lo que a VVA se refiere, así como, revelan una actitud muy positiva hacia la misma y su dificultad para planificarla (Champer, Caritg y Merquet, 2010, p. 463-69; Simón, Tamayo, Vázquez, Duran y Pena, 2008, p.61-6; Fajardo, Valverde, Jiménez, Gómez y Huertas, 2015, p. 139-48; Barrio, Simón y Júdez, 2004, p.1-9). Es por ello que se hace necesaria una intervención más profunda y exhaustiva sobre el conocimiento, actitud y planificación de la VVA, a fin de poder garantizar una prestación implantada en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS). De esta manera, el objetivo de nuestro estudio irá encaminado a determinar el conocimiento, actitud y nivel de planificación de la VVA por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) adscritos al Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba, así como, identificar posibles factores asociados a la PAD.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal dirigido a profesionales sanitarios (médicos, enfermeros) y no sanitarios (trabajadores sociales) de Atención Primaria de Salud (APS), adscritos al Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba y en activo durante el periodo que va desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014. Para la selección de la muestra no se hacen cálculos estadísticos por trabajar con el universo muestral para dichas categorías profesionales y cuya $N=186^1$. Los criterios de exclusión de la muestra seleccionada son: no tener adscrito un cupo de pacientes en consulta clínica; no haber trabajado más de un año; ser médico y/o enfermero del Dispositivo de Cuidados Críticos y de Urgencias (DCCU); ser médico y/o enfermero de triage única y exclusivamente; pertenecer a la especialidad de pediatría y dentista (ver tabla 4).

Variables de estudio

- Variables dependientes: el conocimiento, la actitud y el nivel de planificación de la VVA.
- Variables independientes: sexo, edad, nivel de formación (categoría profesional), situación laboral (tipo de contrato y años de servicio en el SAS).

Recogida de datos

Para la recogida de datos en nuestra investigación se hace uso del cuestionario. Basado en el cuestionario validado “conocimientos y actitudes acerca de las voluntades vitales anticipadas (VVA) o testamentos vitales” cuya autoría corresponde a Pablo Simón Lorda, dicho cuestionario es sometido a un *panel de expertos* con intención de probar su validez y fiabilidad (ver tabla 5 y 6). Previamente a su validación, el cuestionario queda sujeto a un pilotaje del que participan todos y cada uno de los profesionales la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Fuente Palmera. Tras dicho pilotaje, el cuestionario es presentado paulatinamente a una muestra mayor hasta alcanzar un número de 285 participantes (Jiménez, 2014, p.29-38).

.....
¹ A fin de dotar de una mayor representatividad al estudio, para el caso concreto de los trabajadores sociales y debido al escaso número instaurado en las Unidades de Gestión Clínica (UGC), se toma como referencia tanto a los profesionales del Distrito Sanitario Córdoba como a los profesionales del Distrito Sanitario Guadalquivir.

Análisis estadístico

Para la interpretación de los datos obtenidos se hace un análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias, porcentaje, máximos y mínimos, media y desviación típica. Dicho análisis es realizado a través del software SPSS para Windows versión 19².

RESULTADOS

Del personal sanitario

Se recogen 137 cuestionarios de los 179 entregados (tasa de respuesta del 76,5%) (ver tabla 7). De los 137 individuos analizados 75 (54,7%) son mujeres. La media de edad del total de individuos es de 48,8 años (rango 28-63; Dt.7,9). El 26,3% del total pertenece a la UGC de Palma del Río. El 54% son médicos de familia y el 67,2% es propietario de la plaza ocupada. La media de años trabajados en el SAS/años de servicio es de 20,8 años (rango 3-39; Dt.8,4). La puntuación media otorgada al conocimiento que estos profesionales tienen sobre las VVA es de 5,3 (Dt.1,95). A pesar de que el 8,06 (Dt.1,91) cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA y que el 9,3 (Dt.1,24) de estos profesionales respetaría la decisión expresada por el paciente en esta declaración, tan solo el 41,7% ha leído el documento de la VVA en Andalucía y el 22,7% ha leído la guía de apoyo a los profesionales sanitarios para la PAD. Aunque el 8,1 (Dt.2,16) recomendaría a sus pacientes que hicieran la VVA, tan solo un 10,2% de estos profesionales planifica con sus pacientes (previamente y en consulta clínica) dicha VVA. El 4,9 (Dt.3,34) considera la religión (creencias, valores,...) un obstáculo al que el paciente debe de hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA y el 3,1 (Dt.3,34) de estos profesionales sanitarios estima que, el deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta el Código Deontológico de los mismos. El 2,7 (Dt.3,70) de los profesionales encuestados considera que sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar con sus pacientes la VVA. Una media del 4,4 (Dt.3,47) de los médicos y enfermeros encuestados, considera que en su centro de salud la información sobre la VVA corresponde al personal no sanitario (trabajador social/a y/o personal administrativo) (ver tabla 8, 9 y 10).

Del personal no sanitario

Se recogen 15 cuestionarios de los 15 entregados (tasa de respuesta del 100%). El 93,3% del total de participantes fueron mujeres y el 53% tenía una edad comprendida entre 46 y 55 años (media edad: 49,3; rango: 36-64; Dt.7,10). La media de años trabajados en el SAS/años de servicio fue de 21,2 (rango: 9-30; Dt.7,52), teniendo el 73,3 % de los encuestados un contrato en propiedad. El 93,3% de los trabajadores sociales (14 participantes) afirmaba que las VVA están reguladas en la Comunidad Autónoma de Andalucía. El 73% había leído el documento de la VVA de Andalucía y poco más de la mitad (el 53%), no había leído la guía de apoyo a los profesionales para la planificación anticipada de las decisiones. El 93,3% de los trabajadores sociales conoce donde se encuentra el registro provincial de las VVA, y tan solo el 80% ubicó cualquiera de los puntos de registro en la provincia de Córdoba. El resto

.....
² Dado a que se estudias dos perfiles profesionales claramente diferenciados (personal sanitario y no sanitario), cuyo rol y actuaciones sanitarias respecto de la VVA difieren las unas de las otras, se hace un análisis de forma separada a fin de eliminar posibles erratas de interpretación.

respondió con un NS/NC. La puntuación media sobre el conocimiento de la VVA fue de 7,4 (Dt.1,96). Aunque la media del 8,8 (Dt.1,25) de los trabajadores sociales recomendaría a sus pacientes a que hiciesen la VVA, y pese a que tan solo una media del 1,8 (Dt.3,54) de estos profesionales considera que sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar con el paciente la VVA, el 100% de estos no ha planificado la VVA en el último año. Tan solo una media del 3,0 (Dt.1,11) considera que en su UGC o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (trabajadores/as sociales y/o personal administrativo) (ver tabla 11).

DISCUSIÓN

Han pasado más de diez años desde que se publicasen en España y Andalucía normativas específicas en materia de voluntades anticipadas. Pese a todos los esfuerzos depositados de mano de los distintos sistemas sanitarios, esta prestación es aún desconocida para muchos profesionales de la salud. Para el caso concreto del Distrito Sanitaria Guadalquivir, y atendiendo al personal específico de médicos y enfermeros, la valoración propia respecto del conocimiento de la VVA no supera el 5,5, hecho que hace que nos replanteemos si verdaderamente son estas categorías profesionales las más indicadas para iniciar el procedimiento de la PAD. Pese a la buena predisposición, la favorable actitud respecto de dicha herramienta y la ausencia de imposiciones deontológicas o de valores, pocos de estos profesionales ha leído la guía para planificar la VVA, así como, casi ninguno ha planificado la VVA con el paciente durante el último año. Concretamente, menos del 10% de estos profesionales planifica en consulta la VVA, motivo este por el que, para el año 2014 el número de planificaciones realizadas desde AP fue únicamente de 28. De entre los posibles motivos por los que la gran mayoría de los médicos y enfermeros no planifica la VVA, podríamos encontrar la falta de información y formación, así como, la consideración de que la información sobre la VVA es cosa del personal no sanitario (trabajador social o personal administrativo). Para el caso concreto de los Trabajadores Sociales de APS la puntuación media del conocimiento oscila en el 7, lo que nos obliga a mirar a dichos profesionales como los más idóneos para iniciar el trámite de la VVA o el documento que la desarrolla. Conocedores de la normativa vigente de la VVA en el 93,3% de los casos, y en igual porcentaje del registro donde queda materializada, se convierten estos en una pieza clave para el éxito de dicha prestación. Manteniendo la actitud positiva y teniendo en cuenta que las creencias y valores de los trabajadores sociales no operan en detrimento de la VVA, debemos preguntarnos si será la carga asistencial, falta de compromiso, etc., la que marque estos resultados. Se hace necesario un nuevo modelo de gestión o intervención y una mayor formación e información de mano de la Administración Sanitaria que garantice el impulso y éxito de dicha prestación así como, su divulgación y concienciación entre la población enferma y sana. El trabajador social como apoyo a la práctica clínica, puede convertirse en abanderado de dicha prestación desde la consulta individual de AP, promoviendo a su vez estrategias comunitarias que impulsen y eleven dicha VVA a la posición que le corresponde y garantice con ellos el derecho a las decisiones personales y libertades públicas de los pacientes.

PROPUESTAS INNOVADORAS

Dicha investigación permite conocer la realidad sociosanitaria del Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba en lo que a VVA se refiere, así como, el posicionamiento de los profesionales de la salud respecto de la misma. Esta, arroja datos extrapolables a otras zonas (Distritos o Áreas Sanitarias) de semejante estructura geográfica y funcional en el marco del SAS, posibilitando el establecimiento y desarrollo de nuevas líneas de investigación. Asimismo, los resultados extraídos de la investigación, facilitan la puesta en marcha de innovadoras estrategias sociosanitarias de gestión y planificación, garantes del óptimo desarrollo de una prestación implantada en Andalucía desde hace años. Finalmente, se puede decir que este trabajo permite crear nuevos modelos de intervención profesional y de atención socioasistencial, así como, redefinir determinados paradigmas existentes en el marco de la disciplina del Trabajo Social, y en concreto en la especificidad de Trabajo Social Sanitario en el área de la AP; ello, hará que se estrechen lazos entre el campo del Trabajo Social y el campo de la bioética y la biomedicina. Podemos concluir con la idea de que el perfil del trabajador social puede ser el más adecuado para asumir dicha responsabilidad, por su preparación y bagaje en las relaciones sociales y su afán por la lucha y defensa de los derechos y libertades del individuo o la ciudadanía en general y el paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P. (2012). Testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas. *Tribuna*, 8 (2) 36, 316-20.
- Ameneiros, E., y Carballada, C., Garrido, JA. (2013). Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de atención primaria y especializada del área sanitaria del Ferrol. *Revista de Calidad Asistencial*, 28, 109-16.
- Barrio, IM., Simón, P., y Júdez, J. (2004). De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nure Investigation*, 5, 1-9.
- Barrio, IM., Molina, A., Ayudarte, ML, Simón, P., Abad, E., Gasull, M., Jover, C., García, A., Barreiro, JM., Pascua, MJ., Martínez, S., Júdez, J., y Monistrol, O. (2008). Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por la población mayor. *Gerokomos*, 19,1, 68-78.
- Berlinger, N; Jennings, B; Wolf, MA. (2013). *The Hasting Center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life: revised and expanded second edition*. New York. Oxford. University Press.
- Broggi, MA. (2003). Las voluntades anticipadas. *Humanitas, humanidades médicas*, (1),75-84.
- Champer, A., Caritg, F., y Merquet, R. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*, 42,(9),463-69.
- Crane, MK., y Wittnik, M. (2005). Respecting end of life treatment preferences. *Am Fam Physician*, 72, 1263-8.
- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. BOJA núm. 59, de 26 de marzo de 2012, 40-52

Diario Médico (2002). Declaración sobre la actuación médica al final de la vida. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Centro de Documentación de Bioética. Universidad de Navarra. Madrid, 1-4.

Fajardo, C., Valverde, FJ., Jiménez, JM., Gómez, A., y Huertas, F. (2015). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el documento de voluntades anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergem*, 41, 3, 139-48.

Greco, PJ., Sculman, KA., Lavizzo, R., y Hansen, J. (1991). The Patient Self-Determination and the future of advance directives. *Ann Intern Med*, 115,(8), 639-43.

Hammes, BJ., y Rooney, BL. (1998). Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med*, 158, 4, 383-90.

Hammes, BJ., Rooney, y BL., Gundrum, JD. (2010). A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc*, 58, 7, 1249-55.

INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999, 36825-30.

Jiménez, JM. (2015). El cuestionario “conocimiento, actitud y planificación ante la voluntad vital anticipada”: una perspectiva metodológica desde trabajo social sanitario. *Trab Soc y Salud (Zarag)*, 80,(2), 29-38.

Júdez, J., y Carballo, F. (1999). Análisis de los frutos del SUPPORT: 39 artículos generados por el mayor estudio descriptivo de intervención sobre enfermos críticos al final de la vida. En: Sarabia, J., editor. (1999) *La Bioética lugar de encuentro*. Madrid. ABFYC–Zéneca Farma, 249-263.

Kolarik, RC., Arnold, RM., Fischer, GS., y Hanusa, BH. (2002). Advance care planning. *J Gen Intern Med*, 8, 618-24.

Kutner, L. (1969). Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law J*, 44, 539-54.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, 15207-24.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, 40126-32.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2002, 41231-34.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOE núm. 127, de 25 de mayo de 2010, 45646-62.

Louhiala, HM., Hilden, P., y Palo, J. (2004). End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics*, 30, 362-5.

- Markson, L., Clark, J., Glantz, L., Lambertson, V., Kern, D., y Stollerman, G. (1997). The doctor's role in discussing advance preferences for end-of-life care: perceptions of physicians practicing in the VA. *J Am Geriatr Soc*, 45, 4, 399-406.
- Martin, DK., Emmanuel, LL., y Singer, PA. (2000). Planning for the end of life. *Lancet*, 356, 1672-1676.
- Molloy, DW., Guyatt, GH., Russo, R., Goeree, R., O'Brien, BJ., Bédard, M et al. (2000). Systematic implementation of an advanced directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 286, 11, 1437-44.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE núm. 40, de 15 de febrero de 2007, 6591-93.
- Requero, JL (2002). El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español. *Ciclo de ética y humanidades médicas*. ICOMZ. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. May 14; Zaragoza.
- Roque, MV., y Sureda, M. (1994). Consideraciones acerca del testamento vital. *Cuadernos de Bioética*, 4, 778-780.
- Sánchez, J., y Abellan, F. (2008). *Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos*. Granada. Comares.
- Simón, P., Tamayo, MI., Barrio, IM. (2008). Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach. *Bioethics*, 22, 6, 346-354.
- Simón, P., Tamayo, MI., Vázquez, A., Duran, A., Peña, J., Jiménez, P. (2008) Knowledge and attitudes of medical staff in two health districts concerning living wills. *Aten Primaria*, 40, 61-6.
- Singer, PA. (1991). The case of Nancy Cruzan, the Patient Self-Determination Act and advance directives in Canada. *Humane Med*, 3, 225-7.
- Stevens, ML. (1996). The Quinlan case revisited: a history of the cultural politics of medicine and the law. *J Health Polit Policy Law*, 21 (2), 347-66.
- Street, A., y Kissane, DW. (2001). Constructions of dignity in end-of-life care. *J Palliat Care*, (17), 93-101.
- Tamayo, MI., Simón, P., Méndez, C., y García, FJ. (2012). *Guía para hacer la voluntad vital anticipada*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Teno, JM., Hill, TP., y O'Connor, MA. (1994). Advance care planning: priorities for ethical and empirical research. Special Supplement. *Hastings Center Report*, 24(S1), 36.
- Thompson, TD., Barbour, RS., y Schwartz, L. (2003). Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Palliat Med*, 17, 5, 403-9.
- Towers, B. (1976). The impact of the California Natural Death Act. *J Med Ethics*, 4, 96-8.
- Vid, J. (1990). Testamento vital cristiano en *Razón y Fe*, 221, 307-310.

ANEXOS

Tabla 1: Registro nacional de la VVA según Comunidad Autónoma, 2015.

Comunidad Autónoma	Número de VVA realizadas a 1 julio de 2015
Andalucía	28.671
Aragón	6.364
Asturias	4.929
Baleares	4.964
Canarias	7.990
Cantabria	1.950
Castilla la Mancha	5.241
Castilla León	6.319
Cataluña	58.115
Comunidad Valenciana	18.507
Extremadura	1.340
Galicia	4.361
Madrid	17.569
Murcia	3.549
Navarra	2.944
País Vasco	15.026
Rioja (La)	1.917
MSSSI ()	90
Total	189.846

Tabla 2: Marco legislativo de las voluntades anticipadas en España y sus Comunidades Autónomas, 2015.

Ámbito estatal	Normativas jurídicas existentes	
España	IP/VVA	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
	Registro	Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Orden SOC/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado registro nacional de instrucciones previas.
Ámbito autonómico	Normas jurídicas	
Andalucía	IP/VVA	Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las personas menores de edad. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
	Registro	Decreto 238/2004, de 18 de mayo, regulador del registro de voluntades vitales anticipadas en Andalucía. Orden de 17 de enero de 2005, por la que se regulan y suprimen los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por la Consejería de Salud. Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.
Aragón	IP/VVA	Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a voluntades anticipadas. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
	Registro	Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del gobierno de Aragón, por el que se

		aprueba el reglamento de organización y el funcionamiento del registro de voluntades anticipadas.
Baleares	IP/VVA	Ley 1/2006 de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Decreto 58/2007, de 27 de abril, de despliegue de la ley de voluntades anticipadas y del registro de voluntades anticipadas de las Islas Baleares.
	Registro	Orden de la Consejería sobre la creación de ficheros de voluntades anticipadas. BOIB núm. 68 de 8 de mayo de 2007.
Canarias	IP/VVA	Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
	Registro	
Cantabria	IP/VVA	Orden SAN de 27/2005, de 16 de septiembre, por el que se establece el documento tipo de voluntades expresadas con carácter previo de Cantabria.
	Registro	Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el registro de voluntades anticipadas previas de Cantabria. Orden SAN 28/2005, de 16 de septiembre, por el que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del registro de voluntades previas de Cantabria. Decreto 2/ 2012, de 12 de enero, por el que se modifica el decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el registro de voluntades anticipadas previas de Cantabria.
Castilla la Mancha	IP/VVA	Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud.
	Registro	Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha. Orden de 31 de agosto de 2006, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha. Resolución de 8 de enero de 2008, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean nuevos puntos del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha.
Castilla León	IP/VVA	Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas en Castilla y León.
	Registro	
Cataluña	IP/VVA	Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (Con ella, el testamento vital, al que se denomina voluntades anticipadas, tiene un estatus legal.
	Registro	Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipada.
Comunidad Valenciana	IP/VVA	Real Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunidad valenciana. Orden de 25 de febrero de 2005, de la Conselleria de Sanidad, de desarrollo del Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas.
	Registro	
Extremadura	IP/VVA	Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del citado registro.
	Registro	
Galicia	IP/VVA	Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
	Registro	Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización

		y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.
La Rioja	IP/VVA	Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la administración.
	Registro	Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el registro de instrucciones previas de La Rioja. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
Madrid	IP/VVA	Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro Correspondiente. Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales. Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.
	Registro	Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el registro de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid.
Murcia	IP/VVA	Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se prueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.
	Registro	
Navarra	IP/VVA	Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Ley Foral 29/2003, de 4 de abril por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (vigente hasta el 16 de noviembre de 2010). Ley foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
	Registro	Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas.
País Vasco	IP/VVA	Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.
	Registro	Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, del Gobierno Vasco, por el que se crea el registro Vasco de voluntades anticipadas. Orden de 6 de noviembre de 2003, de la Consejería de Sanidad por la que se crea el fichero de datos automatizados de datos de carácter personal denominado "registro Vasco de voluntades anticipadas" y se añade a los gestionados por el Departamento de Sanidad.

Tabla 3. Inscripciones de voluntades vitales anticipadas en Andalucía. Mayo 2004-Junio 2015.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Almería	49	199	144	250	138	232	265	285	97	207	210	107	2183
Cádiz	114	394	291	383	461	357	313	365	116	325	555	235	3909
Córdoba	41	558	170	165	148	221	180	256	130	189	287	140	2485
Granada	143	290	318	950	449	375	369	515	153	307	344	180	4393
Huelva	26	147	93	79	94	138	110	152	65	112	106	88	1210
Jaén	39	211	93	165	156	190	166	165	66	99	134	109	1593
Málaga	206	837	906	1176	651	691	587	772	212	429	448	282	7197
Sevilla	164	677	566	568	588	671	518	749	216	523	507	256	6003
Total	782	3313	2581	3736	2685	2875	2508	3259	1055	2191	2591	1397	28973

Tabla 4. Criterios para la selección de la muestra.

<i>Criterios de Inclusión</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
1.- Tener entre 25 y 65 años. 2.- Trabajar como profesional de AP bajo la categoría profesional de médico de familia, enfermero o trabajador social. 3.- Pertenecer a cualquiera de las UGC adscritas al Distrito Sanitaria Guadalquivir (Bujalance, Fuente Palmera, La Carlota, La Sierra, Montoro, Palma del Río y Posadas). 4.- Ser residente G-3 en adelante y pasar consulta clínica en AP.	1.- No tener adscrito un cupo de pacientes, o sea, no tener asignado como profesional pacientes a la consulta que pasa. 2.- No haber trabajado más de un año. 3.- Ser médico/a y/o enfermero/a de DECU. 4.- Ser médico/a y/o enfermero/a de triage única y exclusivamente. 5.- Pertenecer a la especialidad de pediatría y dentista.

Tabla 5: Tipología y características del cuestionario.

Instrumento de medición	
Denominación	Conocimiento, actitud y planificación ante la Voluntad Vital Anticipada (VVA).
Tipología	Estructurado, cerrado.
Formato	Papel.
Validación	Sometido a panel de expertos.
Administración	Anónimo/ Auto-administrado.
Número de ítems	17 ítems (entre los que se encuentran preguntas dicotómicas y de tipo numérico), y 6 ítems de carácter sociodemográfico.
Marcadores de respuesta	Del 0 al 10, siendo 0 el valor para respuesta "totalmente en desacuerdo, o mínima puntuación" y 10 para la respuesta "totalmente de acuerdo o máxima puntuación".
Escala de medición	Escala de (0-10). SI/NO/NS-NC

Tabla 6. Panel de expertos.

Profesionales	Nº	Ubicación
Comité de Ética e Investigación	1	Hospital Universitario Reina Sofía
Médico especialista en psiquiatría. Dirección UGC de Salud Mental. Experta en Bioética	1	Hospital Universitario Reina Sofía
Médico de AP/ Epidemiólogo/ Profesor	1	Distrito / Universidad de Córdoba
Sociólogo/Profesor/Experto en Metodología y Validación de Cuestionarios	1	Escuela Andaluza de Salud Pública
Enfermera/ Registradora de VVA del SAS	1	Hospital Universitario Reina Sofía
Técnico/ Registrador de VVA de Delegación	1	Delegación de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Pilotaje (médicos, enfermeros y trabajador social)	16	UGC Fuente Palmera

Tabla 7. Distribución de la participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria adscritos al Distrito Sanitario Guadalquivir, 2014.

UGC	Médicos		Enfermeros		Trabajadores Sociales	
	Adscritos	Participan	Adscritos	Participan	Adscritos	Participan
Bujalance	15	9	15	7	1	1
Fuente Palmera	8	8	9	9	1	1
La Carlota	10	10	10	5	1	1
La Sierra	8	7	8	6	1	1
Montoro	15	12	15	10	1	1
Palma del Río	17	17	19	19	1	1
Posadas	15	11	15	7	1	1
TOTAL	88	74	91	63	7	7
Tasa de respuesta		76,5 %			100%	

Tabla 8. Proporción de la participación de las UGC en el estudio, 2014.

UGC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fuente Palmera	17	12,4	12,4	12,4
Palma del Río	36	26,3	26,3	38,7
Posadas	18	13,1	13,1	51,8
La Carlota	15	10,9	10,9	62,8
Montoro	22	16,1	16,1	78,8
Bujalance	16	11,7	11,7	90,5
La Sierra	13	9,5	9,5	100,0
Total	137	100,0	100,0	

Tabla 9. Análisis descriptivo de los profesionales sanitarios respecto de las variables numéricas de la Voluntad Vital Anticipada, 2014.

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P.1	¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	136	,00	10,00	5,375	1,958
P.4	¿Cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA?	137	,00	10,00	8,065	1,914
P.5	¿Considera la Declaración de VVA un instrumento útil para los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre un paciente?	137	,00	10,00	7,978	2,247
P.6	¿Respetaría usted los deseos expresados por un paciente en una declaración de VVA?	137	5,000	10,000	9,394	1,244
P.7	¿Cree que si el paciente nombra un representante en la VVA, facilitaría la toma de decisiones a los profesionales sanitarios en aquellas situaciones en las que el paciente no pudiera expresarse por sí mismo?	137	,00	10,00	8,642	2,081
P.8	¿Usted como profesional, recomendaría a sus pacientes que hicieran una VVA?	137	,00	10,00	8,167	2,164
P.13	¿Sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar la VVA con sus pacientes?	137	,00	10,00	2,722	3,707
P.14	¿Cree usted probable hacer su propia VVA en el próximo año?	136	,00	10,00	3,198	3,581
P.15	¿Considera la religión (creencias, valores,...) un obstáculo al que el paciente debe hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA?	137	,00	10,00	4,934	3,347
P.16	¿El deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta su Código Deontológico?	134	,00	10,00	3,171	3,348
P.17	¿En su Unidad de Gestión Clínica o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (Trabajadores/as Sociales y/o personal administrativo)?	129	,00	10,00	4,488	3,471

Tabla 10: Análisis descriptivo de los profesionales sanitarios respecto de las variables categóricas de la Voluntad Vital Anticipada, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
P.2	¿Las VVA están reguladas por ley en la Comunidad Autónoma de Andalucía?	No	1	,7	,8
		Si	127	92,7	99,2
		Total	128	93,4	100,0
		NS/NC	9	6,6	
		Total	137	100,0	
P.3	¿Ha leído usted el documento de VVA de Andalucía?	No	77	56,2	58,3
		Si	55	40,1	41,7
		Total	132	96,4	100,0
		NS/NC	4	2,9	
		NA	1	,7	
		Total	5	3,6	
P.9	¿Ha leído la Guía de apoyo para profesionales sanitarios sobre Planificación Anticipada de las Decisiones?	No	102	74,5	77,3
		Si	30	21,9	22,7
		Total	132	96,4	100,0
		NS/NC	5	3,6	
		Total	137	100,0	
P.10	¿Planifica con sus pacientes (previamente y en consulta) la VVA?	No	115	83,9	89,8
		Si	13	9,5	10,2
		Total	128	93,4	100,0
		NS/NC	9	6,6	
		Total	137	100,0	
P.10 (Bis)	En caso afirmativo ¿Cuántas veces en el último año?	1,00	4	2,9	30,8
		2,00	4	2,9	30,8
		3,00	4	2,9	30,8
		4,00	1	,7	7,7
		Total	13	9,5	100,0
		Perdidos	124	90,5	
		Total	137	100,0	
P.11	¿Dónde deja registrada la VVA de los pacientes sobre los que planifica?	Diraya/ H ^a Única (*)	13	9,5	86,7
		Otro registro	2	1,5	13,3
		Total	15	10,9	100,0
		Perdidos	122	89,1	
		Total	137	100,0	
P.12	¿Conoce donde se encuentra el Registro provincial de las VVA?	No	86	62,8	64,2
		Si	48	35,0	35,8
		Total	134	97,8	100,0
		Perdidos	3	2,2	
		Total	137	100,0	

(*) Programa informático/ Historia Única de Salud

Tabla 11. Análisis descriptivo de los trabajadores sociales respecto de las variables numéricas de la Voluntad Vital Anticipada, 2014.

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P.1	¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	15	4	10	7,47	1,96
P.4	¿Cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA?	15	7	10	8,87	1,06
P.5	¿Considera la Declaración de VVA un instrumento útil para los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre un paciente?	15	7	10	8,47	1,19
P.6	¿Respetaría usted los deseos expresados por un paciente en una declaración de VVA?	15	7	10	8,47	1,19
P.7	¿Cree que si el paciente nombra un representante en la VVA, facilitaría la toma de decisiones a los profesionales sanitarios en aquellas situaciones en las que el paciente no pudiera expresarse por sí mismo?	15	2	10	7,47	2,48
P.8	¿Usted como profesional, recomendaría a sus pacientes que hicieran una VVA?	15	7	10	8,87	1,25
P.13	¿Sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar la VVA con sus pacientes?	15	0	9	1,87	3,54
P.14	¿Cree usted probable hacer su propia VVA en el próximo año?	15	0	10	4,13	4,19
P.15	¿Considera la religión (creencias, valores,...) un obstáculo al que el paciente debe hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA?	15	0	10	4,00	3,67
P.16	¿El deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta su Código Deontológico?	15	0	8	2,33	2,94
P.17	¿En su Unidad de Gestión Clínica o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (Trabajadores/as Sociales y/o personal administrativo)?	14	2	5	3,00	1,11

Mejora en la atención a domicilio dotando de contenido organizado las visitas domiciliarias

Rosa M^a Sisamón Gil

Trabajadora Social en Servicio Social de base Comarca del Aranda

Fco. Javier de Miguel Marqués

Coordinador del Servicio de Atención a Domicilio en la Mancomunidad de Servicios Sociales de la Zona de Allo

Resumen

El envejecimiento de la población exigirá un aumento de los servicios de atención domiciliaria. Analizar su estructura y función preguntando a las personas atendidas por sus demandas y necesidades, por su situación, nos permitirá plantear el desarrollo futuro de la atención social que prestamos. Para lograr esos datos proponemos aprovechar las visitas domiciliarias organizando su contenido, extrayendo la información necesaria que nos permita marcar las líneas para adaptarnos a la realidad de nuestros usuarios y usuarias.

Palabras claves

Investigación-acción, atención y visita domiciliaria en zona rural, satisfacción (participación), atención sociosanitaria, continuo de cuidados.

Abstract

An aging population will require an increase in home care services. By analyzing structure and function, asking those attended by the services about their demands and needs and about their situation, we will be better able to consider and outline the future social services we provide. To gather the information we require, we propose maximizing the opportunity of home visits to organize their content and gain the necessary information in such a way that we can then draw up action plans which adapt to the reality of our users.

Keywords

Action research, care and home visits in rural areas, participation satisfaction, geriatric care, continuous care.

1.- INTRODUCCIÓN

Como afirma Viscarret (2007; 11-27): “los problemas son cada vez más complejos, presentan múltiples caras y posibles soluciones...”, siendo “posible inducir la teoría desde la práctica y la observación”. Esto invita a impulsar la mejora en la intervención en servicios sociales que requieren un marco idóneo facilitador de reflexión y análisis, de producción teórica desde la experiencia, huyendo de “prácticas mecánicas, asistencialistas, repetitivas y acríticas” (González-Saibene, 2014). Esto, además, ayudará a descubrir elementos que contribuyan a una mayor calidad de vida de las personas que atendemos desde nuestros servicios.

El compromiso y la responsabilidad con nuestra profesión anima, además de desarrollar bien nuestro trabajo, a aplicar recursos y analizarlos en una cultura de cambio desarrollativo, a partir de la intervención, descubrir pequeñas modificaciones tendentes a la mejora, al aumento de la eficacia en la intervención. Los cuestionarios utilizados en el estudio descrito fueron elaborados a partir de documentación de la profesora Morgenstern (2002; 16), quien señala que “una evaluación supone la aplicación de procedimientos sistemáticos de recogida de información y análisis”. Es aquí donde cobra todo su sentido el título del presente artículo: mejorar la atención a domicilio dotando de contenido organizado las visitas domiciliarias.

Este trabajo es una investigación, o más bien, un estudio basado en el análisis de la problemática que aborda a partir de sus actores y actrices principales. En concreto, en la atención a la tercera edad dentro de un servicio de atención a domicilio –en adelante SAD-. Encaja en el concepto de intervención profesional, al ser una propuesta de sistematización y desarrollo de una experiencia profesional con la visita domiciliaria como instrumento para generar conocimiento.

Asumimos el compromiso con la calidad y la acción social, situando a la ciudadanía en el foco de atención de nuestro servicio, siendo sus necesidades y expectativas el objeto de nuestro compromiso. Pérez Serrano (2004; 6) resume perfectamente la idea de este trabajo: “todos los que actúan sobre la realidad social sienten en algún momento la necesidad de mejorar sus instrumentos de trabajo, de identificar mejor los problemas que enfrentan, así como las necesidades que la sociedad, la organización, o los individuos plantean”.

A partir de la presentación de una propuesta de organización del SAD, nos centramos en una estructuración de las visitas domiciliarias, dotándoles de un contenido extra que no requiere más tiempo de dedicación, sino ligeros cambios que permiten extraer, desde el contacto directo en el entorno, interesante información para conseguir un servicio flexible y adaptado a la realidad dinámica.

2.- PRESENTACIÓN DEL TEMA

La Mancomunidad de SSB de la Zona de Allo se creó a finales de 1992. Se compone de 12 entidades locales (Allo, Arellano, Arróniz, Dicastillo, Lerín, Barbarin, Luquin, Villamayor de Monjardín y Distrito de Igúzquiza -municipio compuesto integrado por: Igúzquiza, La-beaga, Urbiola y Ázqueta-). Tiene una extensión de 287,9 km², lo que supone un 2,8 % del total del territorio foral, aunque somos la doceava mancomunidad de servicios sociales con mayor dispersión geográfica de Navarra de un total de 44 entidades.

Los principales datos demográficos según el padrón municipal (datos a 1-1-2013), indican

que nuestra mancomunidad tiene un total de 5.396 habitantes con una densidad de población de 18,7 hb/Km², muy por debajo de la media de Navarra que se sitúa por encima de 60 hb/Km². De ellos, 2.813 personas son varones y 2.583 mujeres. El índice de envejecimiento supera el 28 % (Fuente: INE -Instituto de Estadística de Navarra-).

La plantilla del Servicio Social de Base de la Zona de Allo, donde se circunscribe el estudio, se compone de: Educadora Social, Animadora Sociocultural, Administrativa, dos Trabajadoras Sociales, siete Trabajadoras Familiares (además de contrataciones puntuales en función de la demanda). Contamos con el apoyo de personas en proceso de incorporación sociolaboral que refuerzan y apoyan la plantilla, fundamentalmente, en tareas de limpieza. Actualmente son tres a través del programa de Empleo Social Protegido.

Como demuestran los datos señalados, nos situamos en una zona rural muy dispersa, y una alta tasa de envejecimiento. Destacar que las personas mayores de 80 años suponen el 13 % de la población total. Es representativo, y será necesario tener en cuenta, que más del 50 % del total de nuestra población tiene más de 50 años, siendo la media de edad de 49 años (Fuente: INE -Instituto de Estadística de Navarra-). La tasa de crecimiento es de - 2,55 por lo que a futuro quizá no tengamos relevo para cuidar de las personas mayores que, previsiblemente, vivirán en la Mancomunidad. Con esta realidad actual es necesario ocuparse de la mejora en la organización y desarrollo del SAD, en el horizonte es probable que las limitaciones de autovalimiento afecten cada vez a más personas. Por lo tanto, la atención a la tercera edad aparece como una cuestión prioritaria, siendo el SAD una importante prestación social de ámbito local y basada en la proximidad, cuya mejora y calidad debe ser constante.

El autor Schirmarmache (2004; 69-195), en relación al creciente aumento de la población mayor de 65 años recuerda: *“el envejecimiento es un triunfo, el privilegio de no haber muerto antes”*. Señala que es preciso redefinir, o recuperar, el concepto de envejecimiento como uno de los logros a los que está llamado el ser humano. El mismo autor apunta que con estas cifras de población los *“mayores podrían influir sobre los mercados y las opiniones, y transformarlos hasta una edad muy avanzada”*. En esta reflexión podemos apreciar este sector de población como un recurso, no sólo susceptible de ser atendido, generador de *“cargas”*, sino como un grupo de consumo y presión. En servicios sociales apreciamos el valor de llegar a la vejez y de la contribución que nuestros mayores pueden seguir haciendo. La calidad humana, la experiencia de las personas que atendemos y el tesón que demuestran, no sólo los hace dignos merecedores de ser atendidos, sino que convierte en un honor la posibilidad de hacerlo. Citando a la profesora Sarrate (2006; 126-127): *“la fragilidad física no debe considerarse, ni implica, un sinónimo de fragilidad moral”*. Reducir la esperanza de vida, como indica la misma autora, al peyorativo concepto de *“edadismo”*, que describe a las personas únicamente por su edad, supone cerrar los ojos al gran abanico de posibilidades que presentan nuestros mayores.

Siguiendo con el hilo argumental, añadiremos que el desarrollo del espacio sociosanitario en Navarra recoge la idea del continuo de cuidados, dentro de la atención formal entre distintos servicios y niveles, garantizando una óptima recuperación desde la salida del domicilio/hospitalización/alta/derivación a residencia y/o vuelta al domicilio. En atención primaria de salud, no cuentan con auxiliares de clínica, siendo los servicios sociales quienes asumimos esa parte. Así, además de la tercera edad, se convierten en potenciales personas susceptibles de atención, cualquiera que esté en un proceso de recuperación o

tratamiento de la salud (optimización de alta hospitalaria, enfermedad crónica, pacientes pluripatológicos, etc). Por otra parte, dentro del mismo plan se recoge como objetivo el apoyo a las personas cuidadoras mediante la información, formación, asesoramiento, apoyo técnico o servicios de respiro, una cuestión que venimos desarrollando cada vez con mayor demanda (Plan Sociosanitario de Navarra; 6-42).

La Ley Foral de Servicios Sociales de Navarra (L.F. 15/2006) incluye el SAD dentro de las prestaciones mínimas garantizadas, de implantación obligatoria en todos los Servicios Sociales de Base (atención primaria), siendo además de competencia municipal, como debe corresponder a una prestación cimentada en la cercanía, señalado en su artículo 5 relativo a los principios rectores, punto e. Haciendo referencia en el apartado g, a la atención personalizada e integral para descubrir y cubrir las necesidades de esas personas usuarias. Este es un aspecto básico si queremos mejorar su calidad de vida mediante la atención directa a los beneficiarios/as, e indirecta a familiares, especialmente a las y los cuidadoras/es.

El SAD está dirigido hacia el conjunto de la población que cuenta con limitaciones para la cobertura de las necesidades básicas en su medio habitual. Ofrece la prestación de una serie de servicios, debidamente valorados y supervisados, de carácter individual, pudiendo ser de carácter temporal o permanente en función de cada situación, procurando la mejor integración de la persona en su entorno, el incremento de su autonomía funcional y la mejora de su calidad de vida.

Este servicio se basa en un profundo conocimiento de la realidad, tanto objetiva como subjetiva, de la situación que viven las personas que atendemos diariamente en su entorno. Partimos y aprovechamos el contacto directo, la proximidad, la cercanía. Es fundamental conocer sus expectativas, exigencias y sus necesidades en constante evolución. Son imprescindibles valores como trabajo, esfuerzo, responsabilidad y compromiso en la atención; calidez en el contacto directo, y objetividad en los seguimientos. En definitiva, evaluar periódicamente el servicio que prestamos, tratando de detectar elementos que permitan la adaptación a la realidad dinámica, contribuyendo a la mejora continua de la atención prestada.

El SAD se encuadra dentro de la atención primaria, como un servicio de apoyo integral a las personas usuarias y a quienes se encargan de su cuidado. Se realiza a través de prestaciones que abarcan todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, permitiendo el mantenimiento en su entorno con un mínimo de calidad de vida que nosotros defendemos en torno a nueve dimensiones: Dinamismos Vitales, Salud, Autonomía /Dependencia, Convivencia y Familia, Relaciones Sociales, Vivienda y Entorno, Economía, Provisión de Cuidados y Persona Cuidadora, un concepto adaptado a los servicios de atención domiciliaria inspirados en el concepto de calidad de vida de Verdugo Alonso, Gómez Sánchez, y Arias Martínez (2009). Nuestro objeto es alcanzar el máximo grado de bienestar (físico y emocional), trabajando su desarrollo personal, en el sentido de ir ejercitando habilidades que le permitan alcanzar el mayor grado posible de autonomía, la mejora de sus relaciones, el acceso pleno a sus derechos reconocidos como ciudadanos y específicamente en el acceso a las prestaciones tanto del sistema de servicios sociales como de otros sistemas de protección social (seguridad social, salud, etc.).

Por otra parte, la Ley Foral de Servicios Sociales en su artículo, 6 apartado e, relativo a los derechos de las personas destinatarias, establece la participación en la toma de decisiones, cuestión relacionada con la autonomía, sobre el proceso de intervención social y la

elección de prestaciones entre las opciones que les sean presentadas por las Administraciones Públicas. La labor informativa es aquí una cuestión fundamental, desde el Servicio Social de Base y desde el propio SAD, deberemos conocer la necesidad tratando, a través de ella, de llegar a cubrir la demanda y si es posible sus expectativas. En esta última idea se destila la importancia del diagnóstico, parafraseando a Mary Richmond: *“los dos objetivos del diagnóstico social –primero, realizar una definición lo más exacta posible de la dificultad, y segundo, garantizar que a partir de esta definición pueda realizarse una acción eficaz y continua...”* (Richmond, 2008; 271); una cuestión que debemos introducir en nuestra práctica cotidiana, sobre todo en los casos de atención crónica –como suele ser la atención domiciliaria-, para estar atentos, descubrir las necesidades y adaptar el servicio en un intento de cubrir las.

Dentro de la amplitud que abarca el SAD tanto en los aspectos de atención, como de gestión (de personal y administración), nos hemos decidido por presentar una iniciativa de fácil implantación en otros servicios: incluyendo cuestionarios en las entrevistas de seguimiento con las personas atendidas. Resultando sencillo realizarlas en las periódicas visitas domiciliarias que efectuamos.

Los servicios sociales estamos evolucionando, pese a la actual coyuntura económica, en tres cuestiones fundamentales:

1. Creciente interés por nuestro desarrollo profesional, con un paulatino aumento de la investigación en la acción social y por concretar el objeto del trabajo social.
2. Abandono paulatino de la prestación de servicios en función de su disponibilidad (casi superada la caridad), hacia el reconocimiento de derechos subjetivos.
3. Cambio de orientación desde ser, prácticamente en exclusiva a sectores más desfavorecidos, hasta la actual universalización. La tendencia es hacia la participación en la toma de decisiones de las y los usuarios/as, hacia la diversificación de las formas de atención, hacia la flexibilización. Es en este proceso donde la evaluación del funcionamiento de los servicios es un paso fundamental para la mejora continua, que desarrolle y permita la adaptación a esta tendencia.

En este sentido, numerosos son los autores y profesionales en el ámbito de la intervención social que proponemos iniciar una espiral autorreflexiva sobre nuestro desempeño en el trabajo diario, desde la acción-reflexión, la intervención-evaluación, mediante el contacto directo con la ciudadanía, las entrevistas, cuestionarios, observaciones u otros. Cavilando en tanto actuamos sobre una situación concreta, el escenario real de nuestro trabajo. Desde el positivismo, buscando las causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos del individuo (Pérez Serrano, 1990, 18-80), pero teniéndolos en cuenta. Comparando los casos para tratar de descubrir estructuras y procesos comunes, qué tienen de similar, en qué se parecen; sin olvidar las diferencias que convierten cada caso en una situación única, con semejanzas que podemos extraer de procesos inductivos. Combinando la lógica afectiva con el análisis racional, planificando para mejorar. Aunando eficacia y eficiencia, cantidad y calidad, calidad con calidez, en ese complejo y, todavía, poco conocido mundo de la intervención social.

Tratar de mejorar en nuestro trabajo, implica preocupación e interés por buscar nuevas actividades en este proceso cambio adaptativo a las nuevas situaciones en todos los niveles de los servicios sociales y en concreto del SAD –intervención social, gestión de personal

y gestión administrativa-, facilitando alcanzar mayores cotas de atención y mejores resultados. Pérez de Guzmán (2006; 26) señala que “*el objeto de todo servicio social es la persona, y en torno a ella, a su satisfacción, a la búsqueda del disfrute de cada momento, de su felicidad, debemos dirigir nuestro trabajo*”. Por lo tanto nos enfocaremos, no sólo a la atención social, también hacia la satisfacción, a cubrir las expectativas y demandas, más allá de la simple necesidad de las personas atendidas. Para ello son necesarias evaluación y/o autoevaluación, motivación de grupo y personal, vocación de servicio, responsabilidad en y con el trabajo diario. Es este un gran dilema: atención de la necesidad o a la demanda, con una sencilla respuesta: de la necesidad a tratar de cubrir la demanda. Buscando el razonable equilibrio en lo limitado de los recursos, haciendo uso de la necesaria priorización.

En este intento de adaptación surge una importante dificultad: ¿cómo valoramos un servicio? Objetivamente podemos coincidir en que cumplimos las actividades acordadas en la ordenanza que regula el SAD (B.O.N, nº 35 de 21 de febrero de 2011, artículo 8): levantamos de la cama, realizamos aseos, alimentación, limpieza del domicilio, cambiamos sábanas, pañales, vestimos, etc. Cuestiones objetivas, sencillamente verificables. Sin embargo, nuestra inquietud es descubrir cómo lo hacemos y el grado de satisfacción de las personas atendidas, si cumplimos sus expectativas, comparándolas con el servicio que recibe y orientando los resultados en ese sentido. También es fundamental atender a la satisfacción de las trabajadoras familiares, la importancia de su participación e implicación en la toma de decisiones y diseño de las intervenciones, una trabajadora motivada y comprometida es la base imprescindible para ofrecer un servicio de calidad. Además son ellas quienes conocen, de primera mano y diariamente, la realidad.

La satisfacción de las personas atendidas pasa, no sólo por conocer sus deseos y expectativas, sino por trabajar para su cumplimiento, dedicando los esfuerzos necesarios para ello. Siendo conscientes de que esos deseos y expectativas son dinámicos, modificándose en función de numerosas variables –salud, apoyos familiares y/o de vecinos, dependencia, situación económica, etc.- y que exigen por ello un constante seguimiento realizado en la atención directa de las trabajadoras familiares y las visitas domiciliarias efectuadas por el trabajador social. Esto permite en palabras de Matute, Aragón y Gil (1998; 98) “*revisar la aproximación teórica a las necesidades sociales*”, desde nuestra propia práctica y priorizar líneas de intervención y/o propuestas de desarrollo del servicio.

Este proceso de mejora requiere la aplicación de métodos de evaluación cualitativa y cuantitativa, con la implicación de todos/as los/as participantes. Siendo necesario dedicar un espacio a la reflexión acerca de nuestra práctica profesional, estudiar, analizar, investigar nuestra labor cotidiana, examinar nuestro trabajo. Se trata de responder a un problema eminentemente práctico: qué debemos atender y cómo, desde un SAD de una zona rural, teniendo en cuenta tanto a la población diana, a sus familiares, a las y los profesionales que intervenimos.

En cualquier proceso de mejora es imprescindible saber de dónde partimos, qué tenemos, y qué necesitan nuestros usuarios y usuarias. Es esencial definir qué intervenciones realizamos y si éstas responden a sus demandas y necesidades para, a posteriori, poder evaluar si cumplimos sus expectativas, valorando su grado de satisfacción. Pretendemos conocer la situación, partiendo de la investigación-acción participativa que encaja perfectamente en nuestras funciones y podemos incluir sencillamente dentro de nuestra rutina laboral.

Deseamos contribuir al desarrollo de buenas prácticas en intervención social. Aparece la necesidad de valorar nuestras intervenciones. Conscientes de que una evaluación completa debería ser de tipo externo. La limitación de los recursos económicos obliga a realizarla de manera interna, con dos periodos bien diferenciados:

1. Entre el 2005 y el 2010: donde nos planteamos la necesidad de evaluar el SAD para optimizar un recurso con gran demanda y atender la mayor parte posible. Una cuestión puramente organizativa, relativa a eficacia y eficiencia, a aspectos cuantitativos. Es a partir de 2006 cuando iniciamos la realización, dentro de las visitas domiciliarias, de cuestionarios anuales con los ítems descritos más adelante, donde nos preocupa el grado de satisfacción de nuestros/as clientes.

2. A partir de 2011, atendiendo a los resultados obtenidos y los datos detectados, razonablemente buenos de años anteriores, nos obligan a cuestionar su veracidad e introducimos un modelo de validación cualitativa basado en la doble triangulación; temporal: realizando la cuestionarios en diferentes periodos (primavera, otoño e invierno) y además por diferentes implicados: clientes, Trabajador Social y Trabajadoras Familiares.

Como ya hemos señalado, el SAD es un complejo programa que engloba diferentes aspectos: atención a la **ciudadanía** –atención social-, gestión de **personal**– cumplimiento de horarios y tareas, tiempo de descanso, formación, optimización de la atención directa, etc- y gestión **administrativa** –valoración económica para copago, control de tasas, facturaciones, etc.-. Desde el año 2003 se detecta un progresivo aumento de la demanda, recordar que en el ámbito de atención de la Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de la Zona de Allo tenemos un porcentaje de personas mayores de 65 años que prácticamente alcanza el 30 %, incluso en un periodo de crisis económica, continúa el creciente incremento. Es necesario lograr el máximo desarrollo del SAD, y el mayor grado posible de eficacia y eficiencia. En este sentido nos planteamos lo siguiente:

Como objetivo general:

- Reflexionar sobre la atención prestada, mediante el seguimiento y análisis de los datos obtenidos a través de las visitas domiciliarias.

Objetivos específicos:

- Comprobar completa realización del trabajo, contrastar atenciones.
- Verificar tiempos de atención directa adecuados a compromiso.
- Conocer grado de satisfacción de los usuarios/as.
- Detectar calidad de atención: se cumplen las demandas, trato dado.
- Verificar suficiencia de la atención prestada
- Comprobar prestación en horario deseado.

Relacionado con esto Molleda (2007; 143) afirma que *“la teorización en la que debemos involucrarnos ... , es un quehacer permanente dentro de nuestra tarea cotidiana que crea un saber propio individual y compartido como saber subjetivado ... para adquirir ese saber no es suficiente la práctica, no es suficiente la reflexión sobre la práctica, hay que estudiar y pensar de forma autónoma, es necesario crear categorías teóricas y relaciones entre ellas que produzcan hipótesis nuevas para enfrentarnos a la tarea de intervenir socialmente”*. A partir de esta reflexión surge una cuestión importante que se ha detectado a lo largo de este

estudio, es la necesidad de protocolizar procesos. En un primer momento teniendo claro qué tenemos y qué debemos tener (misión y visión). Como equipo del SAD, elaboramos al menos dos procedimientos al año, la elección la marca la propia dinámica laboral. Ante una dificultad consensuamos la manera de proceder. Durante seis meses dedicamos al menos 4,5 horas –espacios que se generan por ausencias de usuarios/as: citas médicas, ingresos de urgencia, etc.-, una hora y media para tres trabajadoras familiares, por separado y en diferentes momentos. Después comparamos cada propuesta extrayendo los aspectos comunes -subjetividad comparada-, discutiendo la propuesta final en reunión de equipo –alrededor de 30 minutos más-.

En el proceso de atención e intervención social en el SAD se plantean cuatro momentos:

1. Inicio: primer contacto, solicitud de atención y petición de documentación –económica y médica-.
2. Valoración: donde se incluye visita domiciliaria -aspectos sociales- y contacto con cuidadoras/es principales y/o guardadoras/es de hecho, firma de compromisos, aceptación de condiciones. En este momento es preciso organizar la lista de espera en función de los criterios anteriormente señalados –económica, médica y social-, priorizando los casos según necesidad.
3. Inicio de la atención directa, la trabajadora familiar comienza a ir al domicilio.
4. Seguimientos mediante visitas domiciliarias como base de la autoevaluación, reuniones de equipo semanales y planteamiento de proyectos de intervención en función de las necesidades detectadas que no responden a las orientaciones.

La evaluación periódica del SAD, iniciada en 2006, además de datos puramente administrativos, arroja detalles en aspectos fundamentales y su evolución, lo que permite orientar nuestra intervención:

1. **Perfil** de las personas atendidas: y **características** de su **entorno**:
 - a. Sexo, edad, estado civil; localidad de residencia y grado de dependencia.
 - b. Conservación vivienda: buena, regular o mala
 - c. Estado de los clientes: físico, psíquico, pulcritud y vestuario.
 - d. Valorar si cubren sus necesidades: con recursos propios; grado de colaboración de los clientes y de la familia.
2. **Tareas realizadas** y tipo de atenciones:
 - a. Carácter básico: limpieza doméstica, cama, cuidado ropa, compras.
 - b. Cuidado y atención personal: usuario encamado, higiene personal, control medicación, seguimiento citas médicas, acompañamientos.
 - c. Carácter complementario: compañía, dialogo y comunicación, y realización de gestiones.
3. Grado de **satisfacción**:
 - a. Días de atención prestados por semana: preguntamos si son suficientes y si los recibe los días deseados.
 - b. Horario: ¿le atendemos pronto, bien o tarde?

- c. Tiempo de servicio: ¿estamos en su casa el tiempo establecido, el que le cobramos?
- d. Satisfacción: ¿en general se considera: descontento, contento o muy contento?
- e. Desarrollo: ¿echa de menos algún servicio, cuál?, ¿quiere atención por la tarde y/o el fin de semana?
- f. Trato del personal del SAD: ¿el trato que recibe es: bueno, regular o malo?
- g. Atención: ¿atendemos sus demandas: mucho, regular o nada?
- h. Observaciones: preguntamos si quiere añadir algo más

Por último, la metodología utilizada incluye la elaboración de dos cuestionarios diferentes. El primero de ellos, más completo, incluye datos objetivos como: edad, sexo, grado de dependencia. El segundo, para la encuesta anónima y la pasada por las trabajadoras familiares es más breve, recoge cuestiones subjetivas (los puntos dos y tres, señalados).

En 2011 introdujimos como método de validación cualitativa una doble triangulación: preguntar lo mismo diferentes figuras (trabajadoras familiares, anónima y trabajador social) en diferentes espacios temporales. Sin embargo, no se apreciaron diferencias significativas entre los resultados que arrojaban los cuestionarios pasados por las trabajadoras familiares y por el trabajador social. Podemos concluir que las respuestas eran similares para el personal del SAD, optando por valorar las anónimas y las realizadas por el Trabajador Social dentro de las visitas domiciliarias.

Realizamos un total de 446 cuestionarios en los años señalados, 187 de ellos anónimos. Valorando 10.004 respuestas, sobre 41 ítems, citados anteriormente.

3.- DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA

Antes de entrar en materia, es preciso aclarar que todos los gráficos presentados en este trabajo son de elaboración propia, a partir de datos recogidos en las visitas domiciliarias y otros extraídos de la memoria anual técnico-económica.

Actualmente desde el SAD acudimos semanalmente a 48 domicilios, cifra variable. El perfil de las personas atendidas es: mujer casada de 81 años con un estado físico regular o malo y buena salud psíquica, pulcra y con un vestuario normal. Solventa sus necesidades con recursos propios, colaboradora con el SAD y con escaso apoyo familiar. La atención que demanda es de tareas domésticas, en menor medida de apoyo psicosocial, atenciones personales y, por último de apoyo técnico. Vive en una vivienda con una adaptación regular o mala a sus necesidades, pero limpia y bien conservada. Se considera satisfecha con la atención, bien tratada por el personal del SAD y, en general, atendida en sus demandas. Los datos de los que deriva este perfil se presentan y explican a continuación.

El SAD, de titularidad pública, es un programa de obligada implantación en los Servicios Sociales de Base de Navarra. Atendemos a personas con limitaciones para realizar tareas básicas de la vida diaria e instrumentales en su medio habitual.

Nuestro objetivo es favorecer la permanencia en el domicilio, trabajando otros aspectos como potenciar capacidades, habilidades personales y familiares, hábitos de vida saludables, coordinar actuaciones con la red sociosanitaria –centros de salud, hospitales y

residencias- o potenciar la colaboración de redes de apoyo informal –familia, vecinos, etc.-. Este objetivo la convierte en una importante prestación según las tasas de envejecimiento de nuestra zona de intervención.

A partir del año 2006, después de la publicación de la Ley 39/06 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se produce un **significativo aumento** de la demanda de personal para atender a personas dependientes. El SAD, desde entonces, ha vivido un auténtico despegue. Las horas de atención se han incrementado en un 59 %. Los ingresos por tasas han aumentado en más de un 330 %, y de plantilla pasamos de seis, a siete Trabajadoras Familiares, junto con el refuerzo del programa de Empleo Social Protegido, además de la contratación de un profesional exclusivo para ese programa. Los ingresos desde el 2006, antes de la aplicación de la ley 39/06, hasta el 2014, con el cobro integro de la atención a personas en situación de dependencia se han multiplicado por 8 (817 %).

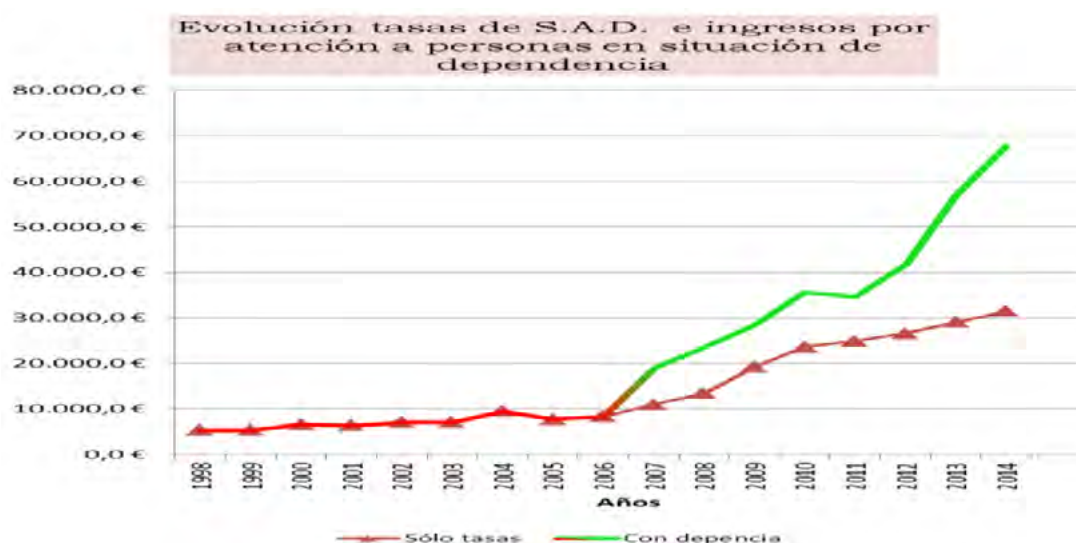


Gráfico1, p: 43. Fuente: elaboración propia, a partir de la memoria económica de nuestra entidad.

Hubiera sido interesante comparar los datos de gastos en personal, probablemente relativizarían estos resultados haciéndolos menos espectaculares. Pese a haberlo intentando en numerosas ocasiones, hasta el momento no lo hemos conseguido. Lo impide el complicado sistema de gestión presupuestaria, que diferencia entre: plantilla orgánica, eventuales interinos, eventuales, contratados temporales, de todo el personal en su conjunto, no diferenciado por programas. Esto impide aportar el dato.

Centrándonos en el sondeo realizado a través de los cuestionarios pasados en las visitas domiciliarias, para conocer el perfil de nuestros/as usuarias/os, así como su grado de satisfacción y demandas. Pasamos tres cuestionarios al año. Uno de ellos las trabajadoras familiares, otro el trabajador social y el último es anónimo, rellenado por cada usuario/a. Probablemente sea éste último el que mida, en realidad, el grado de satisfacción.

4.1.- Datos generales del SAD

En relación a la **edad**, durante los años estudiados, la media se sitúa entre los **81** y algo más de **83**, con una tendencia a la atención de personas más jóvenes. Cuestión, de mo-

mento poco significativa, a la espera de evolución los próximos años. Esta disminución de la edad contrasta con el envejecimiento de la población, puede tener lógica ya que, como hemos señalado, los mayores de 50 años en 2013 superaban el 50 % de la población total en los municipios que integran la Mancomunidad y la atención sociosanitaria se realiza a personas de menos edad. Sobre el sexo de nuestros usuarios/as, en general predominan las **mujeres** aunque por escasa diferencia.

En el **estado civil**, el colectivo más importante de atención son las personas **casadas**. Cuestión lógica, en un mismo domicilio damos atención directa a dos personas que constan como usuarias beneficiarias.

En relación al **estado de las personas atendidas**, valoramos tres aspectos:

1. **Físico:** su estado de salud, siendo buena si no refiere problemas significativos. Regular, cuando señala problemas de salud. Mala cuando se observa o está diagnosticada una patología, minusvalía superior al 33 % (si la persona lo indica) o reconocido en situación de dependencia (verificado desde el servicio).
2. **Psíquico:** siendo regular cuando refiere problemas como tristeza, dificultades para dormir o despistes importantes. Considerada mala con un diagnóstico de enfermedad mental, deterioro cognitivo o neuronal.
3. **Pulcritud:** limpieza de la ropa, según las manchas que tenga. Entre 1 y 3 pulcritud regular y más de 3 consideramos sucio.
4. **Vestuario:** si es adecuado. Es regular cuando la talla no corresponde, cuello y puños desgastados, pequeñas roturas en ropa o calzado o desgaste moderado; Ropa inadecuada para la temporada, cuando cumple 1 o dos. Consideramos malo cuando la ropa está en mal estado muy deteriorada y/o con varios rotos o descosidos y cumple más de 2 de lo señalado.

Salvo en el estado de salud físico donde aparecen los indicadores con salud mala o regular, a lo largo de los años estudiados, en el resto son buenas noticias en la mayoría de los casos atendidos por el SAD.

El artículo dos de la Ordenanza reguladora del SAD (BON 35 de 21-2-2011) establece entre los principios en los que se basa nuestra intervención, la promoción de la autonomía, favoreciendo la participación en las **actividades de la vida diaria**, el desenvolvimiento en su entorno familiar y en la vida de su comunidad, en los diferentes ámbitos. **Favoreciendo la toma de decisiones** personales acerca de cómo vivir y elegir sobre sus propias preferencias. El artículo tres concreta entre las características del SAD su carácter **preventivo**, tratando de evitar o limitar situaciones de deterioro de las capacidades personales y la pérdida de apoyos y relaciones sociales, así como la institucionalización innecesaria, salvo que de esta forma se **garantice una mayor calidad de vida**; y como **estimulador** e incentivador, facilitando la **satisfacción de las necesidades** de la persona usuaria **potenciando sus capacidades**, haciéndole agente de su propio cambio y potenciando la participación de su familia. Por último, entre nuestros objetivos tenemos el de lograr la optimización de las destrezas, capacidades y habilidades personales y familiares que permitan el máximo grado de autonomía, potenciando hábitos de vida saludables, aumentando la seguridad y autoestima personal; mejorando el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad, potenciando y fortaleciendo la mayor colaboración de las redes naturales de apoyo, especialmente de la

familia, con los apoyos necesarios a las personas cuidadoras.

Cubrir necesidades personales. Depende, entre otras cosas, de tres cuestiones:

1. Solventar necesidades con recursos propios: se observa una polarización con similitud entre los que no lo hacen en absoluto, requiriendo el apoyo de la familia –en algunos casos vecinos- y del SAD para solventarlas; y los que no tienen dificultad en este aspecto.
2. Colaboración en el cuidado de miembros vulnerables –con limitaciones de autovalimiento o dependencia- y en tareas domésticas, dentro del grupo conviviente. Este indicador ha aumentado desde el 2012 en algo más de un 30 % de aumento en el grado de colaboración.
3. Grado de colaboración de la familia, en relación a 2012 el dato ha mejorado. Sin embargo, casi la mitad de las personas que atendemos sienten que la familia colabora regular o poco.

La **cartera de servicios** del SAD queda recogida en el artículo 8 de la ordenanza señalada y se divide en:

1. Actuaciones de apoyo y **atención personal**: higiene personal, vestir/desvestir, movilidad básica –levantar, acostar,...-, actuaciones sociosanitarias –cambios posturales, supervisión pauta médica, recogida de recetas, observación, aplicación dispositivos para incontinencia, cambio de apósitos, etc-.
2. Actuaciones de apoyo **doméstico**: relacionadas con la alimentación, cuidado de ropa y calzado, limpieza y mantenimiento vivienda, control y seguimiento de estado general de la casa, etc.
3. Actuaciones básicas de apoyo **psicosocial**: se realizan dentro de un proceso de relación de ayuda, dirigidas a facilitar la superación de situaciones que se plantean en el ámbito personal, familiar y/o social, favoreciendo que las personas atendidas se sientan valoradas y miembros de la red social:
 - a. Actuaciones **psicosocioeducativas**. Actividades y tareas que, desde una perspectiva y estrategia educativa, van dirigidas a promover y fomentar la adquisición, recuperación, aprendizaje y manejo de destrezas, conductas y habilidades básicas, para potenciar al máximo la autonomía de la persona usuaria y su entorno; apoyo emocional ante situaciones vitales (soledad/aislamiento, dependencia/pérdida facultades, salud o autonomía, duelo, ...); fomento de la autoestima; educación en hábitos de vida y desarrollo de hábitos y habilidades para el fomento del autocuidado y autonomía personal; adquisición y desarrollo de habilidades para la prevención y modificación de conductas y situaciones de riesgo en el domicilio; orientación y entrenamiento en el manejo de ayudas técnicas; organización doméstica; potenciar la realización de actividades de ocupación del tiempo fomentando una conducta activa (aficiones); orientación para promover estilos de relación para una adecuada convivencia (habilidades sociales, asertividad...); identificación de conductas y situaciones de riesgo e información y orientación para su modificación.
 - b. Actuaciones de **apoyo a la familia** y/o personas cuidadoras: apoyo emocional a cuidadores; orientación, asesoramiento y seguimiento de aspectos relaciona-

dos con la atención y el cuidado de la persona atendida; facilitar pautas y habilidades para el cuidado y atención, y adaptación a las nuevas realidades que se vayan presentando; informar y orientar sobre ayudas técnicas, recursos y sobre otras alternativas de apoyo; orientar en pautas, habilidades y actitudes para el autocuidado y para prevenir situaciones de estrés y sobrecarga; fomentar actitudes positivas, de entendimiento, participación y comunicación.

4. Actuaciones de **apoyo técnico y otros recursos de atención**: las encaminadas a apoyar la adecuación del domicilio a las necesidades de la persona usuaria, y la transición a otro tipo de situaciones vitales que supongan un cambio o salida del domicilio habitual.

Evaluar los puntos 3 y 4, resulta muy complicado al ser cuestiones puntuales, que se trabajan con alta intensidad en periodos relativamente cortos de tiempo (alrededor de tres meses) dentro del continuo de atención. Además son situaciones sobre las que, habitualmente, debemos sensibilizar a las personas atendidas y sus familiares y no las consideran como un servicio propiamente ofertado. Sin embargo, son actuaciones fundamentales, planificadas y desarrolladas como equipo de trabajo desde el SAD. Su consecución garantiza mejores cotas de calidad de vida, tanto como las recogidas en el punto 1 y 2.

Las actuaciones realizadas desde el SAD se han valorado tomando las cinco actividades más demandadas por las personas atendidas y por las trabajadoras familiares, se citan por orden de importancia. Mediante cuestionario con todas las actividades pasado en los 30 domicilios que aceptaron y sobre 32 domicilios a las trabajadoras familiares:

1. Actuaciones de apoyo y atención personal. **Más demandadas por usuarios/as**: higiene personal, higiene y cuidado de pies y manos, observación de la salud, hidratación y supervisión de la piel y cuidado del cabello. **Más realizadas por las trabajadoras familiares**: apoyo en la realización de actividades de recuperación, mantenimiento y mejora de la capacidad física y motora; y de las capacidades cognitivas; supervisar vestido y calzado, observación de la salud, supervisión de la adecuada toma de medicación.
2. Actuaciones de apoyo doméstico. Más demandadas por **usuarios/as**: barrer, quitar el polvo, Limpiar cristales, limpieza de baño, limpiar cristales y limpieza de baño. Más realizadas por las **trabajadoras familiares**: barrer, quitar el polvo, limpiar cristales, fregar suelos y limpieza de baño.
3. Actuaciones básicas de apoyo psicosocial. Más demandadas por **usuarios/as**: apoyo emocional ante situaciones vitales, fomento de la autoestima, hábitos y habilidades para el autocuidado y la autonomía, potenciación de actitudes positivas y educación en hábitos de vida saludables. Más realizadas por las **trabajadoras familiares**: educación en hábitos de vida saludables, potenciación de actitudes positivas, apoyo y fomento de la autoestima, apoyo emocional ante situaciones vitales y hábitos y habilidades para el autocuidado y la autonomía personal.
4. Actuaciones de apoyo técnico y otros recursos de atención. Más demandadas por **usuarios/as**: información y orientación sobre ayudas técnicas, y sobre recursos complementarios de apoyo en el domicilio, orientación en la reorganización del domicilio, información y orientación sobre necesidades de reorganización y adaptación del domicilio e información sobre recursos alternativos al domicilio. Más realizadas por

las **trabajadoras familiares**: información y orientación sobre hábitos y necesidades de adaptación de vivienda, informar sobre recursos complementarios de apoyo en el domicilio, información y orientación sobre ayudas técnicas, orientación y apoyo en la reorganización y adaptación del domicilio e información sobre recursos alternativos a la permanencia en el domicilio.



Gráfico 8, p: 46. Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidas en las visitas domiciliarias realizadas.

Sobre las características de la **vivienda**. valoramos:

1. **Conservación** de la vivienda: es regular cuando cumple al menos una de las siguientes cuestiones relacionadas con estado general: ventanas y/o puertas con corrientes de aire o que no cierren bien, desconchados en la pared, roturas apreciables, humedades, averías sin arreglar desde hace más de 2 meses, o vivienda antigua sin apenas reformas. Es mala si cumple dos o más cuestiones de las citadas y/o tiene averías sin arreglar desde hace más de 2 meses.
2. La **limpieza** de la vivienda es considerada como regular cuando observamos al menos dos de las siguientes cuestiones: polvo, telarañas, desperdicios en el suelo, cristales sucios, mesa o armarios de cocina sucios, etc. Siendo mala cuando se cumplen tres o más.
3. **Equipamiento** de la vivienda: lo consideramos bueno cuando hay ausencia de barreras arquitectónicas y está dotada de todas las comodidades: calefacción, baño adaptado, posee las ayudas técnicas necesarias. Es regular cuando existen barreras arquitectónicas: escaleras, baño sin adaptar, sin calefacción, cuando cumple uno de estos requisitos. Es mala si cumple dos o más, o uno de ellos que compromete la salud de la persona atendida; tanto en la limitación de su cuidado como por el riesgo de accidentes, por la dificultad que entraña superarlas, o cuando la compra de ayudas técnicas no garantiza la adecuada calidad de vida, de atención o la familia es reticente a la compra.

Salvo en equipamiento de vivienda, que es regular o malo, probablemente debido a que puede exigir un desembolso importante y es preciso tener en cuenta que, en general, trabajamos en viviendas rurales tradicionales de cierta antigüedad con dificultades para su adaptación, especialmente por encontrarse en primeros pisos sobre bajeras sin ascensor. La limpieza y conservación los datos son razonablemente buenos.

Sin llegar a las conclusiones, el equipamiento de la vivienda también lo consideramos bueno si se adapta a las necesidades del usuario/a, cuando pueden superar la falta de equipamiento fácilmente y sin riesgo.

La **actividad más realizada** desde el SAD, es la limpieza doméstica, prácticamente en la totalidad de los domicilios atendidos, con valores similares a lo largo de los años. La higiene personal la realizamos en el 50 % de los domicilios, con un ligero aumento sobre años anteriores. La atención a usuarios/as encamados ha tenido un significativo aumento que se estabiliza en torno a los 10 casos.

Cuestiones como control y seguimiento de medicación se ha duplicado desde 2012, sin embargo no se superan los 8 casos donde lo realizamos. El seguimiento de citas médicas, la realización de gestiones, la compra o los acompañamientos, todavía son puramente testimoniales.

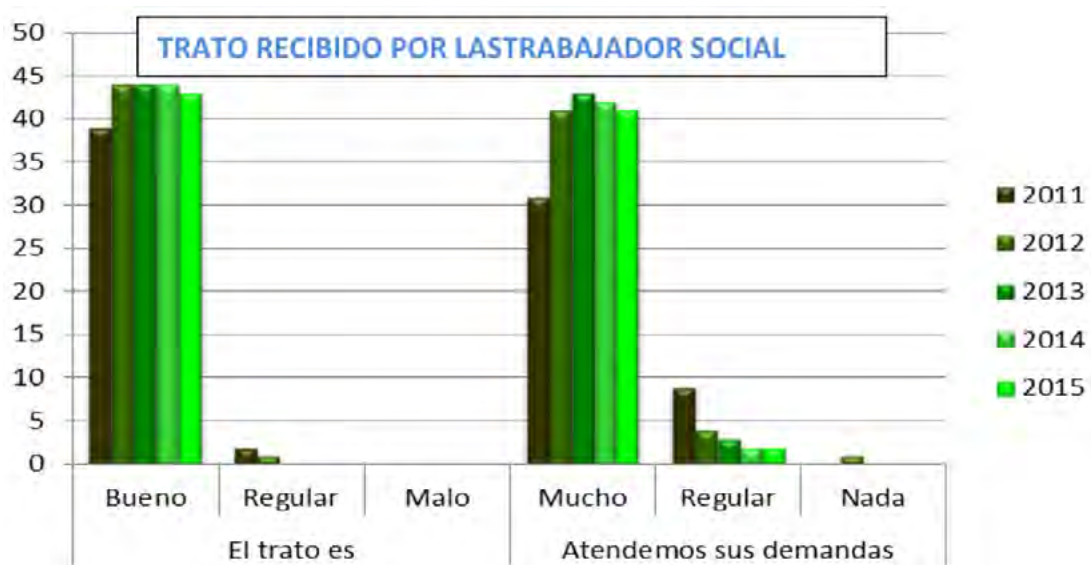
Para medir el grado de **satisfacción** de las personas atendidas, la primera batería de preguntas se refiere a la suficiencia de la atención, al horario, a si estamos en su domicilio el tiempo establecido, y si en general se consideran insatisfechos/satisfechos o muy satisfechos. En 2011 un 22 % de los casos atendidos afirmaban que las horas de atención semanal no eran suficientes, en 2015 esta cifra ha disminuido a 12 %. La mayoría de los domicilios consideran que estamos el tiempo establecido, aunque varía significativamente entre la anónima y la realizada desde el equipo del SAD, donde entre 3 y 11 personas respectivamente piensan que no se cumple el horario. Para subsanar esta cuestión estamos trabajando en desarrollar un procedimiento de atención que incluye señalar el reloj de la persona atendida y decir la hora de entrada y salida al llegar, volviendo a señalarlo al irnos e indicando la hora de estancia –procedimiento de atención a domicilio-. En el cuestionario anónimo, todas las personas que han contestado indican que se cumple el horario desde 2012.

Sobre las horas de atención, si vamos pronto, tarde o bien. El cuestionario realizado indica valores similares entre los datos de las visitas domiciliarias y el formulario anónimo, en la inmensa mayoría el horario está bien.

A la pregunta de si echa de menos algún servicio que consideren necesario y/o que mejore la atención que reciben, refieren: acompañamientos y traslados médicos, más horas de atención, limpiar estancias que no se usan, o **atención por las tardes**. La cuestión de esta atención, y la de los festivos, o incluso noches, es un desarrollo natural de un servicio sociosanitario, donde va en aumento la demanda en personas en situación de dependencia (no tanto en casos, pero sí en horas como señalamos más adelante, pasando de menos de 2.000 a casi 3.000 horas de atención y con un previsible aumento de otras 700 horas entre 2015 y 2016 con el acceso a prestaciones de las personas reconocidas con dependencia moderada) y donde formamos parte del **continuo de cuidados**. Sin embargo, se produce un ajuste secundario a través de la atención privada, por personas con escasa formación –aunque con experiencia-, en los espacios que no llegamos a atender –tardes, noches y festivos-, que sólo es demandada en tres de los 43 casos entrevistados en 2015.

Sobre el grado de **satisfacción general**. En la encuesta anónima, el caso que señala insatisfacción es anecdótico (1 caso, salvo en 2011, dos casos), sin especificar porqué. En la persona atendida tres casos manifestaron sentirse insatisfecho; uno de ellos manifiesta, literalmente, que “se van dos minutos antes” y desea que durante un mes sea atendido por la misma trabajadora familiar, cuestión fácil de cumplir durante todo el año –salvo vacaciones, bajas y permisos-. Otro de ellos demanda que siempre vaya la misma –cuestión imposible por lo anteriormente señalado y los ajustes de calendario imprescindible para cuadrar jornadas laborales, etc.- y realizar limpieza en todas las estancias de la casa. El último caso se queja de que unas aprovechan el tiempo y limpian más que otras.

Otros dos aspectos donde valoramos el grado de satisfacción son: el **trato recibido por el personal y la atención a sus demandas**. El cuestionario pasado en entrevista personal arroja los siguientes datos:



Fuente: elaboración propia a partir de datos recogidos en las visitas domiciliarias

Sin embargo, el cuestionario anónimo, aunque arroja datos aceptables, si bien repunta entre 2 y 3 casos que el trato recibido es regular y no bueno. La atención de las demandas es más significativo, ya que 6 y 10 casos señalan sus demandas las atendemos regular, en lugar de mucho. Dos casos en 2015 indican que no las atendemos nada, pero no apunta detalles. Para tratar de subsanarlo, dentro de la atención directa en el domicilio, las trabajadoras preguntan a los y las usuarias si necesitan algo más, o tienen alguna preferencia –incluido en el procedimiento de atención a domicilio-.

En relación a la **confianza en el personal** de atención la mayor parte de las personas atendidas confían en nosotras y no han echado en falta nada. Sin embargo, tres usuarios/as han informado sobre la desaparición de: aceite, comida, y en un caso señala que le han faltado joyas, dinero y ropa, acusando –la misma persona- a 4 trabajadoras familiares diferentes en distintos momentos y para las diferentes cosas supuestamente sustraídas, algunas de ellas ni la habían atendido durante el periodo de falta de esos objetos. En todos los casos se les ha animado a poner una reclamación en el servicio, y/o denuncia ante la policía, sin llegar a efectuarse ninguna de las dos.

En la encuesta anónima. los datos son mejores. Curiosamente pese a haber echado en

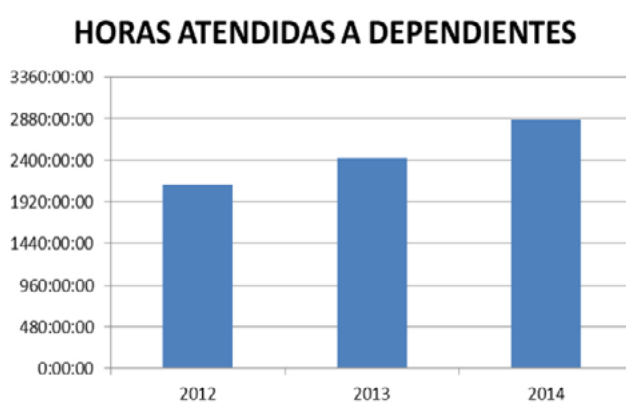
falta algo, la gran mayoría manifiestan confiar en el personal de atención.

Dentro del equipo de atención del SAD, vemos la necesidad, con un carácter de imprescindibilidad, de tener un servicio de préstamo de **ayudas técnicas** (grúas, andadores, sillas de ruedas, camas articuladas, sillas de baño giratorias, u otras). Para ello es necesario disponer de un local amplio que permita su almacenamiento y limpieza. También sería necesaria dotación presupuestaria. Sin embargo, las personas atendidas no manifiestan, en su mayoría, esta necesidad ya que la relacionan con su uso y necesidad personal.

En relación a las horas de atención recibidas, la mayoría manifiestan que son suficientes salvo en 6 y 9 casos, según la anónima y conocida respectivamente. El equipo del SAD también detecta la necesidad de más horas de atención en 8 domicilios.

Las personas atendidas en situación de dependencia, están por encima del 30 % sin observarse una tendencia clara de aumento, sino más bien de mantenimiento –

El número de personas dependientes atendidas va disminuyendo desde 2013, aunque se aprecia cambio de tendencia progresivo. Por el contrario, el número de horas prestadas a personas dependientes ha ido en aumento. A partir del 1 de julio de 2015, se reconoce el derecho a las prestaciones del sistema a las personas reconocidas como dependientes moderadas, lo que puede suponer un aumento en las horas de atención a dependientes en torno a las 700 anuales, como ya hemos señalado. Esto situaría la atención a este colectivo por encima del 50 % de las horas prestadas.



Fuente: elaboración propia con datos recogidos en la memoria técnica

La atención a las personas dependientes el SAD es una prestación garantizada, relacionada con el derecho subjetivo, con carácter obligatorio. Por otra parte, es necesaria y prioritaria. Además su pago es asumido entre usuario/a y Gobierno de Navarra, y la Mancomunidad únicamente debe adelantar el gasto.

4.- CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS

El presente estudio nace para presentar los resultados de organizar y estructurar el contenido y la recogida de información en el trabajo diario, aprovechando el espacio que ofrecen las visitas domiciliarias para seguimiento de los casos. Hasta ahora efectuábamos una visita domiciliaria trimestral, alrededor de 150 visitas anuales. La meta para el 2016 es realizar visitas bimensuales, aumentándolas hasta 350. Esto ofrecerá, sin duda, cercanía y contacto más directo para abordar diferentes aspectos que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas atendidas, priorizando los casos más complicados y dando soporte mutuo entre la atención de las trabajadoras familiares y la intervención del trabajador social, complementándolas para que converjan. Fortaleciendo las decisiones de equipo y con propuesta negociada a las diferentes familias objeto de cuidado. Cuestión que incluimos en

nuestra práctica cotidiana, sobre todo en los casos de atención crónica –como suele ser la atención domiciliaria-, para estar atentos, descubrir las necesidades y adaptar el servicio en un intento de cubrirlas.

Es curioso verificar como pequeños cambios, que no suponen más trabajo sino una forma de hacer diferente, permiten aumentar las posibilidades de mejora. Para ilustrarlo a partir del refrán “*piensa mal...*” ¿y si pensamos mejor?: no se trata de pensar (trabajar) más, sino de pensar (trabajar) mejor. Resulta edificante y muy útil, repasar los resultados y reflexionar sobre ellos. Esto ayuda a profundizar en el análisis del servicio pudiendo descubrir nuevos caminos y alternativas en diferentes aspectos o situaciones que no avanzan. Podría parecer que exige un esfuerzo extra, los compañeros y compañeras nos quejamos de falta de tiempo, de exceso de carga de trabajo. Todos tenemos 24 horas al día, normalmente ocupadas (familia, trabajo, formación, lectura, temas de “logística”, ocio, etc.), en esta vorágine es posible plantear de otra manera: dentro de nuestra práctica diaria, ¿cuánto tiempo le puedo dedicar en un determinado espacio temporal? Si no es posible una hora a la semana, quizá lo sea al mes, o al trimestre, se trata de planificarlo y asumir el compromiso.

Una de las conclusiones es la necesidad de **integrar** dentro de la propia práctica social la cuestión de administración del SAD. Incorporando la gestión presupuestaria (gastos e ingresos), cuyo equilibrio va a permitir delimitar el desarrollo de nuestro servicio, las posibilidades que tenemos a partir de los recursos económicos que generamos. Así nuestras demandas, basadas en necesidades y demandas que parten de la evidencia detectada en nuestro trabajo diaria, pueden verse legitimadas y reforzadas.

Por otra parte, el mayor valor de nuestro servicio es, sin ninguna duda, el capital humano. Conseguir un equipo de trabajo estable, comprometido y motivado, convierte cualquier actividad laboral en camino de mejora, garantía de buenos resultados. Alcanzarlo no es tarea fácil. La clave puede estar relacionada con el liderazgo, entendiendo al líder o líderes, como personas que **siguen** a sus compañeras, atentas a sus necesidades e inquietudes, con un carácter de reciprocidad. Valores como reconocimiento, humildad, compañerismo, solidaridad, flexibilidad y adaptación, toman una relevancia fundamental.

Organizar todo esto en torno a la intervención social es una empresa realmente compleja, que de momento estamos tratando de conseguir. Para ello hemos desarrollado una herramienta que recoge todo lo relacionado con la **acción social y la gestión económica y de personal** (jornadas laborales, flexibilidad, etc.):

- Proyectos de intervención: que incluye su intensidad (alta/moderada/baja), fecha de inicio y final, diagnóstico, objetivos, tareas y actividades (con fechas de realización, responsable de cada una y si se ha realizado o no), valoración de la ejecución, evaluación de proceso y final. Son intervenciones desarrolladas en periodos de tiempo concretos para tratar de conseguir, normalmente, uno o dos objetivos. Los casos incluyen varios proyectos de intervención a lo largo de los años, en función de las necesidades detectadas.
- Valoración social, recoge aspectos: económicos, vivienda, convivencia, provisión de cuidados –formales e informales-, características de la cuidadora o cuidador principal, valoración de enfermería y accesibilidad.
- Ficha: recoge datos personales de la unidad de convivencia. La atención solicitada y el total de atención, junto a la concedida y el horario. Incluye un total de 31 tareas:

seis de atención personal, once de apoyo doméstico, siete de apoyo psicosocial, dos de apoyo sociocomunitario, otras dos de apoyo a la familia y tres de apoyo técnico. Las estancias de la casa a realizar y un resumen de la valoración médica y social. Este documento es un acuerdo firmado entre las partes sobre el compromiso adquirido.

- Calendario de atenciones (hojas de cálculo vinculadas, son un total de trece libros de Excel y 86 hojas de cálculo): con cada trabajadora familiar, por días y horas en cada domicilio. Recoge el tiempo de trabajo diario y semanal, además de las horas de atención directa que se suman en una hoja de cálculo mensual y automáticamente ofrece la facturación mensual. Como elemento de mejora podríamos incluir la facturación anual, sumando cada uno de los datos mensuales. Esta misma hoja recoge la jornada laboral mensual que se suma en un cálculo de la anual, al objeto de no sobrepasar las jornadas.

Entre 2015 y 2016, el equipo del SAD hemos acordado **revisar nuestra ordenanza** reguladora y elevar al órgano competente una propuesta modificada. En el apartado de la cartera de servicios, es necesario realizar un análisis en profundidad que incluya a las personas atendidas, **ponderando las actividades** propuestas. Esto gira en torno a la hipótesis de **priorizar las atenciones personales** sobre el resto. La manera de trabajar la ordenanza es dedicando diez minutos semanales a su lectura y discusión y, al menos una sesión de trabajo conjunto de 1:30. Esto puede parecer poco tiempo, pero en 18 meses supone dedicar 16:30 horas de trabajo de un mínimo de 7 personas, ampliable en función de la necesidad.

Los diferentes cuestionarios se realizaban en función de las posibilidades del servicio, según nos venía bien. Sin embargo, podría resultar más interesante entregar el cuestionario de satisfacción anónimo en primer lugar. Al obtener los resultados, pasarlo el trabajador social, haciendo prospección sobre los aspectos sensibles que afloran en los datos anónimos. Sería necesario, como método de validación cualitativa que las trabajadoras familiares lo siguieran realizando, al entregar el anónimo. Esta cuestión sirve para que las personas atendidas se familiaricen con las preguntas. La organización a partir de 2016 será: realización de cuestionario por parte de las trabajadoras familiares y entrega de la anónima, elaboración de los datos y realización por parte del trabajador social. Probablemente ayude a aclarar las quejas que se producen, directamente con las personas atendidas.

Una vez analizados los datos, en especial los del perfil de las personas atendidas, echamos en falta:

- Valorar el porcentaje de discapacidad, además del grado de dependencia, al ser una situación que influye en la capacidad de autovalimiento. Íntimamente relacionado con la permanencia en el domicilio y el equipamiento de la vivienda habitual a las necesidades de la persona atendida, donde detectamos una adaptación regular o mala.
- Incluir datos económicos de las unidades familiares, contribuyendo a una valoración más completa y actualizada del **perfil socioeconómico**. Así la organización cronológica de los cuestionarios sería: el primer semestre: inicialmente pasarlo las trabajadoras familiares que entregan la anónima. El segundo semestre, ya con las nuevas declaraciones de IRPF, solicitando una copia de la última declaración de renta en la visita domiciliaria del trabajador social, donde pasamos el último cuestionario. Esto tiene un sesgo ya que algunos productos financieros no incluyen el capital mobiliario total. Sería necesario solicitar también saldos de los bancos o cajas, donde posean cuen-

tas, actualizados a 31 de mayo del año en el que se realice el cuestionario. La media de edad de las personas atendidas supera los 80 años, esta tarea puede resultarles complicada y no hay garantías de que los datos sean completos. Sería posible vincular la actualización de tasas a estos datos anuales, buscando un método que combine comodidad y eficacia con resultados ajustados a la realidad. Las entidades locales, de momento no tenemos acceso a datos de hacienda, si los funcionarios de la comunidad autónoma. Resulta aceptable probar durante dos años esta propuesta y comparar los datos obtenidos, con la valoraciones económicas iniciales del SAD, incluyendo la comparativa con datos exclusivos del IRPF, añadiendo o no los saldos bancarios actualizados. Una vez realizado el análisis, efectuar una propuesta que podría incluir la modificación de las tasas.

Otra de las propuestas de mejora gira en torno a recoger los gastos anuales en personal específico del SAD, kilometraje, etc. Esto permitiría descubrir la eficiencia del servicio y el aumento ponderado del incremento en los ingresos del SAD.

Por último, en relación al grado de colaboración de la familia, se aprecia una discrepancia entre la idea de los cuidadoras/es principales (familiares) y lo que sienten los y las usuarias del SAD. Detectamos, implícitamente, cierto sentimiento de soledad, de “desatención”, una cuestión subjetiva. Nos surge la duda de si es algo a trabajar específicamente, con más intensidad que hasta ahora, o incluir un instrumento de valoración más objetiva. Una posibilidad de mejora para medir a futuro este ítem sería incluir el test de Apgar (nivel de funcionalidad familiar: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf) y comparar resultados, contrastándolos con las personas cuidadoras y atendidas.

Como conclusión y resumen de esta propuesta, destacar la importancia de preocuparse y ocuparse por el trabajo que realizamos desde la perspectiva de las personas que atendemos, gracias a las cuales podemos desarrollarlo.

5.- BIBLIOGRAFÍA:

- Datos demográficos: http://www.navarra.es/home_es/Navarra/Asi+es+Navarra/Geografia+y+poblacion/El+territorio+y+sus+gentes.htm
- INE. Instituto de Estadística de Navarra: <http://www.navarra.es/AppsExt/GN.InstitutoEstadistica.Web/InformacionEstadistica.aspx?R=1&E=3883>
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10855#Ar.5>
- Ley 39/06, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- González-Saibene, A. (2014). El mito del “Objeto” en trabajo Social1. REFLEXIÓN TEÓRICA EN TS. , RUMBOS TS. Escuela De Trabajo Social. Facultad De Ciencias Sociales. Universidad Central De Chile, Año IX. (Nº 10), 10-37.
- Matute, S., Aragón, R. y Gil-Lacruz, M. (1998), “Aproximación Teórica al Estudio de las Necesidades Sociales y la participación comunitaria”. Proyecto social: Revista de relaciones laborales, Nº 6, págs. 97-104.

- Molleda Fernández, Esperanza. (2007), “¿Por qué decimos que «no podemos hacer intervención social»?”. Cuadernos de Trabajo Social, nº 20. Universidad Complutense de Madrid. Pp 139-155.
- Morgenstein Lucila Finkel, Sara. “Materiales para la evaluación de los Servicios Sociales”. Textos de Educación Permanente, programa de enseñanza abierta. Madrid. Edita: UNED, 2002. 186 pp.
- Ordenanza Reguladora del Servicio de Atención a Domicilio. Boletín Oficial de Navarra, N.º 35 de 21 de febrero de 2011: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2011/35/Anuncio-64/
- Plan Foral Sociosanitario de Navarra: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+foral+de+atencion+sociosanitaria/
- Pérez de Guzmán Puya, M^a Victoria. –coordinadora- (2006): Organización y Gestión. Agentes al servicio de los mayores. Madrid: Editorial Universitas S.A. 227 pp.
- Pérez Serrano, Gloria, “INVESTIGACIÓN-ACCIÓN. Aplicaciones al campo social y educativo”. Madrid. Dykinson. 1990. 284 pp
- Pérez Serrano, Gloria. “Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II- técnicas y análisis de datos”. Prólogo de Marco Antonio R. Rías. Colección: Aula Abierta. 4^a ed. Madrid. Editorial La Muralla S.A. 2004. 198 pp.
- Richmond, Mary E. “Diagnóstico Social”. Prólogo de la autora. Colección Trabajo Social. 2^a Ed. Madrid. Edita Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.2008. 640 pp.
- Viscarret Garro, Juan Jesús. (2007), “Modelos y métodos de intervención en trabajo social”. Madrid. Alianza Editorial, S.A. 324 pp.
- Sarrate Capdevila, M.^a Luisa. –coordinadora- (2006), “Atención a las personas mayores. Intervención práctica”. Madrid. Universitas, S.A. 288 pp.
- Schirmarmmacher, Frank. (2004), “EL COMLOT DE MATUSALEN”. Madrid. Santillana Ediciones. 256 pp.
- Verdugo Alonso, Miguel Ángel; Gómez Sánchez, Laura Elisabet; Arias Martínez, Benito (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca, 1^a edición.

Utilidad del grupo socio-educativo con enfermos mentales hospitalizados, en fase aguda

Raquel Fuster Ribera

Trabajadora Social Hospital Universitario La Fe de Valencia

Paula García Sánchez

Graduada en Trabajo Social. Universidad de Valencia

Resumen

El presente artículo muestra la experiencia de realizar la técnica de Grupo Socioeducativo con pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. Considerando al Grupo Socioeducativo como una estrategia de promoción a la salud mental que contribuye al empoderamiento de los enfermos mentales en fase aguda.

El Grupo Socioeducativo se concibe en un nuevo enfoque metodológico, llevado a cabo por un trabajador social sanitario, basado en la intervención grupal y en el trabajo en activos en salud que contribuyan a la promoción de la salud mental de los pacientes.

Los principales resultados que se obtienen después de un año en el que se está realizando el Grupo Socioeducativo son: que el Grupo Socioeducativo constituye un elemento que valida al paciente, colabora en su buena evolución, potencia factores de protección a la salud mental y se dota a los pacientes de herramientas y habilidades que contribuyen al mejoramiento de su salud mental.

Palabras claves

Grupo Socioeducativo, factores de protección, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, salud mental.

Abstract

This article shows the experience of performing “group educational” technique with patients admitted to the unit for acute psychiatric hospitalization. Considering the socio-educational group as a strategy to promote mental health which contributes to the empowerment of people with mental disorders in acute phase.

The socio-educational group is conceived in a new methodological approach, carried out by a medical social worker, asset-based in the intervention group and occupational health to contribute to the promotion of mental health of patients.

Among the main results obtained after a year in which the socio-educational group underway are: the socio-educational group constitutes an element that validates the patient, collaborates in its good evolution, power protection to mental health factors and it gives patients tools and skills to contribute to the improvement of their mental health.

Keywords

Group socio-educacional, protective factors, mental health promotion, Units of Psychiatric Hospitalization, mental health.

INTRODUCCIÓN

En el año 2005, la Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada “Haciendo frente a los retos, construyendo soluciones” reconoce que la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para una buena calidad de vida de las personas, familias, comunidades y naciones. En dicha Conferencia, se firmó la Declaración de Salud Mental para Europa, la cual se apoyó en el Plan Europeo de Acción para la salud mental (2013-2020). A raíz de dicho Plan, la Comisión elabora el Libro Verde sobre salud mental (2005) con la finalidad de establecer un marco igualitario en materia de salud mental en todos los estados miembros.

A nivel nacional La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013), incluye la promoción de la salud mental de la población en general y sus grupos específicos, recomendando intervenciones de efectividad probada y orientada a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, la búsqueda de apoyo social, el aprendizaje de técnicas de solución de problemas, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, entre otras. Sin embargo cada comunidad autónoma aborda la salud mental de distinta forma, y ello denota la gran variabilidad de formas de actuación que se emplean. Además son escasas las técnicas eficaces basadas en evidencias científicas.

Los Grupos Socioeducativos son una nueva herramienta para trabajar la promoción de la salud mental, y apostamos por la viabilidad de utilizar dicho grupo con pacientes ingresados en Salas de Agudos de Psiquiatría, como es en el caso de la experiencia que presentamos de un hospital de la Comunidad Valenciana, siendo la trabajadora social la profesional que dirige el grupo, considerándolo como una actividad de promoción a la salud mental que potencia las capacidades y recursos individuales de las personas y les sirvan para mejorar su estado de salud, realizado desde un abordaje socioeducativo-promocional.

En la actualidad existen experiencias de Grupos Socioeducativos, pero son llevados a cabo desde Atención Primaria; a nivel hospitalario, el trabajo en grupo que se realiza en algunas Salas de Agudos de Psiquiatría del territorio nacional, son Psicoterapias Grupales y quienes lo llevan a cabo son psiquiatras y psicólogos, por lo que a través de la práctica de un año del Grupo Socioeducativo en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica se quiere compartir esta experiencia y los beneficios que ha supuesto para las personas que han acudido.

PRESENTACIÓN DEL TEMA

En los Grupos Socioeducativos se desarrolla una propuesta fundamentada en la estrategia para la promoción de la salud mental, en concreto en los modelos activos de salud basados en el concepto salutogénico de Aaron Antonovsky (1987).

Antonovsky planteó su modelo factorial del Sentido de la Coherencia (SOC) construyéndolo a partir de componentes principales que caracterizan comportamientos en salud de

los individuos:

- La comprensión de lo que acontece.
- La visión de las propias habilidades para el manejo.
- La capacidad de convertir lo que se hace satisfactorio y con significado para la vida.

Además, identificó que la capacidad de resistir conecta con la base de su modelo salutogénico; la resistencia o resiliencia (Luthar, 1991). La teoría salutogénica identifica recursos generales de resistencia que sustentan el comportamiento del individuo y procede de su propio yo, de su contexto sociocultural y del entorno físico y natural.

El modelo de salutogénesis de Antonovsky (1996) se centra en la esfera no patógena, utilizando los recursos individuales de cada uno de los pacientes favoreciendo la promoción de su salud mental.

Trabajar en activos de salud en lugar de trabajar sobre los problemas implica dirigirse hacia aquello que funciona, que tiene un efecto positivo para la salud: por ejemplo las redes sociales, la autoestima y los sentimientos de autoeficacia personal y colectiva son buenos para la salud y el bienestar (Morgan, Davies y Ziglio, 2011).

En los Grupos Socioeducativos se apuesta por trabajar hacia aquello que funciona, que produce un efecto positivo para la salud: en los activos de salud de cada individuo para mejorar sus capacidades individuales en un entorno facilitador y de aprendizaje. En el grupo llevado a cabo en el hospital con pacientes en fase aguda se evitará tratar los temas directamente relacionados con el núcleo de conflicto que ha provocado el ingreso hospitalario dirigiendo el contenido de las sesiones siempre hacia la parte sana y capaz del paciente.

Teresa Rossell Poch (1998) define al Grupo Socioeducativo como: “Grupos que se dirigen al desarrollo, adquisición de hábitos, comportamientos y funciones, que por distintas causas, no forman parte del repertorio comportamental de los miembros del grupo. La adquisición de estas capacidades también llamadas habilidades, pueden representar un progreso personal, o bien evitar un proceso de deterioro y marginación social: grupos para la integración laboral y social, grupos de refugiados que han sufrido muchas pérdidas, grupos de personas que deben de abandonar una institución penitenciaria u hospitalaria.”

En el hospital nos encontramos a un grupo de pacientes homogéneo en tanto que están viviendo una misma situación sanitaria, están hospitalizados, algunos contra su voluntad, y deben regirse por unas normas estrictas de la institución sanitaria, aunque también se trata de un grupo heterogéneo en cuanto a si se trata de su primera hospitalización o no y del diagnóstico y sintomatología asociada. En el grupo socioeducativo se intenta trabajar y potenciar las capacidades individuales de cada uno y constituir una experiencia positiva que sirva de herramienta que les ayude en su progreso personal.

El reto del trabajador social es crear una sinergia entre sus miembros y universalizar sus experiencias de forma que todos puedan aprender y beneficiarse del esfuerzo común, sintiendo e interiorizando dinámicas de ayuda mutua, de colaboración, empáticas y dirigidas al logro de metas.

DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA

* CARACTERÍSTICAS DE LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

El grupo socioeducativo se desarrolla en la sala de hospitalización del servicio de psiquiatría en un hospital de agudos de la red sanitaria pública. Dicha sala cuenta con 23 camas, aunque el número de pacientes es variable, distribuidos mayoritariamente en habitaciones individuales.

La sala de psiquiatría es una unidad cerrada, en la sala de acceso hay un vigilante del cuerpo de seguridad del hospital para evitar la salida y entrada de pacientes, dado que algunos se encuentran en situación de ingreso involuntario existiendo autorización judicial para ello.

La sala tiene unas normas bastante rígidas con el fin de proteger a los pacientes de situaciones estresantes o que puedan perjudicar o influir en su diagnóstico y correcta evolución clínica. No se permiten visitas, excepto por la tarde de 17 a 19 horas. Los pacientes no tienen acceso a su móvil, internet ni a las nuevas tecnologías, aunque pueden solicitar el préstamo de libros de la biblioteca del hospital. Además de las habitaciones, existe una sala grande de uso común para los pacientes que hace a la vez de comedor, salón de estar-TV, talleres...

La sala de psiquiatría tiene una rutina diaria: a las 8h. desayuno, a las 9h. ducha y aseo, a las 10 y 11h talleres, a las 12h paseo (quien tiene permiso por su médico y acompañados por personal de enfermería), a las 13h comida, a las 17h visitas, 20h cena y 22h dormir. Durante la mañana también se realizan las visitas del médico psiquiatra y otros facultativos, psicóloga, trabajadora social...

La hospitalización en la sala de psiquiatría, además del estigma que supone el ingreso hospitalario en una sala de esta especialidad, implica una pérdida de derechos, autonomía y libertad que es vivido por los pacientes de forma hostil.

* PERFIL DE LOS PACIENTES

Los pacientes ingresados son de ambos sexos, en edad adulta, entre 18 y 75 años, aunque la mayoría de edad ronda entre los 18 y 60 años, siendo puntuales los ingresos de personas más mayores.

Las patologías tratadas en la unidad implican un abanico de cuadros psíquicos con la suficiente entidad clínica como para imposibilitar el tratamiento en el ámbito ambulatorio, con dos premisas fundamentales:

- El riesgo para su integridad física, ideas de muerte, autolíticas expresas, potencial autolítico, incapacidad en el autocuidado más básico etc.
- Heteroagresividad, desorganización y agitación psicomotriz.

Los cuadros por tanto son múltiples, abarcando lo psicótico, neurótico, depresivo, trastorno de la personalidad y cuadros de deterioro o demencias.

La estancia media en la sala de hospitalización oscila entre los 3 y 20 días.

* EL GRUPO SOCIOEDUCATIVO EN HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

El grupo socioeducativo se concibe como un entorno de aprendizaje y facilitación en el que se pretende, como ya se ha dicho, que los pacientes aumenten su nivel de competencia y potencien sus capacidades específicas para afrontar su propio desarrollo y evolución, considerándolo una actividad de promoción de salud mental.

En el grupo se invita a participar a todos los pacientes ingresados que lo desean (la media de pacientes por sesión durante este año 2015 ha sido de 12. Anexo1). Se lleva a cabo en sesiones de una hora, de 10 a 11 de la mañana, un día a la semana.

Las características del hospital, con nuevos ingresos y altas cada día, obligan a que sea necesariamente un grupo abierto, por lo que hay poca sensación de cohesión entre los participantes. Los pacientes con ingresos largos acuden a varias sesiones, mientras que otros solo acuden a una o a dos.

Además de la trabajadora social hay otro profesional de apoyo que suele ser personal de enfermería, quien registra la asistencia e incidencias en caso de haberlas. La enfermera se sitúa cerca de los pacientes con dificultades para contenerse, frenándolo en caso de interrupción continua, invitándolo a escuchar u ofreciéndole contacto físico. Los pacientes con ingresos recientes son los menos participativos y los que suelen crear mayores conflictos o incidencias, con abandonos de las sesiones dado que hay un mayor grado de patología mental aguda; conforme el tratamiento va haciendo efecto y la hospitalización se alarga se adhieren mejor a la dinámica grupal. (Anexo II y IV)

Ocasionalmente vienen de observadores estudiantes de psiquiatría y enfermería.

* Desarrollo de las sesiones:

En los Grupos Socioeducativos se utiliza una modalidad participativa, buscando desarrollar talentos y habilidades personales para afrontar sus propios problemas.

Dado el perfil de los pacientes se utilizan técnicas directivas o semidirectivas, indicadas cuando los miembros del grupo estén poco motivados en participar y tengan poca capacidad para expresar sus sentimientos o problemas.

En todas las sesiones del grupo se sigue una misma estructura: tras avisar a todos los pacientes para que de forma voluntaria acudan a la sala multiusos si lo desean, la sesión da comienzo (ocupando una gran mesa central de la sala) con una breve presentación de la trabajadora social y del tema a tratar ese día.

A continuación se pide el nombre de cada participante y se reparten etiquetas adhesivas, que cada uno se pone sobre la ropa en un lugar visible, para facilitar la intervención de todos los asistentes.

Posteriormente, se comienza a tratar el tema por parte de la trabajadora social quien de forma breve y ordenada pide que cada paciente exprese sus experiencias o conocimientos sobre la materia, para más tarde plantear una cuestión o realizar un ejercicio en el que habrá un segundo turno de palabra y se promoverá el intercambio respetuoso de opiniones.

En todas las sesiones se da la palabra a los pacientes, se facilita la expresión, con independencia de si lo hacen de forma coherente o incoherente al tema. (Anexo III) Comenzado el diálogo, el control del clima es fundamental, transmitiendo respeto e interés por lo que comente cada uno. Se potencia el trato desde la igualdad y se estimula la comunica-

ción sin confrontación ni crítica.

Aunque la mayoría de sesiones funcionan con normalidad, con cierta frecuencia algunos pacientes tienen comportamientos habitualmente no aceptados (interrumpen, se duermen, participan con discursos desorganizados y psicóticos, se levantan y tratan de irse diciendo que tienen sed o necesitan ir al baño...) En estos casos se intenta minimizar el rechazo o la incompreensión, con cierto éxito dado que muchos han tenido en el pasado algún tipo de comportamiento similar. Por respeto y encontrarse en fase aguda se permite el abandono del grupo.

* Contenido de las sesiones:

El contenido de las sesiones en su mayoría trata factores de protección reconocidos por la OMS (la autoestima, el manejo de los conflictos, destrezas sociales...) y en cada una de ellas se pretende potenciarlos, para que los pacientes tengan más herramientas a la hora de manejar las distintas situaciones que se encuentran en la vida.

Los temas tratados durante las sesiones del Grupo Socioeducativo son los siguientes:

1. “El cambio”

En la vida hay cambios importantes, algunos buscados (matrimonio, hijos..) otros encontrados (enfermedad, pérdida de trabajo, fallecimiento de seres queridos...) pero ambos requieren de una adaptación y si es posible preparación para el cambio. ¿Cuál es un cambio importante al que te has tenido que adaptar? (participación de pacientes)

No hay que tener miedo al cambio y debemos de ponernos unas metas que podamos alcanzar. Vamos a plantearnos un pequeño objetivo que nos haga sentir mejor y que esté en nuestra mano para cumplir. (participación de pacientes)

(Anexo V)

2. “El estigma”

Estigma entendido como etiquetado, discriminación, mala fama. Consecuencias del estigma: en el trabajo, en la familia, con los vecinos...

Autoestigma.

¿Has sufrido rechazo/discriminación o sabes de alguien que lo haya sufrido como consecuencia de una enfermedad mental? (participación de pacientes) Ante el estigma: empoderamiento (toma de control y responsabilidad de tus actos)

3. “La soledad”

La soledad objetiva (estar solo) y la subjetiva (sentirse solo). ¿Nos hemos sentido solos alguna vez? (participación de pacientes) Cómo afrontar la soledad: establecer lazos interpersonales, mejorar el afrontamiento de la soledad, prevenir la soledad. Entrenamiento: iniciar conversaciones para conocer a gente o retomar contactos.

4. “El control de la ira”

La rabia es una emoción natural, cuando no se controla aparece la ira con violencia verbal o física (incontrolable) ¿Alguna vez hemos perdido los papeles o conocemos a alguien a quien le pase? (participación de pacientes.) Peligros de la ira (agresiones, cárcel, rechazo, ruptura familiar...) Prevención de la ira: evitar estresores, hacer deporte, quitarle impor-

tancia al tema, hablarlo con otros, relajación.

Ante episodio ira. Reconocer los síntomas, hacer un alto (respirar, relajar hombros, retirarse,...)

5. “Autoestima”

La autoestima es la percepción evaluativa de uno mismo. Es importante que sea realista y positiva. La autoestima influye en la vida cotidiana (comportamientos, sentimientos, relaciones...) Se entrega una hoja con cualidades positivas y cada paciente tiene que contar al grupo 3 cualidades propias (1 física y 2 de carácter) y algún logro positivo en su vida.

Repetir estas cualidades para darse ánimo. Pensamientos erróneos (plantearse: ¿tengo pruebas?, ¿Me baso en hechos o en opiniones? ¿Me ayuda este pensamiento?)

(Anexo VI y VIII)

6. “Resolución de conflictos”

Se reparte una historia en viñetas, donde 2 perros atados entre sí con una cadena, quieren comer de platos en direcciones opuestas y tras pelearse, se turnan. Se pide a los pacientes que expliquen la historia.

Incluso en los conflictos siempre hay formas de decir bien las cosas; podemos ser Asertivos, Pasivos o Agresivos. ¿Cómo sueles resolver los problemas, asertivo, pasivo o agresivo? Pon un ejemplo. (Participación de pacientes)

La importancia de usar las palabras y gestos adecuados, defender tus intereses y tener en cuenta al otro. ¿Cómo podías haber resuelto mejor ese conflicto? (Participación de pacientes)

(Anexo VII)

7. “El trabajador Social”

¿Conoces a algún trabajador social? La experiencia fue positiva o negativa. (Participación de los pacientes ¿Dónde puedes encontrar un trabajador social y en qué puede ayudarte?)

Estas sesiones se repiten de forma cíclica y dado que la hospitalización no dura más de dos meses, los pacientes no repiten el contenido de las mismas.

* Matriz de resultados

Tras la recogida de información del desarrollo de las sesiones durante un trimestre, a través de la observación participante registrándose en un diario de campo, crónicas de las sesiones de grupo e informe de evaluación se obtienen los siguientes resultados:

Categorías	Resultados
Promoción de la Salud Mental	A través de los temas tratados en cada sesión, se trabajan y potencian factores de protección como pueden ser la autoestima, resolución de conflictos y la adquisición de destrezas sociales.
Herramientas y habilidades	El Grupo Socioeducativo trabaja en cada una de las sesiones el desarrollo de hábitos y comportamientos para que el paciente pueda disponer de unas destrezas protectoras de la salud mental.
Espacio de acogida	Se acoge sin discriminación a todo paciente de la sala que quiera participar, dándoles la bienvenida y facilitando la integración en el grupo. Reduciendo el aislamiento.
Espacio relacional	A través de la participación y las experiencias que comparten, se establecen vínculos entre ellos y se identifican unos con los otros. Tras la sesión se conocen más.
Participación	Durante el desarrollo de cada sesión, se facilita y promueve la expresión y participación de los pacientes sobre el tema que se está trabajando. Validando al paciente en lo que dice, dándole voz para expresar su opinión.
Espacio de ayuda	En el desarrollo de la sesión se aconsejan y se ayudan entre ellos.

Fuente: elaboración propia a partir de la información obtenida en las observaciones y registros en los diarios de campo

CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS

La técnica del Grupo Socioeducativo es aplicable y beneficiosa con los pacientes en fase aguda ingresados en la Sala de Psiquiatría suponiendo una nueva forma de intervención sociosanitaria con pacientes que refieren patologías mentales.

El paciente se vuelve protagonista y válido de una parte de su proceso de enfermedad y a través del trabajo en activos de salud se potencia que contribuya en su recuperación. Trabajar en activos de salud, es centrarse en la esfera no patógena utilizando las capacidades individuales de cada uno de los pacientes favoreciendo la promoción de la salud mental.

Esta modalidad de Grupo Socioeducativo con pacientes en fase aguda también supone ciertas limitaciones dada la existencia de síntomas activos por lo que resulta fundamental cierta pericia por parte del trabajador social para sortear aquellas situaciones que puedan constituir un conflicto en el grupo o en el paciente.

Siempre desde la óptica de la clínica de los pacientes que constituyen el grupo hay que ser laxo en el respeto de la dinámica grupal, permitiendo abandonos en el grupo o conductas no generalmente admitidas como dormirse, gritar, tener un discurso delirante... reconduciendo hacia la normalidad lo antes posible pero expresando respeto hacia la persona aunque no a la conducta inadecuada, generalmente un síntoma de la enfermedad o medicación.

Consideramos el grupo socioeducativo como un elemento de socialización y ayuda para el paciente ingresado en hospitalización de agudos, que potencia factores de protección a la salud mental entre sus miembros, promueve la participación activa, refuerza los aspectos positivos, valida al paciente y colabora para su buena evolución.

Así mismo, el trabajo social se abre puertas a nuevos ámbitos de actuación. El Grupo Socioeducativo por lo tanto, es un tipo de trabajo social grupal donde el trabajador social como persona cualificada y competente en materia de habilidades sociales tendrá la responsabilidad de contribuir desde la esfera de lo social a la recuperación del paciente, siendo un nuevo método de buenas prácticas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.

BIBLIOGRAFÍA

- Antonovsky, A. (1987) *Desentrañar el misterio de la salud. ¿Cómo las personas manejan el estrés y se sienten bien?* San Francisco: Jossey –Bass.
- Antonovsky, A. (1996) *Modelo Salutogénico como teoría para guiar la promoción de la salud*. Promoción de la Salud Mental internacional. Vol 11, p. 11-18.
- Bonilla, E. Rodríguez, P. (1997) *Más allá de los métodos*. La investigación en ciencias sociales. Editorial Norma: Colombia.
- Guasch O. (2002) *Observación Participante*. Colección de cuadernos metodológicos número 20. Centro de investigación sociológicas, Madrid España, p. 10-11,35.
- Jané -Llopis, A. (2005) *Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales: Una política para Europa*.
- Luthar, S. (2006) *Resiliencia en el desarrollo: una síntesis de la investigación a través de cinco décadas de desarrollo*. En Chicchetti D., Cohen DJ (ed) *Desarrollo de la psicopatología: Trastorno de riesgo y adaptación*. Nueva York.
- Merino, B. Arroyo, H. Silva, J. (2000) *La evidencia de la eficacia de la promoción de salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid.
- Morgan, A. Davies, M. y Ziglio, E. (2011) *Activos de Salud en el Contexto Global: Teoría, Métodos, Acción*. Ed. Jama, p. 945-946.
- Rodríguez, G. Gil Flores et al. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones AIJIBE, España.
- Rossell, T. (1998) *Trabajo Social de Grupos: grupos socioterapéuticos y socioeducativos*. Cuadernos de Trabajo Social nº 11, p. 103-122. Ed: Universidad Complutense Madrid.
- Schwandt, T. T. (2000), *Tres posturas epistemológicas cualitativas inquirí*, en Sandín Esteban, Ma. Paz, 2003, *Investigación cualitativa en educación*. Fundamentos y tradiciones, India: Mc-Graw-Hill/Interamericana de España, p. 123.
- Segura Del Pozo, J. (2011) *Salud Pública y algo más*.

WEBGRAFÍA

- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). Edita: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. Consultada el 25 de Marzo de 2015, de: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Formación en salutogénesis y activos para la salud. Edita: Escuela andaluza de salud pública. (2010) Serie Monografías EASP Nº 51. Consultada el 13 de Junio de 2015, de: file:///C:/Users/paula/Downloads/EASP_FORMACION_EN_SALUTOGENESIS_ACTIVOS.pdf
- Invertir en Salud Mental. (2004) Departamento de salud mental y abuso de sustancia. Organización mundial de la salud. Ginebra. Consultada el 9 de Abril de 2015, de: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos (2002).

Revista Internacional On-line Avances en salud mental relacional. Vol. 1, núm. 2. Consultada el 10 de Marzo de 2015, de:

http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/g66.pdf

- Libro Verde sobre Salud Mental (2005). Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Consultada el 3 de Junio de 2015, de:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

- Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). (2011) Edita: Consejería de salud junta de Andalucía. Consultada el 3 de Abril de 2015, de:

<https://feafes.org/publicaciones/ManualdisenogrupossocieducativosGRUSE.pdf>

- Plan de Acción sobre la Salud Mental (2013-2020). Organización Mundial de la Salud. Catalogación por la biblioteca de la OMS. Consultada el 15 de Mayo de 2015, de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

- Promoción de la salud glosario (1998) Organización mundial de la salud Ginebra. Consultada el 28 de Marzo de 2015, de:

<http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf>

- Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos (2009). Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría. Vol. 29. Consultada el 7 de Marzo de 2015, de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352009000100005&script=sci_arttext#back

- Un año de Psicoterapia Grupal en Unidad de Agudos (2011). Área 3. Cuadernos de temas grupales e instituciones. Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales. Consultada el 28 de Mayo de 2015, de:

<http://www.area3.org.es/Uploads/a3-15-una%C3%B1o.RArroyo-SPalacio.pdf>

ANEXOS

- Anexo I

Registro del número de asistencia voluntaria al Grupo Socioeducativo.

Fecha	Número de pacientes ingresados	Número de pacientes que acuden de manera voluntaria al Grupo Socioeducativo	Porcentaje de pacientes que acuden de manera voluntaria al Grupo Socioeducativo
17/02/2015	15	10	66,66%
24/02/15	19	12	63,15%
10/03/15	20	13	65%
24/03/15	22	15	68,18%
31/03/2015	19	10	52,63%
07/04/2015	17	11	64,70%
14/04/2015	21	15	71,42%
21/04/2015	16	10	62,50%
28/04/2015	18	7	38,88%
12/05/2015	18	9	50,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la información recabada durante las sesiones.

- Anexo II

Registro de la permanencia o abandono durante la sesión del Grupo Socioeducativo.

Fecha	Número de pacientes que permanecen en el Grupo Socioeducativo durante toda la sesión.	Número de pacientes que abandonan el Grupo Socioeducativo antes de finalizar la sesión	Porcentaje de pacientes que abandonan el Grupo Socioeducativo antes de finalizar la sesión
17/02/2015	8	2	20%
24/02/15	11	1	9,09%
10/03/15	9	4	30,76%
24/03/15	13	2	13,33%
31/03/2015	7	3	42,85%
07/04/2015	8	3	37,50%
14/04/2015	11	4	36,36%
21/04/2015	8	2	25,00%
28/04/2015	5	2	40,00%
12/05/2015	8	1	12,50%

Fuente: elaboración propia a partir de la información recabada durante las sesiones.

- Anexo III

Registro de participación verbal (coherente al tema o incoherente) durante la sesión del Grupo Socioeducativo.

Fecha	Número de pacientes que participan verbalmente de forma coherente	Porcentaje de pacientes que participan verbalmente de forma coherente	Número de pacientes que participan verbalmente de forma incoherente	Porcentaje de pacientes que participan verbalmente de forma incoherente
17/02/2015	7	70%	2	20%
24/02/15	10	83,33%	2	16,66%
10/03/15	8	61,53%	5	38,46%
24/03/15	14	93,33%	1	6,66%
31/03/2015	7	70%	3	30%
07/04/2015	7	63,63%	4	36,36%
14/04/2015	9	81,81%	2	18,18%
21/04/2015	8	100,00%	0	0,00%
28/04/2015	5	71,42%	2	28,57%
12/05/2015	7	87,50%	1	12,50%

Fuente: elaboración propia a partir de la información recabada durante las sesiones.

- Anexo IV

Registro de observación de participación física durante la sesión del Grupo Socioeducativo.

Fecha	Número de pacientes que se sitúan en el espacio asignado	Porcentaje de pacientes que se sitúan en el espacio asignado	Número de pacientes que se aíslan	Porcentaje de pacientes que se aíslan
17/02/2015	8	80%	2	20%
24/02/15	12	100%	0	0%
10/03/15	9	69,23%	4	30,76%
24/03/15	14	93,33%	1	6,66%
31/03/2015	9	90%	1	10%
07/04/2015	8	72,72%	3	27,27%
14/04/2015	12	80%	3	20%
21/04/2015	8	88,88%	1	11,11%
28/04/2015	5	100%	0	0%
12/05/2015	8	100%	0	0%

Fuente: elaboración propia a partir de la información recabada durante las sesiones.

- Anexo V

DIARIO DE CAMPO GRUPO SOCIO-EDUCATIVO	
Participantes	De los 19 pacientes ingresados, acuden de forma voluntaria 10.
Lugar	Sala multiusos, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
Fecha	31 de marzo del 2015.
Contenido de la sesión	El cambio.
Hora	10-11 horas

Hoy se ha realizado el taller sobre “*el cambio*”. La trabajadora social les ha explicado a los pacientes que en la vida las cosas no son estáticas, en la mayoría de las ocasiones por circunstancias externas las cosas cambian y tenemos que estar preparados para ello e intentar que el cambio no nos produzca sentimientos negativos y nos desestabilice. También se les explica que el cambio puede ser positivo, progresar y mejorar siempre puede ser bueno para nosotros.

La trabajadora social les comenta una serie de herramientas para que cuando exista un cambio sea para mejor. Algunos consejos son:

- Cambiar nuestra manera de hacer si no nos va bien o queremos que nos vaya mejor.
- Aceptar algunos cambios en los hábitos y creencias.
- Aclarar cuál es nuestro objetivo y visualizarlo.
- Hacer un análisis de competencias, puntos fuertes, habilidades y puntos débiles.
- Elaborar una estrategia de acción.
- Concebir el cambio como una oportunidad de futuro.

Mientras la trabajadora social estaba comentando lo anteriormente dicho, se produjeron dos abandonos injustificados y una persona se sentó fuera del espacio asignado, observaba en silencio lo que iba trascurriendo durante el taller. Los demás pacientes atendían.

Ahora se les pide que intervengan ellos por orden y que comenten alguna situación de cambio que hayan vivido y como se han sentido, sí ha sido para mejor o para peor.

Comienzan a participar de manera ordenada, la mayoría de ellos lo hace desde una participación verbal coherente. Comentan que un cambio muy importante es que han sido diagnosticados de alguna enfermedad mental, lo cual ha sido un acontecimiento muy duro para ellos y que a lo primero se sentían mal, desubicados y sin ganas de seguir hacia delante. Otros ponían de ejemplo la pérdida de trabajo y lo que supone no tener ingresos, pero que intentaron continuar en la búsqueda de un nuevo empleo y no rendirse. Del resto de pacientes que estaban en la sesión participaron de forma incoherente a lo que se les estaba preguntando, lo hacían desde un discurso desordenado y poco entendible.

Cuando terminaron todos de exponer sus experiencias a los demás, la trabajadora social entregó a cada uno de ellos una hoja que ponía lo siguiente:

Pasos para confeccionar un Plan de Acción

- Estudiar la situación actual.
- Establecer el objetivo global o situación deseada.
- Por debajo, los objetivos intermedios medibles concretos.
- Establecer estrategias.
- Pasar a la acción.

Mediante esa hoja, la trabajadora social lo que pretendía transmitirles es que no hay que tener miedo al cambio y que siempre debemos de fijarnos una meta que podamos alcanzar.

Para ello, les aconseja seguir esos cinco pasos anteriormente nombrados a través de una estructura piramidal. Arriba se situaría la situación deseada, después las metas inter-

medias y a bajo se apunta la estrategia.

Por último, les aconsejó que es muy importante intentar borrar los pensamientos negativos (“esto no lo conseguiré nunca”) y sustituirlos por otros positivos y optimistas, ya que, imaginarse el cambio es una manera de anticiparse a los acontecimientos y de preparar el futuro.

Todos escuchaban atentamente y comentaban que a partir de ahora el cambio no lo iban a ver desde una connotación negativa, si no positiva y como oportunidad para mejorar. Siempre fijándose metas alcanzables. La trabajadora social se despidió hasta la semana que viene.

- Anexo VI

DIARIO DE CAMPO GRUPO SOCIO-EDUCATIVO	
Participantes	De los 16 pacientes ingresados, acuden de forma voluntaria 10.
Lugar	Sala multiusos, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
Fecha	21 de abril del 2015.
Contenido de la sesión	La autoestima.
Hora	10-11 horas

En la sesión de hoy tocaba trabajar “*la autoestima*”, en primer lugar la trabajadora social ha pedido a los pacientes que le ayudasen a definir que es la autoestima, y entre todos lo hemos hecho. La autoestima entendida como la percepción evaluativa que hacemos sobre nosotros mismos, siendo muy importante que sea realista y positiva.

Durante la explicación ha habido dos abandonos, decían que no podían seguir porque les llamaba el médico. El resto de participantes mostraban una actitud de escucha y de participación queriendo intervenir antes de que fuera su turno. Únicamente hubo durante la sesión una persona que se situó fuera del espacio asignado.

Después de presentar el tema, se les ha repartido una hoja con una lista de cualidades positivas, cada paciente tenía que elegir 2 cualidades de carácter que le definan y 1 cualidad física, cuando lo tuvieron todos se compartió con los demás.

Todos hicieron muy bien la dinámica, se mostraron colaboradores y supieron decir las cualidades que se les pedían. La verdad es que tenían cualidades variadas y eso hacía que el grupo fuera heterogéneo, se mostraban con interés por escuchar al resto.

Después de esta dinámica se ha pedido a los pacientes que intervinieran de nuevo, esta vez tenían que pensar un logro positivo que habían conseguido en su vida. Todos se mostraban orgullosos por compartir su logro personal, unos decían crear una familia, otros encontrar su primer trabajo, terminar los estudios, etc. La verdad es que se creó un clima muy agradable donde se compartían las experiencias sin ningún miedo y todos escuchaban atentamente lo que decían sus compañeros.

Por último y para cerrar la sesión, les dijimos que si alguna vez se sienten decaídos o creen que no tienen nada bueno que ofrecer, que piensen en estas cualidades que han elegido y los logros conseguidos para darse ánimo y fuerza.

- Anexo VII

DIARIO DE CAMPO GRUPO SOCIO-EDUCATIVO	
Participantes	De los 18 pacientes ingresados, acuden de forma voluntaria 7.
Lugar	Sala multiusos, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
Fecha	28 de abril del 2015.
Contenido de la sesión	Resolución de conflictos
Hora	10-11 horas

Hoy han acudido al taller pocos pacientes únicamente 7, la sala estaba un poco ajetreada, ya que se estaban produciendo nuevos ingresos.

En la sesión de hoy trabajamos, “*la resolución de conflictos*”. Cuando se les anuncia a los pacientes el tema algunos se muestran no muy entusiasmados y hacen referencia que uno de los conflictos que tienen ahora mismo es estar ingresados y que se quieren marchar.

En primer lugar, la trabajadora social les explica que ante un conflicto a rasgos generales podemos actuar de distintas formas: siendo asertivos, pasivos y agresivos.

Repartimos a cada uno de ellos una hoja en la que aparece una historia en viñetas, donde dos perros atados entre sí con una cadena quieren comer lo que hay en sus comederos, pero se encuentran en direcciones opuestas. Se les pregunta a los pacientes como ha sido la forma que los perros han utilizado para solucionar el conflicto y llegar a un acuerdo.

Algunos pacientes no se muestran colaboradores para participar en la dinámica, de hecho dos de ellos abandonan el grupo aunque más tarde vuelven a venir. Otros si fueron capaces de razonar como actuaron los perros, y supieron decir que los perros tuvieron que ponerse de acuerdo para ir primero aun comedero y después al otro, ya que, si cada uno mira por su propio interés no hubiesen comido. El resto de pacientes no intervinieron y si lo hacían era de forma incoherente a lo que se les estaba preguntando interrumpiendo constantemente, por lo que la trabajadora social vio necesario intervenir en ciertos momentos porque se estaban alterando.

Más tarde se les pide a los pacientes que pongan un ejemplo de un conflicto y de qué forma lo han solucionado. Los ejemplos de conflictos que ponen son con la pareja, familia, algunos dicen el estar ingresados o discusiones con algún compañero de la sala. Nos encontramos que hay bastantes pacientes que lo solucionan de forma agresiva, aunque ellos afirman que no es la mejor forma de solucionarlos y que tiene que trabajar la forma de reaccionar ante un conflicto porque no es la mejor manera, una persona comenta que el soluciona los conflictos de forma pasiva diciendo que no le gusta discutir por lo que acaba haciendo lo que quiere el otro, y dos personas más comentan que lo solucionan de forma asertiva.

Para finalizar la sesión y una vez conocido como los pacientes solucionan sus conflictos, les aconsejamos que la mejor forma de intentar solucionarlos es haciéndolo de forma asertiva, es decir, utilizando las palabras y gestos adecuados, defendiendo nuestros intereses y teniendo en cuenta la opinión de la otra persona.

- Anexo VIII

DIARIO DE CAMPO GRUPO SOCIO-EDUCATIVO	
Participantes	De los 18 pacientes ingresados, acuden de forma voluntaria 9.
Lugar	Sala multiusos, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
Fecha	12 de mayo del 2015.
Contenido de la sesión	La autoestima
Hora	10-11 horas

El Grupo Socioeducativo mantiene la misma estructura durante todas las sesiones, antes de iniciar el taller la trabajadora social ha avisado a todos los pacientes para que de forma voluntaria si lo desean acudan a participar. Todos los pacientes que han venido se han sentado alrededor de una gran mesa y la trabajadora social se ha presentado y también ha presentado el tema que se iba a tratar. Cada uno de los que estaban en el taller, se le ha puesto una etiqueta adhesiva con su nombre para facilitar la comunicación y que todos sepan los nombre de los demás.

El tema que se ha trabajado hoy ha sido “*la autoestima-eliminar los pensamientos malos*” que hacen que nuestra autoestima decaiga. Al principio de la sesión la trabajadora social ha explicado cinco pensamientos que pueden darse y que son erróneos:

- Hipergeneralización: sacamos conclusiones incorrectas.
- Hipocontrol: no tenemos control de nada.
- Filtrado negativo: únicamente veo lo negativo de las cosas.
- Personalización: cualquier cosa que ocurre pienso que va conmigo.
- Razonamiento emocional: si una persona me cae bien, todo lo que haga, piense o diga me va a parecer fenomenal.

Mientras la trabajadora social explicaba estos pensamientos, uno de los pacientes abandona la dinámica y no se vuelve a incorporar. Del resto, dos de ellos comentan ejemplos sobre estos cinco pensamientos a la vez que habla la trabajadora social. También preguntan lo que no entienden y se lo apuntan en un papel. Después de explicar los pensamientos erróneos, se da paso a que los pacientes intervengan. Se deja encima de la mesa papeles donde están escritos los pensamientos anteriormente descritos, para que cada uno de los pacientes escoja uno que piensen que les ha ocurrido y que pongan un ejemplo. De todos los pacientes que están en la sesión, todos participan de forma coherente a lo que se les está preguntando, los pensamientos que más se les pasan por la cabeza son: razonamiento emocional, filtrado negativo y personalización. Únicamente un paciente no realiza un discurso coherente y estructurado a lo que se les está preguntando.

Después de la participación de los pacientes, la trabajadora social les comenta que tienen que ser capaz de identificar estos pensamientos erróneos que muchas veces provocan que nuestra autoestima baje y nos sintamos mal con nosotros mismos. Intentar razonar y ser lo más imparciales posibles a lo que nos está ocurriendo, para poder valorarlo no desde

nuestros sentimientos si no a través de la racionalidad objetiva. Los pacientes comentan al finalizar que les ha gustado mucho y que esperan que venga más veces la trabajadora social a darles más talleres.

Impacto de las motivaciones en la adopción de redes sociales por los Trabajadores Sociales

Isidoro Fernández-Utrilla Minaya

Escuela Universitaria de Trabajo Social

Pilar Fernández-Utrilla Miguel

Universidad Europea

Manuel Fernández-Utrilla Miguel

Universidad Europea

Resumen

Las redes sociales son hoy en día la herramienta más potente para poner en contacto a personas entre sí. Dichas herramientas actualmente son gratuitas en la mayoría de sus modalidades de uso. El uso lúdico de dichas aplicaciones supera al profesional. A través de este estudio se pretende obtener un modelo basado en dos teorías, teoría del comportamiento planificado y teoría de la auto-motivación. La unión de ambas teorías en un solo modelo permitirá predecir de una forma precisa el uso de dichas herramientas de comunicación para establecer conexión entre trabajadores sociales. Dichos profesionales podrían compartir experiencias, conocimientos y casos reales con el fin de encontrar la mejor solución para ayudar a las personas en cuestión. Para ello se ha contado con un número representativo de trabajadores sociales que han prestado su participación a la realización del estudio con el fin de dilucidar el motivo de por qué estos profesionales no usan estas herramientas para el fin descrito.

Palabras claves

Redes sociales, teoría del comportamiento planificado, teoría de la auto-motivación, trabajadores sociales.

Abstract

Social networking is now the most powerful tool for people to connect with each other. These tools are currently free in most of cases. The fun use of these applications exceeds beyond the professional. This study is reaching a model based on two solid and tested theories, theory of planned behavior and motivation theory. The joint of the two theories in a single model will accurately predict a use of these communication tools to set connections between social workers. These professionals could share experiences, knowledge and case studies in order to find the best solution to help people involved. A representative number of social workers have participated in this study in order to research what is the reason because these professionals do not use these tools with that aim.

Keywords

Social networks, theory of planned behavior, motivation theory, social workers.

INTRODUCCIÓN

La resolución de problemas o las mejoras en los resultados de tratamientos dentro del ámbito profesional, y en particular alrededor del sector social, han encontrado un gran aliado en los sistemas telemáticos a la hora de obtener ayuda externa. Las tecnologías Web 2.0 (wikis, blogs, redes sociales, etc) están jugando cada vez un papel más importante en la transferencia de información y en la realidad que supone el hecho de que compartir experiencias ayuda a mejorar los resultados. Según el informe del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y los Sistemas de Información (“Servicios utilizados por los usuarios de Internet”, ONTSI noviembre de 2011), el 52,4% de los usuarios de la red de redes utiliza las redes sociales tecnológicas como Facebook, Twitter o Linked-In, dato que advierte de que un gran número de profesionales del sector harán uso de ellas. Además existen estudios de referencia donde se demuestra que las redes sociales proporcionan nuevos caminos para que la gente pueda colaborar, interactuar, comunicarse, co-crear, y compartir ideas y conocimientos (Hartshorne y Ajjan, 2009). Autores como Conole y McAndrew (2010), confirman a través de sus investigaciones publicadas que las herramientas informáticas basadas en tecnologías 2.0 proporcionan el entorno perfecto para aprender a partir de la comunicación y la acción de compartir casos reales del día a día. Otra referencia importante de cómo el intercambio de información y de experiencias puede ayudar al encuentro de soluciones es el de Orehovacki, Bubas, y Konecki en 2009.

Por el contrario e independientemente del hecho de que la actual generación de trabajadores sociales disponga de un nivel alto en el uso de redes sociales, la utilización profesional no es el común denominador de todos los colectivos laborales. Existen algunos, como por ejemplo los docentes universitarios, que a pesar de tener el conocimiento no están dispuestos a usar tecnologías 2.0 en sus clases (Gill y Dalgarno, 2008). A través del estudio realizado se pretende poner de manifiesto cuál es la intención de uso (Ajzen, 2002) de determinadas aplicaciones denominadas redes sociales por parte de los trabajadores sociales en su actividad profesional diaria.

El contexto que rodea estos profesionales sociales queda descrito en el último informe presentado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2010), donde se muestra que más de 3,6 millones de personas han de ser atendidas por algún trabajador social en alguno de los centros a los que se dirige con asiduidad. El trabajo que realizan está directamente relacionado con las personas y con ellas, la complejidad que presenta el ser humano en cualquiera de sus comportamientos. Por esto se puede presentar como válida la hipótesis de la necesidad de ayuda u opinión de otros colegas para alcanzar el mejor tratamiento o consejo para sus usuarios.

Estas aplicaciones en Internet tienen ya una posición consolidada después de muchos años de funcionamiento. Su estudio comenzó a raíz de la teoría de los seis grados de separación, según la cual es posible contactar con cualquier persona en el planeta a través de seis personas. Esta teoría fue propuesta por el escritor húngaro Frigyes Karinthy en 1929. El concepto se basa en el desarrollo exponencial del número de conocidos que cada individuo tiene. Distintos estudios y experimentos se han realizado desde entonces para demostrar los conocidos como “seis grados de separación”. Los más conocidos: Ithiel de Sola Pool (MIT) y Manfred Kochen (IBM) en los años 50 y Stanley Milgram en la década posterior. Después de todos ellos, los contactos sociales quedaron unívocamente definidos como la mayor red de información existente.

Las primeras redes sociales en Internet se establecen a mediados de la década de los 90 con el sitio www.classmates.com creado por Randy Conrads en 1995. A través de ella se ponía en contacto antiguos compañeros de clase. Posteriormente y tras la crisis de las “.COM” comenzaron a aparecer otros sitios web que ponían en contacto a personas y creaban comunidades tales como MySpace, creado por Microsoft en 2003, o Xing creado por Lars Hinrichs en 2003. Estas aplicaciones se asemejaban de forma más cercana a las que hoy conocemos como redes sociales, bien sean para uso lúdico o profesional. Actualmente este tipo de herramientas conectan millones de personas. Un ejemplo claro de ellas es Facebook que presenta más de 900 millones de usuarios en todo el planeta según su último informe presentado en 2012.

La tecnología aplicada a la comunicación ofrece multitud de posibilidades a través de estas redes sociales. Su principal objetivo se centra en trasladar información desde un sujeto a una comunidad asociada a él (J. A. Barnes, 1954). Para esto se ponen a disposición del usuario diversas herramientas que desarrollan desde el envío de mensajes privados o públicos, entre otras utilidades. A través de todas estas utilidades es posible compartir, debatir, reivindicar e incluso crear corrientes de pensamiento. En este ámbito existen distintos colectivos que podrían usar información para mejorar sus actuaciones en relación con la resolución de problemas críticos.

Sin embargo, y esto es lo que hace complicada una explicación científica, la herramienta más potente en la actualidad para la transferencia de información entre personas, no es usada en el ámbito profesional más que por un pequeño porcentaje de sujetos según el Observatorio de Redes Sociales en España en 2012. Esta investigación determinará un modelo científico que permita predecir el uso de las redes sociales como herramienta de comunicación entre trabajadores sociales con el fin de compartir información y experiencias.

Marco Teórico

La psicología social se plantea como una opción que ofrece la posibilidad de intervenir sobre la conducta del grupo profesional sobre el que se va a realizar la investigación: los trabajadores sociales.

Teoría del Comportamiento Planificado [TCP] (Theory of Planned Behaviour [TPB])

La Teoría de Conducta Planificada (TCP) es una de las teorías más contrastadas y aceptadas en el mundo científico actual. Esta teoría fue planteada inicialmente por el profesor Icek Aizen en 1998 y ha sido modificada y actualizada posteriormente en 2006.

El motivo principal del uso de esta teoría es el análisis riguroso de todos los factores que componen la ejecución de la conducta que realiza. Cada una de las conductas a analizar puede ser evaluada desde distintos ángulos y por tanto ser provocadas por distintas causas, pero existe un factor común a todas ellas que es la frecuencia con la cual se suceden. El objetivo de este tipo de teorías es descubrir cuáles son las posibilidades de incrementar dicha frecuencia mediante la modificación de sus causantes históricos.

Siguiendo la teoría mencionada, cabe destacar que la conducta humana se produce en función de:

- **Actitud:** los trabajadores sociales pueden valorar positiva o negativamente el uso de las redes sociales para su trabajo. El grado en el que lo hagan determinará si tienen actitud para hacerlo. Ellos pueden considerar que dicho uso les ayuda a mejorar su

servicio a través de las experiencias compartidas o de las dudas lanzadas al colectivo.

- **Norma Subjetiva:** se determina por la presión social que percibe un sujeto para la realización de una conducta determinada. En el caso de este estudio, el uso de las redes sociales como herramienta laboral eficaz para los trabajadores sociales. La presión descrita puede ser influida por los distintos agentes que rodean al sujeto: su superior, las personas con las que trabaja, su familia e incluso los medios de comunicación.
- **Control Percibido:** este parámetro está relacionado directamente con la percepción que los trabajadores sociales tienen acerca de la posibilidad de usar dichas redes sociales en su trabajo diario, es decir, de ejecutar la conducta mencionada. Siendo concretos, dichos profesionales disponen de conexión a Internet y con ella de acceso a multitud de herramientas informáticas de este tipo. Además de su disponibilidad, tienen el conocimiento necesario para explotarlas, los permisos y autorizaciones pertinentes y lo más importante, el deseo de hacerlo.

Estos tres factores van a influir en la intención de toma de decisión de los profesionales a la hora de usar las redes sociales para mejorar su actividad diaria. Por ello, la intención de uso se ve influenciada por la actitud, la norma subjetiva descrita y el control percibido sobre ella. La importancia de cada uno de los factores será distinta en cada trabajador, ya que presentan características personales y de su entorno potencialmente diferentes.

TEORÍA DE LA Auto-MOTIVACIÓN

La teoría de la motivación o auto-determinación (Self-Determination Theory [SDT]) es una teoría centrada en la motivación humana que ha sido ampliamente empleada en el dominio de la salud. Ha sido contrastada en distintos ámbitos como el deporte o la endocrinología (Chatzisarantis, Hagger, Biddle, Smith, & Wang, 2003; Hagger y Chatzisarantis, 2007).

Esta teoría define dos tipos de regulación del comportamiento. En primer lugar la motivación intrínseca: referida a la participación en una conducta de interés, goce o satisfacción inherente a este comportamiento. En segundo lugar y con igual importancia se sitúa la motivación extrínseca describiendo la participación en un comportamiento por razones ajenas al propio comportamiento tales como la aprobación social.

Realizando un desarrollo más profundo, la motivación intrínseca representa el prototipo de la motivación autónoma o autodeterminada según los estudios presentados por Ryan&Deci en el año 2000. En ellos se asocia con la calidad y con la persistencia del comportamiento. En el lado opuesto se encuentran las formas extrínsecas de regulación que están asociadas con una falta de comportamiento sostenido en el tiempo (Ryan y Deci, 2000). La teoría utilizada de la motivación (SDT) también identifica cuatro tipos de motivación extrínseca, colocados en varios puntos intermedios a lo largo de un continuo que va desde motivación intrínseca a motivación extrínseca.

Publicaciones recientes han sugerido que las motivaciones autónomas y controladas o las razones para involucrarse en comportamientos deberían ser distintas de los objetivos que una persona persigue (Vansteenkiste, Soenens, & Lens, 2007). Otros modelos como el de auto-concordancia (Sheldon y Elliot, 1999) predice que los individuos pueden perseguir objetivos que son auto-concordantes o autónomos, o por cuenta propia discordantes- o no autónomos. Sheldon y Elliot mostraron que los individuos experimentan un mayor pro-

greso hacia lo autónomo o lo concordante en lo que a las metas de comportamiento se refiere, ya que ejercen un mayor esfuerzo en su búsqueda. Por lo tanto el aumento de la intención de uso de la conducta determinada deberá venir precedida de un fomento de la persistencia del comportamiento.

INTEGRACIÓN DE AMBAS TEORÍAS

En el presente estudio, se utilizará la regulación del comportamiento para apoyar la persistencia y con ella la predicción de la intención de uso descrita en la Teoría del Comportamiento Planificado. La conjunción de ambas teorías, proporcionará una predicción más precisa de la intención de realización de la conducta en cuestión.

La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) identifica los factores que guían el comportamiento pero no explica por qué los individuos crean las actitudes, las normas subjetivas o las intenciones de uso. Por el contrario, la teoría de la motivación (SDT) ayuda a explicar estos motivos generales y contextualiza los constructos sociales cognitivos de la TCP (Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002a). Con la integración de ambas teorías se obtiene un modelo más preciso para la predicción de la intención de ejecución de una conducta. Existen metanálisis recientes sobre estudios que integran ambas teorías proporcionando un valor complementario entre ambas (Hagger & Chatzisarantis, 2009).

MODELO TEÓRICO Y MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

El marco de la investigación queda definido de forma unívoca por los distintos elementos que lo componen: colectivo de profesionales y herramientas con un potencial de uso profesional poco explotado. Alrededor de estos dos ítems se debe concretar que el colectivo de profesionales sobre los que se ha realizado el estudio queda determinado por los facultativos del trabajo social. En el otro lado de la investigación se sitúan las herramientas a examinar: las redes sociales. El objetivo del proceso es la predicción de la intención de uso de las redes sociales como herramienta de comunicación utilizada por parte de los trabajadores sociales para comunicarse entre sí y compartir así experiencias y conocimiento para la ayuda en la obtención de mejores resultados en sus trabajos.

El modelo teórico desarrollado para la investigación se puede observar sobre la Figura 1. A través de dicho modelo, se puede evaluar el objetivo descrito anteriormente. Dicha intención de uso puede ser explicado como una función de elementos como la actitud, el control conductual percibido y la norma subjetiva, tal y como muestra Ajzen en su modelo que comprende la Teoría del Comportamiento Planificado. Pero en esta investigación se ha ampliado el marco teórico del estudio incluyendo otro sentimiento: la motivación. En particular dos tipos de motivaciones, la autónoma y la controlada derivadas de la teoría de la auto-motivación cuyo desarrollo se inició con los estudios de Deci en 1970. Con esta conjunción de ambas teorías se pretende obtener una predicción más precisa de la intención de uso bajo estudio. Destacar que todos los constructos seleccionados para el estudio han sido elegidos de estudios validados y publicados en investigaciones de impacto.

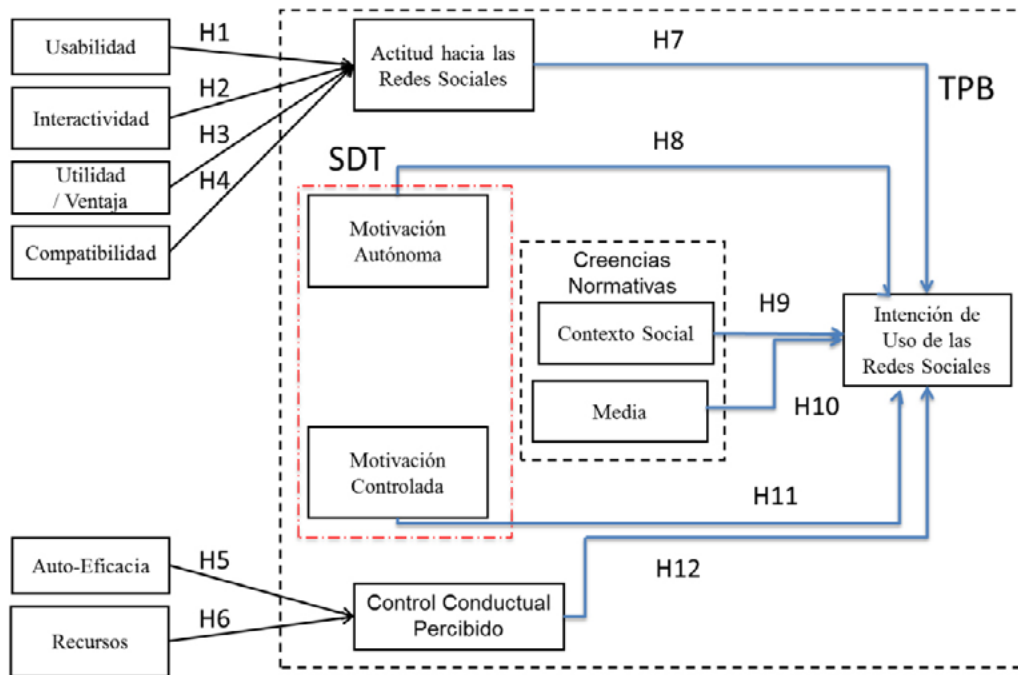


Figura 1. Modelo teórico desarrollado

En este modelo se trabaja sobre las siguientes hipótesis:

- **H1:** la facilidad de utilización de las aplicaciones que permiten gestionar redes de personas influye positivamente en la actitud que tienen los profesionales del trabajo social hacia el uso de las redes sociales.
- **H2:** la interactividad que pueda existir entre los colegas gracias a estos sistemas, provocará una mejora considerable en la actitud que tienen los profesionales del trabajo social hacia el uso de las redes sociales.
- **H3:** la utilidad que tengan estos programas telemáticos a la hora de mejorar los resultados de sus intervenciones, será valorado de forma positiva hacia la actitud que tienen los profesionales del trabajo social hacia el uso de las redes sociales.
- **H4:** la compatibilidad de estas herramientas con las infraestructuras que los trabajadores sociales dispongan en su trabajo será valorado de forma positiva hacia la actitud que tienen estos profesionales hacia el uso de las redes sociales.
- **H5:** la auto-eficacia percibida, en relación a la opción para mejorar su trabajo, será muy valorada en el control conductual percibido al que se someten los profesionales de este sector. Es por ello que un grado positivo de autonomía se presenta como imprescindible para haber los resultados esperados.
- **H6:** los recursos, tanto económicos como familiares, serán elementos esenciales para poder acceder a este tipo de herramientas. La valoración sobre el control conductual percibido es positiva debido a que son necesarios para el desarrollo del trabajo en condiciones mejoradas.
- **H7-H12:** se partirá de la hipótesis de que elementos como la actitud, la motivación

tanto autónoma como controlada, las creencias normativas y el control conductual percibido tendrán un efecto positivo sobre la intención de uso de las redes sociales por parte de este colectivo profesional.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

El método de recogida de datos utilizado ha sido el envío de cuestionarios y la correspondiente recepción de los datos obtenidos de sus respuestas. La investigación ha consistido de cuatro fases principales: desarrollo del modelo teórico, construcción y validación del cuestionario, recolección de los datos y finalmente análisis de la información obtenida.

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

La primera parte del cuestionario generado obtendrá información demográfica acerca de género, edad, uso de las redes sociales, redes específicas utilizadas, etc. El resto de las cuestiones que componen la herramienta desarrollada han sido seleccionadas de estudios con cuestionarios validados adaptándolas al contexto del estudio que nos ocupa. Además, el cuestionario ha sido sometido a un proceso piloto para confirmar su validez y solvencia. Todas las cuestiones de la encuesta han sido puntuadas con una escala “Likert” de 5 puntos variando desde el “1” que expresa el total desacuerdo, hasta el “5” que representa el total acuerdo. En el cuestionario enviado se han determinado de forma unívoca los puntos intermedios para evitar valoraciones erróneas.

Además y a pesar de haber construido el cuestionario con preguntas procedentes de cuestionarios validados (Sadaf, Newby & Ertmer, 2012), se ha realizado una prueba piloto entre 108 usuarios para contrastar su validez alcanzando los valores de correlación necesarios para ser apto para el estudio.

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se ha desarrollado un cuestionario sobre una página en Internet para así conseguir una mayor potencia de difusión. De esta forma se puede distribuir de forma sencilla, rápida y económica entre el mayor número posible de trabajadores sociales que han sido contactados a través de los colegios profesionales a los cuales se hayan afiliados. Han participado más de 35 Colegios Profesionales de Trabajo Social en todo el país. El número de respuestas obtenidas ha sido de 108 de los cuales se han tenido que eliminar 18 por diversos errores de forma. En la siguiente tabla se puede observar el perfil de las personas que han contestado la encuesta enviada:

Edad		Género		Nivel de Estudios		Uso de Redes Sociales	
18 < años <= 25	18,20%	Mujer	15,31%	Grado	75,57%	Facebook	92,56%
26 < años <= 35	38,74%	Hombre	84,69%	Master	19,15%	Linked-In	21,20%
36 < años <= 45	27,45%			Doctorado	5,28%	Foros	9,21%
Años > 45	15,61%						

Tabla 1. Descripción de la población participante

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se ha utilizado un modelo de ecuaciones estructuradas para examinar las relaciones entre los distintos constructos seleccionados. Para su análisis se ha elegido el método de regresión de mínimos cuadrados por su capacidad para trabajar con muestras de tamaño pequeño. La herramienta informática utilizada ha sido el software SmartPLS Versión 2.0.M3 (Ringle et al. 2005) que también se utilizó para las mediciones sobre las hipótesis de investigación descritas anteriormente. Chin (1998) indica en sus estudios que para obtener interpretaciones significativas, los valores de los coeficientes relacionales han de estar por encima de 0,2. Los valores de R^2 se situaron por encima de este valor, indicando por tanto que la adaptación del modelo de investigación es válida. Este método ofrece dos componentes de un modelo causal: la medición y el modelo estructurado. Además, es especialmente adecuado para investigaciones con varianzas significativas.

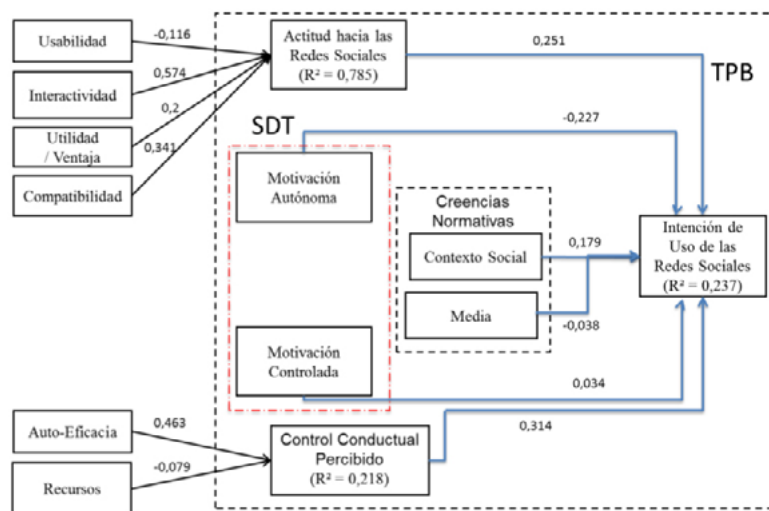


Figura 2. Resultados de las relaciones en el modelo teórico

FIABILIDAD Y VALIDEZ

Durante la fase piloto del cuestionario se detectaron distintos indicadores antecedentes que no superaron el valor de alpha de Cronbach necesario de 0,7. Estas cuestiones fueron eliminadas de la encuesta, quedando solo aquellas que superan ampliamente el valor mínimo exigido de 0,7. Todos los constructos fueron seleccionados con el fin de ser significativos y por tanto tener un valor p de 0,05 siendo inferior como se recomienda al valor de 0,707. La varianza media fue tenida en cuenta como un mínimo del 50% de la varianza en cada uno de los constructos y la raíz cuadrada de la media de la varianza para cada constructor fue más grande que la correlación de los constructos como todos los otros.

Factor	Item	Carga	Estadística t	AVE	Cronbach	Fiabilidad compuesta	R2
Usabilidad	USA1	0.817	14.797	0.747	0,707	0,863	
	USA2	0.925	37.121				
Interactividad	-	-	-	1.000	1.000	1.000	
Utilidad	UTI1	0.816	13.158	0.744	0.723	0,844	
	UTI2	0.886	28.477				
	UTI3	0.702	11.575				
Compatibilidad	COM1	0.895	58.630	0.734	0,743	0,846	-
	COM2	0.817	47.684				
Auto-Eficacia	AUE1	0.868	2.157	0.794	0,744	0,885	-
	AUE2	0.915	2.760				
Recursos	REC1	0.885	40.348	0.805	0.760	0,892	-
	REC2	0.910	14.792				
Actitud	ACT1	0.708	16.843	0.781	0,726	0,707	0,785
	ACT2	0.779	26.651				
	ACT3	0.796	34.121				
	ACT4	0.892	28.167				
Contexto Social	CS1	0.863	5.743	0,716	0,802	0,776	-
	CS2	0.825	6.811				
	CS3	0.521	6.925				
Medios	MED1	0.930	19.555	0,841	0,813	0,855	-
	MED2	0.904	27.901				
Control Cond. Percibido	CCP1	0.725	8.886	0.60	-0,536	0,121	0,218
	CCP2	0.831	18.837				
	CCP3	0.840	24.983				
Motivación Autónoma	MOTA1	0.843	85.455	0.858	0.917	0,808	-
	MOTA2	0.967	80.662				
Motivación Controlada	MOTC1	0.699	85.455	0.726	0,712	0,838	-
	MOTC2	0.982	80.662				
Intención de Uso	IUI	1,00	6.148	0.645	0.728	0,843	0,237

Tabla 2. Fiabilidad y Validez del modelo.

CONCLUSIONES

Tras realizar la encuesta y recoger los resultados, las variables de la Teoría del Comportamiento Planificado: actitud (0,251; $p < 0,01$), norma subjetiva – contexto social (0,179; $p < 0,01$) y control conductual percibido (0,314; $p < 0,01$) contribuyen de forma significativa a la intención de uso de la conducta analizada en este estudio.

El paso siguiente a determinar tras los primeros resultados analizados del presente estudio aún activo, es el sentido en que los constructos seleccionados actúan con respecto a las variables principales de dicha teoría. Manteniendo una aportación positiva se encuentran los antecedentes: utilidad (0,2; $p < 0,01$), interactividad (0,574; $p < 0,01$) y compatibilidad (0,341; $p < 0,01$) como principales elementos que llevarán a estos profesionales a utilizar estas herramientas telemáticas. Sin embargo, otros como la usabilidad (-0,116; $p < 0,01$), se observa que no suponen un aliciente para su intención de realización, debido a que las redes sociales disponen de un grado de penetración muy elevado, siendo altamente conocidas por la población encuestada. El nivel tan alto de conocimiento sobre estas aplicaciones hace que esta característica no sea relevante para los sujetos.

De otra parte, la Teoría de la Motivación a través de sus variables principales: motivación autónoma (-0,227; $p < 0,01$) y motivación controlada (0,034; $p < 0,01$) muestra como lo que realmente hace que estos profesionales usen las redes sociales en un ámbito profesional para mejorar los resultados, son aquellas que les llegan desde terceras personas. Por sí mismos no encuentran los sentimientos necesarios para utilizar estas aplicaciones como herramienta de trabajo. Los resultados obtenidos se ven reforzados por los formulados en

un reciente meta-análisis de este modelo integrado que demostró que los efectos de la motivación autónoma sobre las intenciones de ejecución de una conducta son insustanciales (Hagger y Chatzisarantis, 2009).

Por el contrario, investigaciones destacadas en otras actividades no laborales como la actividad física en el tiempo libre (Wankel, 1993), destacan resultados que afirman que la intención de realización de una conducta se ve ampliamente reforzada por la motivación autónoma. Este análisis de resultados contrapuestos que parten de una misma teoría (Deci & Ryan, 1985, 2000), plantea una disyuntiva a analizar basada en la diferencia existente acerca del impacto que produce la motivación autónoma sobre la realización de una conducta en función de si dicha actividad está relacionada con el ámbito profesional o personal. En el primer caso, se puede ver en los resultados obtenidos en el presente estudio que dicho sentimiento autónomo carece de peso positivo, mientras que en el segundo ámbito, claramente supone un refuerzo en la reiteración de realización de la misma.

REFERENCIAS

1. ONTSI (2011). “Servicios utilizados por los usuarios de Internet”.
2. Hartshorne, R., & Ajjan, H. (2009). Examining student decisions to adopt Web 2.0 technologies: Theory and empirical tests. [Advance online publication]. *Journal of Computing in Higher Education*.
3. Conole, G. and McAndrew, P. (2010), A new approach to supporting the design and use of OER: Harnessing the power of web 2.0.
4. Orehovacki, T., G. Bubas & M. Konecki. (2009). Web 2.0 in Education and Potential Factors of Web 2.0 Use by Students of Information Systems. 31st International Conference on Information Technology Interfaces, 2009. ITI '09. Proceedings of the ITI 2009. pp: 443 – 448.
5. Gill, L. & Dalgarno, B. (2008). Influences on pre-service teachers’ preparedness to use ICTs in the classroom. Accepted paper for ‘Hello! Where are you in the landscape of educational technology?’, 25th annual conference of the Australasian Society for Computers in Learning in Tertiary Education (ASCILITE), Deakin University, Melbourne, Australia.
6. Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
7. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010), “Informe Anual, 2012”.
8. Frigyes Karinthy, (1929). “Láncszemek”.
9. J.A. Barnes, (1954). “Class and committees in a Norwegian islan parish”. Department of Sociology, London School of Economics.
10. Chatzisarantis, N. L., Hagger, M. S., Biddle, S. J. H., Smith, B., & Wang, C. K. (2003). A meta-analysis of perceived locus on causality in exercise, sport, and physical education contexts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 25, 284-306.
11. Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. (2007). Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport. Champaign, IL: Human Kinetics.
12. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
13. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
14. Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 722-740.
15. Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2007). Perceived autonomy support and psychological need satisfaction as key psychological constructs in the exercise domain. In M. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Self-determination in exercise and sport* (pp. 35-51). Champaign, IL: Human Kinetics.
16. Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., & Lens, W. (2007). Willen, Moeten En

- Structuur: Over Het Bevorderen Van Een Optimaal Leerproces. [To Want, To Have And Structure: On Facilitating An Optimal Learning Process]. *Begeleid Zelfstandig Leeren*, 37, 1-27.
17. Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
 18. Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Biddle, S. J. H. (2002). The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7, 283-297.
 19. Chatzisarantis, N. L., Hagger, M. S., Biddle, S. J. H., & Karageorghis, C. (2002). The cognitive processes by which perceived locus of causality predicts participation in physical activity. *Journal of Health Psychology*, 7, 685-699.
 20. Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 14, 275-302.
 21. Sadaf, A., Newby, T.J., & Ertmer, P. A. (2012). An empirical investigation of the factors that influence pre-service teachers' intentions to use Web 2.0 technologies in the classroom using decomposed theory of planned behavior. *Journal of Research on Technology in Education*, 45 (2), 171-195.
 22. Hambleton, R.K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (coord.): *Psicometría*. Madrid: Universitas.
 23. Hambleton, R.K. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. R.K. Hambleton, P.F. Merenda y S.D. Spielberger (eds.): *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
 24. Ringle Christian M, Wende Sven, Will Alexander, (2005). *SmartPLS 2.0*. Hamburg.
 25. Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach for structural equation modeling. in G. A. Marcoulides (Ed.), *Modern methods for business research* (pp. 295-236). London: Lawrence Erlbaum Associates.
 26. Wankel, L. M. (1993) The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from physical activity. *International Journal of Sport Psychology*, 24, 151-169.
 27. Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58.
 28. Ajzen, I. (1991). "The theory of planned behavior", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.
 29. Carsten Röcker (2010). "Why Traditional Technology Acceptance Models Won't Work for Future Information Technologies?", *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 65.
 30. Lee, J., Cerreto, F. A., & Lee, J. (2010). "Theory of Planned Behavior and Teachers' Decisions Regarding Use of Educational Technology". *Educational Technology & So-*

ciety, 13 (1), 152–164.

31. Millie J. Darvell, B.Behav.Sc., Shari P. Walsh, Ph.D., and Katherine M. White, Ph.D. (2011). “Facebook Tells Me So: Applying the Theory of Planned Behavior to Understand Partner-Monitoring Behavior on Facebook”. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, Volume 14, Number 12.
32. Ming-Chi Lee and Tzung-Ru Tsai (2010). “What Drives People to Continue to Play Online Games? An Extension of Technology Model and Theory of Planned Behavior”. *INTL. Journal of Human-Computer Interaction*, 26(6), 601–620.
33. Susan Michei, Wendy Hardeman, Tom Fanshawe, A. Toby Prevost, Lyndsay Taylor & Ann Louise Kinmonth (2008). “Investigating theoretical explanations for behavior change: The case study of ProActive”. *Psychology and Health*, 23(1): 25–39.
34. Nele Jacobs, Martin S. Hagger, Sandra Streukens, Ilse De Bourdeaudhuij and Neree Claes (2010). “Testing an integrated model of the theory of planned behaviour and self-determination theory for different energy balance-related behaviours and intervention intensities”. *British Journal of Health Psychology* (2011), 16, 113–134.
35. Yann Truong (2009). “An Evaluation of the Theory of Planned Behaviour in Consumer Acceptance of Online Video and Television Services”. *Electronic Journal Information Systems Evaluation* Volume 12 Issue 2 (177 – 186).
36. Ayesha Sadaf, Timothy J. Newby and Peggy A. Ertmer (2012). “Exploring Factors that Predict Preservice Teachers’ Intentions to Use Web 2.0 Technologies Using Decomposed Theory of Planned Behavior”. *JRTE*, Vol. 45, No. 2, pp. 171–195.
37. Netta Weinstein & Richard M. Ryan (2011). “A Self-determination Theory Approach to Understanding Stress Incursion and Responses”. *Stress and Health* 27: 4–17.
38. Dirk Heerwegh and Geert Loosveldt (2009). “Explaining the intention to participate in a web survey: a test of the theory of planned behavior”. *International Journal of Social Research Methodology*, Vol. 12, No. 3, 181–195.
39. Sarah McLachlan & Martin S. Hagger (2011). “The Influence of Chronically Accessible Autonomous and Controlling Motives on Physical Activity Within an Extended Theory of Planned Behavior”. *Journal of Applied Social Psychology*, 41, 2, pp. 445–470.

ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS



TÍTULO: Revista Servicios Sociales y Política Social
ISSN: 1130-7633
EDITOR: Consejo General del Trabajo Social
PERIODICIDAD: Cuatro números al año
FECHA DE INICIO: 1984
WEB: www.cgtrabajosocial.es
CORREO ELECTRÓNICO: revista@cgtrabajosocial.es



TÍTULO: Portularia
ISSN: 1578-0236
EDITOR: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 2001
WEB: www.portularia.com
CORREO ELECTRÓNICO: portularia@uhu.es

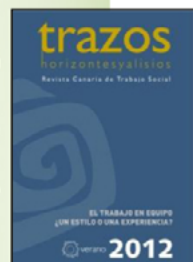


TÍTULO: Alternativas. Cuadernos de trabajo social
ISSN: 1133-0473
EDITOR: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1992
WEB: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5269>
<http://dtsss.ua.es/es/alternativascuadernosrabajosocial/>
CORREO ELECTRÓNICO: dtsss@ua.es



TÍTULO: DTS. Documentos de trabajo social. Revista De Trabajo Social Y Acción Social
ISSN: 1133-6552
EDITOR: Colegio profesional de trabajo social. Málaga
PERIODICIDAD: dos números al año.
FECHA DE INICIO: 1993
WEB: http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/acerca_de.php

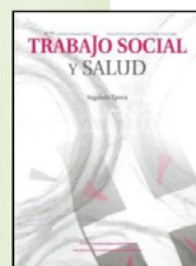
CORREO ELECTRÓNICO: dts@trabajosocialmalaga.org



TÍTULO: Revista Canaria de Trabajo Social "Trazos, Horizontes y Alisios".
DEPÓSITO LEGAL : G.C.-1071-1996
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Las Palmas.
PERIODICIDAD: Cuatro números al año
FECHA DE INICIO: 2006
WEB: www.trabajosocialcanarias.org
CORREO ELECTRÓNICO: trasos@trabajosocialcanarias.org



TÍTULO: Acciones e Investigaciones Sociales
ISSN: 1132-192X
EDITOR: Universidad de Zaragoza
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 1991
WEB: <http://eues.unizar.es/index.php?modulo=fichas&id=334>
CORREO ELECTRONICO: ais@unizar.es



TÍTULO: Trabajo Social y Salud
ISSN: 1130-2976
EDITOR: Asociación Española de Trabajo Social y Salud
PERIODICIDAD: Cuatrimestral
FECHA DE INICIO: 1989
WEB: <http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>
CORREO ELECTRONICO: suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es



TÍTULO: Cuadernos de Trabajo Social
ISSN: 0214-0314
EDITOR: Servicio Publicaciones Universidad Complutense de Madrid
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 1987
WEB: www.ucm.es/publicaciones
CORREO ELECTRÓNICO: ctrabajo@trs.ucm.es



TÍTULO: Trabajo Social Hoy
ISSN: 1134-0991
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid
PERIODICIDAD: Tres números al año
FECHA DE INICIO: 1993
WEB: www.comtrabajosocial.com
CORREO ELECTRÓNICO: publicaciones@comtrabajosocial.com



TÍTULO: Revista Galega de Trabajo Social FERVENZAS
ISSN: 1698-5087
EDITOR: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1997
WEB: http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl
CORREO ELECTRÓNICO: fervenzas@traballosocial.org



Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga

Telf.: 952 22 71 60 - Fax: 952 22 74 31

Correo-e: dts@trabajosocialmalaga.org

www.trabajosocialmalaga.org