



ZERBITZUAN

5 LA PRISIÓN DE LOS CONCEPTOS: ESCORIA, EXCLUSIÓN SOCIAL, INTERACCIÓN Y AGENCIA **19** LA INTERVENCIÓN CON LA POBLACIÓN GITANA EN ESPAÑA Y SUS AUTONOMÍAS **37** REFLEXIONES EN TORNO AL NUEVO ESCENARIO DE LA ADOPCIÓN **53** APORTACIONES DESDE UNA PROPUESTA DE MUSICOTERAPIA CON ADOLESCENCIA ADOPTADA EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN BIZKAIA: DE LA IMPROVISACIÓN MUSICAL CLÍNICA A LA COHESIÓN GRUPAL **75** HABITUS: SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DOMÉSTICA DE LA ATENCIÓN **105** FAMILIA INGURUNEKO ZAINZAILEEN ONGIZATEA: SENDIAN PROGRAMA **119** CARTA ABIERTA. ¿LA SALUD DE QUIÉN ESTAMOS DEFENDIENDO? DESIGUALDADES SOCIALES Y SANITARIAS EN TIEMPO DE PANDEMIA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGUKO ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
EKAINA · JUNIO 2020



Zerbitzuan gizarte-ongizateko gaietara dedikatzen den zientzia-aldizkari bat da. Bideratzen zaie arlo honetan jarduten duten eragile horiei guztiei —profesional, erakunde-arduradun, ikerlari, boluntario eta erabiltzaileei—, eta xede du ekarpenak eskaintzea politika eta gizarte-zerbitzuen hobekuntzarako eztabaidan. Lau hilez behingo aldizkakotasuna du, eta argitaratzen da bai paper bai formatu elektronikoa.

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito —profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as— y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es cuatrimestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Egileen iritzia azaltzen dute aldizkari honetan argitaratutako kolaborazioek, eta ez da azaltzen derrigorrean *Zerbitzuan* edo SIISen iritzi propioa. Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de *Zerbitzuan* o la del SIIS.

EKOIZLEA • PRODUCE

SIIS Centro de Documentación y Estudios
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.siiis.net
publicaciones@siiis.net

ERREDAKZIO-KONTSEILUA • CONSEJO DE REDACCIÓN

Edorta Azpiazu
Maite Etxabe
Iñaki Heras
Elena Martín Zurimendi
Jesus Otaño
Arantxa Rodríguez Berrio
Luis Sanzo
Ramon Saizarbitoria
Helena Sotelo
Joseba Zalakain

Tirada: 950 ale/ejemplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Empleo y
Políticas Sociales

EDIZIOA • EDITA

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

DISEINUA • DISEÑO

Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA • MAQUETACIÓN

Concetta Probanza

INPRIMATZEA • IMPRESIÓN

Grafilur Arte Gráfico

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147-71>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
SIIS Centro de Documentación
y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga

Baimentzen da edonolako bidetik eginiko aldizkari honetako artikuluen erreprodukzio osoa edo partziala, betiere iturria, egile edo egileak aipatzen direnean. Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores.

Aldizkaria honako datu-baseetan
zerrendatuta dago:
Esta revista está incluida en las
siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, Dulcinea, Ebsco, Inguma, ÍNDICES CSIC, Journal Scholar Metrics, MIAR, RESH, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

La prisión de los conceptos: escoria, exclusión social, interacción y agencia
Joan Uribe Vilarrodona

19

La intervención con la población gitana en España y sus autonomías
Marta Gutiérrez Sánchez
Francisco Eduardo Haz Gómez
Manuel Hernández Pedreño
Gustavo Solórzano Pérez

37

Reflexiones en torno al nuevo escenario de la adopción
Itxaso Martín Irigoyen

53

Aportaciones desde una propuesta de musicoterapia con adolescencia adoptada en acogimiento residencial en Bizkaia: de la improvisación musical clínica a la cohesión grupal
Maider Abasolo Medina
Raúl Picó Jabato

75

Habitus: supervisión de la calidad asistencial desde la perspectiva doméstica de la atención
Alejandro Gómez Ordoki

105

Familia inguruneko zaintzaileen ongizatea: Sendian Programa
Nerea Galdona
Erkuden Aldaz
Aiora Gomez

119

CARTA ABIERTA
¿La salud de quién estamos defendiendo?
Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia
Marije Goikoetxea Iturregui

La prisión de los conceptos: escoria, exclusión social, interacción y agencia

Joan Uribe Vilarrodona

Universidad de Barcelona y Consorci de Serveis Socials de Barcelona
joan.uribe@ub.edu

Historikoki, gizarte-baztertuen etiketa eranstean zaien pertsonak ikuspegi moralizatzaileetatik kudeatu beharreko ustezko gizarte-arazo bat bezala hartuak izan dira. Logika hori XX. mendearen erdialdera arte mantendu da, justizia sozialaren eta giza eskubideen nozioa zabaltzen hasi zen arte, hain zuzen. Hala ere, gizarte-zerbitzuen sistema modernoak oraindik indarrean dagoen eredu historikotik abiatuta aktibatu dira, Zuzenbide Estatuaren beste sistema batzuek pertsona jakin batzuk artatu gabe utzi izan dituztela —edota, sarritan, sentimenduaren logikatik artatu izan dituztela— onartuta. Gaur egun, argi dago gizarte-zerbitzuen eginkizun espezifikoak eta nagusiak —haien eskuduntza alorreko mandatuak— pertsonen interakzioa berreskuratzeko eta mantentzeko laguntza espezializatua eskaintzea izan behar duela, hori delako gizarte-inklusioa —eta, beraz, gizarte-justizia, gizarte-kohesioa eta ekitatea— lortzeko gako nagusia.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-bazterketa, estigma, interakzioa, gizarte-zerbitzuak, Zuzenbide-Estatua.

Históricamente, las personas que reciben la etiqueta de excluidas sociales han sido tratadas como un presunto problema social a gestionar desde perspectivas moralizantes. Esta lógica se ha mantenido hasta mediados del siglo XX, cuando comienza a incorporarse la noción de justicia social y el derecho de las personas. No obstante, los sistemas de servicios sociales modernos se han activado a partir del aún vigente modelo histórico, asumiendo la incapacidad de otros sistemas del Estado de Derecho para atender a determinadas personas en el ámbito de sus competencias, y hacerlo con frecuencia desde la lógica del sentimiento. Hoy, parece claro que la misión específica y central de los servicios sociales, su encargo competencial, debe ser el acompañamiento especializado para la recuperación y mantenimiento de la interacción de las personas, eje central de la inclusión social y, por tanto, de la justicia social, la cohesión social y la equidad.

PALABRAS CLAVE:

Exclusión social, estigma, interacción, servicios sociales, Estado de Derecho.

1. Introducción

A lo largo de la historia, las personas que reciben hoy la etiqueta de excluidas sociales han sido tratadas como un presunto problema social a gestionar desde perspectivas moralizantes. Esta lógica se ha mantenido durante siglos, hasta que a mediados del siglo XX se incorpora mediante el Estado de Derecho la noción de justicia social y el derecho de las personas, sustituyendo progresivamente la lógica anterior a nivel de discurso y relato. No obstante, los sistemas de servicios sociales modernos se han activado a partir del aún vigente modelo histórico, asumiendo a su vez la incapacidad de abordaje de los problemas de determinadas personas por parte de otros sistemas del Estado de Derecho en el ámbito de sus competencias, y hacerlo con frecuencia desde la lógica del sentimiento. La combinación de estos tres factores define el erróneo enfoque actual de los servicios sociales. Hoy parece claro que la misión específica y central de los servicios sociales, su encargo competencial, debe ser el del acompañamiento especializado para la recuperación y mantenimiento de la interacción de las personas, eje central de la inclusión social y, por tanto, de la justicia social, la cohesión social y la equidad. Este debería ser el enfoque primario a partir del cual reconstruir desde sus cimientos los sistemas de servicios sociales.

2. Escoria

La tea requemada por el paso de los siglos a la que actualmente llamamos “exclusión social” ha recibido antes otros nombres que explican las distintas miradas sobre este material social cuyos individuos, durante siglos, han ardidado operando como fuegos fatuos.

A partir de una perspectiva histórica tomada desde los siglos X-XI, puede entenderse que es desde ayer mismo que la aceptación y desarrollo del imperfecto concepto de exclusión social nos ha ido alejando progresivamente de lo que, en el fondo, siempre se entendió que este encarnaba: la “escoria”. Esa sustancia formada de impurezas, residuo inútil del crisol, característica orgánica que ha sido adjudicada durante siglos a unos cuantos: la escoria social. Conformada por seres socialmente impuros, una tara en relación con lo que se supone que debe ser y hacer una persona en su contexto social. Por esa tara, más social y moral que física, las personas en ella encasilladas han sido tratadas como supuestamente inútiles, cuando no excedentes.

Se ha callado siempre —secreto a voces— la importante función simbólica y económica que, de manera eficiente y ordenada en el seno de toda organización social, han desarrollado quienes han sido arrojados a esa miserable condición estigmatizante (Woolf, 1989). ¿Inútiles? De ninguna manera. ¿Desviados? Para el discurso predominante, sí. En tanto que escoria, se les ha

ubicado socialmente como anormalidad, como una materialización humana que no debería haber ocurrido. Y así se les ha controlado, gestionado y tolerado en línea a su mayor o menor disponibilidad a comprometerse —de forma voluntaria o no— a abandonar su condición de estorbo presuntamente inútil y defectuoso bajo promesa, requerimiento o amenaza, para así acercarse en lo posible a la supuesta normalidad de una mayoría aceptada y aceptable.

Hay múltiples normas que evidencian desde la Edad Media este enfoque en el que hasta los siglos XIII a XIV el “pobre” ocupaba un espacio necesario para la materialización social de la moral cristiana. El pobre evangélico cumplía una función simbólica con relación al valor cristiano de la caridad y su función salvífica, pero también engranaba a un sistema económico que necesitaba a esta concreta franja social, su cuota y su valor, tanto productivo como en tanto que consumidores pobres que, a veces, no podían ser contenidos por la caridad cristiana, liberando su malestar de tanto en tanto a través de revueltas, violentos alborotos, o pogromos contra chivos expiatorios.

Así fue como aparecieron instituciones como las *pias almoinas*, presentes en diversas ciudades como la documentada desde 1009 en Barcelona, que proveyó de sustento durante siglos tanto a los pobres de solemnidad —aquellos que no tenían literalmente donde caer muertos—, como a los pobres vergonzantes —aquellos radicalmente venidos a menos en su condición social—, grupos que eran repudiados por igual por el resto de sus coetáneos. También en este momento vieron la luz los primeros hospitales, dependencias en las que atender a los enfermos y a los pobres ambulantes, a los huérfanos y a los enfermos: en general, a los *hospites* —los huéspedes, los visitantes, los extranjeros—, en centros primero pequeños e ineficientes que con el paso de los siglos serán mayores e incorporarán progresivamente su esfuerzo y atención en la provisión de servicios orientados a la salud (Vilà, 2004).

A consecuencia de sucesivas guerras y epidemias, el paso de los siglos conllevó la masificación de la pobreza, que a partir del siglo XIV condujo a una revisión del abordaje de esta “escoria” que, de manera progresiva, transitó de la encarnación del pobre evangélico a partir del cual practicar la caridad cristiana, a ser visto y gestionado como un mero peligro social a través de la doble categorización de pobre verdadero y pobre falso o fingido. Los hospitales comenzaron a incorporar este criterio de clasificación, como también lo hicieron poco después las casas de misericordia, decidiéndose en cada caso, lugar y momento a lo largo de los siglos, aquellos criterios que separaban al pobre bueno del pobre malo, siempre con un hilo conductor en común: buen pobre —o pobre verdadero— sería aquel que se sometiese en obediencia para hacer lo que se le ordene. Y mal pobre —o pobre falso—, el

que decidiera por sí mismo sobre su vida y condición: a este, represión, punición, exilio, expulsión. Se crearon incluso en algunas villas y ciudades equipos de selección que, una vez evaluado cada caso, facilitaban una identificación visual a los pobres verdaderos para que los cristianos pudiesen ejercer con ellos la caridad cristiana y a su vez ayudar en la persecución y castigo de los no acreditados como tales, los pobres falsos (Vilà, 2004).

Así, y en relación con este doble rasero instituido desde la norma legal, Benjamín Pamplona aporta ejemplos como la ordenanza del rey Pedro de Castilla de 1351 que instituía la pena de látigo para los mendigos sanos. O la ley del rey don Juan que, en 1387 en Briviesca, ordena que: “los vagabundos serán echados y castigados, los legítimos pobres que sean curados en los obispados donde son naturales y si siendo bastante proveídos tornaren a mendigar, sean castigados” (Pamplona O.H., 1982: 2). En este contexto, el dominico Domingo de Soto (1545), que fue otro pionero y defensor de los pobres, acusador de los abusos de los poderosos, definió claramente el doble abordaje en base a “pobres verdaderos, que han de ser remediados” y “pobres fingidos, que han de ser punidos” (Pamplona O.H.: 1982, 2).

En relación con las casas de misericordia, donde serían recogidos los mendigos, fue en 1578 cuando el canónigo de Elna, Miguel Giginta, sometió a las Cortes de Madrid un proyecto de fundación de estas en las principales ciudades. Giginta, que en su *Tratado de remedio a los pobres* hizo un alegato en defensa de estos y una crítica a los poderes públicos, ejerciendo influencia en los trabajos posteriores de Luis Vives (Vilà, 2004), se mantuvo en cualquier caso siempre dentro de la línea de abordaje de la pobreza a partir de la discriminación entre buenos y malos pobres, pues sostenía que: “[...] así se podrá separa a los verdaderos pobres de los simuladores viciosos, que, sobre todo, dan mal ejemplo [...]; los pobres auténticos recibirán todo lo que necesiten; llevarán una vida cristiana; no importunarán al público en la calle e iglesias; los pobres fingidos no desviarán de su fin las limosnas que se dedicarán a los pobres vergonzantes, que de este modo estarán mejor atendidos” (Pamplona O.H., 1982).

No olvidemos que quienes a lo largo de la historia recibieron el tratamiento al que nos estamos refiriendo, fueron las personas cuyas situaciones vitales ocurrían en una cotidianidad al margen de los circuitos normalizados de relación con la producción de riqueza y de su consumo, y que, a su vez, precisamente por ello o como su consecuencia, eran repudiadas por sus respectivas sociedades en tanto que no eran “de los nuestros”. Era responsabilidad de cada cual estar a la altura de la norma social, formal o informal. Para ellos y ellas, diferentes enfoques a lo largo de los siglos como los de Luis Vives, la Reforma de Lutero, la Contrareforma o el Concilio de Trento, acompañaron con mejor o peor tino una orientación que, centrada en la lógica del control sobre la escoria social asentada en los

siglos precedentes, avanzó hacia una intención de “reeducación” y aprovechamiento de esta escoria, vinculada a un programa de reforma moral y religiosa (Vilà, 2004), hasta llegar a las lógicas mercantilistas de los siglos XVII y XVIII sobre la utilidad de la pobreza (Lis-Hugo, 1982).

Llevemos ahora esta revisión hasta el siglo XIX, con Charles Dickens, que ilustró a través de muchas de sus obras esta parte de la sociedad entendida como escoria en el sentir colectivo. Explorador impenitente de la vida y de las calles del Londres de su tiempo, lo recogió en sus obras sin medias tintas, mostrándonos dos de sus caras: la ostentosa e imperial, y la sumida en la miseria que él mismo sufrió cuando niño a causa del encarcelamiento por deudas de su padre en la tristemente famosa cárcel de Marshalsea, motivo por el que el Dickens niño se mantuvo, solo, trabajando en una fábrica y ayudando a liquidar la deuda paterna. Así fue como formó parte de esa legión de escoria en tanto que víctima de la explotación infantil en una fábrica londinense del siglo XIX, viviendo situaciones que sin duda le inspirarían en obras como *Oliver Twist*, en las que desgrana —y descarna— esa vida. O en el perfil desolador, casi terrorífico de los personajes Ignorancia y Necesidad, dos niños de condición miserable que se le aparecen a Ebenezer Scrooge en *Cuento de Navidad*. También son de esa misma época los testimonios gráficos que sobre esa marisma social compuesta por la escoria del Londres victoriano aparecen recogidos por la revista satírica *Punch*, así como por ilustradores ingleses a los que con frecuencia parecía moverles más el interés moralizante que el puramente descriptivo o de denuncia: porque la escoria, escoria es, y debe ser rescatada —no tanto sus cuerpos como sus almas— de su condición.

En la segunda mitad del siglo XIX, en algunos de los poemas de los Cuadros Parisinos de la colección publicada como *Las flores del mal*, Baudelaire nos toma de la mano y nos invita a abrazar e integrar sin más a esa escoria con nombre propio. Con cuerpo. Con alma. A sentir su tacto, su olor. A incomodarnos desde el respeto ante esos seres con necesidades, dolor, luchas, contradicciones y carencias que sobrepasan al lector. A entender —sin moralismos— que sin ellos y ellas la sociedad de Baudelaire sencillamente no sería y que constituyen, por tanto, parte irrenunciable de la modernidad.

Vayamos a otro ejemplo de la condición proscrita de aquellos que han sufrido la pobreza extrema entendida como escoria social, visión que parece haberse confirmado inexorablemente a lo largo de la historia, también el reconocimiento de Engels hacia Robert Owen en las numerosas alusiones que sobre él hace Engels en *Del socialismo utópico al socialismo científico* (Engels, 2008). No obstante, y como es sabido, la propuesta capital de Owen fue la de las *home colonies*, las sociedades modelo en las que se definía como objetivo “recuperar” a la escoria, como bien explica en su libro *Nueva visión*

del mundo, de 1813, el primero de su colección sobre “la formación del carácter” en términos puramente moralizantes, como se deduce de lo que Owen dice en esta obra:

Se permite actualmente que el carácter de estas personas se forme sin una guía o dirección adecuada y, en muchos casos, bajo circunstancias que directamente les obligan a un camino de extremo vicio y miseria; volviéndolos así los peores súbditos y los más peligrosos del imperio; mientras que la mayor parte del resto de la comunidad se educa con la mayoría de principios errados de la naturaleza humana, lo que sin duda, produce una conducta general, a través de la sociedad, totalmente indigna del carácter de los seres racionales. (Owen, 2007: 37)

Una vez más, se evidencia la imperativa y prioritaria necesidad de redención moral de los sujetos que han sufrido las carencias absolutas vinculadas a la pobreza extrema. Necesidad que, de hecho, parece haber estado presente como objetivo principal en todo enfoque y mirada.

Una última revisión histórica sobre el trato y encaje que recibía la escoria ya en el siglo XX la tomaremos de la mirada que propone George Orwell en su libro *Vagabundo en París y Londres*, publicado en 1933 y escrito presuntamente a partir de una mezcla de experiencia personal motivada por la vocación documental y la literaria. En cualquier caso, esta obra recoge, en su parte relativa a Londres, una verosímil descripción, episódica y reiterativa, de formas de tratamiento de la pobreza y privación extrema en el primer tercio del siglo XX a partir del abordaje en el que se sumaba el control casi carcelario de las personas sin hogar, con un apoyo caritativo y asistencialista en espacios a medio camino entre la cárcel del siglo XIX y el modelo de dispositivo social de primera acogida vigente aún en la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI.

En sus páginas encontramos descripciones como la siguiente: “Por lo que decían, daba la impresión de que todas las manganeras¹ son diferentes, cada una con sus peculiares méritos y deméritos, y es importante conocerlos cuando estás en la calle. Un veterano te explicará las peculiaridades de cada manganera inglesa así: en A se permite fumar, pero hay chinches en las celdas; en B las camas son cómodas, pero el conserje es un capullo; en C te dejan salir temprano, pero el té es imbebible; en D los encargados te roban el dinero si llevas algo... y así sucesivamente sin interrupción” (Orwell, 2010: 209). Otras como: “Con sus filas de ventanucos enrejados y los altos muros y portones de hierro que la separaban del camino, tenía bastante aspecto de prisión. Ya había una larga cola de harapientos esperando a que se abrieran las puertas” (Orwell,

2010: 208). O: “La manganera de Edbury no se diferenciaba mucho de la de Romton. Lo peor era que se confiscaba todo el tabaco a la entrada, y nos advirtieron de que, si cogían a alguien fumando, le echarían de inmediato. Según la Ley de Vagabundos, los transeúntes podían ser procesados por fumar en la manganera; de hecho, podían ser procesados casi por cualquier cosa. Pero las autoridades se ahorran las molestias de una demanda echando a los desobedientes a la calle” (Orwell, 2010: 223-224).

Lo que Orwell nos relata es, una vez más, el abordaje clásico a lo largo de los siglos de esa presunta bajeza moral atribuida a las clases sociales más privadas de derechos y recursos. Un abordaje que se explica de nuevo desde un moralismo que presupone a cada individuo como único y consciente propietario de su propio destino y que Virginia Woolf retrata a principios del siglo XX en *Fin de viaje*, en una conversación entre Rachel Vinrace y Richard Dalloway:

—Veamos. Debajo del nivel de la calle palpita la vida. ¿No es así? En los hilos eléctricos, conducciones de agua, teléfono, en los hombres que limpian las cloacas y en los que conducen carros de basura. ¿No siente usted palpar esa vida cuando abre un grifo y mana de él un chorro de agua?

—Evidentemente —dijo Richard, que había escuchado con interés—. Las bases de la sociedad moderna se asientan en la cooperación de muchas voluntades. Si fueran muchas las personas que supieran entenderlo así, habría menos pobres de verdad, o sea, pobres morales. (Woolf, 1976: 71)

Centrémonos ahora en el periodo entre el antes y el después de la Segunda Guerra Mundial cuando, a partir de las incipientes propuestas de los diferentes modelos de Estado Social, el político liberal británico William Henry Beveridge se entregó a la reflexión y diseño de lo que serían las bases teóricas del Estado del Bienestar que ayudarían a desarrollar el Estado Social de Derecho a partir de 1946. Sus informes sentaron las bases de lo que se desarrollaría en distintos países de diferentes maneras en forma de sistemas de seguridad social a partir de un sistema de contribución y redistribución —y no de un sistema asistencialista—. El punto de partida de Beveridge se situaba en la necesidad de abordar “[...] los cinco gigantes que hay que destruir —la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad—” (Beveridge, 1987: 51).

Beveridge identificaba ocho causas primarias de la necesidad: “el desempleo; la incapacidad laboral; la pérdida de los medios de vida por una persona que no depende de un trabajo remunerado; el retiro del trabajo; necesidades matrimoniales de una mujer atendidas por una política de ama de casa que incluye provisión frente a ciertas situaciones de necesidad; los gastos de defunción; infancia y enfermedad o incapacidad física” (Monereo, 2015:

¹ Manganera u hospicio son las dos formas con las que Orwell se refiere a lo que hoy llamaríamos albergue, centro de primera acogida o centro de baja exigencia, por citar algunas fórmulas actuales.

289). La aportación de Beveridge sentó las bases para que, a través de un sistema de seguridad social como uno de los pilares del Estado de Derecho, se trascendiese y superase progresivamente a los sistemas —y al pensamiento— basados en la graciable caridad. Beveridge se enfocó en satisfacer desde el derecho las necesidades del conjunto de la sociedad, rompiendo —en la teoría— con la concepción clásica de una escoria social como clase constituida.

Tras la Segunda Guerra Mundial ya nada sería igual. La humanidad había vuelto a empeñar su sangre en la destrucción del planeta, de su historia y de sus culturas. El renacimiento tras la gran destrucción masiva ofrecía grandes oportunidades y precisaba de grandes discursos sobre lo humana que debía llegar a ser la humanidad. Una mano —teórica— se tendería —teóricamente— en apoyo de la escoria social. Y, siguiendo ese rastro, Europa asentaría con fuerza en los años sesenta un proyecto y un relato diferencial respecto al resto del planeta: el del Estado del Bienestar. Europa: de motor de destrucción planetaria, a feudo y faro de la humanización y de los derechos, aunque fuese tan solo a efectos de relato. Así fue como la segunda mitad del siglo XX vio nacer el concepto de exclusión social para renombrar a los que, no obstante, seguirían siendo vivenciados como la escoria marginal que no habían dejado de ser durante siglos.

3. Exclusión social

En cualquier caso, el desarrollo de los distintos modelos de seguridad social implicó un nuevo contexto y, con él, nuevos abordajes. La sociedad se diseñaba desde el beneficio de sistemas de coberturas garantizadas por derecho que proveerían necesidades no cubiertas hasta entonces. Podría suponerse que este enfoque incluiría a la totalidad de miembros de una sociedad. Pero no fue así. Lo constató, entre otros, uno de los análisis de esta realidad realizado por Lenoir en 1974 en su libro *Les Exclus, un Français sur dix*, y en el que acuñó el concepto de “exclusión social”.

Lenoir utilizó el término “excluido” con relación a quienes, según él, no eran capaces de beneficiarse de los frutos del crecimiento económico (Martínez Veiga, 2008), al considerar que en el nuevo sistema de seguridad social una parte de la población, la formada por “minusválidos físicos y psíquicos, personas con tendencia al suicidio, ancianos inválidos, niños de los que se ha abusado, consumidores de droga, delincuentes, hogares monoparentales, unidades domésticas multiproblemáticas, marginales, personas asociales y otros inadaptados sociales [...] no estaban protegidas por ningún tipo de sistema de seguridad social” (Martínez Veiga, 2008: 8).

No obstante, ¿es porque quedan fuera de cobertura por razones internas de la propia gestión del sistema

de seguridad social que Lenoir los identifica como supuesto grupo, o lo que hace es identificar al grupo que a mediados del siglo XX hereda la histórica clasificación social de escoria, y que de cualquier manera no estaba previsto que llegase a formar parte del sistema de juego? ¿Cuáles serán las repercusiones de la confusión entre situación social precaria y condición económica insuficiente, como si fuesen sinónimos, con relación a la activación de recursos para la cobertura de déficits sociales? Retomaremos estas preguntas más adelante, puesto que son cruciales para analizar el posible juego de ocultación del tratamiento histórico y la terrible confusión generada al crear los actuales sistemas y mecanismos de respuesta y atención a la “exclusión”.

Según Martínez Veiga, el concepto de exclusión social evolucionó cuando, en relación con el Ingreso Mínimo de Inserción instaurado en 1988 en Francia, se catalizaron dos interpretaciones de la exclusión: una, la que recogería a los que quedan al margen de una supuesta gran clase media y minoritaria clase alta, y que serían parados de larga duración y personas con minusvalías físicas, psíquicas y sociales. Y otra interpretación, complementaria a la primera, que, siguiendo a Robert Castel, entendería la exclusión social como “un conjunto de relaciones sociales con la sociedad como un todo” (Castel, 1997, cit. en Martínez Veiga, 2008: 11-12). Castel, nos dice Martínez Veiga, sitúa la exclusión en el contexto de dos vectores: uno, el que se deriva de la sociedad salarial, y el otro, a partir del “aflojamiento” de relaciones —con la comunidad, sociedad, familia, amigos—, que pueden llevar a la persona a la ruptura y aislamiento social. El cruce de los vectores genera, según Castel, vulnerabilidades que pueden conllevar lo que al autor nombra como “desafiliación” —la ruptura del lazo social—.

A partir de estas lógicas definidas desde la segunda mitad del siglo XX, los servicios sociales actuales se han dotado de contenido a partir de un confuso híbrido, compuesto por una continuidad del modelo histórico ya presentado de gestión de la escoria social y desde sistemas, servicios y dispositivos parecidos en muchos casos a los de hace siglos, más una vertebración de derechos sustentados en los modelos de Estado de Bienestar, pero pensados no para la sociedad, sino para la escoria, que ha seguido siendo gestionada como tal. La intención, no obstante, ha sido y es buena. Y quizá por ese motivo, como dice Martínez Veiga citando a Boltanski y Chiapello:

[...] el modelo de exclusión permite designar una negatividad sin pasar por la acusación. Los excluidos no son víctimas de nadie, a pesar de que su pertenencia a una comunidad humana (o a una ciudadanía común) exige que sus sufrimientos sean tomados en cuenta y sean socorridos especialmente por el Estado [...]. El tema de la exclusión, brota por ello, de lo que hemos denominado un “campo del sentimiento”

en oposición a un “campo de la denuncia” [...] lo cual favorecerá que diez años más tarde sea reapropiada por el movimiento humanitario. (Martínez Veiga, 2008: 15).

Efectivamente, el concepto de exclusión social no ha desarrollado la capacidad de activación del campo de la denuncia y sí, en cambio, del campo del sentimiento. Y no parece haber sido capaz de alejar, en los modelos de Estados de Derecho apoyados en los principios del Estado de Bienestar, la vieja canción: definir un sistema para gestionar un universo de escoria social, física y moral.

En la práctica, lo que abordamos desde los sistemas de servicios sociales cuando hablamos de exclusión social es una respuesta reactiva orientada a situaciones de pobreza, de excepcionalidad social sin recursos de autogestión, desde un abordaje paliativo (Uribe, 2019: 82). Como apunta Aguilar Hendrickson, Sin capacidad correcta de respuesta a situaciones generalizadas, y entendidos “no tanto como un pilar del Estado Social, sino como un último nivel” (Aguilar Hendrickson, 2014: 19).

4. ¿Cuál es, pues, el espacio natural de los servicios sociales?

Ciertamente, los servicios sociales han heredado el sistema de gestión y control de la escoria, hoy “exclusión social”, un sistema superviviente al paso de los siglos al que se ha dado continuidad. Sistema actualizado, inmensamente mejorado, dignificado, reflexionado y al que se ha dedicado una ingente creación de conocimiento que mejora de forma incuestionable con relación a pasados siglos tanto la operativa como la orientación y los resultados. Pero es, en gran medida, el mismo sistema mejorado. Además, el propio sistema no ha podido —ni por sí mismo, ni ha contado con los apoyos necesarios— generar un conocimiento suficiente como para romper con el sistema heredado y articular lo que realmente la sociedad necesita de un sistema de servicios sociales.

Por otro lado, estos se han construido a partir del sistema de seguridad social, pero: ¿de verdad creemos que “es su misión revertir la situación de las víctimas del orden social y económico”? (Martínez Veiga, 2008: 14, citando a Donzelot) ¿O esa es la misión del conjunto de los pilares y sistemas de los Estados de Derecho? Como ejemplo, la Comisión Europea informaba en su informe de seguimiento del primer semestre de 2019 abordando la inclusión social de forma unívoca y exclusiva en tanto que una cuestión de mercado laboral, educación y formación —aspectos relativos todos a los sistemas de empleo y educativo—, citando a su vez un informe del Grupo de Trabajo GT2 sobre Transiciones entre Ingresos Mínimos y Empleo. Informe de Resultados (2018), que enfoca al sistema de servicios sociales como un mero auxiliar al servicio del proceso de incorporación al mercado laboral de las personas excluidas del mismo.

Así pues, en el siglo XXI, ¿alguna de estas tres perspectivas, es decir, dar continuidad al sistema histórico de gestión de la escoria, revertir por sí solos el fracaso del resto de sistemas del Estado de Derecho en determinados segmentos de la sociedad, o dar respuesta al “campo del sentimiento” ha de ser el encargo de los sistemas de servicios sociales? La respuesta es: no. Su misión no es la de despolitizar a los sujetos por los que trabaja. Ni controlarlos, en una combinación de métodos actuales con métodos seculares. Ni tampoco lo es revertir los vacíos y fracasos que corresponden competencialmente al resto de sistemas del conjunto de un Estado (ocupación, ingresos suficientes, educación, formación, salud, vivienda, etc.). ¿Cuál es, pues, el rol que deben ocupar los servicios sociales, como uno de los pilares del Estado de Bienestar?

5. Interacción y agencia

Hoy en día, los debates sobre el qué y el cómo de los servicios sociales, hablan, entre otros temas, de complejidad, de autonomía, de modelo centrado en la persona. La complejidad es un factor emergente de dificultad añadida a la atención a las personas. Implica una abundancia de casos que tienden a incrementar día a día, que llegan a la necesidad de apoyo de los servicios sociales por múltiples factores y desde múltiples ámbitos de la esfera de la persona (salud, económicos, afectivos, legales, habitacionales, etc.) y en distintos niveles de intensidad. Si bien la complejidad como tal es todavía un territorio bastante inexplorado a nivel de investigación desde las ciencias sociales aplicadas, nadie parece cuestionar su importancia estratégica de presente y futuro, así como la contundencia con la que ataca la línea de flotación de los sistemas, servicios, dispositivos y circuitos sociales actuales: fijos, estáticos, complicados y centrados en sí mismos. La complejidad nos obliga a atender a la persona y a construir respuestas a medida de su situación.

La autonomía es también uno de los objetivos teóricos de la mayoría de las intervenciones sociales, al menos en el discurso. Este se construye a partir de una combinación de reconocimiento del derecho de la persona atendida a decidir y mantener su libertad, así como de la evolución hacia una concepción ecológica de la intervención social que entiende que cada persona es más capaz de ser ella misma en su propio contexto, entorno y comunidad.

El modelo centrado en la persona, también poco investigado en ciencias sociales —al menos en relación con las ciencias de la salud—, nos habla de ese respeto hacia la persona y sus derechos, con la visión puesta en darle un giro radical a la hasta ahora necesidad de que la persona se oriente al sistema, para pasar a hacer pivotar a este en función de cada persona. Una organización que pueda responder a las necesidades de la complejidad y respetar la autonomía. Dawn Brooker, una de las

referentes en este modelo de atención, plantea como una de sus ideas centrales el desarrollo de un entorno social positivo en el que la persona pueda desarrollar el mejor bienestar posible (Brooker y Latham, 2006). Al respecto, un profesional de servicios sociales preguntaba en una red social: “Y si lo trasladásemos al campo social, ¿serviría?”. Ante lo que nos podemos preguntar a su vez: ¿No sería esta, de hecho, la misión fundamental de los servicios sociales? En cualquier caso, los servicios sociales son otra cosa. Básicamente, la que hemos descrito anteriormente: la perpetuación en la materialización de un sistema de pensamiento antiguo basado en el control y gestión de la escoria social, que asume como puede el encargo de triunfar en los espacios en los que otros sistemas diferentes y de alta especialización han fracasado, y que con frecuencia hace pivotar su acción desde el ámbito del sentimiento.

Más allá del enfoque centrado en la persona y de la atención a la complejidad, otro aspecto del momento actual del debate sobre lo que deberíamos entender como misión de los servicios sociales se explica por sí solo con ejemplos como estos recogidos en redes sociales. Una persona manifiesta² que: “las personas acudimos los servicios sociales porque tenemos problemas en lo relacional, de dependencia o dificultades materiales, y una nivel de densidad de cosas que no suelen venir al caso de nuestro sistema...”, a lo que sigue un interesante hilo, en el que otra persona se pregunta: “Para mí está claro hacia dónde hay que ir. La pregunta también es si la persona quiere explorar o va a los servicios sociales como si fueran una máquina expendedora de tramitación y recursos. ¿Cómo ve el trabajo social la ciudadanía?”. Una tercera interviene: “Pues depende. Con necesidades básicas cubiertas perciben al trabajador social como lo que somos y deberíamos ser: un soporte para acompañarle en la multitud de dificultades q no le permiten avanzar y poco tienen que ver con lo económico”.

Otro ejemplo: en diciembre de 2019, otro mensaje en redes sociales decía que “La exclusión social cuando se mantiene en el tiempo genera fracturas personales, familiares y sociales que requieren de generaciones para ser superadas. En Madrid URGE una política de inclusión social focalizada e integral orientada a las personas condenadas a la pobreza severa”³.

Es incuestionable que la precarización en relación con la sociedad salarial, sumada al debilitamiento de red social, conduce a las personas a su anulación de la sociedad de referencia. Esta anulación podrá ser autofacilitada por la dificultad de las personas en gestionar su situación, o podrá también ser

generada o acompañada por un entorno, formal o informal, que progresivamente deja de considerarlas como sujetos de derecho (social, legal) del grupo. Pero eso nos lleva a entender que los elementos de exclusión de la sociedad salarial (macroestructuras económica y legal; adecuación de los sistemas de empleo, salud, formación y habitación a las necesidades del conjunto completo de la sociedad), así como los factores de contexto que debilitan los lazos de las personas (de salud, de acceso al empleo u otros ingresos, de reconocimiento de derechos), corresponden a los sistemas respectivos del Estado de Derecho (sistemas sanitario, formativo, de empleabilidad, relativo a la vivienda y al marco legal). Y que los elementos relativos al debilitamiento de la red social, así como a la restitución de la situación previa a la anulación del individuo como parte activa y de derecho de su sociedad de referencia corresponde, esa sí, pero específicamente esa, a los servicios sociales en tanto que sistema especializado. Y, atención, “solamente” en este aspecto: el de la activación de recursos, técnicas y métodos de apoyo a la persona en el seno de su comunidad de referencia, con el objeto de mantener a estas activas y plenas en sus capacidades y posibilidades de ejercicio de la libertad.

Es posiblemente desde esta doble perspectiva que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la exclusión social con relación a la vivencia de situaciones de pobreza, así como de marginación, como resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo (Wilkinson y Marmot, 2003: 16) y a su vez aborda lo que define como apoyo social, afirmando que: “El apoyo social proporciona a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. Pertenecer a una red de apoyo basada en la comunicación y en el establecimiento de obligaciones mutuas hace que la gente se sienta cuidada, querida, estimada y valorada. Y todo ello ejerce un poderoso efecto protector sobre la salud”. Además, “la cohesión social —definida como la calidad de relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas y respeto en la comunidad o en la sociedad más extensa— ayuda a proteger a las personas y a su salud” (Wilkinson y Marmot, 2003: 22).

Es decir, de un lado, los vectores relativos a los puntos de crisis o fractura en la sociedad salarial y redes sociales y, de otro, la comunidad en tanto que fundamento orgánico de lo social como proveedora de activos restauradores de la persona y, por extensión, de la comunidad.

También Naciones Unidas afirma en su informe *Leaving no one behind: the imperative of inclusive development*⁴, que la exclusión social es un: “[...] estado en el que las personas no son capaces de participar de forma plena en la vida económica, social, política y cultural, así como el proceso que la lleva y/o mantiene en esta situación” (Naciones

² <https://twitter.com/Demies36/status/1223904022089949184?s=09> (consultado el 7 de febrero de 2020).

³ <https://twitter.com/Luisnogues5/status/1211248313288269824?s=09> (consultado el 13 de febrero de 2020).

⁴ <https://www.un.org/esa/socdev/rwss/2016/full-report.pdf>.

Unidas, 2016: 18). A su vez, define inclusión social como: “el proceso de mejora de los términos de participación en la Sociedad por parte de personas que están en situación de desventaja por razón de edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión, o estatus económico, mediante oportunidades entrelazadas, acceso a recursos, voz y respeto hacia sus derechos” (Naciones Unidas, 2016: 20).

Ambos organismos internacionales identifican, pues, la incapacidad de formar parte de la sociedad con plenitud como el elemento crítico que conduce a lo que llamamos exclusión social, así como el objeto a restaurar —la inclusión social—, y que sería, de hecho, el espacio específico de los servicios sociales.

No debemos perder de vista que, como apunta Daniel Innerarity (2019), deberíamos superar las formas de organización propias de los siglos XIX y XX desde las que los individuos debemos disciplinarnos y negociar nuestro espacio en la sociedad a partir de un modelo basado en la física, y desde la negociación personal en un entramado de equilibrios entre fuerzas y pesos (por ejemplo, entre administración municipal y supramunicipal; entre sistemas de servicios sociales y otros sistemas; entre marcos legales, etc.). En pleno siglo XXI, deberíamos avanzar hacia un nuevo formato biológico de comprensión y gestión de las sociedades a nivel político, legal, social, de modelo, en el que la célula (entendida como el individuo, la persona), dispone de un ADN único que modeliza y tiene por ende la capacidad de alterar el conjunto de su sistema desde su unicidad.

¿Cómo materializar, pues, la transición entre el modelo clásico de servicios sociales y el que definen progresivamente tanto los discursos teóricos como el propio sentir inspirado en la experiencia cotidiana? Una transición que, dicho sea de paso, sería razonable comenzar antes de llegar al colapso de las sociedades que, por un sumatorio de incremento de la desigualdad sumado al incremento de la complejidad, combinado a su vez con el fracaso en el abordaje de estos problemas por parte de los sistemas de salud, empleo, formación, económico, legal, terminará por fulminar lo que son hoy nuestros sistemas de servicios sociales, y poner en crisis sistémica a nuestras sociedades.

Lo que unos u otros parecen definir con relación al papel central de la participación en la sociedad de toda persona como uno de los ejes más importantes, a la vez que complejos y específicos de la posibilidad de supervivencia, es lo que introduce de manera certera y clara Fernando Fantova con su definición y propuesta de desarrollo del concepto de “interacción”. Para este autor, la interacción sería “el ajuste entre la capacidad de desenvolvimiento autónomo de la persona en sus entornos vitales y el apoyo social disponible a través de los vínculos familiares, convivenciales, comunitarios y sociales en general” (Fantova, 2007: 191), lo cual nos lleva a entender la intervención social como “la actividad

que tiene como finalidad prevenir, corregir o paliar desajustes en lo relativo a la interacción de las personas, con sus dos caras o dimensiones: autonomía funcional e integración relación” (Fantova, 2017: 13).

Desde esta definición de interacción, Fantova acota una nueva visión de la misión de los servicios sociales totalmente en línea con las aproximaciones que recientemente se vienen realizando desde la identificación de situaciones de complejidad, de atención centrada en la persona, y reconociendo cuál es el espacio propio, especializado y concreto de los servicios sociales que, por otra parte, evidencia la no pertinencia de aquellos que clásicamente aborda, por herencia o por delegación formal o informal. De hecho, la propuesta de Fantova supone un esperado encuentro con ciencias sociales como la sociología o la antropología, que sitúan la interacción (personal, social), como uno de los ejes fundamentales del hecho social.

El espacio físico que ocupamos tiene significado en tanto que en él (nos) ocurran cosas o cuanto menos, las proyectemos. Delgado toma de Simmel que: “el espacio no es sino la posibilidad de juntar” y, citando a Julio Cortázar, afirma que: “un puente es un hombre cruzando un puente” (Delgado, 2016). Reconocemos el espacio que ocupamos en tanto que lo experimentamos, es decir, interactuamos con él y en él, el hecho social se construye de interacción. Y con una insuficiente, deficiente o lesiva interacción, los individuos vemos reducidas nuestras posibilidades de ser —en tanto que somos lo que hacemos—, al no tener qué hacer en relación a los otros —que acompañan, limitan o posibilitan— nuestro yo.

Durkheim definió los hechos sociales como los modos de pensar, sentir y accionar de manera exterior al individuo, en forma de orientación y coerción sobre cómo debe comportarse este. Para Georg Simmel, la sociedad se constituye a través de las interacciones entre individuos y grupos, en constante ebullición, en permanente construcción y reconstrucción a partir de la suma de microencuentros. La sociedad es interacción. No puede haber sociedad sin ella. Y, por tanto, sin una suficiente interacción, los individuos no pueden formar parte de la sociedad, o hacerlo libremente. Entendida —la sociedad— no desde lo abstracto, sino desde lo que es: la experiencia de lo cotidiano, y en igualdad de condiciones con los iguales.

No es casual que otro de los autores referentes desde la sociología en relación con lo que se conoce como exclusión social sea Erving Goffman, autor de obras como: *Relaciones en público. Microestudios del orden público; Ritual de la interacción; Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales; Estigma. La identidad deteriorada*, por citar algunas, y que se encuadra en la línea de las microsociologías (Joseph, 1999) siendo también referente del interaccionismo simbólico que Blumer (1982) nos presenta a partir de entender que el significado de

una conducta se forma en la interacción social. Lo que Goffman aportó en la comprensión de diversas categorías vinculadas a exclusión social y su abordaje en línea con la consideración de escoria social, se fundamenta en estudios que exploran las limitaciones y posibilidades de ejercicio de la interacción en libertad.

Somos lo que hacemos. Y, por tanto, socialmente somos aquello que en el orden de las interacciones tenemos la capacidad de hacer, pactar, negociar, conseguir en nuestras interacciones con otros. Si tenemos seriamente mermada la capacidad de interactuar, somos individuos en riesgo de no poder ser quienes somos —al no poder hacer lo que queremos hacer—. En otras palabras: es evidente que la interacción social es un elemento crítico en la existencia de situaciones de pobreza y de lo que se da en llamar exclusión social. Y que la primera es generadora de la segunda y tercera tanto como, o más, que la segunda y tercera puedan llevar también a la primera.

En el fondo, y desde esta perspectiva, a donde nos lleva Fantova con su propuesta de interacción y esta como misión de los servicios sociales, es a hablar de la capacidad de ser libres —no solo personas autónomas, también libres—, y de cómo no poder interactuar restringe significativamente o acaba con nuestra libertad. La misión de los servicios sociales, es, pues, retomando las anteriores citas de Fantova, la de restituir y mantener la libertad de las personas desde su capacidad de sostener la interacción. Armonizando, equilibrando en aquellas personas que necesiten apoyo especializado su capacidad de desenvolvimiento autónomo en sus entornos vitales, con el apoyo social disponible a través de los vínculos posibles, a nivel familiar, convivencial, comunitario y social (Fantova, 2007:191): autonomía personal más integración, y relación (Fantova: 2017:13). La capacidad individual para sostener una posición entre el grupo social se convierte así en tema central, muy en línea de los trabajos que aportan Amartya Sen y Martha Nussbaum a través del enfoque basado en las capacidades —teoría económica del primero—, y posteriores desarrollos conjuntos de ambos, orientados a sistematizar el rol de las capacidades como elemento clave alrededor de las cuales organizar sistemas de apoyo, cuando sea necesario, en tanto que estas serían claves en las opciones de libertad real de la persona. Sin las capacidades suficientes o adecuadas, la interacción con el grupo de iguales no es posible o no es igualitaria y la persona decae en su posibilidad de ser quien quiera ser y hacer lo que quiera hacer.

Todo ello nos lleva también a Begoña Román, cuando afirma que las entidades sociales —en tanto que servicios sociales—, deberían tomar como objetivo central “ayudar a las comunidades a crear agencia [...] si has transformado y has creado agencia, para que estas comunidades puedan nacer sin tu ayuda, entonces la acción social es prescindible” (Román, 2019). De hecho, esta autora afirma que: “los

principales objetivos de los servicios sociales son la justicia social, la integración y la cohesión social” (Román, 2016: 13). Para cumplir con ello, los servicios sociales deben situarse dentro de la lógica del apoyo a la restauración y mantenimiento de la capacidad de interacción en los términos definidos, para acompañar la creación de agencia suficiente (justicia social), que sentará las bases desde la misión del sistema de servicios sociales para lo que se da en llamar integración (participación en términos de equidad de todos sus miembros) y, por tanto, favorecer la cohesión social desde la perspectiva de las lógicas del devenir social en tanto que todos sus miembros tendrán a su alcance opciones igualitarias para conseguir sus objetivos en sociedad o, cuanto menos, para pactarlas y pactar también sus renuncias a ellas en términos de justicia.

El encaje del individuo en la sociedad sería, pues, el espacio de los servicios sociales. Sin dirigismos, sin moralismos: acompañar desde el conocimiento especializado la restitución de la agencia de la persona mediante la restitución, y el mantenimiento, de su capacidad de interacción. Y mientras estos servicios no se orientan de manera masiva hacia este objetivo, la soledad y el aislamiento social tienen un cada vez más elevado peso porcentual⁵ —ya altísimo— en personas que verán sin duda empeorar sus condiciones de vida si ambas no son revertidas por la generación de agencia.

6. Libertad y retos: conclusión

Quizá lo que llamamos exclusión social no es más que la perpetuación del estigma, la construcción y mantenimiento de un gólem materializado por la sociedad y su sistema, una generación tras otra. Incluso por el sistema de servicios sociales que, heredero de una tradición y una inercia, ha encarnado el abordaje en positivo a veces, otras no, de un estigma y su peso... El pecado original ha sido construir un sistema concebido para dar respuesta a la gestión de un estigma.

El momento actual, de madurez y de cierta capacidad de investigación, debate y reflexión sobre qué deben ser y cómo deben articularse los servicios sociales, nos ha llevado a, primero, una gran evolución en los últimos cuarenta años en la capacidad de generar respuestas eficientes y conformes con los derechos de las personas —a pesar de las tensiones que este sistema genera a personas destinatarias de los servicios, así como a profesionales—. Y, segundo, a un presente en el que una mayoría de personas (profesionales y ciudadanía en general), entiende que la misión en la que los servicios sociales deberían ser monográficamente competentes es la del apoyo de las personas que lo necesitan al mantenimiento en su contexto social.

⁵ <https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/soledad-personas-mayores> (consultado el 14 de febrero de 2020).

Fantova activa, a partir del concepto de interacción desde el apoyo en la restitución y mejora de la autonomía funcional y de la integración relación, un terreno nítido, a la vez acotado, y también facilitador de la identificación de los límites —hoy inexistentes o claramente rebasados—, entre lo que compete a los sistemas de servicios sociales y lo que compete al resto de sistemas fundamentales del Estado de Derecho, ayudándonos a centrar que un problema de salud es un problema de salud. Un problema de vivienda, lo es de vivienda. Un problema de empleo, lo es de empleo; uno de restricción de derechos por contexto legal, es un problema de marco legal, y así sucesivamente, para todo lo cual, afortunadamente, existen en el Estado de Derecho sistemas articulados, altamente especializados y competentes.

Los grandes retos podrían centrarse en los límites y en los cambios. Límites: definir —de forma correcta y no tendente, como es norma hasta el momento, a declinar de manera automática en los sistemas de servicios sociales cuando desde algún sistema paralelo se identifica una situación específica de “exclusión social” dentro de los márgenes de su espacio natural de competencia— hasta dónde deben llegar los contenidos de la intervención de los servicios sociales en el apoyo a los sistemas paralelos, sin dejar de centrar su acción monográfica en la restitución de la interacción. Cambios: el nuevo enfoque supone una refundación de los servicios sociales. Algo imposible sin el pacto de Estado y social necesario, con la consiguiente inversión y planificación. Pero, atención, no olvidemos que la misión de los servicios sociales es la de apoyar el mantenimiento y ejercicio de la libertad de las personas. Que su objetivo, nos dice Román, es el de la justicia social, la integración y la cohesión social que aquí hemos tratado de objetivar para entender hasta qué punto son centrales para la supervivencia de cualquier sociedad. Así que el coste, sea el que sea, ha de ser asumible.

Por un lado, los otros sistemas del Estado de Derecho deberían asumir —con los recursos necesarios— la convulsión que implicaría asumir como principales agentes responsables de gestión una gran parte de lo que actualmente asumen los servicios sociales en España. A su vez, los servicios sociales deberían poderse dotar de profesionales y servicios adecuados en aquellos ámbitos que, situados en ese límite entre el sistema propio y los otros, deba atender. Un ejemplo está en la cada vez más clara, pero aún difícil de concretar por falta de recursos, necesidad de especializar los actuales servicios de prestaciones sociales con personal administrativo y canales facilitadores para la ciudadanía sin comprometer servicios, circuitos y profesionales especializados en el acompañamiento social. Y, así, sucesivamente. Pero también, y básicamente, debería producirse una redefinición de arriba abajo: del marco legal genérico que define las competencias de los servicios sociales, los reglamentos que lo desarrollan, la definición posterior de las carteras de servicios sociales, libros blancos de las profesiones sociales, los circuitos, los protocolos, etc.

Otra cuestión es la de la incorporación real del trabajo comunitario. El Estado español tiene mucho que andar todavía en el desarrollo de este ámbito como un campo de acompañamiento social, muy limitado hoy en día a intentar poner en contacto a personas solas con espacios en los que hay más gente, como bibliotecas o centros públicos. El trabajo comunitario va mucho más allá de eso: implica la activación de la comunidad, desde técnicas y procesos especializados a través de la puesta en contacto efectiva de la persona acompañada con la comunidad y de esta con la persona, generando un nivel y calidad de interacción que propicie la agencia hasta que la persona no necesite de más acompañamiento social. Esta visión, además, debe ser rápidamente incorporada a los servicios sociales de secundaria o especializados, los cuales adolecen de una gran influencia de modelos del pasado en su diseño actual y, por lo tanto, tienden a favorecer —sin que sea intención ni de gestores del sistema ni de profesionales de acompañamiento— a la desconexión respecto de la comunidad de gran parte de las personas a las que atienden: tanto o más como los básicos o de primaria, los servicios sociales de secundaria o especializados precisan con urgencia un rediseño en el que el trabajo comunitario tenga un papel central que redundará además en una mejor respuesta a la complejidad y desde la lógica del modelo de atención centrado en la persona.

Por otra parte, es conocida la influencia del espacio y el tiempo en el acompañamiento social: ciertos espacios propuestos a las personas son altamente efectivos; en cambio, otros son críticamente inadecuados. También sabemos que el tiempo de acompañamiento es una de las fuentes de problemas cuando el disponible por marco legal o disponibilidad de recursos es insuficiente respecto a la que necesita ese proceso personal. Claramente, otros factores son también de gran importancia, pero este ejemplo nos sirve para introducir un nuevo factor que guardaría una relación directa con la posibilidad de activación del trabajo comunitario: el territorio, que podemos entender como la porción de espacio propio de un grupo o comunidad en el que desarrollar —pactar, definir, negociar, conflictuar— la relación social. Esta variable debería ser introducida con urgencia en la intervención social, como lo están ya el espacio y el tiempo, como uno de los elementos cuya mala gestión puede propiciar fracaso o éxito en un acompañamiento centrado en apoyar la interacción de las personas con su grupo (o alguno de sus grupos) de referencia. Como ejemplo, el desarrollo en la ciudad de Barcelona de las *superilles socials*⁶ (supermanzanas sociales), en desarrollo a partir de un modelo en ejecución ya consolidado en Holanda y que tiene como objetivo apoyar el mantenimiento de personas con determinadas necesidades sociales en su propio contexto —en lugar de tender a su institucionalización—, potenciando su posibilidad

⁶ <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/innovacio-social/superilles-socials> (consultado el 14/02/2020).

de agencia a través del apoyo en la generación de interacción, reforzando las capacidades propias y enlazándolas con las posibilidades y necesidades de la comunidad de referencia. También las técnicas de acompañamiento y la posición del personal profesional respecto a las personas acompañadas deberán complementarse en algunos aspectos, con metodologías aún poco exploradas, y modificarse en otros, muy basados en las clásicas relaciones de poder de la relación entre profesional y “excluido/a social”. Finalmente, hay que cambiar la mirada. De manera radical. No como una declaración de intenciones, sino como herramienta básica de gestión del cambio: como ya se ha apuntado aquí,

esta visión de cuál es la auténtica misión de los servicios sociales, si bien es conocida y compartida desde la gestión del día a día, apenas ha sido formalizada precisamente porque, a pesar de que la experiencia nos lleva a entender la necesidad de abordaje distinto, la lógica no ha cambiado y el discurso, precursor del análisis profundo y de toma de decisiones, no se ha originado. Solo desde una apertura a una mirada distinta de lo que son, y de lo que deben ser, los servicios sociales, podremos sumar las fuerzas necesarias desde todos los estamentos implicados para operar el cambio de los sistemas de servicios sociales. Por la libertad, acabemos, pues, con la prisión de los conceptos.

Bibliografía referenciada

- AGUILAR HENDRICKSON, M. (2014): “Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España”, *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*, Madrid, Fundación Foessa.
- BAUDELAIRE, C. (1996): *Las flores del mal*, Madrid, Visor Libros.
- BEVERIDGE, W.H. (1987): “Mantenimiento de la ocupación”, en BEVERIDGE, W.H., *Las bases de la seguridad social*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 51-52.
- BLUMER, H. (1982): *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*, Barcelona, Hora.
- BROOKER, D. y LATHAM, I. (2006): *Person-centred Dementia Care: Making Services Better*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- DELGADO, M. (2016): “Un puente es un hombre cruzando un puente”, *El Cor de les Aparences* [blog], 6 de septiembre <<http://manueldelgadoruiz.blogspot.com/2016/09/un-puente-es-un-hombre-cruzando-un.html>>.
- DICKENS, C. (2015): *Oliver Twist*, Madrid, Alianza.
— (2019): *Cuentos de Navidad*, Madrid, Alianza.
- DURKHEIM, E. (2001): *Las reglas del método sociológico*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- DONZELOT, J. y ROMAN, J. (1991): “La déplacement de la question sociale”, en DONZELOT, J. (ed.), *Face à l'exclusion: le modèle français*, París, Esprit.
- ENGELS, F. (2008): *Del socialismo utópico al socialismo científico*, Barcelona, Debarris.
- FANTOVA, F. (2007): “Repensando la intervención social”, *Documentación Social*, nº 147, pp. 183-198.
— (2017): “Servicios sociales e inclusión social: análisis y perspectivas en el País Vasco”, *Zerbitzuan*, nº 64, pp. 9-31, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.01>>.
- GOFFMAN, E. (1970): *Ritual de la interacción*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo.
(1979): *Relaciones en público. Microestudios del orden público*, Madrid, Alianza.
(1984): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
(1987): *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
(1995): *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- GRUPO DE TRABAJO GT2 SOBRE TRANSICIONES ENTRE INGRESOS MÍNIMOS Y EMPLEO (2018): *Informe de resultados. Reunión presencial 27.06.2018. Versión final*, Red de Inclusión Social, <<http://redinclusion-social.es/wp-content/uploads/2018/10/INFORME-GT2.2-TRANSICIONES-FINAL-2.pdf>>.
- INNERARITY, D. (2019): *Una teoría de la democracia compleja*, Barcelona, Galaxia Gutenberg.
- JOSEPH, I. (1999): *Erving Goffman y la microsociología*, Barcelona, Gedisa.
- LENOIR, R. (1974): *Les Exclus, un Français sur dix*, París, Senil.
- LIS-HUGO, C. (1982): *Pobreza y capitalismo en la Europa preindustrial (1350-1850)*, Madrid, Akal.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (2008): “Genealogía del concepto de exclusión social, la situación europea”, *Trabajo Social Hoy*, nº extra, pp. 7-43.
- MARX, C. y ENGELS, F. (2015): *Manifiesto comunista*, Madrid, Alianza.

- MONEREO, J.L. (2015): “William Henry Beveridge (1879-1963): la construcción de los modernos sistemas de seguridad social”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, nº 4, pp. 279-305, <<https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/62/63?acceptCookies=1>>.
- NACIONES UNIDAS (2016): *Leaving No One Behind: The Imperative of Inclusive Development. Report on the World Social Situation 2016*, Departament of Economic and Social Affairs, ST/ESA/362, Nueva York, Naciones Unidas, <<https://www.un.org/esa/socdev/rwss/2016/full-report.pdf>>.
- ORWELL, G. (2010): *Vagabundo en París y Londres*, Palencia, Menoscuarto Ediciones.
- OWEN, R. (2007): *Nueva visión del mundo*, Barcelona, Hacer.
- PAMPLONA, O.H.(1982): *La pobreza y el paro en la ciencia económica* [trabajo final de licenciatura], Barcelona, Universitat de Barcelona.
- ROMÁN, B. (2016): *Ética de los servicios sociales*, Barcelona, Herder.
- (2019): “El nostre món ha esgotat les possibilitats de canvi. Ens toca canviar les institucions” [entrevista de Cristina Garde y Mar Barberà], *Social.cat*, 11 de octubre, en https://www.social.cat/entrevista/10899/el-nostre-mon-ha-esgotat-les-possibilitats-de-canvi-ens-toca-canviar-les-institucions?id_butlleti_enviar=8.
- SCHUMPETER, J. A. (1982): *Historia del análisis económico*, Barcelona, Ariel.
- SIMMEL, G. (1977): *Sociología. Estudios sobre las formas de socialización*, 2 vols., Madrid, Revista de Occidente.
- URIBE, J. (2019): “Rellenando espacios: hacia una ordenación de los sistemas de servicios sociales desde la respuesta a la complejidad”, *Zerbitzuan*, nº 68, pp. 75-90, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.68.06>>.
- VILÀ, A. (2004): “Els serveis socials a Catalunya. Una visió històrica” [tesis doctoral], Girona, Universitat de Girona, <<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/7966/tavm.pdf?sequence=7&isAllowed=y>>.
- WOOLF, S. (1989): *Los pobres en la Europa Moderna*, Barcelona, Crítica.
- WOOLF, V. (1976): *Fin de viaje*, Barcelona, Luis de Caralt.
- WILKINSON, R. y MARMOT, M. (eds.) (2003): *Los hechos probados. Los determinantes sociales de la salud*, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.

La intervención con la población gitana en España y sus autonomías

Marta Gutiérrez Sánchez

Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia
martags@um.es

Francisco Eduardo Haz Gómez

Departamento de Sociología, Universidad de Murcia
francisco.haz@um.es

Manuel Hernández Pedreño

Departamento de Sociología, Universidad de Murcia
manuel@um.es

Gustavo Solórzano Pérez

Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia
gustavo.solorzano@um.es

Gure testuinguruan ijito-populazioa talde etniko ugariena den arren, ezjakintasun handia dago haien arrisku sozialaren maila handiaren inguruan, eta horrek agerian uzten du hori konpontzera bideratutako gizarte-inklusioko politika publikoak ez direla inondik ere eraginkorrak. Espainian, Europar Batasunaren jarraibideak betez, estrategia nazional bat ari da garatzen, autonomia-erkidegoei ijitoak gizarteratzera zuzendutako politikak zehazten laguntzeko. Ildo horretan, eta Europa eta Estatu bezalako erreferentzia zabalagoetatik abiatuta, lan honen helburua da autonomia-erkidegoek kolektibo horrentzat prestatzen ari diren erantzuna aztertzea, horretarako diseinatu dituzten esku-hartze planen edukia aztertuz. Dokumentu-azterketa horrek agerian jarri du desberdintasun handiak daudela lurralde bakoitzeko erakundeek emandako erantzun horretan, bai neurriak ezartzeko epeei dagokionez, bai kolektibo horrek duen arrisku sozial maila handiaren aurrean erakunde bakoitzak hartutako erantzukizun-mailari dagokionez.

GAKO-HITZAK:

Ijito-populazioa, politika soziala, Europar Batasuna, Espainia, autonomia-erkidegoak.

Aunque la población gitana es el grupo étnico más numeroso en nuestro contexto, existe un gran desconocimiento sobre sus altos niveles de riesgo social, que evidencian la ineficiencia de las políticas públicas de inclusión social dirigidas a ella. En España, siguiendo las directrices de la Unión Europea, se viene desarrollando una estrategia nacional que orienta a las autonomías en la concreción de sus políticas dirigidas a la inclusión de la población gitana. En este sentido, y partiendo de referentes más amplios como el europeo y estatal, el objetivo de este trabajo es examinar la respuesta que las comunidades autónomas desarrollan para este colectivo a través del análisis de contenido de sus respectivos planes de intervención. Este análisis documental verifica una importante disparidad territorial en esta respuesta institucional, observando diferentes trayectorias temporales en su implantación, así como heterogéneos niveles de compromiso ante los elevados riesgos sociales que acumula este colectivo.

PALABRAS CLAVE:

Población gitana, política social, Unión Europea, España, comunidades autónomas.

1. Introducción

A pesar de que la población gitana es la minoría étnica por excelencia en España, donde viene residiendo desde hace más de cinco siglos, el conocimiento sobre su realidad social es muy reciente. Aunque el primer estudio sociológico se realizase en 1978, no vería la luz hasta más de una década después, en 1990, habiendo sufrido alteraciones o recortes en sus contenidos (Vázquez, 1990). Asimismo, desde los primeros informes de la Fundación Foessa de los años sesenta, la condición social del colectivo gitano se vincula con la pobreza y la marginación, siendo siempre uno de los grupos más vulnerables. A este desconocimiento se suma la incertidumbre sobre su número, bastante impreciso hasta la realización de los Mapas de Vivienda y Población Gitana de 2007 y 2015 por parte de la Fundación Secretariado Gitano (2008 y 2016) en colaboración con el Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. De estos estudios se desprende cierto crecimiento de la población gitana desde 2007, cifrándose en 2015 en algo más de medio millón de personas.

Respecto a los Informes de la Fundación Foessa y su atención al riesgo social de la población gitana, se puede decir que ha sido una constante, pues gracias a las anteriores ediciones del estudio se ha dispuesto de informes específicos que atendían la situación social del colectivo. En particular a partir de las encuestas de 2007, 2013 y 2018 se realizaron sendos informes, concluyendo en 2007 que el factor étnico es el que más se asocia a la exclusión (Laparra, 2008: 409), que la población gitana es el sector de nuestra sociedad más fuertemente discriminado en 2013 (Damonti y Arza, 2014: 29) y que la recuperación económica tras la crisis apenas se refleja en 2018 en la población gitana (Hernández, García y Gehrig, 2019: 40).

Esta realidad de la población gitana en España sigue en gran medida vigente, según los resultados de la encuesta de 2018. Aunque la recuperación de la crisis económica se aprecia en la población no gitana, en el caso de la comunidad gitana tan solo se observa cierta mejoría en algunos ámbitos, como el empleo (Hernández, García y Gehrig, 2019). Más bien se produce un empeoramiento en aspectos como la salud, la educación o las condiciones de la vivienda, consecuencia del fuerte deterioro sufrido durante el largo periodo de crisis, ya anunciado en varios estudios (Fundación Secretariado Gitano, 2013).

Este estancamiento, o empeoramiento relativo, de las condiciones sociales de la población gitana en España, cuestiona en cierto modo la eficiencia de la política española, enmarcada en su Estrategia Nacional de 2012-2020, así como las respectivas intervenciones autonómicas, que al igual que la nacional, siguen las directrices del Marco Europeo de 2011. El escaso avance de las políticas española y autonómicas se puede deber a dos factores: el primero, vinculado con los excesivos recortes sociales realizados durante el periodo de crisis,

que sin duda afectaron a los más vulnerables; y el segundo, relacionado con una intervención territorial muy desigual y dispar, dando lugar a diferentes niveles de compromiso e intervención en cuanto a protección del colectivo gitano. En este sentido, se observa que algunas autonomías tienen un alto compromiso disponiendo de planes o estrategia específica para el colectivo; otras que intervienen mediante el plan de inclusión social general; y otras que carecen de uno u otro plan en 2018, ya sea por haber quedado obsoleto y no renovado durante la crisis, o bien por no haber desarrollado nunca dichos instrumentos de planificación y actuación.

Desde la creación del Grupo de Investigación-Acción sobre Comunidades Gitanas en el seno del Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia (OES), varios trabajos de sus investigadores han visto la luz, abordando diversos aspectos vinculados con la población gitana. En primer lugar, se analizó el contenido de las principales investigaciones sobre este colectivo en Europa y España (Haz *et al.*, 2019); posteriormente, se realizó un análisis del riesgo social de este colectivo, empleando para ello los datos de las diferentes ediciones de la Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales de la Fundación Foessa, en particular la de 2018 (Hernández, García y Gehrig, 2019). Por último, a finales de 2019 se publica una amplia monografía sobre la población gitana, donde se incluyen los principales aspectos que permiten conocer su realidad social: historia, cultura y discriminación del pueblo gitano; niveles de riesgo social en las distintas dimensiones (ingreso, trabajo, salud, etc.); y respuesta institucional desde los distintos contextos —europeo, nacional y autonómico— (Hernández, Haz y Gutiérrez, 2019).

El presente artículo continúa la mencionada línea de investigación sobre comunidades gitanas y se nutre de los anteriores trabajos, centrándose en el análisis de las políticas orientadas hacia la mejora de la situación social de la población gitana, sintetizando los principales resultados de dos capítulos del citado monográfico, *Marco de acción europeo y español para la inclusión social de la población gitana* (Haz, Gutiérrez y López, 2019) y *Políticas autonómicas para la inclusión social de la población gitana en España* (Solórzano *et al.*, 2019). El análisis se ofrece ahora en una doble perspectiva: por un lado, contemplando la evolución histórica de las políticas públicas de intervención a través de los diferentes planes y estrategias europeos, estatales y autonómicos; y, por otro, mediante un estudio multidimensional de los contenidos de los distintos planes autonómicos vigentes en 2018, que trata de vislumbrar el grado de compromiso a nivel territorial. En este último apartado se distinguirá entre dos tipos de planes: unos de corte generalista, dirigidos a la población con desventajas sociales, donde la población gitana es uno de los colectivos contemplados; y otros específicos, destinados en exclusiva a la intervención con la población gitana. No obstante, antes de abordar los diferentes niveles de respuesta

institucional, se contextualiza muy sucintamente la evolución demográfica y el riesgo social de este colectivo en España, empleando para ello los anteriores estudios de los miembros del OES.

En suma, el estudio de la intervención social con la población gitana que aquí se aporta proviene del análisis documental de los diferentes planes y estrategias desarrollados en Europa, España y sus autonomías. Incorporando un profundo análisis de contenido de los planes autonómicos (generales y específicos), que ha permitido no solo conocer las bases fundamentales de dichos documentos, sino también elaborar un *ranking* territorial del nivel de compromiso con esta minoría étnica.

2. Población gitana y riesgo social

Uno de los aspectos más complejos de los estudios demográficos realizados en España es obtener un conocimiento real de la cuantía y evolución de la población gitana. Esta situación es el resultado, principalmente, de la inexistencia de un censo de las minorías étnicas en nuestro país y de la presencia de diferentes alternativas metodológicas, aplicadas en las investigaciones empíricas, a la hora de considerar la pertenencia a la comunidad gitana, bien por autoidentificación (la persona entrevistada se declara gitana), o bien por heteroidentificación (el entrevistador asigna la categoría étnica a la persona entrevistada). Ambas formas tienen sus ventajas e inconvenientes (Ivanov, Kling y Kagin, 2012: 6-ss.); como, por ejemplo, la influencia de

estereotipos sociales y confusiones de población gitana con población en exclusión social, en el caso de la heteroidentificación (Damonti y Arza, 2014: 2), o las cifras más bajas que generalmente se obtienen en los estudios que recurren a la autodefinición en los censos, como se observó en Rumanía o República Checa (Petrova, 2003; Preda, 2002) o en la última encuesta de Foessa de 2018, como se verá a continuación.

Los estudios sobre vivienda y su ubicación territorial (Fundación Secretariado Gitano, 2008 y 2016) pueden aproximar la cifra a considerar como referencia mínima para la población gitana en España, puesto que no se llega a la detección de la población móvil, no incluyen todos los municipios menores de 5.000 habitantes, ni se considera a la población gitana más integrada residencialmente, ubicada en grandes núcleos urbanos. Estas investigaciones ofrecen una perspectiva complementaria a los datos de otros estudios y permiten describir procesos de concentraciones, contracciones o dispersiones hasta niveles municipales.

En relación con el examen realizado de la intervención con población gitana en España y sus autonomías (epígrafe cinco de este artículo), interesa destacar su distribución regional. La población gitana se reparte de forma heterogénea en el territorio, con concentraciones en la zona del mediterráneo y el centro (Madrid) y muy poca presencia en algunas regiones del norte (Cantabria, La Rioja), así como en Canarias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (Tabla 1).

Tabla 1. Estimación de la población gitana a partir de Mapas de Vivienda de Población Gitana por autonomía, 2007 y 2015

Autonomía	2007		2015	
	Viviendas	Población estimada	Viviendas	Población estimada
Andalucía	34.076	169.732	38.017	190.083
C. Valenciana	12.431	57.892	12.380	61.202
Cataluña	9.228	47.895	11.742	57.216
C. de Madrid	9.323	43.391	8.611	41.155
Región de Murcia	3.353	17.003	5.492	30.513
Castilla y León	5.338	26.240	5.292	25.704
Castilla-La Mancha	3.493	19.406	3.860	18.411
País Vasco	2.056	10.061	3.470	17.080
Galicia	2.049	9.230	2.502	12.398
Aragón	2.065	10.036	2.578	12.249
Asturias	1.805	8.861	2.764	11.542
Extremadura	3.082	16.739	2.606	11.368
Baleares	1.035	5.025	1.772	10.870
Navarra	1.468	7.013	1.924	7.553
Cantabria	641	3.462	719	3.244
La Rioja	824	4.520	678	2.933
Canarias	471	2.436	567	1.984
Ceuta	32	142	216	970
Melilla	-	-	99	388
Total	92.770	459.084	105.289	516.863

Fuente: Hernández, García y Gehrig (2019: 7).

En 2015, Andalucía registra el mayor porcentaje de población gitana, con cerca del 37 % del total español, seguida de la Comunidad Valenciana (11,8 %), Cataluña (11,1 %) y la Comunidad de Madrid (8 %). El protagonismo de estas regiones no ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo con respecto a la situación descrita en ediciones anteriores de los mapas sobre vivienda y población gitana (Fundación Secretariado Gitano, 2016); se constata, por tanto, la estabilidad de la distribución regional de las comunidades gitanas que obedece a cuestiones históricas (Caselles y Romero, 2019: 38-42).

No obstante, se observa un crecimiento importante, tanto en número de viviendas como en población, en País Vasco, Asturias y Navarra. En parte, esto es debido al incremento de población gitana de origen portugués o de Europa del Este (Fundación Secretariado Gitano, 2016: 99), aunque también existen movimientos provocados por la crisis económica en busca de mejores oportunidades y condiciones económicas, o desplazamientos por políticas urbanísticas y de vivienda (Marín, 2019: 200-203).

Tomando estas cifras de distribución territorial de la población gitana en España y viendo las concentraciones en algunas comunidades autónomas, es interesante conocer también las proporciones entre la población gitana y el total de habitantes en estos territorios, describiendo así la intensidad demográfica de la población gitana (Tabla 2).

Como se puede observar, a excepción de Andalucía (puesto 1) y Comunidad Valenciana (puesto 3) que mantienen sus posiciones, cambia bastante el orden. La Región de Murcia, que sube al segundo lugar, muestra una ratio de población gitana por cada 1.000 habitantes similar a Andalucía, lo que se puede entender por la cercanía y las similitudes sociales y territoriales. Asimismo, también sorprende

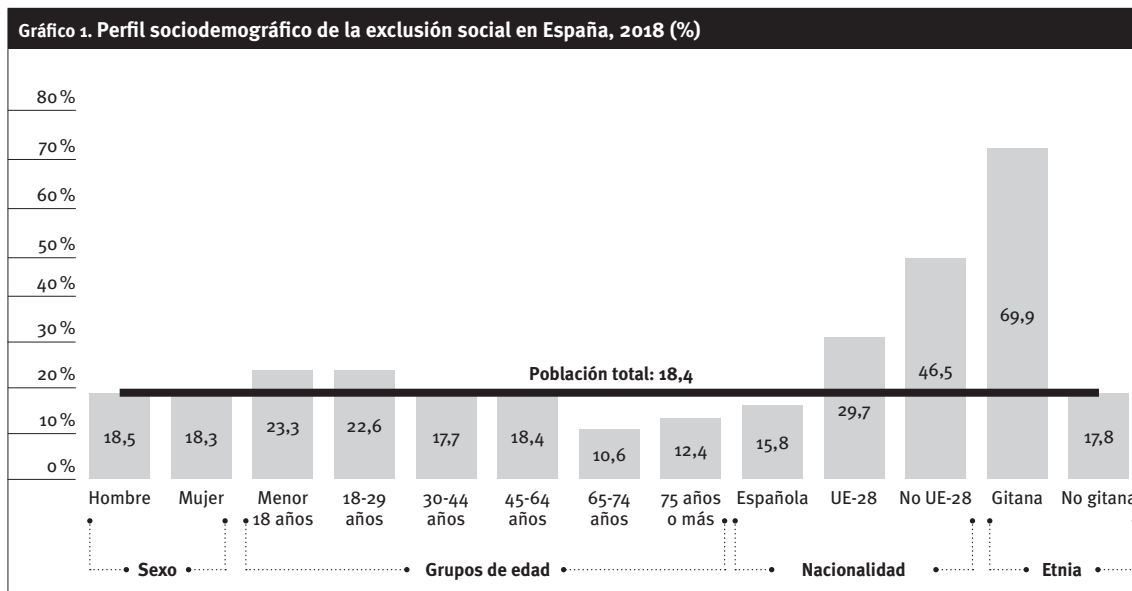
el ascenso de Navarra y Asturias en el ranking autonómico según intensidad demográfica de la población gitana, más alejadas de los primeros puestos en función de su peso sobre el total de población gitana (Tabla 2).

Tabla 2. Intensidad demográfica de la población gitana por autonomías, 2007 y 2015 —ratios por cada 1.000 habitantes— (orden descendente de 2015)

Autonomía	2007	2015
Andalucía	21,1	22,6
Región de Murcia	12,2	20,8
C. Valenciana	11,9	12,3
Navarra	11,6	11,8
Asturias	8,2	11,0
Castilla y León	10,4	10,4
Extremadura	15,4	10,4
Baleares	4,9	9,8
Aragón	7,7	9,3
La Rioja	14,6	9,3
Castilla-La Mancha	9,8	8,9
Ceuta y Melilla	1,0	8,0
País Vasco	4,7	7,8
Cataluña	6,6	7,6
Madrid	7,1	6,4
Cantabria	6,0	5,5
Galicia	3,3	4,5
Canarias	1,2	0,9
España	10,2	11,1

Fuente: Hernández, García y Gehrig (2019: 11).

El Gráfico 1, elaborado a partir de la Encuesta Foessa de 2018, incluye los diferentes niveles de riesgo de



Fuente: Hernández, García y Gehrig (2019: 7).

exclusión social según determinadas variables (sexo, edad, nacionalidad y etnia). Se puede apreciar que el riesgo de exclusión social afecta de manera más drástica a la población gitana en España (69,9 %), pues cuadruplica en riesgo de exclusión respecto a la población no gitana (17,8 %). Esto permite afirmar que el origen étnico se muestra como un claro indicador de exclusión social.

Siguiendo con esta comparación de origen étnico y con la misma fuente, si se profundiza en el análisis de las diferentes dimensiones de la exclusión social (Tabla 3), se puede apreciar que entre los años 2007 y 2018, solo desciende el riesgo social en dos de las dimensiones, empleo y aislamiento social. Sin embargo, en el resto de dimensiones su situación empeora, con especial relevancia en educación y consumo, donde incrementa en más del doble su desventaja social. En lo que respecta a la población no gitana, sus variaciones son menores, y aunque también aumentan en casi todas las dimensiones, salvo en educación y aislamiento social, donde se reducen distancias respecto al conjunto de la sociedad española, en todas las dimensiones se parte de puntuaciones significativamente más bajas a las de la población gitana.

El interés por la situación social de la población gitana adquiere en la agenda europea una creciente relevancia a partir de 2011, cuando se aprueba el *Marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020* (Comisión Europea, 2011), convirtiéndose en el referente en los países miembros para el desarrollo de las políticas de inclusión social de la población gitana. Así, la intervención con la población gitana en riesgo social a partir de 2012 se desarrolla en España a nivel autonómico y local siguiendo dichas directrices europeas, quedando instauradas cuatro grandes áreas de intervención como prioritarias (empleo, educación, salud y vivienda), junto a otras complementarias (igualdad y no discriminación, participación, etc.). No obstante, tanto en el marco europeo como en el español y autonómico, se desarrollan políticas de inclusión desde los años ochenta del siglo XX, como se verá a continuación.

3. El marco europeo de intervención con la población gitana

Desde comienzos del siglo XXI el pueblo gitano comienza a recibir una mayor atención gracias al impulso de iniciativas internacionales, como la *Década para la Inclusión de los Roma 2005-2015*, y al trabajo realizado en el seno de la Unión Europea (Comisión Europea, 2010), que desemboca en el establecimiento de unas directrices europeas para la elaboración de estrategias nacionales de inclusión de la población gitana por parte de los Estados miembros (Comisión Europea, 2011), buscando reforzar el cumplimiento de los objetivos de la estrategia Europa 2020. Así, la población gitana está siendo objeto de un mayor reconocimiento político y visibilidad social a través de diversos programas financiados que no solamente buscan una mejora económica de este colectivo, sino también un cambio cultural de las relaciones entre la minoría étnica y el resto de la población.

Los antecedentes remotos que muestran el interés por la inclusión social del colectivo gitano en la agenda europea los encontramos en el ámbito de educación en dos resoluciones: la Resolución del Consejo y de los ministros de educación reunidos en el Consejo de 16 de marzo de 1984 relativa a la escolarización de los niños cuyos padres ejerzan profesiones itinerantes (BOC 104, del 16 de abril de 1984); y la Resolución del Consejo y de los ministros de educación reunidos en el seno del Consejo de 22 de mayo de 1989 relativa a la escolarización de los niños gitanos e itinerantes (DOC 153, del 21 de junio de 1989). Asimismo, a partir de 1984 el Parlamento viene emitiendo informes periódicos sobre la situación social de los gitanos, al menos uno en cada década.

Durante los años noventa encontramos otras directrices europeas de menor impacto en la integración de la población gitana, siendo en el año 2000 cuando se aprueba la Directiva 2000/43/CE relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico. Esta directiva debe

Tabla 3. Evolución de la población afectada en cada dimensión de la exclusión social según origen étnico, 2007 y 2018 (en porcentaje)

Dimensiones en exclusión social	Población gitana			Población no gitana		
	2007	2018	Variación	2007	2018	Variación
Exclusión de la vivienda	75,5	75,0	0,5	22,5	23,1	0,6
Exclusión del empleo	69,7	66,1	-3,6	15,7	23,4	7,7
Exclusión de la salud	52,7	61,7	9,0	8,5	13,5	5,0
Exclusión de la educación	21,0	47,6	26,6	11,7	6,1	-5,6
Exclusión del consumo	10,1	32,7	22,6	2,8	5,4	2,6
Exclusión política	12,3	19,8	7,5	12,3	12,8	0,5
Conflicto social	16,4	19,3	2,9	4,7	4,9	0,2
Aislamiento social	9,3	0,3	-9,0	4,3	2,8	-1,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Hernández, García y Gehrig (2019: 16).

ser ratificada por todos los Estados miembros y supondrá un hito importante en la protección europea del colectivo gitano, que irá sentando las bases legales en el contexto inminente de ampliación de la Unión en 2004 y 2007, con la incorporación de países de Europa del Este, donde reside un gran número de personas de etnia gitana.

Con estos antecedentes, la Unión Europea inicia su política de inclusión y protección del riesgo social de la población gitana en 2008, cuando se aprueba la Resolución del Parlamento Europeo sobre una Estrategia europea relativa a la Población Romaní, que sienta las bases para elaborar el Marco Europeo de las Políticas de Integración de la Población Gitana. En este entorno temporal se van sumando esfuerzos y apoyos hasta elaborar dicho marco en 2011. Así, en 2008 se lleva a cabo la I Cumbre Europea de Población Gitana; en 2010 se aprueba la Estrategia Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador, que proporciona un contexto general de apoyo social, para el denominado Marco Europeo de Estrategias Nacionales de Inclusión de los Gitanos hasta 2020. Esta comunicación de la comisión marcará la hoja de ruta a seguir por los países miembros en sus respectivas estrategias nacionales. En ella se invita a los Estados miembros a: mejorar la situación social económica de la población gitana en los ámbitos de educación, empleo, vivienda y sanidad, garantizando la igualdad de acceso a servicios de calidad aplicando un enfoque integrado y haciendo el mejor uso posible de los fondos y recursos disponibles; y a fijar sus objetivos o seguir trabajando en pos de los mismos, de acuerdo con las políticas de los Estados miembros, en los ámbitos de educación, empleo, sanidad y vivienda con miras a cubrir la distancia que separa a las comunidades gitanas marginadas de la población general.

A partir de 2012 se suceden una serie de comunicaciones de la Comisión y del Consejo que refuerzan la política de la Unión en materia de población gitana, destacando la Resolución del Parlamento Europeo, sobre la necesidad de reforzar el Marco Europeo de Estrategias Nacionales de Inclusión de los Gitanos para el periodo posterior a 2020 y de intensificar la lucha contra el antigitanismo.

Las distintas evaluaciones llevadas a cabo dentro del marco de la Unión Europea para la inclusión de las comunidades gitanas 2011-2020 evidencian que hasta la fecha, pese a sus limitaciones, se han obtenido resultados esperanzadores. Sin embargo, la situación a nivel europeo es muy desigual y a pesar de que en dimensiones como educación o vivienda se ha mejorado en términos relativos, existe una necesidad de armonización y mejora de las políticas llevadas a cabo en los planes nacionales (Haz, Gutiérrez y Hernández, 2019: 316).

4. La política española de inclusión de la población gitana

La respuesta institucional ante la situación de riesgo social de la población gitana ha tenido varias fuentes de referencia en España. Aunque actualmente las directrices que se siguen son las establecidas por el Marco Europeo de 2011, desde los años ochenta del siglo XX se vienen desarrollando actuaciones en materia de inclusión del colectivo gitano, tanto desde iniciativas específicas, como el Programa de Desarrollo Gitano o el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana, como desde los planes nacionales de inclusión social, donde uno de los colectivos preferentes es la población gitana.

4.1. Programa de desarrollo gitano (1989-2009)

La primera iniciativa a nivel institucional que surge en España para favorecer la inclusión social del pueblo gitano es el Programa de Desarrollo Gitano, iniciado en 1989. Desde esa fecha la Administración General del Estado, a través del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, o sus homónimos, viene ejecutando dicho programa en colaboración con las Administraciones autonómicas y locales, así como con las organizaciones del movimiento asociativo gitano, siendo su función la de promover el desarrollo social y la mejora de la calidad de vida de la población gitana como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. El programa persigue tres objetivos: mejorar la calidad de vida de los gitanos; lograr una mayor participación en la vida pública y social propiciando una mejor convivencia intercultural; y luchar contra las actitudes y manifestaciones discriminatorias y/o racistas hacia esta población. La función principal del programa es la promoción y financiación de programas compensatorios con medidas positivas para el desarrollo social de las comunidades gitanas, impulsando la coordinación de las actuaciones de las distintas Administraciones Públicas y de estas con las organizaciones representativas del colectivo gitano.

El principio rector de las actuaciones es reforzar y adaptar los planes y recursos existentes con carácter general para todos los ciudadanos, a fin de que los gitanos y gitanas también puedan acogerse a ellos, incorporándose a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de la población, siempre dentro del respeto a su diversidad cultural. Las líneas básicas de actuación del Programa de Desarrollo Gitano son la colaboración interinstitucional, tanto dentro del propio ministerio como con otros departamentos ministeriales, y con las Administraciones regionales (comunidades autónomas) y a través de estas con las Administraciones locales, y la cooperación financiera y técnica con las ONG que trabajan con la población gitana. Por otro lado, establece otras líneas de actuación, como la protección de la imagen, sensibilización de la opinión pública, promoción de la cultura gitana y acciones contra el racismo, así

como la formación de los profesionales que trabajan con los gitanos y la colaboración con organismos internacionales, entre otras.

A partir de 2009 se empieza a gestar en España otra iniciativa estatal que sustituirá al programa de desarrollo gitano. Se trata del Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012, que solo tendrá una vigencia de dos años, pues en 2012 se elaborará el Plan Estratégico Nacional, siguiendo el Marco Europeo.

4.2. Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012

La creación en 2005 del Consejo Estatal del Pueblo Gitano supone en gran avance en la representación y participación activa del pueblo gitano en las políticas que les confieren. En la elaboración del Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012, se contó con las iniciativas aportadas por los diversos grupos de trabajo de este consejo (educación, empleo y actividad económica, acción social, salud, cultura y vivienda), así como con los resultados y conclusiones de las diferentes investigaciones promovidas por la Administración. El plan pretendía cumplir tres ambiciosos objetivos:

1. Profundizar y avanzar en el diseño de estrategias y acciones concretas encaminadas a mejorar la imagen de la población gitana, eliminar toda forma de discriminación y promover la igualdad de trato y la participación efectiva en la sociedad.
2. Llevar a cabo actuaciones específicas en aquellos ámbitos de intervención que se consideran prioritarios para favorecer el pleno ejercicio de los derechos y el acceso a bienes y servicios de la población gitana.
3. Contribuir a impulsar la política europea a favor de la población gitana y participar en su desarrollo.

El plan se estructuró en ocho áreas de actuación a las cuales se adscriben una serie de objetivos y medidas a desarrollar. Concretamente, las áreas son: ciudadanía, igualdad de trato y no discriminación, educación, empleo y actividad económica, acción social y servicios sociales, salud, vivienda, cultura y población gitana en la agenda política europea. Además, el plan contempla acciones de evaluación, informes de seguimiento y un informe final de evaluación. Su financiación abarcó los ejercicios presupuestarios de 2010, 2011 y 2012 con un total de 107.161.582 euros.

4.3. Estrategia Nacional para la inclusión de la Población Gitana en España 2012-2020

El 2 de marzo de 2012 el Consejo de Ministros aprobó esta Estrategia Nacional derivada de la Comunicación de la Comisión de 5 de abril al Parlamento Europeo,

al Consejo, al Comité económico y Social y al Comité de las Regiones sobre Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020 (COM, 2011: 173-final).

Esta Estrategia Nacional se articula en las cuatro áreas clave para la inclusión social (educación, empleo, vivienda y salud) a las cuales se adscriben unos objetivos cuantitativos a alcanzar en el año 2020, así como unas metas intermedias en 2015. En la Tabla 4 se incluyen las áreas y sus objetivos

Tabla 4. Áreas de intervención y objetivos de la Estrategia Nacional 2012-2020

Área	Objetivos
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la escolarización de la población gitana en la Educación Infantil. • Universalización de la escolarización y aumento del éxito académico del alumnado gitano en Educación Primaria. • Incremento de la finalización de la Educación Secundaria Obligatoria y aumento del éxito académico del alumnado gitano en esta etapa. • Incremento del nivel educativo de la población gitana adulta.
Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora del acceso al empleo normalizado y reducción de la precariedad laboral entre la población gitana. • Mejora de la cualificación profesional de la población gitana.
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Erradicación del chabolismo y la infravivienda. • Mejora de la calidad del alojamiento de la población gitana.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: intervención en población adulta. • Mejora del estado de salud de la población gitana y reducción de las desigualdades sociales en salud: intervención en población infantil.

Fuente: Haz, Gutiérrez y López (2019: 314).

Asimismo, la estrategia establece ocho líneas de actuación complementarias: acción social, participación de la población gitana, mejora del conocimiento, enfoque transversal de género, no discriminación y promoción de la igualdad de trato, sensibilización social, fomento y promoción de la cultura y población romaní procedente de otros países. Promueve el acceso de la población gitana a medidas y programas de carácter general y también el desarrollo de medidas específicas dirigidas exclusivamente a la población gitana, por lo que la financiación procede de dos vías presupuestarias: partidas presupuestarias de políticas, planes y programas universales de cada una de las áreas; y partidas presupuestarias cuyos beneficiarios serán la población gitana.

Por otro lado, y desde un enfoque a largo plazo, la estrategia contempla una implementación que se realiza a través de la adopción de planes operativos a años vista. El primer plan operativo se refiere al periodo 2014-2016 el cual ha sido elaborado teniendo en cuenta el anterior Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012. Este plan operativo, además de concretar actuaciones para el cumplimiento de los objetivos y medidas

definidos por la propia estrategia, establece los marcos de trabajo a seguir, especialmente por las distintas administraciones y, en concreto, por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

En 2017 se publica el Informe de seguimiento del plan operativo 2014-2016, donde se analiza el grado de consecución de los objetivos y los avances realizados desde la aprobación de la estrategia y se identifican los retos para la siguiente etapa 2017-2020. En 2018 se publica el Informe de progresos 2017 con ánimo de mostrar los avances del siguiente periodo anual y recientemente se ha publicado el Plan Operativo 2018-2020 en el cual se incorporan las orientaciones que deben guiar a los actores implicados en los próximos años y se concretan las actuaciones a llevar a cabo por las comunidades autónomas y las entidades locales.

Analizados los diferentes planes específicos de intervención con la población gitana a nivel estatal, se describen a continuación los planes nacionales generales de inclusión social donde la población gitana es incluida como colectivo específico.

4.4. Actuaciones desde el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social

Tras las cumbres europeas de Lisboa y Niza en el año 2000 nace la nueva Agenda de Política Social comunitaria, siendo uno de los principales objetivos el de promover la inclusión social y reducir los niveles de pobreza en los estados miembros, creando instituciones e instrumentos para su seguimiento y desarrollo. Entre ellos cabe destacar el mandato a los países de elaborar en 2001 los respectivos Planes nacionales de acción para la inclusión social (PNAIN), en los que se incluirán los indicadores a considerar para evaluar los progresos. El primer PNAIN de España es de 2001-2003 y se articula a través de cuatro objetivos: 1) Empleo y acceso a los recursos; 2) Prevención de riesgos de exclusión; 3) Actuaciones en favor de grupos específicos de las personas más vulnerables; y 4) Movilización de todos los agentes.

Es en el tercer objetivo donde se incluye, entre otros, al colectivo gitano y se contemplan las actuaciones a realizar bajo el objetivo específico de “Mejorar la situación de la población gitana excluida o en riesgo de exclusión”. Para conseguir este objetivo se incluyen varias propuestas de actuación vinculadas a iniciativas de diversa índole. Por un lado, las que aluden a la reducción de su riesgo de exclusión (garantizar el acceso y uso de los sistemas de protección social, reducir las situaciones de marginalidad, etc.); por otro, las que fomentan su integración y participación social en igualdad de trato (promover el conocimiento de la cultura gitana, desarrollar acciones de lucha contra la discriminación, potenciar los programas de formación de mediadores gitanos, etc.); otras vinculadas a los grupos de mayor riesgo, ya sea

infancia (incrementar los servicios y programas para la educación infantil y la escolarización obligatoria de los niños y niñas gitanos), juventud (intensificar las actuaciones de formación, de fomento del empleo y de acceso al mercado laboral normalizado de la juventud gitana) o mujer (promoción de la inserción sociolaboral de las mujeres gitanas, reforzando programas de escolarización, de alfabetización, de habilidades sociales, de educación para la salud y de formación para el empleo); y otras en las que se contempla la investigación y el conocimiento de su situación social (obtener información actualizada sobre la situación de la población gitana en el Estado español y el impacto de las políticas llevadas a cabo dirigidas a este colectivo). A pesar del gran número de propuestas, no se observan aquellas que promueven la mejora en los ámbitos de vivienda y salud.

El último PNAIN 2013-2016, incluye de nuevo a la población gitana como uno de los diez colectivos vulnerables. Concretamente, para la población gitana contempla seis actuaciones, insistiendo de nuevo en medidas de acceso a recursos públicos, en aspectos de no discriminación y participación y en la realización de estudios sociodemográficos. Incorpora también una interesante actuación, la implementación de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020, mediante un Plan de Acción en colaboración con las Administraciones Públicas y las entidades que trabajan con la población gitana.

Después de 2016, no se han desarrollado otros PNAIN, aunque es de destacar que en 2019 se aprueba una novedosa Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-23, que continúa las líneas de inclusión, al tiempo que incorpora mayor coordinación con otros instrumentos nacionales de intervención.

4.5. Actuaciones desde la Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023

La Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social (2019-2023) se aprueba en marzo de 2019 y contiene un amplio análisis del riesgo social en España. Se articula en cuatro metas estratégicas diferenciadas, las cuales incluyen objetivos específicos concretos: a) Meta estratégica 1: combatir la pobreza; b) Meta estratégica 2: inversión social en las personas; c) Meta estratégica 3: protección social ante los riesgos del ciclo vital; d) Meta estratégica 4: eficacia y eficiencia de las políticas.

Para la implementación de esta estrategia es necesaria la elaboración de planes operativos de ámbito nacional, autonómico o local, que vayan concretando las medidas y actuaciones correspondientes a sus líneas de actuación, así como el periodo de ejecución, el órgano responsable y

el presupuesto asociado. Esta estrategia incorpora en su estructura planes y programas específicos dirigidos a ámbitos concretos de intervención y a colectivos determinados que por su situación o características particulares ofrecen mayor vulnerabilidad.

Dentro de las metas y objetivos se concretan las líneas de actuación (Educación equitativa e inclusiva, Formación y Empleo, Sanidad, Apoyo a menores y familias, Servicios Sociales y Dependencia, y Vivienda y territorio). Aunque no se incluyen medidas específicas por colectivos, la población gitana es mencionada en todas las líneas, siendo objeto de intervención particular.

5. La intervención con la población gitana desde las Comunidades Autónomas

Una vez analizados los planes y programas dirigidos de manera específica a la población gitana y los planes de inclusión generales a nivel nacional, en este apartado se analizan los planes y estrategias llevados a cabo a nivel autonómico en las dos modalidades ya mencionadas (inclusión general y planes específicos para gitanos). El análisis de estas estrategias y planes se realiza considerando solamente aquellos que están en vigor en 2018 llevando a cabo un análisis más profundo de ellos (Tabla 5).

Tabla 5. Intervención de la autonomía con la población gitana según tipo de plan

Autonomía	Plan de inclusión general	Plan de inclusión específico
Andalucía	X	X
Galicia	X	X
Madrid	X	X
País Vasco*	X	X
Cantabria	X	
Navarra	X	
Valencia	X	
Aragón		X
Cataluña		X
La Rioja		X

* En el caso de País Vasco, el plan general de inclusión social no incluye a la población gitana como colectivo específico de intervención.

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 325).

En la Tabla 5 se observa que la protección a la población gitana es doble en algunas autonomías, puesto que se cuenta, tanto con un plan de inclusión general donde se interviene con este colectivo, como con un plan específico (Andalucía, Galicia, Madrid y País Vasco). Solo tres autonomías lo hacen mediante el plan de inclusión general (Cantabria, Navarra y Valencia) y otras tres únicamente mediante plan específico (Aragón, Cataluña y La Rioja). De este modo, otras siete autonomías carecen de instrumentos de intervención con la comunidad

gitana en 2018. Solo una de ellas ha desarrollado plan específico (Extremadura, 2007-2012); otras dos, plan de inclusión general (Asturias, 2015-2017 y Castilla y León, 2004-2007); y cuatro no han tenido (Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Murcia).

5.1. Intervención con población gitana mediante planes de inclusión generales

Los planes y estrategias de inclusión social autonómicos suelen incluir al colectivo gitano como uno de los preferentes. No obstante, esta intervención con la población gitana se establece desde distintos enfoques y con diferente amplitud. Para este análisis se han seleccionado una serie de indicadores que permiten diferenciar las distintas formas y modelos de intervención con este colectivo. En la Tabla 6 se muestran las siete autonomías que en el año 2018 tienen en vigor un plan general de inclusión. También se menciona la existencia de planes anteriores indicando sus periodos de vigencia.

Tabla 6. Denominación de los planes y periodo según autonomía

Autonomía	Denominación	Periodo	Plan/es anterior/es
Andalucía	Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. Intervención en Zonas Desfavorecidas	2017-2020	2003-2006
Cantabria	II Plan de Emergencia Social de Cantabria	2018-2020	2014-2017 2016-2017
Galicia	Estrategia de Inclusión Social de Galicia	2014-2020	2001-2006 2007-2013
Madrid	Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid	2016-2021	
Navarra	Plan Estratégico de Inclusión de Navarra	2018-2021	1998-2005
País Vasco	IV Plan Vasco de Inclusión	2017-2021	1998 2007-2009 2012-2016
Valencia	Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social	2017-2022	2006-2008

Fuente: Solórzano *et al.* (2019: 327).

Como se observa, todas las autonomías señaladas, a excepción de Madrid, cuentan con al menos un plan anterior. Las pioneras en cuanto a los planes generales de inclusión son País Vasco, que actualmente desarrolla su cuarto plan de inclusión, y Navarra, pues ambas realizaron su primer plan en 1998. Por otro lado, tres autonomías han tenido plan de inclusión general, no estando en vigor en 2018 (Asturias, Castilla y León y Cataluña).

Centrándonos en los tipos de intervención con la población gitana que cada autonomía refleja en sus correspondientes planes o estrategias (Tabla 7), se observan tres modelos diferenciados, que se

Tabla 7. Tipo de intervención en la población gitana según objetivos y autonomía

Autonomía	Tipo de objetivos			Tipo de intervención				
	Específicos	Operativos	Otros	Ejes	Líneas	Medidas	Actuaciones	Propuestas
Andalucía	X	X		X		X		
Galicia	X		X					
Madrid	X		X					
Valencia		X		X	X			
Cantabria				X	X		X	
Navarra								X
País Vasco								

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 328).

vinculan en gran medida al tipo de denominación (plan o estrategia).

Por un lado, estaría el del País Vasco, que no referencia a la población gitana como colectivo específico; por otro, el más frecuente, el de aquellas autonomías que se refieren a sus proyectos como “estrategia” (Andalucía, Galicia, Madrid y Navarra), y que incluyen objetivos específicos para la población gitana, que en todos los casos se refieren a la aprobación e implementación de un plan de inclusión autonómico específicamente dirigido a la población gitana (en el caso de Navarra no lo trata como objetivo específico, sino como propuesta de actuación). Por último, aquellos proyectos que no son estrategias (Cantabria y Valencia), centran la intervención mediante ejes y líneas, incorporando actuaciones concretas y objetivos operativos en el caso de Valencia. En definitiva, cada autonomía incorpora un modelo de intervención.

Las intervenciones con el colectivo gitano pueden establecerse también en los planes de inclusión autonómicos con diferentes modelos: con acciones en exclusiva para el colectivo, como hacen Cantabria y Navarra; sin diferenciarlo expresamente, como hace País Vasco; o junto a otros colectivos, como hacen la mayoría de autonomías. En este último caso, Andalucía une las intervenciones específicas en todos los ámbitos con la población inmigrante. Por su parte Galicia agrupa, junto a la población gitana en el ámbito de la educación, a los menores de colectivos especialmente vulnerables. Por otro lado,

Madrid y Valencia realizan diferentes agrupaciones de colectivos vulnerables, junto con la población gitana, en distintos ámbitos de intervención (familia, empleo, educación, participación, servicios sociales, etc.).

5.2. Intervención con población gitana mediante planes específicos

Para el análisis de los planes y estrategias dirigidas a la población gitana de las distintas autonomías, se han seleccionado también una serie de indicadores con el fin de profundizar en los aspectos más relevantes. A su vez, se pretende reflejar el nivel de compromiso adquirido por cada autonomía en la atención que dirigen a la población gitana teniendo en cuenta lo siguiente: ámbitos de intervención; objetivos adoptados vinculados con los establecidos en la Estrategia Nacional; implicación de la propia comunidad gitana; y evaluación y seguimiento de los planes o estrategias.

Al igual que en los planes de inclusión para la población en general, el criterio de análisis que se emplea en el estudio de los planes específicos para gitanos es la vigencia en 2018, siendo los planes o estrategias a analizar los de Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid y País Vasco (Tabla 8).

Otras autonomías establecieron planes dirigidos a la población gitana, los cuales quedan fuera de este análisis por no comprender el periodo

Tabla 8. Denominación de los planes y periodo según autonomía

Autonomía	Denominación	Periodo	Plan/es anterior/es
Andalucía	Plan Integral para la Inclusión de la Comunidad Gitana de Andalucía	2017-2020	1987-1991 1997-2000-
Aragón	Estrategia Integral para la Población Gitana en Aragón	2018-2020	
Cataluña	Plan Integral del Pueblo Gitano en Cataluña	2017-2020	2005-2008 2009-2013 2014-2016
Galicia	Estrategia de Inclusión Social de la Población Gitana en Galicia	2014-2020	2007-2013
La Rioja	I Plan Integral de la Población Gitana de la Rioja	2015-2018	
Madrid	Plan de Inclusión Social de la Población Gitana de la Comunidad de Madrid	2017-2021	
País Vasco	Estrategia Vasca con el Pueblo Gitano	2018-2020	2004-2007 2008-2011 2013

Fuente: Solórzano *et al.* (2019: 334).

analizado: Extremadura (Plan de Participación y Promoción del Pueblo Gitano, 2007-2012) y Navarra (I Plan Integral de Atención a la Población Gitana de Navarra, 2011-2014). Es importante destacar que esta última autonomía tiene prevista la Estrategia para el Desarrollo de la Población Gitana de Navarra 2019-2022.

La Tabla 8 muestra también el periodo de los planes específicos anteriores que realizaron aquellas que lo tienen en vigor actualmente, destacando Andalucía como pionera en la elaboración de planes, aunque con largo periodo sin ellos hasta el actual. Por otro lado, País Vasco y Cataluña son las que presentan mayor continuidad en sus planes, desde 2004 y 2005, respectivamente, hasta la actualidad.

El enunciado utilizado por cada autonomía para la denominación de su intervención varía entre dos términos: “plan” o “estrategia”. Aunque en los ámbitos nacional y europeo suele emplearse la estrategia para desarrollar planes dentro de ella, en los planes y estrategias analizados no existen siempre evidencias claras de esta distinción, salvo en el caso del País Vasco, que es claramente una estrategia de intervención.

El último elemento a destacar en la denominación de los planes y estrategias, está en relación con la manera en la que se refieren a los gitanos en cada uno de ellos. Así, mientras Aragón, Galicia, La Rioja y Madrid hablan de “población gitana”, Cataluña y País Vasco lo hacen como “pueblo gitano”. Por su parte, Andalucía denomina al conjunto de los gitanos como “comunidad gitana”.

Un aspecto fundamental de los planes y estrategias es el que refiere a los “ámbitos de intervención”, pues nos aproxima al tipo de cobertura desde un enfoque multidimensional. Para este análisis se consideran las dimensiones referidas por la Estrategia Nacional de 2012 y el Marco Europeo de 2011, ya sean básicas (educación, empleo, vivienda y salud) o complementarias (acción social, participación, mejora del conocimiento,

enfoque transversal de género, no discriminación y promoción de la igualdad de trato, sensibilización social, fomento y promoción de la cultura, población romaní procedente de otros países, enfoque microterritorial y acción política a nivel europeo). En la Tabla 9 se incluyen estos dos tipos de dimensiones y su incorporación en las estrategias y planes autonómicos. Como puede observarse, las dimensiones básicas son ámbitos de intervención que todas las autonomías asumen en sus respectivos planes y estrategias.

En cuanto a las dimensiones complementarias, ninguna autonomía las incluye todas en su plan o estrategia. Andalucía es la que más áreas de intervención contempla (seis) en su Plan Integral, dejando sin atender solamente el área de acción social. Le seguirían Aragón y Cataluña, con cinco dimensiones propuestas para su intervención. A continuación, Galicia, que refleja cuatro dimensiones en su estrategia. Madrid y País Vasco, con tres áreas de intervención cada una, de las siete enumeradas, quedarían muy por detrás de Andalucía. Por último, La Rioja, además de las dimensiones básicas, solo incorpora una de las dimensiones reflejadas en la Tabla 9 (“Promoción de la imagen social y la cultura”).

Además de las dimensiones antes señaladas, las distintas autonomías incluyen áreas de actuación propias que amplían los espacios de intervención donde esta se hará efectiva. La Tabla 10 muestra los ámbitos que cada autonomía agrega a sus proyectos de intervención. En este caso, hay dimensiones que solo son introducidas de manera individual en alguno de los planes de las diferentes autonomías. Así, “Comercio ambulante” (Andalucía), “Medios de comunicación” (Cataluña), “Pobreza infantil” (Galicia) y “Justicia” (La Rioja) son entendidas como espacios sociales para la intervención con la población gitana solamente por las autonomías señaladas. Otras dimensiones como “Servicios sociales” o “Relaciones con la Administración” son incluidas dentro de los planes o estrategias de tres de ellas, dando mayor visibilidad a estas áreas.

Tabla 9. Ámbitos de intervención; dimensiones básicas y recomendadas por la Unión Europea y España, según Autonomía

Dimensiones básicas	Andalucía	Aragón	Cataluña	Galicia	La Rioja	Madrid	País Vasco
Educación, Empleo, Vivienda y Salud	X	X	X	X	X	X	X
Dimensiones complementarias	Andalucía	Aragón	Cataluña	Galicia	La Rioja	Madrid	País Vasco
Participación	X	X	X	X		X	X
Promoción de la imagen social y la cultura	X		X	X	X		X
Igualdad y no discriminación	X	X				X	
Igualdad de género	X		X	X			
Población gitana de otros países	X	X	X				
Acción social		X					

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 344).

Cataluña, con cuatro dimensiones agregadas a su plan, es la autonomía que más áreas incorpora además de las señaladas anteriormente. Andalucía, La Rioja y País Vasco con tres cada una, se encontrarían en un segundo nivel. Por último, constan Madrid y Galicia con solo una dimensión agregada, y Aragón, que no incluye ningún área más de intervención en su Estrategia Integral.

Un análisis más detallado de las principales áreas de intervención, o dimensiones básicas que aborda cada autonomía, puede realizarse teniendo en cuenta el número de objetivos específicos establecidos por la Estrategia Nacional que se incorporan en los distintos planes de intervención. Esto permite examinar el nivel de compromiso con la población gitana de cada autonomía.

En la dimensión “Educación”, la Estrategia Nacional establece diez objetivos específicos, siendo solamente nueve de ellos incorporados por una o más autonomías (Tabla 11).

Como se puede apreciar, prácticamente la totalidad de las autonomías incluye en sus planes

o estrategias algunos de los objetivos específicos en educación de la Estrategia Nacional, ya sea en sus objetivos, estratégicos o específicos, o en sus medidas de actuación. En este caso, La Rioja, con siete objetivos incorporados a su estrategia, es la que más compromiso asume, seguida de Andalucía y Galicia, con seis y cinco objetivos, respectivamente. Después estarían Madrid y Cataluña, con cuatro cada una, y Aragón, con tres. Por último, aparece el País Vasco que no incorpora ningún objetivo estratégico en el área de educación. Cabe señalar que el objetivo específico establecido en la Estrategia Nacional que no incorpora ninguna autonomía es el de Incrementar la tasa de población gitana que haya completado estudios postobligatorios.

En cuanto a la dimensión básica de “Empleo” (Tabla 12) se observa que solo tres de los siete previstos en la Estrategia Nacional se incorporan a las estrategias o planes autonómicos, dando cuenta del escaso compromiso que las autonomías establecen en este ámbito. Tan solo Aragón, Galicia, La Rioja y País Vasco contemplan dos objetivos cada una y Andalucía, Cataluña y Madrid, uno.

Tabla 10. Ámbitos de intervención; dimensiones propias según Autonomía

Dimensiones propias	Andalucía	Aragón	Cataluña	Galicia	La Rioja	Madrid	País Vasco
Servicios sociales	X				X	X	
Relaciones con la Administración			X		X		X
Violencia de género	X						X
Relaciones con los cuerpos y fuerzas de seguridad			X				X
Juventud			X		X		
Comercio ambulante	X						
Medios de comunicación			X				
Pobreza infantil				X			
Justicia					X		

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 346).

Tabla 11. Objetivos específicos de Educación de la Estrategia Nacional incluidos en los planes autonómicos

Autonomía	Objetivos específicos
Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid	Incrementar la escolarización de la población gitana en Educación Infantil.
Andalucía, Aragón, Galicia, La Rioja, Madrid	Incrementar la escolarización de la población gitana en Educación Primaria.
Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, La Rioja	Reducir el absentismo en la Educación Primaria.
Andalucía, Cataluña, La Rioja, Madrid	Reducir la tasa de abandono escolar antes de la finalización de la etapa obligatoria.
Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid	Reducir la tasa de analfabetismo entre la población gitana adulta.
Galicia, La Rioja	Incrementar la escolarización de la población gitana en Educación Secundaria.
La Rioja	Incrementar el número de niñas y niños gitanos cursando el curso que se adecua a su edad.
La Rioja	Incrementar el alumnado gitano que se titula en la ESO.
Andalucía	Reducir la proporción de población gitana entre 18-24 que no estudia ni se forma.

Fuente: Solórzano *et al.* (2019: 347).

Tabla 12. Objetivos específicos de Empleo de la Estrategia Nacional incluidos en los planes autonómicos

Autonomías	Objetivos específicos
Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, País Vasco	Incrementar la tasa de empleo en la población gitana.
Aragón, Galicia, La Rioja	Aumentar la proporción de trabajadores autónomos gitanos.
País Vasco	Reducir la tasa de temporalidad entre los trabajadores gitanos.

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 348).

Los cuatro objetivos específicos de la dimensión de Empleo que no incorpora ninguna autonomía son: Reducir la tasa de paro entre la población gitana, Incrementar la proporción de población gitana ocupada por cuenta ajena, Reducir la proporción de población gitana que trabaja en la actividad económica familiar y Aumentar la proporción de trabajadores gitanos en ocupación cualificada.

Por lo que respecta a la dimensión “Vivienda”, se observa en la Tabla 13 que los seis objetivos propuestos a nivel nacional son incluidos por, al menos, una autonomía.

Tabla 13. Objetivos específicos de Vivienda de la Estrategia Nacional incluidos en los planes autonómicos

Autonomías	Objetivos específicos
Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid	Reducir el porcentaje de hogares de gitanos considerados como infravivienda.
Andalucía, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid	Reducir el porcentaje de chabolismo entre los hogares de gitanos.
Andalucía, Aragón, Madrid	Reducir el porcentaje de hogares de gitanos en entornos con carencias de equipamiento urbano.
Andalucía	Reducir el porcentaje de hogares de gitanos con carencia de equipamiento básico.
Aragón	Reducir el porcentaje de hogares de gitanos con problemas de humedades.
Andalucía	Reducir el porcentaje de hogares de gitanos que presentan hacinamiento.

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 350).

La autonomía que más objetivos específicos de vivienda asume de la Estrategia Nacional es Andalucía con cinco, seguida de Aragón y Madrid, con tres, y Cataluña, Galicia y La Rioja, con dos cada una. En este caso, País Vasco, al igual que ocurría en la dimensión de Educación, tampoco asume ningún objetivo específico.

Por último, y atendiendo a la dimensión básica de “Salud” (Tabla 14), y como ocurría en otras dimensiones, dos de los ocho objetivos específicos Reducir el número de accidentes en el hogar y Mejorar la percepción de estado de salud de la población gitana, no son integrados por ninguna de las autonomías a sus respectivos proyectos.

Tabla 14. Objetivos específicos de Salud de la Estrategia Nacional incluidos en los planes autonómicos

Autonomías	Objetivos específicos
Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia, Madrid	Incrementar la atención bucodental.
Andalucía, Aragón, Cataluña	Reducir el número de mujeres que no han acudido nunca al ginecólogo.
Andalucía, Madrid	Reducir la obesidad infantil (2 a 17 años).
Madrid	Reducir los accidentes de tráfico entre la población gitana (>16 años).
Madrid	Reducir el tabaquismo entre hombres gitanos (>16 años).
Madrid	Reducir la obesidad en las mujeres gitanas (>16 años).

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 351).

En este caso, la autonomía que adquiere más compromiso en la intervención con la población gitana es Madrid, incorporando cinco de los objetivos señalados a nivel nacional. Le seguirían Andalucía con tres, Aragón y Cataluña con dos objetivos y Galicia, que integra en su estrategia uno de ellos. Por su parte País Vasco y La Rioja no asumen ningún objetivo específico relativo a la dimensión salud.

A modo de resumen, y englobando los objetivos de las cuatro dimensiones, se puede determinar que Andalucía es la que más objetivos específicos de la Estrategia Nacional agrega a su Plan de Inclusión, con un total de quince. Le seguiría Madrid, con trece y La Rioja, con once. Tras ellas estarían Aragón y Galicia, con diez objetivos cada una, y Cataluña con nueve. En último lugar se situaría el País Vasco, con dos objetivos en la dimensión empleo.

En la Tabla 15 se analiza la participación de la población gitana en los distintos planes o estrategias. Todos ellos otorgan a la población gitana un rol activo, aunque con distinta fórmula jurídica y grado de implicación.

Tabla 15. Participación en los planes/estrategias autonómicas de la población gitana por tipo de entidad

Autonomías	Tipo de participación en el plan/ estrategia	Tipo de entidad
Cataluña	Diseño/Gestión/ Implementación/Seguimiento y evaluación	Órganos consultivos
	Definición de medidas	Asociaciones
País Vasco	Diseño y planificación	Órganos consultivos
Andalucía	Sin especificar	Asociaciones Federaciones
Aragón	Iniciativa/Aprobación	
Madrid	Seguimiento y evaluación	Asociaciones
Galicia	Diseño y planificación	
La Rioja	Iniciativa/Seguimiento y evaluación	

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 355).

En el País Vasco y Cataluña, la colaboración de la población gitana se desarrolla desde las propias instituciones públicas, con organismos integrados en la Administración autonómica que representan exclusivamente a la población gitana (consejos y comisiones). Cataluña también lo hace mediante consejos, añadiendo el apoyo de asociaciones gitanas para la definición de sus medidas. Las demás autonomías acuden a asociaciones o federaciones gitanas.

En cuanto al rol que desempeña la población gitana en los planes o estrategias, se pueden establecer al menos dos modelos. El de las autonomías donde esta participación es más limitada, solo en una primera fase (iniciativa y aprobación) pasando por un papel de seguimiento para terminar su participación en la evaluación del plan o estrategia correspondiente (Aragón, La Rioja y Madrid). Y el de aquellas autonomías (Cataluña, Galicia y País Vasco) en las que la participación de la población gitana o de sus representantes se hace más intensa y en las que se le implica en los procesos más importantes de cada uno de los proyectos, como son el diseño, la planificación o la implementación. En este sentido, cabe señalar que la autonomía que implica de manera más significativa a la población gitana es Cataluña, ya que participa en prácticamente la totalidad de las fases de su Plan Integral. Para concluir el análisis, en la Tabla 16 se refleja la evaluación que contemplan las distintas estrategias autonómicas.

Tabla 16. Tipos de evaluación de los planes según autonomía

Tipo de Evaluación	Autonomías
Inicial-Intermedia-Final	Andalucía
Anual y final	Aragón
Final	Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid
No se especifica	País Vasco

Fuente: Elaboración propia a partir de Solórzano *et al.* (2019: 356).

Las comunidades que tienen previsto realizar una evaluación amplia de sus planes son Andalucía y Aragón. En el primer caso, se llevarán a cabo tres evaluaciones (inicial, intermedia y final) y en el segundo dos (anual y final). Por su parte, Cataluña, Galicia, La Rioja y Madrid solo realizarán una evaluación final de sus respectivos planes y estrategias. En el caso del País Vasco, no se especifica ningún tipo de evaluación para su estrategia.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, Andalucía utiliza tanto los indicadores de impacto establecidos por el propio plan como los de la Estrategia Nacional. Por otro lado, Aragón y Galicia también emplean dos tipos de indicadores. En el caso de Aragón se contemplan los de la Estrategia Nacional y los del Plan Operativo 2014-2016. Galicia recurre a los indicadores implantados en su propia estrategia y a los indicadores de su anterior plan. En

el caso de La Rioja, solo se emplean los indicadores establecidos en su Plan Integral. Por último, el plan de Madrid no indica instrumentos de evaluación.

El análisis de las políticas autonómicas realizado anteriormente nos conduce a afirmar que, a pesar de existir unas directrices —europeas desde 2011 y nacionales desde 2012— para la intervención con la población gitana que recomiendan la implantación de programas autonómicos de inclusión de la población gitana, aún en 2018 encontramos un desarrollo heterogéneo de estos instrumentos. Las trayectorias de intervención autonómica con la población gitana son muy variadas, al tiempo que desiguales, pues no todas tienen plan general o específico en vigor en 2018, encontrando tres niveles de desarrollo: las que tienen dos instrumentos de intervención complementarios (plan general y específico), las que solo cuentan con uno de ellos y las que no tienen ninguno. Entre las que sí desarrollan planes generales o específicos se evidencian diferentes niveles de compromiso, como se ha visto en este apartado, ya sea por los ámbitos de intervención que consideran, por el tipo de evaluación y seguimiento, o por la mayor o menor implicación de sus receptores, la población gitana. Aunque en algunos casos el amplio desarrollo de intervención con este colectivo se debe a su alto peso en determinadas autonomías, como Andalucía o Navarra, no siempre se da esta relación, pues autonomías como La Región de Murcia, Castilla-La Mancha o Extremadura carecen de planes y cuentan con elevado peso relativo de personas de etnia gitana entre su población.

6. Conclusiones: heterogénea e incompleta intervención autonómica con la población gitana

A pesar de existir desde 2011 un Marco Europeo de Estrategias Nacionales de Inclusión de los Gitanos hasta 2020, y desde 2013 una Estrategia Nacional para la Inclusión de la Población Gitana en España 2012-2020, que recomiendan la implantación de planes autonómicos, aún en 2018 encontramos un heterogéneo desarrollo de estos instrumentos a nivel territorial en España. Tras el análisis de la intervención autonómica con la población gitana realizado en el apartado 5, se pueden establecer varios niveles autonómicos de implicación con el riesgo social del pueblo gitano.

En primer lugar, se encontrarían las diez autonomías que desarrollan un plan general o específico; presentando mayor compromiso aquellas que cuentan con ambos instrumentos, general y específico (Andalucía, Galicia, Madrid y País Vasco); siendo menor el de las que solo tienen plan general (Cantabria, Navarra y Valencia) y el de las que desarrollan solo particularmente un plan específico (Aragón, Cataluña y La Rioja). En segundo lugar, están aquellas autonomías que han tenido plan de inclusión general en épocas anteriores y, por tanto,

sin vigencia en 2018 (Asturias, Cataluña y Castilla y León); o bien un plan específico no renovado (Extremadura y Navarra). En último lugar, se situarían las que nunca han tenido ninguno de los dos instrumentos (Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Región de Murcia).

Por otro lado, considerando las diez autonomías que cuentan con estos instrumentos, el grado de compromiso en materia de intervención con la población gitana es heterogéneo, tanto en los planes generales de inclusión como en los específicos. En los casos de contar con los dos instrumentos, en los planes generales la mayoría de autonomías refieren la intervención que se desarrollará mediante los planes específicos (Andalucía, Navarra, Galicia y Madrid). Cuando solo se tiene plan general, el mayor compromiso lo presentan aquellas que desarrollan mayor número de medidas específicas para el colectivo gitano, si bien generalmente junto a otros colectivos, que varían según la dimensión de intervención. En este sentido, Andalucía es la que más detalla las actuaciones.

Centrándonos en las autonomías que desarrollan plan específico, el grado de compromiso más alto se desprende de las que incluyen mayor número de ámbitos complementarios a los cuatro básicos propuestos por la Estrategia Nacional (empleo, vivienda, salud y educación), presentando Andalucía cinco, Cataluña y Aragón, cuatro, Galicia, tres, Madrid y País Vasco, dos y La Rioja, tan solo uno. También se puede valorar la intervención teniendo en cuenta los objetivos específicos que en cada ámbito básico se proponen a nivel nacional, encabezando de nuevo

el *ranking* Andalucía, con quince objetivos; seguida de Madrid (trece) y La Rioja (once). Otra distinción importante es el diferente rol que se asigna en la elaboración y ejecución del plan específico al colectivo gitano, siendo País Vasco y Cataluña las que mejor legitiman dicho papel al incluir a la población gitana en los órganos consultivos o consejos asesores autonómicos. Asimismo, el compromiso también varía a la hora de realizar el seguimiento y evaluación del plan, proponiendo mayor exhaustividad Andalucía, que realiza tres evaluaciones, inicial-intermedia-final.

Aunque la mayor o menor intervención autonómica se relaciona en gran medida con el alto volumen de población gitana residente, por ejemplo, en Andalucía, no obstante, se comprueba que otras autonomías con baja proporción de este colectivo, como Galicia, también desarrollan instrumentos de intervención para este colectivo.

En suma, la intervención con la población gitana para la reducción de sus riesgos sociales en España presenta un mapa autonómico muy heterogéneo, pasando desde aquellas que tienen una larga trayectoria (aunque con diferentes niveles de compromiso), y las que abandonaron su intervención durante el periodo de crisis y aún no la han restablecido, hasta las que históricamente carecen de estos mecanismos de intervención. No obstante, la mayoría de estas últimas autonomías están desarrollando en 2019 nuevas políticas de intervención, siguiendo las directrices del Marco de Acción Europeo hasta 2020, ampliado recientemente por la Unión Europea.

Referencias bibliográficas

- CASELLES, J.F. y ROMERO, E. (2019): “Aproximación histórica, demográfica y antropológica al Pueblo Gitano”, en HERNÁNDEZ, M. (dir.); HAZ, F. y GUTIÉRREZ, M. (coord.), *Riesgo de exclusión de la población gitana en España e intervención social*, Murcia, Observatorio de la Exclusión Social, Universidad de Murcia, pp. 37-62.
- COMISIÓN EUROPEA (2010): “La integración social y económica del pueblo romaní”, Comisión Europea, nº 133, 14-04-2010, <<https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2010/ES/1-2010-133-ES-F1-1.Pdf>>.
- COMISIÓN EUROPEA (2011): “Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020”, Comisión Europea, nº 173, 05-04-2011, <<https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2011/ES/1-2011-173-ES-F1-1.Pdf>>.
- DAMONTI, P. y ARZA, J. (2014): *Exclusión en la comunidad gitana. Una brecha social que persiste y se agrava*, serie Documento de Trabajo del VII Informe sobre la Exclusión y Desarrollo Social en España 2014, nº 3.5, Madrid, Fundación Foessa.
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (2008): *Mapa sobre Vivienda y Comunidad Gitana en España, 2007*, Madrid, Fundación Secretariado Gitano.
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (2013): *El impacto de la crisis en la comunidad gitana*, Madrid, Fundación Secretariado Gitano.
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (2016): *Estudio-Mapa sobre vivienda y población gitana, 2015. Informe septiembre de 2016*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- GUTIÉRREZ, M.; GARCÍA, O.; y HERNÁNDEZ, M. (2019): “Avanzar en la inclusión social de la población gitana: retos y propuestas”, en HERNÁNDEZ, M. (dir.); HAZ, F. y GUTIÉRREZ, M. (coord.), *Riesgo de exclusión de la población gitana en España e intervención social*, Murcia, Observatorio de la Exclusión Social, Universidad de Murcia, pp. 301-324.
- HAZ, F.E, *et al.* (2019): La investigación sobre comunidades gitanas en España en el contexto europeo: un análisis documental, *Revista de estudios socioeducativos: RESED*, nº 7, pp. 117-136.
- HAZ, F.E.; GUTIÉRREZ, M. y LÓPEZ, G. (2019): “Marco de acción europeo y español para la inclusión social de la población gitana”, en HERNÁNDEZ, M. (dir.); HAZ, F. y GUTIÉRREZ, M. (coord.), *Riesgo de exclusión de la población gitana en España e intervención social*, Murcia, Observatorio de la Exclusión Social, Universidad de Murcia, pp. 301-324.
- HERNÁNDEZ, M. (dir.); HAZ, F.; y GUTIÉRREZ, M. (coords.) (2019): *Riesgo de exclusión de la población gitana en España e intervención social*, Murcia, Observatorio de la Exclusión Social, Universidad de Murcia.
- HERNÁNDEZ, M.; GARCÍA, O. Y GEHRIG, R. (2019): “Situación social de la población gitana en España: balance tras la crisis”, en FERNÁNDEZ MAÍLLO, G. (coord.), *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Documento de Trabajo 3.12*, Madrid, Fundación FOESSA.
- IVANOV, A.; KLING, J. y KAGIN, J. (2012): *Integrated household surveys among Roma populations: one possible approach to sampling used in the UNDP-World Bank-EC Regional Roma Survey 2011*, Roma Inclusion Working Papers, Bratislava, United Nations Development Program.

- LA PARRA, D. (2009): *Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid, Ministerio de sanidad y política social.
- LA PARRA, D. (coord.) (2018). *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- LAPARRA, M. (2008): “La comunidad gitana: el grupo étnico más excluido en la sociedad española”, en LAPARRA, M. y PÉREZ ERANSUS, B. (coord.), *Exclusión en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*, Madrid, Fundación FOESSA, pp. 405-423.
- MARÍN, A. (2019): “Vivienda y población gitana en España”, en HERNÁNDEZ, M. (dir.); HAZ, F. y GUTIÉRREZ, M. (coord.), *Riesgo de exclusión de la población gitana en España e intervención social*, Murcia, Observatorio de la Exclusión Social, Universidad de Murcia, pp. 199-220.
- PETROVA, D. (2003): “The Roma: Between a Myth and the Future”, *Social Research: An International Quarterly*, vol. 7, nº 1, pp. 111-161.
- PREDA, M. (2002): “Estimarea numărului de Romi din România în anul 1998”, en ZAMFIR, C. y PREDA, M. (coords.), *Romii în România*, Bucarest, Expert, pp. 11-36.
- SOLÓRZANO, G. et al. (2019): “Políticas autonómicas para la inclusión social de la población gitana en España”, en HERNÁNDEZ, M. (dir.); HAZ, F. y GUTIÉRREZ, M. (coord.), *Riesgo de exclusión de la población gitana en España e intervención social*, Murcia, Observatorio de la Exclusión Social, Universidad de Murcia, pp. 326-361.
- VÁZQUEZ, J. M. (1990): *Estudio sociológico sobre los gitanos españoles (1978)*, Madrid, Asociación Secretariado General Gitano.

Reflexiones en torno al nuevo escenario de la adopción

Itxaso Martin Irigoyen

Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia,
Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Gipuzkoa
imartin@gipuzkoa.eus

Azken urteotan, gainbehera handia izan da nazioarteko adopzioan, eta agertoki berri bat sortu da horren inguruan. Praktikan, orain bihurtu da adopzioa aspaldi behar zuena: hots, adingabeak babesteko legezko figura. Eta hori horrela da teknika eta gizarte aldetik aldaketa handia gertatzen ari delako adopzioa ulertzeko moduan. Aldaketa horrek adopzioari arreta emateko zerbitzuak birformulatzea ekarri beharko luke, egoera berrira egoki daitezen.

GAKO-HITZAK:

Adopzioa, nazioarteko adopzioa, haurren babesa, joerak, adopzio osteko zerbitzuak, haurdunaldi subrogatua.

En los últimos años se ha producido un gran desplome de la adopción internacional, configurándose un nuevo escenario en torno a la adopción. En la práctica, es ahora cuando la adopción se convierte en la figura legal de protección de menores que debe ser. Y esto es así porque tanto a nivel técnico como social se está dando un importante cambio de mentalidad respecto a ella. Este cambio debería propiciar una reformulación de los servicios de atención a la adopción adaptándolos al nuevo escenario.

PALABRAS CLAVE:

Adopción, adopción internacional, protección infantil, tendencias, servicios postadoptivos, gestación subrogada.

1. Introducción: breve historia de la adopción y contextualización de la realidad actual

La adopción es una institución que existe en el Derecho desde la antigüedad, aunque ha experimentado una importante evolución a lo largo de la historia hasta convertirse en la figura legal que conocemos hoy día, pasando por diferentes momentos según el contexto histórico y en relación a las actitudes, medios y fines para los que se ha utilizado. Originariamente fue creada pensando más en las necesidades de las personas adultas que en las de los niños y niñas vulnerables. Era y ha sido, básicamente, un mecanismo jurídico para beneficio de las familias adoptivas que permitía mantener el nombre o la herencia familiar y perpetuar la línea familiar, y así ha funcionado hasta casi la actualidad.

Por ejemplo, en el contexto de la Antigua Grecia y Roma, “para elegir al heredero adecuado con características conocidas, se seleccionaba para adopción a varones jóvenes, con frecuencia adultos, en lugar de bebés o niños pequeños” (Baglietto, Cantwell y Dambach, 2016: 196). La adopción suponía generalmente una mejora social para la persona adoptada y, dada su edad, no era secreta ni suponía la ruptura total con su familia de origen. En ese contexto tenía un significado completamente distinto al de la adopción moderna, ya que no implicaba secreto ni vergüenza, pero no tenía nada que ver con proporcionar una alternativa familiar a un niño o niña en situación de desamparo.

Desde finales del siglo XIX y gran parte del XX, se vio influida porque cada vez más se percibió la maternidad en soltería como un problema moral que tenía que resolverse. Por la influencia de la psiquiatría, el trabajo social y la eugenesia, se estereotipó a las madres solteras como inadecuadas para la crianza, y sus hijos e hijas sufrieron el estigma social de la “ilegitimidad”, imputándoseles características morales negativas heredadas. Debido a ello, los registros de adopción se cerraron cada vez más, se permitió la creación de nuevos registros que reconocieran a los padres y madres adoptivas “como si fueran” biológicas, y se contribuyó a generar una realidad, tanto social como jurídica, en la que era “como sí” las personas adoptadas hubieran nacido en las familias adoptivas y fueran hijas e hijos exclusivamente de estas. Como consecuencia, el interés por los orígenes biológicos y los reencuentros empezó a ser considerado como algo inadecuado, incluso ilícito o inmoral, que desafiaba las formas sociales de entendimiento de la adopción.

Para que un niño o niña pudiera ser adoptada se requería la renuncia “voluntaria” de la madre biológica, pero en ese contexto las mujeres embarazadas tenían realmente muy poca capacidad de elección, ya que en caso de no ocultar su embarazo se enfrentaban a terribles consecuencias (no solo para ellas sino también para sus bebés “bastardos”). En esas condiciones, tenían apenas

dos opciones, ocultar el embarazo y entregar al bebé sin facilitar su identidad (en una casa-torno, por ejemplo) o firmar una renuncia expresa en cuanto daban a luz. En ambos casos, se recurría entonces a la inscripción del nacimiento en el Registro Civil como “parto anónimo”, es decir, el niño o niña se inscribía como hijo o hija de padres desconocidos (algo que ha estado permitido en nuestro país hasta 1999).

En este periodo la práctica de la adopción se desarrolló sobre la denigración jurídica y social de las madres y padres biológicos no casados, así como sobre la negación de los derechos de identidad de las personas adoptadas. Lo que se consideraba entonces una práctica legítima y beneficiosa (ganaba la madre que escapaba a la vergüenza, el hijo o hija que escapaba de la ilegitimidad, y el padre y madre adoptiva, infértiles, que recibían un niño o niña), hoy en día se considera ilícito y no ético. Actualmente, tal y como está regulada desde hace ya bastantes años, la adopción es una medida de protección infantil que debe respetar dos principios básicos:

- el principio del “interés superior de la persona menor de edad”; es decir, que es una actuación centrada en garantizar el bienestar del niño o niña frente a cualquier otro interés (algo que, en la práctica, ha sido secundario o irrelevante en la mayor parte de la historia de la adopción); y
- el principio de “subsidiariedad”: solo debe considerarse la adopción cuando el niño o niña no pueda o no deba permanecer en su familia de origen.

Es ahora cuando la norma y su ejercicio, la teoría y su práctica, tienen mayor coherencia y se comienzan a cumplir los principios mencionados en el párrafo anterior. Es ahora cuando realmente la adopción se está convirtiendo en una figura legal que prioriza las necesidades de los niños y niñas vulnerables sobre las necesidades de las personas adultas que desean adoptar. Ahora podemos hablar de que es verdaderamente un recurso de protección infantil.

2. El desplome de la adopción internacional

Durante los últimos años la adopción ha estado configurada fundamentalmente como un fenómeno internacional, iniciado a partir de las guerras de Vietnam y Corea y recibido en España en los años 80. Llegó a nuestro país con un cierto retraso pero con gran fuerza, llegando a ser España el segundo país adoptante del mundo en cifras absolutas, únicamente por detrás de Estados Unidos, y el primero en cifras relativas, es decir, en número de adopciones por habitante. A partir de mediados de los noventa es cuando se experimentó en España un rápido incremento del número de solicitudes de adopción internacional y, con ello, un gran crecimiento del número de niños y niñas que se han incorporado a las familias españolas a través de la adopción, sobre todo internacional.

Según del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), entre 1997 y 2018 fueron adoptadas en el extranjero por familias españolas 55.245 personas menores de edad. Sin embargo, desde hace pocos años se detecta que la adopción internacional se desploma y sigue la misma evolución que antes siguió la adopción nacional. Ya en el año, 1996 M^a Jesús Montané relacionaba el aumento del número de solicitudes de adopciones internacionales con el descenso de las adopciones nacionales, que parecía estar motivado por el desfase entre la expectativa de las personas solicitantes de adopción, “que deseaban un bebé o un niño o niña joven y sana, cuando una gran parte de las personas menores en situación de adoptabilidad en España eran mayores, grupos de hermanos o niños y niñas con deficiencias físicas y/o psíquicas” (Montané, 1996: 24). En aquellos años la opción que tomaron muchas de esas personas fue dirigir la mirada a los países extranjeros, primero América Latina, luego Europa del Este, más tarde Asia y, por último, África. Aunque inicialmente se dio la circunstancia de que había muchos niños y niñas en espera de familia adoptiva, con el tiempo el número de familias que se ofrecían para la adopción internacional creció exponencialmente y, en pocos años, se generó una situación totalmente diferente que puede explicarse por diferentes razones:

- Es una realidad que la mayoría de las familias que optan por la adopción desean adoptar un niño o niña pequeña y sana. El hecho de que sea mayor el número de familias dispuestas a adoptar ese perfil (“demanda”) que el número de niños y niñas con ese perfil en condición de adoptabilidad (“oferta”), hace que los tiempos de espera para conseguir formalizar una adopción se hayan dilatado enormemente.
- La mejora de las condiciones sociales y económicas de algunos países de origen ha permitido que cada vez más familias del propio país se ofrezcan para la adopción de sus niños y niñas. Esas familias, al igual que las de aquí, prefieren mayoritariamente los niños y niñas más jóvenes y sanas.
- Si, además, se toma en cuenta el “principio de subsidiariedad” que contempla la Convención sobre los Derechos del Niño que dice que la adopción internacional únicamente debe considerarse cuando: “el niño no puede ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no puede ser atendido de manera adecuada en el país de origen” (CDN, 1989: 20 y 21), entenderemos por qué los niños y niñas que se orientan a la adopción por parte de familias extranjeras son aquellas que no “quieren” las familias del país de origen, es decir, las que se consideran o definen de necesidades especiales: niñas y niños de cierta edad, con problemas graves de salud o discapacidad, grupos de hermanos (de tres o más hermanos), etc.
- Y, para terminar, se ha comprobado con la experiencia que cuando un país ratifica el

Convenio de la Haya sobre la Protección de los Niños y la Cooperación en Adopción Internacional (hecho el 29 de mayo de 1993 y entrado en vigor el 1 de mayo de 1995) y comienza a funcionar siguiendo los procedimientos establecidos en el mismo (mayores controles en relación a las garantías del proceso, a la adoptabilidad de las personas que se orientan a adopción, etc.), se reduce el número de adopciones internacionales.

En este escenario, así como hace unos años las familias se dieron cuenta de que era poco viable lograr la maternidad/paternidad deseada a través de la adopción nacional, se van dando cuenta de que tampoco la lograrán a través de la adopción internacional. Esta realidad fue inicialmente difícil de asumir, pero hubo que tomar conciencia de ella para no continuar presionando a los países de origen con el envío masivo de expedientes de familias deseosas de adoptar a un tipo concreto de niña o niño (bebé sano). Hacerlo suponía correr el riesgo de provocar efectos indeseados, pues se podía estar induciendo a que se buscaran bebés sanos que no necesariamente son adoptables para poder entregarlos a las familias que quieren adoptar. Dicho en términos mercantiles, si se genera un excesivo desequilibrio entre demanda y oferta se pueden dar situaciones perversas como que, debido a la excesiva demanda, se genere oferta de dudosa procedencia (por ejemplo, que se presione a las familias biológicas para que renuncien a sus hijos; que las familias entreguen sus hijos en adopción por razones puramente económicas; etc.).

Además, el desequilibrio entre las expectativas de las familias que se ofrecen para la adopción y la realidad de los niños y niñas que están en condición de adoptabilidad, puede generar:

- frustración: las expectativas de quienes quieren adoptar son difíciles, cuando no imposibles, de cumplir en la realidad;
- pérdida de recursos privados y públicos: gasto de dinero público valorando idoneidades de personas que quizá nunca lleguen a formalizar una adopción, y gasto económico y emocional muy alto por parte de las familias que emprenden este proceso cuando es casi imposible que consigan lo que realmente desean;
- falta de atención a otras necesidades sociales;
- pérdida de oportunidades para los niños y niñas adoptables que están esperando familias, porque no se prepara a las posibles familias adoptivas para ajustarse a su perfil;
- prácticas ilícitas para poder ofertar los niños y niñas que las familias económicamente pudientes desean; etc.

Así, después de unos primeros años en los que las personas que se planteaban la posibilidad de tramitar un expediente de adopción internacional buscaban por todo el mundo un país al que dirigir su ofrecimiento, poco a poco se ha tomado conciencia

de que, tanto en el extranjero como en España, los niños y niñas adoptables son en su mayoría aquellos que presentan necesidades especiales por su edad, por su salud, por sus antecedentes familiares y sociales, o por ser parte de un grupo de tres o más hermanos.

Los datos de la evolución de la adopción muestran cómo ha ido disminuyendo el número de personas adoptadas internacionalmente que llegan a España, cómo los plazos de espera son cada vez más largos, y cómo las personas adoptadas son, en mayor medida, niños y niñas con necesidades especiales de atención. La realidad postadoptiva ha demostrado, además, cómo una proporción significativa de las adopciones han sido, sin saberlo previamente, de necesidades especiales y de alto riesgo: niños y niñas que se adoptaron como “sanos” y después se ha comprobado que presentaban secuelas en su salud o en su desarrollo (por ejemplo, en Europa Central y del Este, alta incidencia de síndrome alcohólico fetal y, en muchos casos, niños y niñas gravemente traumatizados tanto por sus experiencias en las familias de origen como por el tiempo que estuvieron acogidos en instituciones de escasa o mala calidad).

La inadecuada atención a la asignación de estos niños y niñas a familias verdaderamente capaces y motivadas para satisfacer tales necesidades ha supuesto una gran daño, desgaste y frustración (tanto para las personas adoptadas como para la familias adoptivas); incluso, en algunos casos, las familias han sido incapaces de satisfacer las necesidades específicas de las personas adoptadas y algunas de estas adopciones han fracasado. Con esta realidad, todas las personas implicadas en estos procesos han debido asumir que ha cambiado el escenario y que es necesario adaptarse a la realidad actual de la adopción, volviendo a poner nuevamente la mirada en la adopción nacional. Y, sobre todo, se ha tomado conciencia de que la adopción no se debe enfocar desde la necesidad de las personas adultas (como forma de alcanzar la maternidad y paternidad deseadas), sino que es una medida de protección infantil.

3. Diferentes modalidades de medida de guarda que permitan responder a las diferentes necesidades de cada niño o niña que necesita protección

Entendiendo que el sistema de protección infantil debe adaptarse a las necesidades infantiles y no al revés, las variadas situaciones y necesidades que presentan los niños y niñas que son atendidas en el sistema de protección infantil obligan a este a ofrecer variadas respuestas para su atención. Y en lo que a los niños y niñas que son separadas de sus familias de origen se refiere, el sistema de protección debe ofrecer medidas variadas para el ejercicio de su guarda, de tal manera que pueda ofrecerse una

alternativa de convivencia que garantice la mejor cobertura de todas sus necesidades.

Como muestra de que tanto el criterio técnico como la legislación y la propia sociedad están cambiando su concepción de la figura de la adopción, son destacables las modificaciones legales que entraron en vigor a través de dos leyes aprobadas en el verano de 2015 en nuestro país y que modificaron el sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, y Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia). Son varias las modificaciones que dichas leyes introducen en relación con la adopción, pero hay alguna especialmente relevante, como la regulación de dos nuevas figuras legales de protección infantil, que vienen a ampliar el abanico de alternativas familiares para aquellos niños y niñas que no pueden criarse en sus familias de origen: el acogimiento familiar con funciones tutelares y la adopción abierta.

En concreto, la segunda, la adopción abierta, supone una variación sobre la adopción tal y como se ha entendido durante mucho tiempo. Con la constitución de dicha medida se sigue produciendo una extinción de los vínculos jurídicos del niño o niña adoptada con la familia de origen, pero no se produce la ruptura total de relación afectiva con ella, ya que puede seguir manteniéndose algún tipo de relación entre la persona adoptada y una o varias personas de la familia de origen. El sentido de esta medida reposa en que el interés superior del niño o niña debe primar en todas las actuaciones de los servicios de protección infantil y, si salvaguardar algunas relaciones con la familia biológica es beneficioso a ese interés, se debe potenciar venciendo las resistencias iniciales tanto de las familias como de las instituciones públicas.

Esta nueva figura viene a ocupar parte del espacio que hasta ahora ocupaba el acogimiento permanente de niños y niñas que nunca iban a volver con sus familias biológicas pero eran privadas de una serie de derechos que podrían tener en caso de ser adoptadas por sus familias acogedoras (pero no se daba el paso a la adopción por la existencia de algún tipo de relación, por mínima que fuera, del niño o niña con alguna persona de su familia de origen). Sin embargo, por no privarles de estos contactos esporádicos se les privaba de los beneficios que podía suponerles la adopción: derechos hereditarios, pensiones alimenticias en caso de separación o divorcio de las personas acogedoras, mismos apellidos que los hermanos y hermanas de acogida y, lo que es más importante, sensación de permanencia, estabilidad definitiva y seguridad en sus relaciones, que les permitiría un desarrollo más saludable.

Se trata, como dice Antonio Ferrandis de “dos cuestiones trascendentales en las que los equipos técnicos de la administración protectora y de los juzgados deben profundizar y especializarse:

determinar la solución que más conviene al menor que necesita una familia alternativa y establecer la “distancia óptima” con su familia de origen. De este conjunto de decisiones puede depender que la persona adoptada integre positiva y armoniosamente su identidad, condición y pertenencia, o conflictivamente” (Ferrandis, 2013: 20).

Por lo tanto, en este momento nos encontramos en España con diferentes alternativas de convivencia que pueden responder de manera más ajustada a las necesidades de los niños y niñas que necesitan una nueva familia: desde acogimientos familiares temporales a permanentes; desde adopciones en las que se mantiene relación con la familia de origen a las que no; y todo ello en función de si lo mejor para la persona menor de edad es una medida temporal, permanente o definitiva, y si debe mantener más, menos o ninguna relación con su familia de origen. Variados perfiles de familias disponibles podrán dar respuesta a variadas necesidades infantiles. Desde programas de apoyo puntual o temporal a programas de apoyo intensivo, permanente o definitivo. Habrá familias que puedan responder a unas necesidades y no a otras, y la intervención profesional debe tratar de identificar cuáles en cada caso.

El reto profesional está en informar y formar a las personas que se ofrecen para hacerse cargo de niños y niñas que no pueden crecer en sus familias de origen, de tal manera que conozcan la realidad de la infancia en desprotección y puedan realizar una amplia reflexión y valoración de su proyecto, en general, y en particular de sus modelos de relación familiar, sistemas de creencias, valores, mitos, actitudes y motivaciones. Así se podrá clarificar qué es lo que mejor encaja en sus vidas y cómo podrían responder mejor a las necesidades infantiles de los niños y niñas del sistema de protección. Si verdaderamente la adopción es una medida más de protección infantil, hay que lograr que la sociedad entienda cuáles son las necesidades de los niños y niñas que no pueden crecer en sus familias de origen, y qué tipo de familias se necesitan para ofrecer a la infancia en desprotección la posibilidad de crecer y desarrollarse en un contexto familiar y social adecuado.

4. La intervención profesional en la adopción

4.1. La necesidad de información y formación de las personas que se ofrecen para adopción

Para que la adopción sea una medida exitosa es esencial que las personas que se ofrecen para adoptar reciban una adecuada, completa y realista información que les permita tomar la decisión de iniciar o no un proceso adoptivo siendo plenamente conscientes de lo que ello supone. Adoptar un niño o niña, más cuando proviene de otro país, es una forma muy especial de formar una familia; puede provenir de una cultura diferente y tiene otro padre

y otra madre; no vive con la familia adoptiva desde su nacimiento y en ocasiones ha experimentado grandes dificultades en su corta vida, lo que justifica la necesidad de una preparación dirigida a lograr la paternidad y maternidad adoptiva y la construcción de vínculos.

La experiencia de trabajadores sociales y otros profesionales revela que las familias adoptivas experimentan necesidades y problemas añadidos y distintos de los que tienen las familias con hijos o hijas biológicas. No solo las niñas y niños tienen una historia tras ellos; los futuros padres y madres adoptivas tienen también su propia historia y, en muchas ocasiones, han tenido que hacer frente, también, a situaciones de privación o pérdida (la mayoría no pueden tener su propia descendencia biológica). El objetivo de los programas de formación es ayudar a las futuras familias adoptivas a decidir de una forma ponderada y bien meditada si desean adoptar o no y prepararles acerca de todos los asuntos relacionados con la adopción. No para que se asusten, sino para que sean conscientes de sus posibilidades de ayudar a una niña o niño de estas características a superar su desconfianza básica en las personas adultas y para que tomen conciencia de que existe lo que se llama el “triángulo de la adopción”. En dicho triángulo —madres y padres biológicos, personas adoptantes y personas adoptadas—, tienen importancia.

Es imprescindible que el proceso de formación permita a las personas que se ofrecen para la adopción no solo recibir, sino también comprender la información que, relacionada con el hecho de la adopción, se les ofrece. Además, les debe ayudar a ajustar sus expectativas, lo que permitirá, además de garantizar un mayor éxito de la medida de protección, procurar una mayor satisfacción a la familia que adopta, ya que desde el primer momento estará abierta a enfrentar los retos que la crianza de estos niños y niñas plantean. Se requiere de estas personas que sean capaces de mostrar, entre otras cosas, disposición para aceptar la historia previa de la persona menor de edad, capacidad para convivir con sus recuerdos (si los tiene), conocimiento de las posibles dificultades de vinculación e integración que pueden presentar, y aceptación del derecho del niño o niña a conocer la verdad sobre su adopción y sus orígenes.

4.2. El diagnóstico social: la valoración de la idoneidad desde la perspectiva de las necesidades infantiles

El objetivo que se pretende con los procesos de valoración de la idoneidad para la adopción no es otro que prevenir situaciones de riesgo para los niños y niñas, atendiendo a sus necesidades concretas y facilitándoles la integración en una familia capaz de atender estas necesidades y ofrecerles un ambiente adecuado para su desarrollo. Desde 2007 existe en España un manual para intervenciones

profesionales en adopción basado en un modelo teórico centrado en el análisis de las necesidades de las personas que son adoptadas y en las capacidades que deben tener las familias para responder a esas necesidades. Como señala el autor, “la intervención profesional en adopción consiste fundamentalmente en buscar personas adultas que puedan responder adecuadamente a las necesidades de los niños y niñas que esperan ser adoptadas o ya lo han sido, así como en apoyar a las personas adultas, que ya han incorporado a niñas y niños a sus familias a través de la adopción, para que sean capaces de responder adecuadamente a las múltiples necesidades que tales personas adoptadas van a ir planteando” (Palacios, 2007: 17).

Así se abordan tres de las más importantes actividades profesionales en torno a la adopción de niños y niñas: la valoración de la idoneidad de las personas solicitantes de adopción, la asignación de un niño o niña concreta a una familia en particular y el seguimiento tras la incorporación de la persona adoptada a su nueva familia.

En lo que a la valoración para la idoneidad se refiere, no se trata tanto de determinar un perfil psicosocial general y luego decidir si se considera idóneo para la adopción, como de determinar en qué medida las personas solicitantes de adopción disponen de las capacidades que se consideran necesarias para responder a las necesidades infantiles. Se identifican como relevantes las siguientes necesidades infantiles:

- Relacionadas con el pasado (privación, adversidad y separación).
- Relacionadas con la vinculación, adaptación e integración.
- Relacionadas con la identidad adoptiva.

Y las siguientes capacidades necesarias para responder adecuadamente a las necesidades infantiles en adopción:

- Relacionadas con la historia y las características personales y familiares.
- Relacionadas con las condiciones y circunstancias de vida.
- Relacionadas con el proyecto de adopción.
- Capacidades educativas generales y relacionadas con la adopción.
- Relacionadas con la intervención profesional.

La valoración de la idoneidad es uno de los momentos clave de la intervención profesional, que debe estar claramente conectada con las fases previa (formación) y posterior (asignación). En los casos de valoraciones de idoneidad positiva, esta tiene que indicar para responder a qué tipo de necesidades infantiles puede ser adecuada la familia, lo cual es de suma importancia cuando no se trata de la adopción de bebés sanos, la realidad mayoritaria de la adopción en la actualidad.

A lo largo del proceso de valoración los o las profesionales van a tener un conocimiento detallado y extenso sobre el tipo de niño o niña que las personas solicitantes se plantean adoptar, sus necesidades, sus circunstancias y sus características. Basándose en ese conocimiento, como dice Palacios, tienen que hacer un pronóstico sobre en qué medida disponen de las capacidades que les permitan hacer frente adecuada y establemente a los retos y exigencias que la adopción plantea, así como sobre el tipo de adopción para el que se las considera más adecuadas y, eventualmente, el tipo de apoyos y ayudas que necesitarán para llevar a cabo la adopción con las mayores garantías de éxito.

Los profesionales que intervienen en las fases previas de apoyo dentro del proceso de adopción (la preparación y la valoración psicosocial de la idoneidad) deben establecer con los futuros padres y madres una relación basada en la confianza, de manera que les hagan sentirse cómodos para que una vez constituida la adopción busquen la ayuda tan pronto como empiecen a experimentar alguna dificultad, sin esperar a que la situación o incluso la convivencia se deteriore gravemente.

4.3. La asignación o emparejamiento del niño o niña a la familia que mejor pueda responder a sus necesidades

La asignación o emparejamiento es la decisión por la cual se elige una familia concreta para la adopción de un niño o niña que está esperando ser adoptada (por ese orden y no al contrario, que es lo que se ha hecho durante muchos años, buscar la niña o niño concreto para la familia que deseaba adoptar). Como dice el Servicio Social Internacional, “antes que su calificación como niño o niña de necesidades especiales, ya sea debido a una historia familiar difícil, una niñez insegura o una discapacidad, un niño o niña es ante todo un ser humano, y debe ser visto siempre como tal, con sus fortalezas y vulnerabilidades, alguien que es capaz de tener una vida feliz, a condición de que se le proporcionen los medios para tal fin” (ISS, 2017: 1). Por lo tanto, los y las profesionales deben ser capaces de centrarse en lo esencial, en evaluar de la manera más detallada posible sus necesidades individuales con el fin de poder ofrecerle la alternativa familiar que mejor responda a ellas. Cada niña o niño es único y especial, y merece madres y padres únicos y especiales.

La prioridad fundamental es continuar desarrollando herramientas y metodologías que permitan evaluar cada vez con mayor precisión las necesidades de cada niño o niña, y adaptar a su realidad la forma de trabajar, tanto en la adopción nacional como internacional y en la protección a la infancia. Así, el *Manual para intervenciones profesionales en adopción* dice expresamente: “El punto de partida es que, de entre las valoradas como idóneas, no todas las familias son igualmente adecuadas para responder a las necesidades de cualquier niño o

niña. Y, lógicamente, que ningún niño o niña debe ser asignada a una familia que presumiblemente no ofrezca suficientes garantías de ser capaz de responder adecuadamente a sus necesidades específicas. Se contempla la posibilidad que “se proponga un emparejamiento que se considere factible solo en el caso de que se ofrezcan determinados apoyos y recursos adicionales”. Se trataría de situaciones que requieren “una cuidadosa valoración y para los que se deben garantizar los apoyos definidos como necesarios” (Palacios, 2007: 40).

4.4. El apoyo postadoptivo¹

Tal y como revelan la investigación, la literatura científica y nuestra práctica, sin lugar a dudas la adopción es una medida beneficiosa para los niños y niñas necesitadas de protección que se han visto privados de cuidado familiar. Tanto la investigación como el conocimiento técnico encuentran de manera sistemática que las niñas y niños adoptados están mejor en casi todos los ámbitos del desarrollo que los que quedaron en contextos de riesgo o en las instituciones de protección de menores (Berástegui, 2017).

Pero, aun así, no se debe olvidar que no todo empieza de cero tras la llegada de la persona menor de edad a su familia adoptiva, ya que tanto la familia como la persona adoptada tienen cada una su historia y están viviendo un proceso. A lo largo de los años se ha visto cómo la atención postadoptiva constituye una clave esencial para la correcta integración de una niña o un niño adoptado en su nueva familia, contribuyendo, además, a facilitar su adaptación al nuevo entorno social. Con frecuencia esta fase inicial es la que hace posible o la que impide una adopción satisfactoria, por lo que se debe cuidar con especial esmero apoyando a las familias adoptivas en la cobertura de las necesidades concretas de su hijo o hija adoptada.

Las familias adoptivas experimentan algunas necesidades y problemas distintos de los que tienen las familias con hijos e hijas biológicas. No siempre es suficiente con adoptar una actitud paternal o maternal habitual; en ocasiones, es necesario adquirir unas destrezas específicas. Resulta vital trabajar el vínculo afectivo del niño o niña con sus nuevas figuras de referencia y, para ello, la madre y padre adoptivo tienen que pasar mucho tiempo con su hijo o hija y dedicarle mucha atención. El vínculo se crea haciendo cosas juntos: leer, cantar, jugar (Guijarro, Sagarna y Castro: 2017). El padre y la madre adoptiva tienen que ser predecibles y ofrecer seguridad.

Aun así, existen casos en los que se dan dificultades que ponen gravemente en riesgo la continuidad de la convivencia. Los factores de riesgo de fracaso están relacionados con las características de la persona adoptada, de los padres y madres adoptivas, las relaciones entre ellos y las intervenciones profesionales. Las dificultades graves que podrían suponer la ruptura de la adopción se producen principalmente en dos momentos: entre la llegada del hijo o hija a la familia y los dos o tres primeros años de convivencia, o coincidiendo con la entrada de la persona menor de edad en la adolescencia.

Se debe distinguir entre el seguimiento concebido como una simple vigilancia, inspección o supervisión de la situación de la niña o niño adoptado, y una concepción más ambiciosa en la que el seguimiento permite también apoyo, acompañamiento y orientación. Diferenciar entre seguimiento de supervisión y seguimiento de apoyo.

Desde la perspectiva de Antonio Ferrandis, “más importante que el cumplimiento formal de un seguimiento postadoptivo exigido por un acuerdo bilateral o por la normativa del país de origen, es poner a disposición de las familias recursos de orientación, apoyo y ayuda a los que se pueda acudir en distintos momentos del proceso adoptivo, con el fin de asegurar que se cubren adecuadamente las necesidades de los niños y niñas”. En su opinión: “La adopción consiste, desde el punto de vista jurídico, en un ‘acto’ que constituye una nueva realidad familiar; pero desde el punto de vista psico-socio-educativo se trata de un ‘proceso’ de constitución familiar que se prolonga en el tiempo, o incluso que abarca toda la vida” (Ferrandis, 2008: 159).

4.4.1. Tipos o niveles de apoyo postadoptivo

a) El seguimiento formal y/o inicial

Tanto en adopción nacional como en internacional es habitual que, tras el inicio de la convivencia entre el niño o niña asignada y la familia adoptante, se requiera legalmente la realización de un seguimiento periódico para conocer cómo se está produciendo la adaptación y el ajuste del niño o la niña en la nueva familia y cuáles pueden ser las necesidades de apoyo, si es que existe alguna. La periodicidad y el número de informes requeridos varía en función de los países de origen y/o de las entidades públicas que tutelaban y asignaron la persona menor de edad a la familia pero, independientemente del cumplimiento de esa exigencia, realizar un seguimiento postadoptivo de los primeros meses de convivencia es importante.

La investigación sobre rupturas en adopción muestra que cuando las cosas han evolucionado muy negativamente, las dificultades estaban presentes desde el principio y se podían haber detectado en las etapas iniciales serios problemas con el sentimiento de pertenencia y con la vinculación, sea por parte de

¹ Para la elaboración de este apartado he utilizado el trabajo de fin de grado realizado por la autora en el Curso Universitario de Adaptación al Grado en Trabajo Social (Universidad de Deusto, 2009-2010): “Análisis del Servicio de Apoyo Postadoptivo de la Diputación Foral de Gipuzkoa”.

las personas adoptantes, de las personas adoptadas o, con frecuencia, de ambas.

No obstante, el seguimiento está indicado no solo para los casos de mayor riesgo. La función del seguimiento consiste en poder observar cómo van las cosas para quien llega y para quien ya estaba en la familia. Se trata no solo de valorar los progresos y detectar los posibles problemas, sino también de buscar el mejor remedio para las dificultades que puedan estar surgiendo. El seguimiento puede tener un papel de enorme importancia en la detección de dificultades y en el asesoramiento a las familias para buscar la mejor forma de superarlas.

Con la regulación de la nueva figura de la adopción abierta, este seguimiento adquiere especial importancia porque en aquellos casos en que la adopción sea de esta modalidad, el seguimiento servirá para valorar la conveniencia de mantener o modificar la frecuencia y tipo de relación establecido por sentencia de adopción. Además, tal y como se ha regulado, durante los primeros dos años los informes, semestrales, deben ser remitidos al juzgado que aprobó la adopción.

b) El asesoramiento

Independientemente del tiempo transcurrido desde que se inició la convivencia, en cualquier momento de la crianza, los padres y madres adoptivas pueden necesitar ayuda profesional para comprender las necesidades de su hijo o hija y su conducta derivada de las experiencias de adversidad experimentadas, con los consiguientes retrasos y dificultades que pueda tener. Se trata de dificultades o problemas que normalmente requieren destrezas y estrategias educativas más complejas. El apoyo tiene por objeto ayudarles a entender las dificultades que los hijos o la situación adoptiva están planteando y enseñarles cómo abordarlos de la manera más eficaz posible.

Las áreas en las que las niñas y niños adoptados pueden necesitar una ayuda especial varían de una persona menor de edad a otra. Las dificultades pueden aparecer en cualquiera, y a menudo en varias, de las siguientes áreas: crecimiento y salud físicos, desarrollo emocional, adquisición del lenguaje, desarrollo cognitivo, aprendizaje escolar, integración social, problemas de conducta, aspectos de identidad y búsqueda de orígenes.

Las necesidades de los padres y madres de contar con una ayuda y servicios profesionales son un reflejo de las propias necesidades de los niños y las niñas. Existen diferentes áreas en las que las familias pueden beneficiarse de los servicios profesionales relacionados con la adopción: el sentimiento de pertenencia, las dificultades para lograr el sentimiento de apego, las estrategias de manejo de conducta, los temas relativos a la identidad y las expectativas. Aparte de las propias de sus miembros, las familias adoptivas también tienen

varias necesidades diferentes que cubrir. Algunas de estas necesidades tienen que ver con el hecho de tener los mismos sentimientos o sentimientos diferentes que otras familias, o con el modo de organizar las relaciones entre hermanos y hermanas cuando en la misma familia conviven hermanos biológicos y adoptados, o sobre el modo de gestionar las relaciones con la nueva familia ampliada. Las necesidades de una familia adoptiva no tienen un carácter inmóvil, sino que van evolucionando a lo largo del tiempo, lo que plantea diferentes retos en las diferentes etapas del ciclo de la vida familiar.

c) Las intervenciones terapéuticas

Cuando surgen problemas o dificultades más complejas en las que el niño o niña, o la relación, están dañadas de forma importante, o puede ponerse en riesgo la continuidad de la convivencia, se requieren intervenciones terapéuticas dirigidas probablemente no solo a la persona adoptada sino también al sistema familiar en su conjunto. Por la especificidad de las necesidades que presentan los niños, niñas, adolescentes y personas adultas adoptadas, es fundamental contar con profesionales con conocimientos y una formación específica que les capacite para entender y dar respuesta a las problemáticas que estas personas presentan cuando, para superarlas, van a necesitar acceder a un espacio terapéutico.

4.4.2. Otros aspectos a tener en cuenta

Como dice Palacios: “Los servicios de apoyo postadoptivo deben estar concebidos y preparados para atender una problemática muy variada tanto en su contenido, como en su gravedad, como en la metodología para afrontarla”. No parece indicado concebirlas como fundamentalmente terapéuticas, ya que la experiencia muestra que la mayor parte de las familias van a necesitar intervenciones más educativas que terapéuticas. Las familias adoptivas y sus diferentes miembros pueden encontrar en otras familias adoptivas “una buena fuente de apoyo, consuelo e inspiración”. Las redes de apoyo, como grupos y talleres de iguales o las que se ofrecen desde las asociaciones de familias adoptivas, pueden ser contextos que cumplan también una función de apoyo en situaciones de dificultad. “Cualquier miembro de la comunidad adoptiva (una familia adoptiva, una persona adoptada, una madre biológica) puede acudir a los servicios de apoyo postadoptivo con preocupaciones o problemas de muy diferente calado y seriedad [...]. También deberían estar a disposición de los profesionales de otros ámbitos (por ejemplo, de la educación) que deseen realizar alguna consulta a propósito de su trabajo con algún niño o alguna niña adoptada. Los servicios post-adopción deberían ser capaces de responder de forma eficaz a toda esta diversidad de demandas de ayuda” (Palacios, J. 2007: 194).

5. Retos actuales que debe enfrentar la adopción

5.1. La adolescencia de las personas adoptadas: evitar las rupturas

La investigación internacional muestra que, llegados a la adolescencia, un importante porcentaje de adoptados internacionales son internados en instituciones psiquiátricas o residencias de protección, después de muchos años de convivencia, sin que se haya establecido en muchos casos un vínculo estable con su familia adoptiva. Por ello, y teniendo en cuenta que ahora en nuestro país un gran número de personas adoptadas internacionalmente están llegando a esta etapa del ciclo vital, es esencial que el sistema de protección esté preparado y adopte medidas para prevenirlo. Las Administraciones Públicas tienen el imperativo ético y jurídico de enfrentar estas situaciones que, además de frustrar el éxito de la medida de protección que es la adopción, dificultan enormemente el éxito de futuras soluciones familiares para el niño o la niña, ya que cada caso de ruptura supone una realidad traumática para la familia y en especial para la persona menor de edad.

La ruptura de la adopción es una forma de abandono que se produce, además, en niños y niñas que ya han sido víctimas de un abandono previo y para los que la adopción pretendía ser una solución protectora definitiva en la que se ha invertido mucho tiempo y esfuerzo. Sin embargo, no se deben considerar fracasos únicamente los casos de rupturas, ya que como hace años señalaba la investigadora Ana Berástegui, las rupturas son solo la punta del iceberg de una realidad más amplia que incluiría casos de:

- Pseudorrupturas: aquellos casos en que no existe un ingreso en el sistema de protección y sin embargo la convivencia familiar se ve interrumpida por el ingreso de la persona menor de edad en instituciones educativas internas o en centros de tratamiento psiquiátrico o de menores con trastornos de conducta.
- Adopciones no constituidas: casos en que la familia comparte techo sin que se haya producido una adopción en el sentido psicológico del término, es decir, sin que se haya establecido una relación paterno-filial además de la legal. A pesar de que estas familias altamente insatisfechas no acaben en ruptura ni en pseudorruptura, tenemos que pensar que no son adopciones plenamente constituidas en el plano psicosocial.
- Malos tratos y abusos hacia niños y niñas adoptadas.
- Situaciones en las que la vida cotidiana es muy difícil para padres, madres, hijos e hijas y que necesitan ser sostenidas por la intervención profesional.

Aun no siendo esta la realidad de la mayoría de las adopciones, “es la realidad que tiene que centrar el foco de la intervención profesional en adopción para

que sea un recurso efectivo de protección para todas las personas menores de edad que la necesitan” (Berástegui, 2008: 61-62).

Como ya se ha mencionado, es en este momento cuando miles de personas adoptadas internacionalmente están llegando a la adolescencia y no se debe olvidar que esta fase del ciclo vital es uno de los momentos más delicados en la postadopción y en el que pueden surgir dificultades graves que podrían suponer la ruptura de la adopción.

La intervención con la adolescencia adoptada en riesgo requiere, según el psicólogo Alberto Rodríguez González, de estrategias eficaces y una intervención integral e integrada. Como dice este profesional, algunas personas adoptadas cuando llegan a la adolescencia presentan emociones claves muy intensas (miedo-enojo), dificultad para hacer y/o mantener amistades, conductas de riesgo que generalmente buscan calmar la angustia, pensamientos suicidas cuando la angustia es muy grande, etc. (Rodríguez González, 2017).

Hay que responder con calma y pensar en grupo (educación, salud mental, protección infantil). Un sistema fragmentado atiende de manera fragmentada y eso no es beneficioso para el joven o la joven adoptada que sufre.

5.2. El apoyo a las adopciones de necesidades especiales

Se debe tener en cuenta y priorizar que, tal y como se ha explicado antes, el perfil de los niños y niñas susceptibles de ser adoptadas está limitándose cada vez más al de niños y niñas con necesidades especiales, hasta ser prácticamente las únicas que se dan. Por este motivo se debe ser muy realista sobre lo que suponen este tipo de adopciones y las necesidades que se deben cubrir, a fin de garantizar que resultan satisfactorias y beneficiosas para los niños y niñas primero, pero sin olvidar que lo sean también para sus familias adoptivas.

Hay investigaciones que remarcan la importancia de que la familia adoptiva presente unas expectativas realistas, claras y flexibles hacia la adopción y también que cuente con adecuados recursos de afrontamiento (Berástegui, 2012). Por ello son claves dos cuestiones o tareas: la preparación previa y el apoyo postadoptivo. Una buena preparación, capaz de ajustar las expectativas familiares, se asocia en las adopciones especiales a una evaluación más positiva de estas, por lo que adquiere una especial relevancia la adecuada formación inicial. La preparación mejora la capacidad de adaptación y la habilidad para abordar de manera efectiva los retos de la futura relación adoptiva.

Un seguimiento intensivo al menos al inicio de la relación cobra especial relevancia en estos casos. Es conveniente que las familias cuenten con la

posibilidad de disponer de profesionales muy accesibles y que los recursos vayan variando en función del momento del proceso: al inicio, más apoyo de técnicos especialistas, más adelante, apoyo en grupos de padres-madres o de personas adolescentes adoptadas.

5.3. El apoyo a las adopciones abiertas

Como se ha dicho antes, la adopción abierta es una figura de reciente regulación legal en España. La legislación ha recogido que en esta modalidad de adopción “podrá acordarse el mantenimiento de alguna forma de relación o contacto a través de visitas o comunicaciones entre la persona menor de edad, personas de la familia de origen que se considere y la familia adoptiva, favoreciéndose especialmente, cuando ello sea posible, la relación entre hermanos y hermanas biológicas” (artículo 178.4 del Código Civil). Han transcurrido cuatro años desde su implantación y la experiencia es todavía escasa. Los análisis realizados para saber cómo se está aplicando y cuáles son los retos y dificultades de su implantación hablan de que en general ha sido bien recibida, precisamente porque abre nuevas posibilidades de intervención.

Sin embargo, es una medida complicada de aplicar ya que también puede entrañar riesgos y no es recomendable en cualquier situación. Todavía son muy pocas las adopciones abiertas constituidas en nuestro país, quizá porque todavía es una medida poco desarrollada a nivel reglamentario, y no existen unos criterios claros para decidir en qué casos debe aplicarse, y de qué manera (para qué perfiles, con qué tipo de contactos, en qué contexto, con qué seguimiento, etc.) (Rosser y Berástegui, 2010; Díez Riaza, 2018). Se requiere un cambio de mentalidad en todas las personas implicadas en estos procesos y una mayor formación y preparación en relación a este tema (tanto profesionales como familias, niños y niñas, etc.).

La mediación parece el marco de intervención más adecuado en estos casos, pero quedan por definir muchos aspectos básicos para poder garantizar su buen funcionamiento.

5.4. Intervenciones con otros agentes: el ámbito educativo y sanitario

Dado que las personas adoptadas y sus familias forman parte de esta sociedad, es necesario que esta adquiera una idea más realista de lo que es la adopción, qué supone y qué implica, desmitificando algunos aspectos o ilusiones asociadas a ella. Sería conveniente diseñar acciones de cara a mejorar la formación de otros agentes sociales sobre el hecho de la adopción y con el fin de potenciar una cultura de la adopción más ajustada a la realidad.

Según Arantza Belástegui (2017), no es extraño que después de la primera fase inicial de pseudo-

adaptación se produzca un progreso más lento en los aprendizajes que se evidencia cuando aumenta la complejidad del aprendizaje. La inclusión social de las personas adoptadas se puede complicar (en el ámbito escolar durante los primeros años del desarrollo infantil y, posteriormente, quizá también en el social). Son muchos los padres y madres adoptivas que relatan las dificultades que han vivido sus hijos o hijas en el contexto escolar. La escolaridad precoz y, en algunas ocasiones, bilingüe, es para los niños y niñas adoptadas una dificultad añadida (más en los casos de adopciones internacionales). El lenguaje comunicativo no es suficiente para aprender. Muchas veces estos niños y niñas presentan necesidades educativas temporales que, de no ser debidamente abordadas, pueden generar malestar, falta de iniciativa y de motivación, llegando, en más ocasiones de las que se debería, a situaciones de graves retrasos o incluso fracaso escolar.

Es esencial la detección temprana de las dificultades. El paso de tiempo, por sí solo, no es solución. Hace falta una buena evaluación y propuestas de intervención con objetivos marcados y secuenciando metas concretas. Hay que estar atentos a los signos de alerta: lenguaje pobre, vocabulario restringido, dificultad para ordenar historias, atención lábil, memoria frágil, dificultad para la comunicación emocional, etc. Las dificultades de aprendizaje suponen muchas veces un peregrinaje de profesional a profesional con la consiguiente inversión de tiempo y dinero, y la generación de gran frustración por la falta de resultados positivos.

También hay que tener presente, como señala Rosa M^a Fernández García (2013), que el cerebro de un bebé es muy inmaduro y tiene mucha plasticidad. Se va esculpiendo desde el embarazo y durante los primeros meses y años de vida. Así, los niños y niñas que han vivido situaciones de malos cuidados y privaciones durante su primera infancia pueden tener dañada la corteza prefrontal, por lo que pueden presentar conductas y comportamientos difíciles de comprender y pueden ser mal diagnosticados durante su infancia (autismo, déficit de atención e hiperactividad, etc.). Es importante trabajar con los entornos educativo y sanitario para evitar erróneas interpretaciones de las conductas de las personas menores de edad adoptadas y, en caso necesario, poder ofrecerles la atención que verdaderamente necesitan.

5.5. La búsqueda de orígenes

Actualmente no hay discusión sobre el derecho de las personas adoptadas a conocer sus orígenes biológicos en procesos de adopción tanto internacional como nacional. Es algo que la legislación española reguló hace ya años, estableciendo que se debe hacer efectivo “con el asesoramiento, ayuda y mediación de los servicios especializados de la entidad pública

u organizaciones autorizadas para tal fin” (Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia, artículo 84.2) y que “las entidades públicas competentes asegurarán la conservación de la información de que dispongan relativa a los orígenes, en particular la información respecto a la identidad de los padres biológicos, así como la historia médica del niño o niña adoptada y de su familia” (Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional, artículo 12). Con independencia de su origen (institución, familia de acogida) o de su edad en el momento de la llegada, todos los niños y niñas deben establecer su propia identidad adoptiva, entender lo que significa ser una persona adoptada y comprender las circunstancias que han dado lugar a la adopción.

La búsqueda de orígenes es un proceso enormemente complejo, en el que se manejan datos especialmente sensibles, en el que existen muchas incertidumbres y que conlleva una gran carga emocional. Todo ello, unido a que la revelación de datos es irreversible y de consecuencias impredecibles, hace necesaria la intervención profesional a fin de ayudar a lograr el equilibrio entre los diferentes intereses y evitar daños innecesarios, cuyo riesgo puede no ser percibido por alguna de las partes implicadas (Berástegui y Gómez Bengoechea, 2007).

No nos referimos a la llamada “búsqueda interna” que debe afrontar toda persona adoptada en algún momento de su vida, sino a la búsqueda activa de información y de contactos. La intervención de profesionales como mediadores es necesaria, ya que implica cuando menos a dos partes: la de quien busca y la de quien es buscada. Y, como ya se ha dicho, los intereses y motivaciones de una y otra no tienen por qué ser coincidentes. Habrá que ver en cada caso cuál es la situación concreta y qué es lo que necesita la persona adoptada. No se puede dar por hecho qué es aquello que realmente busca la persona adoptada cuando realiza este proceso. A veces una información pequeña puede suponer una satisfacción grande, o lo contrario.

Buscar los orígenes es un derecho, no una obligación. Debe hacerse solo cuando, como y hasta donde la persona adoptada lo necesite, y siempre con una adecuada preparación y acompañamiento. Buscar no es tanto encontrar a otras personas como encontrarse a sí misma. No pretende sustituir a la familia adoptiva, ni se debe al descontento con ella. Pretende explorar la identidad, completar vacíos de la propia historia vital y puede ayudar a reforzar el sentimiento de pertenencia.

La búsqueda de orígenes en adopción nacional ya tiene unos años de recorrido y está bastante desarrollada tanto en lo normativo como en los procedimientos a seguir. El reto actual está en acompañar las búsquedas de orígenes de las personas adoptadas internacionalmente.

El derecho a conocer los orígenes propios está garantizado tanto por la Convención sobre los Derechos del Niño como por la Convención de La Haya. En especial, La Convención de la Haya establece que los Estados de origen de los menores deben garantizar el acceso a sus archivos de adopción y, por tanto, conservar toda la información pertinente referida a ellos. Además, establece que las autoridades competentes deberán garantizar el acceso de los niños y niñas a toda la información contando con el asesoramiento apropiado.

Sin embargo, cuando se trata de adopción internacional, la búsqueda se complica porque intervienen diferentes legislaciones (la del país de origen y la del país de acogida), diferentes idiomas (tanto entre profesionales como entre persona adoptada y su familia de origen), suele existir una importante distancia geográfica que complica los procesos de mediación (y cultural, en algunos países no existe la figura del mediador), pueden darse en cada país implicado diferentes niveles de desarrollo de los servicios postadoptivos y de acompañamiento en la búsqueda de orígenes, diferente comprensión de lo que significa la adopción según el contexto de procedencia, etc.

Además, desafortunadamente, existe el riesgo de que en estos procesos de búsqueda las personas adoptadas encuentren información preocupante alrededor de su adopción. Los últimos años la adopción, sobre todo internacional, se ha practicado a gran escala y, en ocasiones, de manera no demasiado respetuosa con los derechos de las personas implicadas, por lo que este riesgo es real y debe tenerse presente. Durante el proceso de búsqueda pueden salir a la luz revelaciones de ilegalidades o actuaciones poco éticas que la persona adoptada debe asimilar para que, por muy dolorosa que sea la historia que se encuentre, la experiencia del acceso a su historia real le permita sentirse satisfecha y construir una identidad sólida e integrada.

5.6. Las redes sociales y las nuevas tecnologías, su impacto en la adopción y las búsquedas de orígenes

Las nuevas tecnologías y las redes sociales han configurado un nuevo contexto en todos los ámbitos de la vida, incluido el trabajo en protección a la infancia y, más concretamente, en la adopción y las búsquedas de orígenes. Los avances en estas tecnologías han supuesto facilidades, agilidad y rapidez en algunas tareas a desarrollar, pero también implican riesgos y desafíos que hay que tener presentes. Si bien permiten un intercambio y acceso a la información más eficaz en materia de adopción, es necesario manejarlas con prudencia para garantizar el respeto a la confidencialidad de los datos y las vidas privadas de niños, niñas y familias.

En búsquedas de orígenes, por ejemplo, se pueden utilizar las redes sociales para

localizar a las personas que se desea contactar independientemente de que se encuentren muy lejos, pero es aconsejable que se haga a través de mediadores profesionales que, además de que intentar garantizar el respeto a la vida privada de la otra parte, puedan ayudar a gestionar el impacto emocional que conllevan este tipo de procesos. Como primera opción es mejor utilizar medios seguros y controlables. Como dice el Servicio Social Internacional, “al margen de las formas que adopten las nuevas tecnologías, hay una necesidad de seguir desarrollando un marco normativo para su uso, y la sensibilización y formación de profesionales, niños y niñas, y familias, deben ser reforzadas para hacer frente a los desafíos cada vez más numerosos” (ISS Servicio Social Internacional, 2018: 2).

6. Consecuencias o la probable deriva de la evolución de la adopción: riesgos asociados a otras formas de cubrir el deseo de maternidad/paternidad

Los últimos veinte años se ha vivido en este país tanto el *boom* de la adopción internacional como su desplome. Se ha pasado de años en los que cientos de familias demandaban con urgencia a la Administración Pública iniciar la tramitación de un expediente de adopción, a un momento en el que son pocas las personas que, tras acudir a las sesiones informativas de adopción y recibir la información sobre la realidad de esta medida de protección infantil en la actualidad, deciden ofrecerse para adoptar. Esto es algo normal y satisfactorio, ya que la adopción internacional se dio en España de un modo explosivo, acompañada de una cultura de la adopción poco realista y que desoía las señales de alarma que provenían de países con más experiencia en esta cuestión (Berástegui y Gómez Bengoechea, 2008).

Por todo ello, era necesario frenar la avalancha de tramitaciones y ser más realistas sobre lo que supone la adopción y las necesidades que debe cubrir, a fin de que las mismas resulten satisfactorias y beneficiosas para los niños y niñas primero, pero sin olvidar que, también, para sus familias adoptivas.

Como dice el Servicio Social Internacional, “la historia de la adopción internacional es un fenómeno social complejo, algunas veces errático, sujeto o alentado por eventos políticos; aceptado o rechazado por la sociedad; regulado o no regulado —dependiendo del país y del período en que se encuentre—. El análisis de este desarrollo sigue siendo un ejercicio difícil y con muchas variantes, pero es esencial para reconocer aquello que, desde el inicio de la adopción internacional, hasta finales del siglo XX, llevó a la realización de los incontables abusos” (Baglietto, Cantwell y Dambach, 2016: 13).

Observando la evolución de la figura de la adopción en las últimas décadas, se constata el cambio que se ha dado a todos los niveles hasta garantizar

que es una medida que prioriza el interés de las personas menores de edad y su derecho a tener una familia adecuada, en detrimento del indebidamente entendido derecho de las personas adultas a la maternidad o paternidad. La adopción ha sido una práctica controvertida, “considerada desde el punto de vista sentimental como un acto completamente bueno e incluso digno de reconocimiento que solo brinda beneficios a un niño o niña. Desafortunadamente, los puntos de vista ingenuos sobre la adopción contribuyen a la prevalencia y al mal entendimiento de las prácticas ilícitas de la adopción” (Baglietto, Cantwell y Dambach, 2016: 191).

El deseo de las personas adultas prevaleciendo sobre el de los niños y niñas, ha favorecido durante mucho tiempo incontables abusos, actuaciones poco éticas, falsificaciones documentales, robo o tráfico de bebés, etc. Y ahora que se ha conseguido reducir considerablemente este tipo de prácticas en relación a la adopción surge el riesgo de reproducirlas en gran medida con otras formas que las personas adultas están buscando para ver cumplido su deseo de ser padres y madres: la llamada gestación subrogada o los vientres de alquiler.

Tal y como recoge el Servicio Social Internacional en su boletín mensual número 213, apoyándose en un artículo sobre paralelos y diferencias entre la gestación subrogada comercial global y la adopción internacional, “los ámbitos de la adopción internacional y de la gestación subrogada comercial global no se encuentran tan alejados uno de otro, y este último debería aprender del primero con el fin de garantizar que el niño o niña y sus derechos estén en el centro del proceso de toma de decisiones, incluso cuando no haya nacido aún” (ISS Servicio Social Internacional, 2017: 3).

Los avances en técnicas de reproducción humana asistida, posibilitados por la globalización, han dado lugar a un nuevo mercado de bebés para cubrir los deseos de paternidad y maternidad de personas adultas. Sin embargo, este tipo de prácticas plantean muchas dudas de carácter ético. Se llevan a cabo, sobre todo, en países en los que las mujeres son especialmente vulnerables, las gestantes suelen ser mujeres pobres, y en países en los que ha habido experiencias de tráfico de niños o de prácticas ilícitas de adopción internacional (Rumanía, Ucrania, la India, etc.). Es un mercado que mueve grandes cantidades de dinero y está lucrando básicamente a las entidades y personas mediadoras. Solo personas de cierto nivel adquisitivo pueden optar a este mercado, ya que son procesos económicamente muy costosos. Y lo que es más importante, no se está pensando en las personas en las que se convertirán algún día estos niños y niñas, en sus derechos a la identidad, al conocimiento de su historia de su gestación, embarazo y nacimiento y a la búsqueda de sus orígenes.

El desarrollo de un bebé no depende exclusivamente de su carga genética; lo psíquico y lo somático tienen

gran relevancia. La neurociencia está mostrando cómo lo que se vive durante el embarazo, el parto y en los primeros días tras el alumbramiento deja una huella importante en el cerebro del bebé. No parece que las personas que recurren a este tipo de procesos sean muy conscientes del impacto que este tipo de embarazos y separaciones al nacer puede tener en el desarrollo futuro de su futuro hijo o hija, ni que estén preparados para enfrentar los retos que su crianza va a deparar.

Así como ahora se reconoce que durante años la adopción se desarrolló sobre la denigración jurídica y social de las madres y padres biológicos no casados, así como sobre la negación de los derechos de identidad de las personas adoptadas, corremos el riesgo de hacer algo muy similar cuando se normaliza y banaliza el hecho de recurrir a los vientres de alquiler sin tener en cuenta las implicaciones que puede tener en las personas implicadas (básicamente las que nacerán por ese sistema pero también para sus madres gestantes y otras).

Referencias bibliográficas

- BAGLIETTO C., CANTWELL N. y DAMBACH M. (eds.) (2016): *Respondiendo a las adopciones ilegales: Un manual para profesionales*, Ginebra, Servicio Social Internacional, <https://www.mscls.org/es/ssi/familiasInfancia/Infancia/adopciones/adopInternacional/PUBLICACIONES/PDF_PUBLICACIONES/Respondiendo_a_Adopciones_ilegales.pdf>.
- BELÁSTEGUI DURAÑONA, A. (2017): “El déficit cognitivo acumulativo: su influencia en el proceso de aprendizaje” [ponencia inédita presentada en la Jornada Espacios Colaborativos en la Experiencia Postadoptiva, organizada por Ume Alaia en Vitoria-Gasteiz].
- BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO, A. (2012): “Adopciones especiales: ¿niños especiales para familias especiales?”, *Papeles del Psicólogo*, vol. 33, nº 3, pp. 211-220, <<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2139.pdf>>.
- BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO A. (2017), “El papel de los profesionales en la prevención de rupturas en adopción”, *Clínica Contemporánea*, vol. 8, nº 2, e14, <<https://doi.org/10.5093/cc2017a7>>.
- BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO A. y GÓMEZ BENGOCHEA, B. (2008): “La ruptura de la adopción y las pseudorrupturas”, en BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO, A. y GÓMEZ BENGOCHEA, B. (coords.), *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 59-72.
- BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO, A. y GÓMEZ BENGOCHEA, B. (2007): *Esta es tu historia. Identidad y comunicación sobre los orígenes en adopción*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- CONFERENCIA DE LA HAYA DE DERECHO INTERNACIONAL PRIVADO (1993): Convenio relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional, <<https://www.hcch.net/es/instruments/conventions/full-text/?cid=69>>.
- DÍEZ RIAZA, S. (2018): “La aplicación de la adopción abierta en España. Una visión en cifras y algo más”, *Revista de Derecho de la UNED*, nº 22, <<http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/22276>>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2007): Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional, *Boletín Oficial del Estado*, nº 312, 29-12-2007, <<https://www.boe.es/eli/es/l/2007/12/28/54/con>>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2011): Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, 14-9-2011, pp. 117.217-117.276, <<https://www.boe.es/eli/es-pv/l/2005/02/18/3>>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2015): Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 175, 23-7-2015, <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2015): Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 180, 29-7-2015, <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470>>.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, R. (2013): *¿Por qué les cuesta tanto aprender a mis hijos? Entre hipocampos y neurogénesis*, Torreldonoes, El Hilo Ediciones, <<https://www.elhiloediciones.com/book/por-que-les-cuesta-aprender-a-mis-hijos-entre-hipocampos-y-neurogenesis/>>.
- FERRANDIS TORRES, A. (2008) “El seguimiento: ¿una verdadera oportunidad para la intervención

- postadoptiva?”, en BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO, A. y GÓMEZ BENGOCHEA, B. (coords.), *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 157-162
- FERRANDIS TORRES, A. (2013), “El reto de la adopción abierta”, en *I Congreso El Interés Superior del Niño: Adopción y Acogimiento*, Madrid, Adamcam, Aseaf, pp. 18-20, <https://www.adafa.es/wp-content/uploads/2016/01/programa_i_congreso._el_interes_superior_del_nio.pdf>.
- GUIJARRO B., SAGARNA G., y CASTRO J. (2017). “La terapia de juego para el afrontamiento del vínculo a través de técnicas de Theraplay: intervención en un caso clínico”, *Clínica Contemporánea*, vol. 8, nº 2, e18, <<http://doi.org/10.5093/cc2017a12>>.
- MARTIN IRIGOYEN I. (2010): “Análisis del Servicio de Apoyo Postadoptivo de la Diputación Foral de Gipuzkoa” [trabajo de fin de grado], San Sebastián, Universidad de Deusto.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2019): *Estadísticas provisionales de adopción internacional años 2014-2018*, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social pág. 2, <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/adopciones/adopInternacional/pdf_nuevos/2018_ESTADISTICA_datos_2014_2018.pdf>.
- MONTANÉ MERINERO, M. (1996): “La evolución de la adopción internacional en España”, *Anuario de Psicología*, nº 71, pp. 23-35, <<https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9047>>.
- NACIONES UNIDAS (1989): *Convención de los Derechos del Niño*, <<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>>.
- PALACIOS, J. (2007): *Manual para intervenciones profesionales en adopción internacional: valoración de idoneidad, asignación de menores a familias, seguimiento postadoptivo*, Madrid, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, <<http://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/manualIntervencionesProfesionales2008.pdf>>.
- PALACIOS, J. (2009): “La adopción como intervención y la intervención en adopción”, *Papeles del Psicólogo*, vol. 30, nº 1, pp. 53-62, <<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1656.pdf>>.
- PALACIOS, J. 2007: “Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo”, *Anuario de Psicología*, vol. 38, nº 2, pp. 181-198, <<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/74194>>.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A. (2017): “La adolescencia en riesgo en adopción: necesidades clave y estrategias eficaces para una intervención integral e integrada” [ponencia inédita presentada en la Jornada Espacios Colaborativos en la Experiencia Postadoptiva, organizada por Ume Alaia en Vitoria-Gasteiz].
- ROSSER LIMIÑANA, A.; BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO, A. (2017): “Retos y dificultades para la implantación de la adopción abierta en España. El papel de la mediación”, *Mediaciones Sociales*, nº 16, pp. 175-191, <<https://revistas.ucm.es/index.php/MESO/article/view/58115>>.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2017): “El niño o niña y su vida: más allá del diagnóstico y de los listados”, *Boletín Mensual*, nº 215.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2017): “Resumen del artículo ‘Gestación subrogada comercial global y la adopción internacional: paralelos y diferencias’”, Scherman, R, Misca, G., Rotabi, K. y Selman, P. (2016): “Global Commercial surrogacy and international adoption: parallels and differences”, *Adoption & Fostering*, Vol. 40(1), 20-35; disponible en: <<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0308575915626376>>, *Boletín Mensual*, nº 213.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2018): “Adopción internacional y búsqueda de los orígenes: guía para adoptados”, *Boletín Mensual*, nº 218.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2018): “La combinación entre adopción y redes sociales: ¿placer o peligro?”, *Boletín Mensual*, nº 218.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2018): “¿La gestación subrogada transnacional alguna vez es ética?”, *Boletín Mensual*, nº 218.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2018): “Protección a la infancia: ¿puesta a prueba por las nuevas tecnologías?”, *Boletín Mensual*, nº 218.

Aportaciones desde una propuesta de musicoterapia con adolescencia adoptada en acogimiento residencial en Bizkaia: de la improvisación musical clínica a la cohesión grupal

Maidar Abasolo Medina

Conservatorio Municipal de Leioa
maiderabasolomedina@gmail.com

Raúl Picó Jabato

Fundación Amigó-Universidad de Deusto
rpico@fundacionamigo.org

Azken hamarkadetan, babesgabetasun-egoeran dauden nerabeentzako egoitza-harrerak eta arreta psikologikoak kontzeptualizazio, espezializazio eta teknika berrietarantz —teknika artistikoak eta sorkuntzakoak horietako batzuk— eboluzionatu dute estatuan eta autonomia-erkidegoan. Kasu-azterlan honek Bizkaian egoitza-harreran dauden bost neraberen talde-kohesioa aztertzen du, musika-inprobisazio klinikoan oinarritutako musikoterapia bidez. Hogei saiotan zehar, saio bakoitzeko talde-inprobisazioen iraupena zenbat handitu den ebaluatu da, baita musika-sinkronia bera ere. Azterlanak agerian utzi du adopzio osteko esku-hartze terapeutikoaren elementu espezifiko batzuek pertsonen arteko erregulaziotik pertsona barruko erregulaziora igarotzeko lana erraztu dezaketela, baldin eta inprobisazio aske eta erreferentzialaren bidez pertsona horiek musikarekin, beren buruarekin eta besteekin konektatzen badute, bakoitzaren nortasuna, atxikimendu-estiloak eta bizipenak gorabehera.

GAKO-HITZAK:

Egoitza-harrera, adopzioa, nerabearoa, musikoterapia, musika-inprobisazioa.

En las últimas décadas, el acogimiento residencial y la atención psicológica a la adolescencia en desprotección han evolucionado en el ámbito estatal y autonómico hacia nuevas conceptualizaciones y técnicas, algunas de tipo artístico-creativo. Este estudio de caso explora, mediante la musicoterapia basada en la improvisación musical clínica, la cohesión de un grupo de cinco personas adolescentes adoptadas en acogimiento residencial en Bizkaia. A lo largo de veinte sesiones, se ha evaluado el aumento en la duración de las improvisaciones grupales por sesión, junto con la sincronía musical. El estudio pone de manifiesto que existen elementos específicos de la intervención terapéutica postadoptiva que pueden facilitar el tránsito de la regulación interpersonal a la intrapersonal cuando, mediante la improvisación libre y referencial, estas personas conectan con la música, con ellas mismas y con las demás, a pesar de las diferentes personalidades, estilos de apego y vivencias individuales.

PALABRAS CLAVE:

Acogimiento residencial, adopción, adolescencia, musicoterapia, improvisación musical.

1. Introducción

Son varias las orientaciones terapéuticas que cobran protagonismo en la atención psicológica actual. De hecho, en los últimos años las terapias alternativas no farmacológicas (García-Casares, Moreno-Leiva y García-Arnés, 2017) y las denominadas terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (Moreno Coutiño, 2012) se aproximan de manera complementaria, comparten perspectivas y confluyen en estrategias de cambio de carácter indirecto, experimental y contextualista. Se ofrecen como una construcción de alternativas amplias y flexibles ante la estandarización de los tratamientos tradicionales. La terapia médica y la terapia artística-creativa¹ pueden ser aliadas y coexistir en el espacio terapéutico ante problemas emocionales y de salud. La musicoterapia, en concreto, persigue objetivos terapéuticos a través de la música como herramienta de intervención, haciendo uso de diversas técnicas en torno a ella.

Con respecto a la atención psicológica estandarizada de niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial, existen alternativas de trabajo sugerentes e innovadoras a la hora de acceder a la “sala de valientes” (Barudy y Dantagnan, 2005; Barudy *et al.*, 2014; Galán Rodríguez, 2014; Gonzalo Marrodán, 2010; 2015). De hecho, a lo largo del contacto directo en la consulta personal es donde pueden surgir y mantenerse dificultades de tipo reactivo a la adaptación o estáticas a la terapia tradicional, por todo lo que implica y puede ofrecer una psicoterapia como base de seguridad o inseguridad en lo vincular, terapéutico, integrador y reparador. Por tanto, un auténtico reto o una posible retraumatización que puede acompañar más fracaso, dolor, tiempo perdido y frustración para profesionales, familias y adolescentes, en concreto, para aquellos casos de personas menores de edad adoptadas que han transitado por múltiples servicios profesionales y han tenido que salir del domicilio familiar, regresando al sistema de acogida (Berástegui, 2003; 2005; 2007; 2017; 2018). Este fenómeno de segundas o terceras rupturas en la convivencia familiar a lo largo de la adolescencia adoptada (Rodríguez, 2017) necesita de una intervención intensiva “por partes” en torno a la estabilización, sintonización y sostenimiento de las relaciones tanto interpersonales como intrapersonales. Por tanto, un encuadre específico de protección a la infancia y adolescencia, bajo una modalidad de acogimiento residencial que cubre necesidades socioterapéuticas y de intervención en crisis, vinculado a un determinado proceso familiar, institucional y convivencial.

En este sentido, este artículo recoge una propuesta experimental de terapia a través de la música,

¹ Los lenguajes artísticos que se utilizan como terapia pueden ser la música, las artes visuales, la danza-movimiento y la expresión dramática, es decir, arteterapia, musicoterapia y teatroterapia (Mateos-Hernández, 2011).

dirigida a cinco adolescentes vizcaínos en acogimiento residencial, con el objetivo principal de favorecer la cohesión del grupo a través de la improvisación clínica, medida por medio de la producción y duración de las ejecuciones musicales espontáneas del grupo, además de la sincronía musical que ocurre en ellas. Este objetivo de favorecer la cohesión grupal (que quizás en el trabajo con otras poblaciones no es el eje central de la intervención, sino un primer paso para lograr otros objetivos terapéuticos) resulta significativo, teniendo en cuenta la desorganización en los estilos de apego y las alteraciones de conducta de esta población, como consecuencia de la acumulación de elementos traumáticos individuales sin resolver, dismaturidad y labilidad emocional, además de dificultades para la mentalización, lo cual les hace muy difícil confiar, empatizar y escuchar al otro, siendo el trabajo en equipo una incertidumbre para ellos mismos (Lieberman y Knorr, 2007; Lecannelier, 2014).

2. De la adopción al acogimiento residencial: tránsito entre las medidas de protección y la ruptura de la convivencia familiar

Resulta inevitable asociar al fenómeno de la infancia y adolescencia desprotegida la vigencia del modelo de buen trato, desarrollo infantil y cuidado familiar inherente a los padres y a los poderes públicos (Barudy y Dantagnan, 2005; Vázquez-Pastor, 2019), un sistema mixto en el que participan familia, entidad pública y los propios adolescentes. El deber de la protección familiar es un principio constitucional y el interés superior de la persona menor de edad es un principio rector de la actuación de los poderes públicos. En este sentido, los diferentes tránsitos que se producen a lo largo del ciclo vital, unidos a acontecimientos de carácter individual o grupal (cambios de colegio, amistades, relaciones de pareja, pérdidas en la familia, mudanzas, enfermedades, trabajo, etc.) suponen elementos significativos en el proceso de construcción identitaria de las personas, especialmente, a lo largo de los periodos sensibles de desarrollo de la personalidad como pueden ser la primera infancia y la adolescencia (Sepúlveda, 2010).

Hoy día, la adopción se incluye dentro de las denominadas “nuevas parentalidades” en contextos cambiantes (Fernández-Rasines y Bogino, 2013). Esta medida de protección familiar mayoritariamente exitosa para padres, madres, hijos, hijas y demás familia extensa, también acompaña un porcentaje significativo de familias con alta inestabilidad convivencial, conductual y relacional, con demanda de ayuda de la entidad pública e incluso con situaciones extremas de adopciones que se rompen. Esto puede implicar un cese definitivo o temporal en la convivencia familiar y el regreso de estas personas menores de edad al servicio de infancia (Berástegui, 2017; Palacios *et al.*, 2018; Palacios, 2019). El aumento de la investigación en torno a las

adopciones internacionales ha permitido estimar la incidencia de las rupturas en la adopción. Por ejemplo, en Estados Unidos supone el 10 %-25 %, mientras que en Europa los porcentajes se sitúan en el 2,5 % en Países Bajos, 4 % en Suecia, 3,8 % en Inglaterra, 1,8 % en Italia y 1,5 % en España (Jeannin, 2018). En varias comunidades autónomas españolas el porcentaje de menores adoptados alcanza el 1 % de la población infanto-juvenil. En Euskadi, concretamente, uno de cada cien niños y niñas ha sido adoptado y el fracaso en la adopción se aproxima a un 8 % (Agintzari, 2005; 2006; 2008; Loizaga, 2009; Rodríguez, 2017). Se trata de un fenómeno emergente a escala internacional, estatal y autonómica, aunque no es representativo de la amplia y diversa realidad de casos y situaciones con relación a la dificultad en la adopción. De hecho, en Estados Unidos (Smith, 2014) prevalecen porcentajes de entre el 20 %-30 % de familias adoptivas cuyo día a día atraviesa por situaciones de alta conflictividad dentro del propio domicilio familiar. La investigación estatal y autonómica (Berástegui, 2017; Fernández Rivas *et al.*, 2013) apunta hacia una sobrerrepresentación de este colectivo en centros de acogida para adolescentes y en servicios de salud mental. Las crisis en la adopción y el fenómeno de la ruptura de la convivencia suelen darse mayoritariamente al inicio de la preadolescencia (Paniagua, Palacios y Jiménez-Morago, 2019). Asimismo, el alejamiento familiar y el reingreso de esta población adoptada en el acogimiento residencial pueden implicar, dentro del escenario de la postadopción, una intervención intensiva de carácter socioterapéutico vinculada a la tríada familia-menor de edad-red profesional en cuanto a la permanencia relacional discontinua o discontinuidad en adopción (Evan B. Donaldson 2004; Rushton, 2004; Smith, 2014; Rolock, 2015).

El tránsito interrumpido en la convivencia familiar bien con la familia de origen, con la familia por adopción o con la familia institucional, puede desorganizar el sistema de apego, alterar el desarrollo armónico e integral de la personalidad e incidir de manera disfuncional, en mayor o menor medida, en variables asociadas a nivel personal, familiar, ambiental e incluso profesional. La transición de la adopción al acogimiento residencial resulta un periodo de enlace sensible por su acomodación, acumulación de cambios imprevisibles, experiencias de fracaso y rupturas de contacto de cara a la estabilidad emocional, identitaria, relacional y jurídica de las personas menores de edad (Brodzinsky y Smith, 2019). Sin olvidar cómo afecta a la elaboración de una narrativa coherente sobre su historia vital, al enfoque de derechos (adopción abierta, acceso a los orígenes e identidad, etc.) y al nivel de bienestar, satisfacción, calidad de vida, autonomía y tránsito a la vida adulta.

La vida en las instituciones es un factor de riesgo para el apego inseguro y desorganizado, siendo los menores institucionalizados en edades tempranas los que presentan mayores tasas de desorganización

(Lionetti, Pastore y Barone, 2015). Ahora bien, el acogimiento residencial no se convierte en una experiencia negativa y estática para todas aquellas personas menores de edad que lo han necesitado. De hecho, existen estudios que muestran una valoración positiva por parte de los propios menores, aunque empeora si aumenta su tiempo de estancia (Bravo y Fernández del Valle, 2001; Cabrera, 2007). Esta conclusión remarca lo importante de acotar y temporalizar las intervenciones, metodologías y espacios residenciales a las nuevas realidades y necesidades emergentes, especialmente, cuando se rupturizan o se interrumpen las relaciones familiares o de crianza adoptiva.

3. Adolescencia, música y musicoterapia

A lo largo de este proceso de transición crucial de cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales, se va consolidando la identidad personal, sexual y relacional de la persona menor de edad, influida por las historias afectivas familiares, ambientales y por los aprendizajes realizados a lo largo de la vida. El vínculo de apego familiar biológico o por adopción sigue siendo de gran importancia, aunque al inicio de la pubertad se produzca la separación de los modelos parentales y se inicie el acercamiento hacia el grupo de iguales (López Sánchez, 2015; Palacios, 2017). Para algunos adolescentes que carecen de experiencias de buen trato (Barudy y Dantagnan, 2005), puede resultar complejo poner en palabras su mundo interior, puesto que los sentimientos pueden estar bloqueados, preparados para sobrevivir en modo de defensa o disociación, con dificultades para mentalizar en su propio estado y el de los demás. De hecho, la intervención psicológica actual y el tratamiento del trauma (Janet, 1889) siguen siendo un reto para los terapeutas, los adolescentes y las familias (Gonzalo Marrodán, 2010; 2015; Palacios, 2019).

Mediante la musicoterapia, la música puede abordar el trauma de un modo no invasivo, activo y receptivo, ofreciendo herramientas y técnicas de afrontamiento, que favorecen resignificar experiencias, reducir síntomas, identificar disparadores, ajustar comportamientos sociales y, en definitiva, promover bienestar y calidad de vida en las personas (Kern, 2011). El poder de la música en el abordaje terapéutico viene dado por la influencia que ejerce en los seres humanos, siendo utilizada para satisfacer las necesidades emocionales, cognitivas y sociales a lo largo del ciclo vital, independientemente de la edad, cultura o nivel social (North, Hargreaves y O'Neill, 2000). La naturaleza no verbal de la música facilita la comunicación y la expresión, presentándose como una herramienta valiosa y de gran utilidad para el tratamiento de una amplia realidad de problemáticas. Una alternativa en la confección del vínculo terapéutico de seguridad y en la promoción de la satisfacción vital, además de la salud física y mental de las personas (Andrade, 2005).

En la etapa adolescente, la música se convierte en un canal de comunicación que habla directamente de las emociones. Wells y Hakanen (1991) sostienen que las letras de las canciones que escuchan reflejan la intensidad emocional que viven en su vida cotidiana. Además, identifican diversos beneficios en la música, como una forma de relajación y escape de la realidad, contacto con uno mismo, pensamiento creativo, conexión con las experiencias personales, acceso al inconsciente y herramienta para comunicarse con los demás (McFerran, Roberts y O'Grady, 2010). Múltiples utilidades que tienen que ver con lo que sucede en el cuerpo humano al escuchar o ejecutar música. A diferencia de otras actividades, que ponen en funcionamiento únicamente zonas específicas del cerebro, la música lo estimula por completo (Sáez, 2010; Mosquera, 2013), involucrando características neuroanatómicas y fisiológicas (Limb y Braun, 2008), promoviendo la plasticidad neuronal que permite modelar aquellas redes neuronales que pueden estar comprometidas (Sihvonen *et al.*, 2017). Así, el hecho musical regula las funciones cerebrales, circulatorias, respiratorias, nerviosas, etc.; favorece la relajación a través de la secreción de péptidos y endorfinas que actúan en el sistema nervioso central y periférico; modula los niveles de dopamina y serotonina encargados de las funciones motoras, del comportamiento, de la cognición, de los estados de ánimo y del sueño; y estimula el equilibrio, la coordinación y la propia conciencia del cuerpo y del espacio, mejorando el tono muscular cuando se acompaña de movimiento (Yáñez, 2011).

En lo referido a la intervención con adolescentes, se han observado avances en el área afectivo-emocional, social, cognitiva y de la comunicación. A nivel afectivo-emocional, la musicoterapia disminuye la tensión, la agresividad y la ansiedad, aporta seguridad y produce un aumento de la tolerancia a la frustración (Layman, Hussey y Laing, 2002). Además, la terapia musical en grupo permite a las personas valorar no solo su música, sino también la de los otros, al mismo tiempo que sienten que son escuchadas, evocando experiencias emocionales conectadas con sus historias vinculares, experimentando intercambios no verbales entre sus miembros y compartiendo sentimientos que favorecen el autoconocimiento y la conciencia de los sentimientos de los demás (Garaigordobil, 1998; Rickson y Watkins, 2003; Chen *et al.*, 2014; Padilla *et al.*, 2017; Porter *et al.*, 2017). En este sentido, McFerran, Roberts y O'Grady (2010) apuntan que los adolescentes tienden a sentirse mejor si tienen oportunidades de expresar su pérdida de manera creativa junto con sus iguales, permitiendo que se libere la energía reprimida asociada a su dolor en la participación musical. Esto se produce cuando se ha logrado la sensación de seguridad y comunidad en el grupo, siendo la pérdida de cada uno de ellos aceptada por el conjunto, aumentando la cohesión del grupo y desarrollándose vínculos entre sus miembros que les ayudarán a fortalecer la motivación hacia el cambio y el aprovechamiento del proceso terapéutico (Zahonero, 2007; Fernández-Batanero y Cardoso, 2016).

En el área social, la musicoterapia aporta una experiencia estructurada, fomentando la autorregulación y ofreciendo experiencias de interrelación, disminuyendo así las conductas inadecuadas, aumentando la conciencia social, la cooperación, las conductas prosociales y la cohesión social (Zahonero, 2007; Benedito, 2010). Rickson y Watkins (2003) señalan que en los menores con déficit de atención severos dicha terapia ayuda al desarrollo de relaciones positivas con sus iguales, resultando efectiva para la detección y prevención de adicciones, así como para la reducción de conductas hostiles. Se observan mejoras cognitivas, ya que favorece el incremento de la atención, el aprendizaje y la memoria, estimulando la imaginación y la motivación (Layman, Hussey y Laing, 2002; Gold, Voracek y Wigram, 2004; Benedito, 2010).

Por último, en el área de la comunicación, la terapia musical aumenta la capacidad de expresión y desarrolla habilidades comunicativas y de creatividad. Estos aspectos se pueden ver multiplicados cuando se trata de trabajo grupal, puesto que favorece la interacción entre los miembros del grupo, la verbalización de ideas y la aceptación de las ideas de los otros. Todo ello aporta oportunidades afectivas mutuas, crea empatía entre sus miembros y mejora el autoconcepto y la autoestima (Garaigordobil, 1998; Benedito, 2010; Tomlinson, Derrington y Oldfield, 2012; López Sánchez, 2015; Porter *et al.*, 2017).

4. Improvisación musical clínica y cohesión grupal

La improvisación clínica es considerada como una combinación de sonidos creados por una persona o grupo de personas en un entorno de seguridad, de acuerdo con un marco de actuación y un modelo concreto, en el que la figura del musicoterapeuta acepta la música o sonidos de las personas, ya sea en la propia ejecución espontánea o en cualquier otra técnica o dinámica que se emplee, puesto que la creación musical clínica no busca un objetivo estético sino terapéutico (Bruscia, 1997; 2010; Wigram, 2005). De hecho, el acto creativo improvisado, no planeado ni ensayado, obtiene según el método Orff (1930) una representación cortical en el área de procesamiento de la información, donde se alojan la motivación y el lenguaje pre y postverbal, afirmando que, en el acto de improvisación, participan pocas acciones conscientes y un número considerable de acciones inconscientes, convirtiéndose en improvisación motriz, gestual, verbal y lingüística no codificada (Díaz, Martínez y Revelo, 2011). A su vez, Jauset (2014) y Punkanen (2011) concluyen que en la aplicación de la improvisación se integra lo corporal, lo emocional, lo social y los diferentes niveles cognitivos al unísono. Esta producción musical creada conecta de manera directa con las emociones y los recuerdos, pudiendo acceder a partes no conscientes amenazantes y dolorosas, y posibilitando su acercamiento hacia la

transformación o el cambio (Swallow, 2002). De este modo, la improvisación clínica, a modo de objeto transicional (Winnicott, 1994), ofrece, de una manera respetuosa hacia la persona, una herramienta creativa e indirecta para el alcance y la expresión de sentimientos más profundos con el terapeuta o con el terapeuta y el grupo. También puede simbolizar un medio para representar sensaciones, ideas, imágenes, fantasías, recuerdos o situaciones relacionales intra e interpersonales dentro del grupo, que puede revelar material no-consciente para actuarlo y a partir de ahí, favorecer habilidades relacionales, creativas, perceptuales y cognitivas (Hiller, 2009; Punkanen, 2011).

De esta manera, cada sonido producido por la persona expresa algo acerca de ella, refleja y proyecta cómo organiza sus mundos internos y externos; y favorece, a través de diferentes técnicas de creación y expresión, aproximar directa y/o indirectamente el evento traumático del pasado, los tránsitos y/o las rupturas acumuladas (Amir, 2004). En este sentido, no deja de ser una alternativa que permite explorar, expresar libremente y escuchar a los demás de manera simultánea, entrenar la presintonización emocional de los sentimientos positivos y negativos, así como de posibles imágenes, *flashbacks* o recuerdos “agarrados” a acontecimientos vitales acumulativos dolorosos, más allá del uso de la palabra (Ansdell, 1990; McFerran-Skewes, 2003; McFerran, 2010; Chen *et al.*, 2014). Todo ello favorece la liberación de carga emocional mediante un proceso de expresión no verbal, construyendo una alternativa optimista hacia nuevas líneas futuras de trabajo terapéutico (Pérez-Vich, 2008; McFerran, 2010).

El uso de la terapia grupal con adolescentes es relevante por la importancia que adquiere la identificación, la pertenencia al grupo y la socialización. La interacción entre sus miembros permite descentralizar la atención en uno mismo y el estilo de trabajo terapéutico ayuda a generar un clima grupal, aportando un campo interpersonal mayor en el que cada miembro aporta elementos psicoterapéuticos a los demás y en el que cada uno recibe del conjunto (Vinogradov y Yalom, 1996). También promueve la comunicación del grupo a través de la escucha activa y de la comunicación asertiva, desarrolla las relaciones de ayuda y de cooperación, y puede ser una oportunidad para la proyección, el acompañamiento y la familiarización de técnicas de resolución de conflictos (Torrás de Beá, 1996; Garaigordobil, 1998; Rodríguez Díaz, 2006; Zahonero, 2007). Asimismo, Pavlosky (1987) considera que, aunque no puede ser sustitutiva de la terapia individual, en todo tratamiento psicoterapéutico con niños, niñas o adolescentes, debería incluirse alguna experiencia grupal. Este aspecto resulta interesante en cuanto al éxito de determinadas iniciativas terapéuticas de abordaje grupal con relación a las familias adoptivas y a sus hijos e hijas, sobre todo, a la hora de aproximarse a cuestiones identitarias, experiencias artístico-

creativas, conflictos, preocupaciones comunes y encuentros o intercambios (Betts, 2003; Fernández Rivas *et al.*, 2014; Berástegui, 2017; Jeannin, 2018; Palacios, 2019).

La cohesión de grupo es un primer paso para conseguir otros objetivos terapéuticos (Yalom y Leszcz, 2005). Resulta interesante aproximar la cohesión grupal ante los problemas conductuales, las dificultades para trabajar en equipo, la desconfianza en los demás, los bajos niveles de empatía y los inconvenientes para implicarse en las relaciones afectivas con distancia emocional de los otros. Todo ello como resultado de haber podido experimentar numerosas pérdidas a lo largo de la vida, que no han sido elaboradas como para poder expresar sentimientos, regularse emocionalmente e incluso haber desarrollado estrategias de evitación y supervivencia, complicando el acceso a ellos (Díaz Atienza y Blánquez, 2004; Berástegui, 2005; Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013).

En este sentido, para alcanzar esta cohesión es necesario proporcionar seguridad y apoyo al grupo, que permita que se pueda confiar y se puedan desplegar los mecanismos de defensa para poder poner a prueba y experimentar un sentimiento de pertenencia, estimular la lealtad, el compromiso entre los miembros del grupo, la complicidad en las relaciones, el desarrollo de las tareas y la responsabilidad individual y colectiva con relación al grupo. Estos factores favorecen el desarrollo de relaciones de ayuda mutua, colaboración, apoyo, solución de problemas y afrontamiento de conflictos intragrupal (Alzate *et al.*, 1997; Sawyer, 1999; Campos Vidal, 2000; Vivas, Rojas y Torras, 2009; Parra-Ramajo, 2012). Así, tanto la conexión emocional del grupo como la experiencia de su efectividad contribuyen al desarrollo de la cohesión, la cual se representa de manera más clara en los procesos no verbales (Yalom y Leszcz, 2005), puesto que el grupo experimenta y se expresa de manera espontánea y sin preparación, obteniendo como resultado creaciones musicales que surgen de las acciones de cada uno, se unifican y funcionan conjuntamente. No existen expectativas respecto a la música; lo fundamental son las fluctuaciones y los cambios que van surgiendo, la manera en la que se escuchan entre ellos, el modo en el que crean musicalmente, colaboran con el grupo y llegan a acuerdos para resolver los posibles conflictos (Peralta, 2011).

5. Objetivos

Esta propuesta experimental de musicoterapia en grupo explora y se acerca a la realidad grupal e individual de cinco adolescentes que conviven en un centro de acogida. Una propuesta abierta, con una metodología adaptada y una técnica flexible para unir música, emociones e improvisación, y así poder observar los procesos de tránsito de la regulación interpersonal a la intrapersonal en la conexión con

la música, con ellos mismos y con los demás. Los objetivos directos e indirectos de esta propuesta de terapia musical son los siguientes:

- Desarrollar la cohesión grupal y trabajar en afianzar el vínculo terapeuta-grupo, así como el vínculo entre los miembros de dicho grupo.
- Promover las habilidades sociales y el aprendizaje emocional.
- Presintonizar emocionalmente y favorecer la expresión, verbalización y comunicación.
- Aumentar la autoestima y el respeto a los demás.
- Reducir conductas agresivas y mejorar el autocontrol y la impulsividad.
- Ayudar a descubrir las habilidades y potencialidades del grupo y de cada individuo en particular.

6. Metodología

Esta intervención toma como punto de partida las necesidades y características de cinco adolescentes y adapta una metodología concreta al espacio terapéutico, a la propia técnica, a la terapeuta, al grupo y a su contexto (Perkins y Graham-Bermann, 2012). La improvisación musical clínica, de tipo libre y/o referencial, es la técnica utilizada de manera mayoritaria en este trabajo, el cual también se apoya en herramientas técnicas como la creación de canciones o *songwriting*, el movimiento, la pintura o los procesos de reflexión y silencio. Un enfoque ecléctico de la musicoterapia conformado por técnicas y dinámicas diversas de los distintos modelos teórico-prácticos (Arnason, 2002; Gold, Voracek y Wigram, 2004). Las técnicas experimentadas en esta propuesta son activas y/o receptivas, es decir, de participación real y creación musical, así como de escucha musical y respuesta a la experiencia de manera silenciosa, verbal o de otro modo (Bruscia, 1997; Grocke y Wigram 2008).

El objetivo de la creación musical espontánea grupal es proyectarse al exterior a través de la música y de los instrumentos, incluso modularse con relación a un tema, una idea, una emoción, etc. De hecho, escuchar a lo largo de las sesiones la música, al grupo, al terapeuta o de manera individual la música que hace otro, puede implicar procesos de reflexión, improvisación, reactividad y silencio. La música que surge puede ser una expresión de la identidad, personalidad y carácter de cada uno de los miembros, es decir, como una creación del ser humano, que le permite verse a sí mismo en la música que produce y explorar aspectos inconscientes o conscientes sobre sentimientos, acontecimientos y relaciones específicas (Wigram, Nygaard y Ole, 2005; Bruscia, 2010). De ahí que la improvisación musical clínica puede convertirse en el punto de partida para aproximarse a síntomas, resistencias, bloqueos o problemas terapéuticos.

La historia sonora de cada miembro del grupo es relevante en esta intervención, ya que aporta mucha información sobre los gustos musicales y sonidos que producen rechazo, así como recuerdos que resuenan con determinadas músicas, instrumentos, melodías y voces. Además, la escucha consciente de una canción relacionada con su identidad sonora y la posterior reflexión de la letra se convierte en una gran herramienta cuando existen dificultades para poner en palabras la realidad que viven o cómo se sienten (Montánchez y Orellana, 2015). La creación de canciones, o *songwriting* grupal, bien sea modificando la letra de una canción ya compuesta o con la creación íntegra, ayuda en la estimulación, relajación, soporte y seguridad, facilitando el contacto con los procesos de pensamiento inconsciente, la proyección de sentimientos en la música y el ensayo de habilidades sociales para el trabajo en equipo (Baker y Wigram, 2005; Schapira *et al.*, 2007).

Esta propuesta experimental no aborda un análisis exhaustivo de la música, ni la elección instrumental de los miembros del grupo. Se centra en el análisis de la cohesión grupal y de la sincronía musical en las diferentes improvisaciones, de acuerdo con el criterio e interpretación técnica del musicoterapeuta para su identificación, reconocimiento y selección. El cuerpo de las investigaciones coincide en señalar lo complejo y enriquecedor que consiste aproximarse a objetivar el fenómeno de la cohesión grupal, puesto que son escasos los estudios que presentan metodologías y técnicas para su medición y generalización de resultados (Kaplan y Sadock, 1993, cit. en Kaser, 1993; Hakes, 1996; Skewes, 2001; Yalom y Leszcz, 2005).

Desde lo musical, esta investigación explora la premisa de que la cohesión grupal sucede cuando el grupo trabaja de manera conjunta bien activa o receptivamente en las diferentes improvisaciones (Kaplan y Sadock, 1993, cit. en Kaser, 1993). Esta cohesión de grupo se mide a través de la sincronía musical, es decir, de la concurrencia simultánea de sonidos, movimientos o acciones, que suceden en un marco temporal a partir de un patrón rítmico conjunto (Malbrán, 2007). Esto se representa a través de elementos musicales como la pulsación, el ritmo, el tempo, las dinámicas, el movimiento, el silencio, los reflejos musicales entre cada uno de los miembros, y cuando el grupo es capaz de finalizar la música conjuntamente. Destaca la pulsación como un elemento que proporciona seguridad y estabilidad a la música y al grupo. Además, sirve como apoyo y contención para poder ir construyendo y sincronizando otros elementos musicales, que confluyen en la improvisación y permiten conectarse con la experiencia, para ir desarrollando el diálogo musical y las relaciones grupales (Lee, 2000; Schögler, 2003; Bruscia, 2010).

Lograr este pulso común supone que cada miembro no está escuchando solo su propia música, sino también la del conjunto para tratar de adaptarse

a ella. La estructura de la obra que el grupo va creando de manera conjunta otorga un comienzo, un desarrollo y un final. Cada propuesta rítmica, melódica, dinámica o de tempo realizada por algún miembro del grupo es recogida y desarrollada por el propio grupo. La duración de las improvisaciones y la cantidad de estas por sesión cuantifica la conexión que tiene el grupo con los compañeros y con la música. Por lo tanto, para que todo ello suceda resulta fundamental un alto nivel de escucha del grupo, de atención y de capacidad para asimilar los cambios, imprevistos o dificultades.

La recogida de la información a lo largo del proyecto se realiza a través de la grabación en audio de las sesiones², junto con el diario de sesión, las impresiones del terapeuta y las creaciones e improvisaciones musicales grupales e individuales. El análisis metodológico de la información es mixto, combinando criterios cuantitativos y cualitativos, ya que estudia comparativamente la duración, la cantidad de las improvisaciones musicales grupales por sesión, su evolución y la sincronía musical, además del registro de los comentarios de cada adolescente y las observaciones del musicoterapeuta en los siguientes ámbitos educativos: motor, emocional, cognitivo, comunicativo, social y musical (Del Barrio, Sabbatella y Brotons, 2019). Por último, y no menos importante para llevar adelante el proceso de intervención, está la acomodación de esta propuesta experimental al día a día de un centro de protección de menores, a las familias, a sus hijos e hijas y al conjunto de profesionales y equipos intervinientes de la red: comunicación, presentación del proyecto y objetivos, consentimientos informados, protocolos de confidencialidad de las familias tutores-legales y adolescentes, coordinación, supervisión técnica, análisis de las creaciones musicales y aportaciones. Esta iniciativa se presenta a los miembros del grupo como una oportunidad para conocer mejor al grupo y a ellos mismos y experimentar a través de la música, más allá de hacer hincapié en “psicologizar” o “terapeutizar” la propuesta experimental (Ferrandis, 2017).

En este sentido, antes y después de cada sesión semanal el grupo es acompañado por la figura de un educador/a social del hogar de acogida hasta el espacio de musicoterapia. Además, la figura técnica del musicoterapeuta ejerce un rol facilitador, sensible, reforzador, empático y seguro hacia el grupo, las personas implicadas, el espacio terapéutico, las sesiones y el *setting* de instrumentos. Esto conlleva una comunicación clara, sencilla y predecible con relación a la coordinación, estructura de las sesiones, inicio, duración, planificación y despedida o cierre hacia el grupo de adolescentes, familias y profesionales. La figura del terapeuta musical pondera al inicio un manejo moderado hacia la conversación, facilitando el acercamiento y la exploración del grupo hacia la

improvisación musical mediante un rol segurizante, sintonizado, paciente y perseverante (Bruscia, 2010).

7. Descripción del caso clínico

7.1. El grupo de adolescentes

Este proyecto se dirige a un grupo de familias adoptivas con hijas e hijos en el sistema de protección de menores de Bizkaia, a través de la delegación de la guarda. La propuesta de intervención cuenta con la aceptación, interés y autorización de las familias como tutores legales, el Servicio de Infancia perteneciente a Diputación Foral de Bizkaia, Fundación Amigó, la musicoterapeuta formada en el Instituto Música, Arte y Proceso y los adolescentes. El grupo lo forman una chica y cuatro chicos con edades comprendidas entre los 16 y los 17 años. De la adopción nacional proceden dos varones y el resto de la adopción internacional. Residen en un mismo hogar de acogida específica para adolescentes con problemas de vinculación y con experiencias de ruptura de adopción. Además, presentan inestabilidad en la relación familiar antes de la preadolescencia, ingresos puntuales en psiquiatría infanto-juvenil, interconsulta psiquiátrica, seguimiento farmacológico y discontinuidad en el tratamiento psicológico habitual.

Participan de las sesiones sin necesidad de tener conocimientos previos de música o manejo de instrumentos musicales. Cada participante solicita recibir información de los resultados y acepta que se puedan utilizar las creaciones musicales improvisadas con fines formativos y de investigación. Al finalizar la intervención, cada participante recibe un *pendrive* con las diferentes improvisaciones realizadas. Se establece la posibilidad de acceder a una selección de estas a través de un acceso codificado a un sitio web, previa solicitud y justificación a los autores de este artículo. Por tanto, se garantiza el tratamiento respetuoso de dicha información, la confidencialidad, la preservación de la intimidad y la ética en la intervención, junto con el adecuado tratamiento, codificado y uso profesional de dichas creaciones artísticas improvisadas.

7.2. Temporalización, ‘setting’ y espacio de trabajo

Entre los meses de enero y junio de 2018 se desarrollan un total de veinte sesiones con una hora de duración semanal, en un espacio normalizado de uso público integrado en la comunidad, diferente del hogar de acogida y reservado para esta finalidad. El grupo viene acompañado de un educador/a social del hogar de acogida tanto al inicio como al final de las sesiones, que se realizan entre los adolescentes y la musicoterapeuta.

El *setting* de instrumentos está compuesto por un piano digital, un xilófono alto, un xilófono soprano, cuatro baquetas, una guitarra española, tres djembes,

² Las sesiones 3 y 7 no se grabaron por problemas técnicos, aunque sí fueron descritas en el diario de sesión.

unas cajas flamencas, dos panderos, dos panderetas, dos sonajas, un agogó, una cabasa, unas claves, dos güiros, dos triángulos y cinco maracas. Dos alfombras delimitan el *setting* de instrumentos y alrededor de estas las sillas para cada miembro del grupo. Un total de siete sillas, dos dispuestas en el piano y las cinco restantes rodeando el *setting*. Se incluyen materiales fungibles como: folios, cartulinas, pinturas, rotuladores, ceras, etc., además de un altavoz digital para reproducir música y una grabadora de audio para registrar las sesiones. La sala donde se realizan las sesiones es amplia, con ventanales abiertos a zona verde, con gran cantidad de luz exterior y un cuarto de baño cercano. No se perciben sonidos que perturben el espacio terapéutico.

7.3. Proceso terapéutico

7.3.1. Fases del proceso por sesiones

Tras la intervención, revisión y posterior análisis, surgen varias fases resultantes del proceso de intervención en su conjunto. Con relación a las sesiones, la mayoría transcurren en tres partes diferenciadas, con caldeoamiento de inicio, desarrollo y despedida o cierre. Con respecto a las fases del proceso, la fase de valoración agrupa las seis primeras sesiones, lleva por título “Acercándonos a lo desconocido” y está basado en una reflexión de Rothenberg sobre el uso de la técnica de la improvisación con adolescentes: “[...] the improvisation is about stepping into the unknown” (McFerran, 2010: 166). La segunda fase comprende un total de once sesiones (de la 7 a la 17, ambas incluidas) y entra de lleno en la terapia a través de la música. En esta fase, “Las heridas gritan” recuerda la obra de la autora Cathy Caruth (1996: 4) a propósito del trauma y la herida que no deja de gritar en silencio. Por último, “Colocando las despedidas” es la fase que engloba las tres últimas sesiones (de la 18 a la 20).

Para la descripción del proceso terapéutico se tienen en cuenta aspectos propios del análisis de las sesiones con relación al inicio del proceso, las creaciones musicales, la asistencia, la duración, la estructura de cada sesión, las incidencias y su progresión, además de una parte cualitativa con testimonios de los miembros del grupo en sesión. También son relevantes las valoraciones de la musicoterapeuta en el diario de sesión. Por último, la evaluación de los resultados analiza de una manera más cuantitativa la información sobre la producción de las improvisaciones, cantidad, duración, cohesión de grupo y sincronía musical.

7.3.2. Descripción del proceso terapéutico

FASE DE VALORACIÓN. “ACERCÁNDONOS A LO DESCONOCIDO” (SESIONES 1-6)

Esta fase de inicio contempla seis sesiones, a pesar de que Bruscia (2010) recomienda un margen

comprendido entre dos y cuatro sesiones para este periodo de valoración inicial. La primera y la tercera sesión resultan ser sustancialmente significativas con relación a los primeros pasos y dinámicas. En esta fase la asistencia por parte de los miembros del grupo es regular y puntual, excepto en la quinta sesión, en la que no acuden tres integrantes (S1, S2 y S4).

Primera Sesión: “¡Vete con la música a otra parte, pero quédate!”

El grupo entra por primera vez en el espacio terapéutico como si se tratara de una carrera de obstáculos. Se apresuran por coger los instrumentos, acercarse a ellos y tocarlos compulsivamente sin parar de moverse, gritar y fantasear sobre cómo se tocan. Una puesta en escena donde las voces, los insultos, la falta de diálogos y las interrupciones muestran quién toca más fuerte por encima del resto. En resumen, una serie de conductas evitativas y ambivalentes, en forma de mensajes de rechazo y aceptación hacia el inicio de este proceso de intervención.

S4: “¿La puedo coger?” [refiriéndose a la guitarra].

MTA³: “S!”.

S4: “¡Buah..., chaval, es mi vida la guitarra!”.

S1: “¿Se puede el piano?”.

S2: “¿Yo esto?” [refiriéndose al djembe].

S5: “¡No me gusta tocar instrumentos!”

[a continuación, coge uno y explica a sus compañeros cómo se toca].

Cuando la terapeuta musical encuentra el espacio para intervenir, traslada que estos encuentros son una oportunidad para conocerse a través de la música y sugiere qué se puede realizar en las siguientes sesiones. Las primeras ideas y comentarios surgen de S2, S3 y S4 sobre la posibilidad de hacer una canción y tocarla juntos, mientras que S1 y S5 discuten entre ellos con comentarios ofensivos. La musicoterapeuta recoge las primeras frases y palabras del grupo y las traslada a lo musical desde el piano. A partir de aquí surge un tarareo, un leve tocar de los instrumentos e incluso un posible título para la canción.

En el cierre de la sesión se inicia la primera improvisación espontánea, con una duración de 1 minuto y 51 segundos. Resulta desordenada, de tempo agitado y con predominio rítmico. A lo largo de la sesión y durante la improvisación musical libre, cada uno de los miembros del grupo habla permanentemente por encima de la música. Sin embargo, todo el grupo participa en lo musical con diferentes instrumentos, excepto S5, que se introduce en la creación, en primer lugar por medio de percusión corporal y de silbidos, y finalmente

³ Se utiliza la forma abreviada MTA para referirse a la musicoterapeuta.

hace uso de uno de los instrumentos del *setting*. Tras la música, se entrega una hoja para que puedan plasmar cómo se han sentido durante la sesión o cómo se sienten en ese momento, pudiendo utilizar una frase, una palabra o un dibujo. Cada uno de ellos tiene un mensaje:

- S5: "... con vergüenza de mí".
 S2: "... a gusto y feliz".
 S3: "... luchar por los sueños".
 S1: "... me siento libre como un pájaro".
 S4: "... me gusta la música y mi vida depende a veces de ello".

Tercera Sesión: "Hasta cierto punto, la música ya no es mía, es tuya"

El grupo entra en sesión y se les pregunta cómo ha ido la semana. Cada uno de ellos cuenta su semana, pero el grupo se centra en S2, que está muy triste. La musicoterapeuta propone trasladar a lo musical lo que ha verbalizado S2.

- S3: "... yo creo que es mejor que no hagamos música de eso, porque te vas a poner peor y vas a estar jodido".
 S2: "... ya, pero me apetece hacerlo".

Durante la improvisación, que dura aproximadamente 8 minutos, hay muchas miradas entre ellos. S1 toca el piano, S2 la guitarra, S3 el djembe, S4 y S5 no tocan, están en silencio. La terapeuta musical toca el pandero. El silencio de S4 y S5 está presente en la improvisación de tempo tranquilo y con predominio melódico. Buscan cierta conexión entre ellos y la música representa cómo el grupo va tomando decisiones, por ejemplo, el final conjunto de la obra. Además, esta conexión se representa también con un largo silencio al final de la improvisación, que es interrumpido por uno de ellos:

- S4: "¡Buah!, ¡Qué pasada! ¡Qué bonito!".
 S3: "¿Cómo estás?" [le pregunta a S2].
 S2: "... bien, me ha gustado mucho... no pensaba que pudiese llorar".

Antes de terminar la sesión, S1, de manera voluntaria, trae preparada una canción de su historia sonora, "Yo te extrañaré" (Tercer Cielo, 2008), y plantea compartirla y escucharla con los compañeros. Durante la escucha, el grupo se muestra unido, se miran y buscan el contacto físico a modo de abrazo. S1, S2 y S4 se emocionan. Por último, al igual que en la primera sesión, se propone trasladar al papel, a través del dibujo o de una palabra, lo que les ha evocado la escucha. La musicoterapeuta despide el encuentro recordando la canción de la primera sesión con la guitarra, a lo que el grupo acompaña cantando.

PERIODO DE TERAPIA. "LAS HERIDAS GRITAN" (SESIONES 7-17)

A lo largo de este periodo, la música que surge del grupo comienza a ser sincronizada, es decir, empiezan a trabajar poco a poco en equipo. En esta fase todo el grupo acude a las sesiones, excepto en la sesión 8 (a la que no acude S5), la sesión 9 (no acude S4), la sesión 10 (no acude S1), la sesión 12 (no acude S4) y la 16 (no acude S5). Es decir, de once sesiones que agrupan esta segunda fase, en seis están todos y en las otras cinco restantes falta un integrante del grupo. Las sesiones que destacamos de esta fase son la 9, 12 y 16.

Novena sesión: "La música cuenta lo que guardan mis palabras"

Tras el saludo inicial, los participantes cogen los instrumentos y comienzan a tocar. Están todos menos S4. La terapeuta musical hace lo mismo y da comienzo una improvisación que tiene una duración de 21 minutos. S1 y S2 tocan el piano, S2 usa también las maracas y casi al final el djembe. S3 toca su trompeta y más tarde el triángulo. S5 no toca y la musicoterapeuta utiliza el djembe y después la guitarra. S5 se muestra cabizbajo y mira al suelo en silencio a lo largo de la creación. La terapeuta musical dirige la improvisación hacia una música que refleja el estado emocional de S5. Se sienta a su lado y con la guitarra comienza a reflejarlo musicalmente. El grupo, de manera no verbal, a través de las miradas, capta la intención y se une para reflejar a S5. Es música en la que predomina lo melódico-armónico frente a lo rítmico, en una envoltura en modo menor, con un tempo tranquilo y con una conexión entre el grupo que se manifiesta a través de las miradas, imitaciones, diálogos musicales y en la finalización conjunta de la obra. Tras esta improvisación se hace un silencio con una duración de 35 segundos. A continuación, S2 llama por su nombre a S5 interesándose por ver cómo está. Las intervenciones verbales después de la improvisación son tranquilas, se escuchan entre ellos y su tono de voz es relajado.

- S2: "... a mí se me han quedado ganas de más...".
 S1: "... a mí también".

S3 propone expresar de manera individual y a través de la música cómo se sienten. Este empieza a improvisar con la trompeta y, después, habla sobre una decisión que tiene que tomar con respecto a su familia. Se abre un debate en el que se escuchan atentamente unos a otros. S1 y S2 deciden hacer la improvisación de manera conjunta. S1 en el piano y S2 en la guitarra, sentados juntos. S5 no quiere tocar instrumentos, prefiere escuchar. La musicoterapeuta propone una dinámica de improvisación para sostener a S5 y anima a este a que se una al grupo si le apetece. Le parece bien la propuesta. La dinámica consiste en que S5 se coloca en el centro de un círculo, con los ojos cerrados y

rodeado de sus compañeros. Se le pregunta a S5 qué le apetece escuchar, y responde que algo tranquilo. La improvisación grupal tiene una duración de 5 minutos y 49 segundos con una música íntima y muy conectada. Predomina lo melódico-armónico y se producen diálogos musicales entre los miembros del grupo. S1 toca el piano junto con la terapeuta. Esta toca en el registro grave y S1 en el agudo. S2 usa la guitarra. S3 en esta ocasión permanece en silencio junto con S5.

Duodécima sesión: “Cuando la música te alcanza, no sientes dolor”

El grupo entra en sesión y están todos menos S4. Resulta una sesión muy musical, con un total de cuatro improvisaciones. La primera tiene una duración de 5 minutos. A lo largo de la improvisación se producen varios cambios de instrumentos por parte del grupo, excepto S3, que no toca ningún instrumento y se mantiene en silencio. La música en esta primera creación tiene predominio rítmico, de tempo agitado, no está del todo conectada, algunos hablan por encima de la música.

En la segunda improvisación, de 4 minutos y 40 segundos, se comienza de manera desorganizada, poco a poco se sincronizan y tocan más conectados. Es una música con predominio melódico y de tempo tranquilo al principio, que modula a una música más rítmica y de tempo más animado. En este caso S1 toca el djembe, S2 el piano, S3 de nuevo no toca y S5 usa el piano y las sonajas. Por último, la musicoterapeuta utiliza la guitarra y el djembe. Tras la música cuentan individualmente cómo están. S3 no quiere hablar, a pesar de que normalmente se muestra muy participativo.

Comienza una tercera improvisación de 14 minutos y 44 segundos, muy rítmica, conectada y de tempo agitado. Al ser una creación muy rítmica, en ocasiones se desordena ligeramente cuando se introduce un nuevo motivo rítmico, pero después se conecta. Hay alegría, S1 toca el piano, S2 utiliza el djembe, S3 toca la trompeta y el djembe; S5, que no suele utilizar instrumentos, toca el djembe, el triángulo, la pandereta y hace percusión corporal con palmas. La musicoterapeuta utiliza la guitarra y el djembe. En un momento dado, S5 se pone a bailar mientras toca las sonajas y S2 le acompaña en el movimiento.

Al terminar la improvisación se muestran enérgicos y contentos. S1 pide tocar “Hallelujah” (Cohen, 1984), canción que había traído S2 la semana anterior. Se toca la canción y se enlaza una última improvisación con una duración de 10 minutos en la que S1 toca el piano junto con la musicoterapeuta, S2 la guitarra, S3 el xilófono y S5 las sonajas y el djembe. La terapeuta introduce la voz y le acompañan también S1 y S2. La música de tempo tranquilo tiene predominio melódico-rítmico con un fondo armónico que realizan el piano y la guitarra; se crea una envoltura sonora

tonal que oscila entre el modo mayor y el menor y en la que el grupo va moviéndose conjuntamente por diferentes dinámicas desde *piano* hasta *forte*. Después, S3 trae preparada una canción de su historia sonora y se escucha en grupo —“Ahora lloras tu” (Mena, ft. CNCO, 2017)—. Bailan la canción de manera conjunta, comentan la coreografía que han hecho y bromean entre ellos. A continuación, realizan entre todos la reflexión sobre la letra.

Para cerrar la sesión, S3 quiere hacer una improvisación para S1. Cada uno de los miembros del grupo confirma que S1 ha recibido esta semana una desafortunada noticia, ya que va a ser trasladado a otro centro dentro de unos meses. S1 ha solicitado poder participar en todas las sesiones que faltan antes de marcharse. S3 utiliza la trompeta y es escuchado atentamente por el grupo.

Decimosexta sesión: “Me gusta que las melodías bonitas me cuenten cosas terribles”

El grupo se acomoda en la sala. S5 no ha venido y tras hablar unos minutos da comienzo una improvisación ordenada con textura melódico-rítmica y de un tempo que varía desde lento hasta agitado con una duración de diez minutos. Al terminar, el grupo cuenta el porqué de la ausencia de S5, ya que al parecer ha tenido un mal comportamiento y ha causado desperfectos en el hogar de acogida. Parece que va a estar un tiempo sin venir. El grupo se siente molesto con S5 por su comportamiento y así lo manifiestan en la sesión. Se expresan de manera ordenada y se apoyan los unos a los otros.

En la sesión anterior la musicoterapeuta propuso al grupo realizar un *songwriting* con frases recogidas en esa sesión. En forma de círculo en el suelo y haciendo un repaso de las frases sucede lo siguiente:

S3 [rapea mientras va leyendo]: “Érase una vez, un grupo de menores a los que les gustaba todos los días hacerse los cabrones, llegamos... y nos hicimos mejores, hasta que flotamos todas nuestras emociones, allí nos conocemos y aprendimos a llorar, que la música nos ayuda a relajarnos, a expresarnos... y sobre todo nos valoramos, cada uno de nosotros somos especiales y en los momentos malos nos ayudamos...”.

Continúa la dinámica, y el grupo decide utilizar para el *songwriting* la melodía de “Hallelujah” cambiándole la letra. Se le da el título de “Los supervivientes”. A lo largo de la composición van contando sus vivencias de la infancia. Se escuchan y se apoyan.

S2: [cuenta episodios duros de su infancia].

S3: “¡Tío, eres un superhéroe... tú eres un puto superhéroe y ya está!”.

S1 y S4: [señalan la edad a partir de la cual se empezaron a sentir queridos y relatan cómo era

su vida hasta entonces].

S3: "... nunca entendí por qué me hicieron esas cosas... nunca lo supe..." [describe vivencias muy duras].

S4: "... somos como las estrellas del cielo, no necesitamos a nadie, brillamos con luz propia. Los educadores nos echan muchas veces un cable, aunque nos enfademos con ellos... siempre nos querrán, lucharán, nos apoyarán y nunca nos olvidarán..."

S3: "Estarán siempre orgullosos de nosotros y de nuestro proceso..."

MTA: [informa al grupo de que la semana siguiente seguirán con la creación, puesto que solo quedan diez minutos de sesión].

S4: "Chicos, trabajamos superbién nosotros sin que esté S5, que se pone a decir chorradas..."

S3: "Ya te digo..."

S2: "¡Sí!".

Tras este trabajo, S4 trae una canción de su historia sonora, "Veneno" (Nieto, 2014), y es analizada brevemente tras la escucha. Para la despedida, se realiza una improvisación que recoge lo evocado en la sesión. Tiene una duración de 7 minutos y 17 segundos, y en ella S1 utiliza el djembe, S2 toca el piano y hace percusión corporal, S3 toca la guitarra, S4 el djembe y percusión corporal y la musicoterapeuta acompaña con el piano y posteriormente con el djembe. La música, en la primera parte tiene un predominio rítmico y resulta desordenada; poco a poco se va sincronizando y modulando hacia una textura con predominio melódico. La musicoterapeuta va introduciendo los acordes y giros melódicos de la canción "Hallelujah", que es acompañada por el grupo cantando y tocando. Se despide la sesión cantando.

CIERRE DEL PROCESO: "COLOCANDO LAS DESPEDIDAS" (SESIONES 18-20)

Se aproxima el final del proceso terapéutico, pero el grupo tiene que hacer frente a otra despedida importante, ya que uno de los miembros va a ser trasladado a otro centro residencial fuera de la comunidad autónoma una vez finalice este proceso. El objetivo para esta fase es terminar el *songwriting* de "Hallelujah" que se comenzó a realizar a partir de la sesión 15, para que puedan llevarse una canción propia y poder así conservarla. En esta última fase, S5 falta a la sesión 18 y 19, y en la sesión 20 no acuden S2 y S4. La sesión relevante en esta fase es la 19.

Decimonovena sesión: "La música es un eco del mundo invisible"

A lo largo de esta penúltima sesión del proceso el grupo está muy revolucionado, hablan todos a la vez. Se producen diferentes conversaciones cruzadas. Vuelve el desorden, pero cuentan de manera individual cómo ha ido la semana. A pesar de estas interferencias, el grupo conecta y comienza una improvisación grupal con una duración de 6

minutos y 36 segundos, en la que S1 toca el djembe, S2 el piano y la voz, S3 no toca, S4 utiliza el djembe y la musicoterapeuta la guitarra y la voz. Están muy sincronizados.

La música se organiza alrededor de una melodía en el piano a la que se añaden otros instrumentos armónicos como la guitarra y también rítmicos como el djembe. Se producen diferentes dinámicas en la música, que reflejan la conexión de los miembros del grupo con lo que se está haciendo. Se produce un *decrecendo* que deriva en un silencio para luego, poco a poco a través de un *crescendo*, volver al tema del que se había partido. Tras la improvisación, surgen las siguientes ideas (sin ser la última sesión, el grupo se está despidiendo):

S2: "La música ayuda a relajarse... yo en el momento de hacer música, me siento bien, pero luego cuando te vas, me vuelvo a sentir como una mierda..."

S1: "... a mí la música me ayuda cuando estoy mal... hace que me sienta bien..."

S3: "... yo creo que la música me ha ayudado..."

S4: "... la música me ayuda cuando estoy mal y no cuando estoy bien... la música que me alegra, malo, y la que me hace llorar, malo también, porque llorar es de débiles... a mí me ha ayudado a reflexionar porque luego lloras..."

Para finalizar la sesión, se abre una conversación sobre el *songwriting* que se iba a realizar y se decide dejarlo en el punto en el que se quedó. El grupo no consigue llevarlo a lo musical. Cada uno de ellos se lleva escritas las palabras y frases que surgieron.

8. Evaluación y resultados

El grupo de adolescentes, a pesar de conocerse entre sí y residir en un mismo hogar de acogida, rompen "simbólicamente" en cada sesión sus relaciones de confianza y amistad, especialmente en la fase de inicio y cierre. Se acusan, se insultan, se rechazan y desvelan secretos, que lanzan entre sí a modo de ataque delante del grupo. Un escenario con discusiones, desconfianza, interrupciones, llamadas de atención y alteración conductual, relacional y comunicativa. Cada miembro del grupo ensaya funcionamientos automáticos de desvinculación y desorganización. Un sistema de defensa ante lo desconocido, es decir, ante la figura de la terapeuta, el espacio terapéutico, la actividad y ante cada uno de sus compañeros de grupo desde lo musical. El grupo de adolescentes necesita más tiempo para confiar, calmarse y regularse entre ellos y hacia la musicoterapeuta. Estos modos relacionales en forma de bucle recurrente desconfiar-poner a prueba-confiar pueden ser un reflejo de aprendizaje, supervivencia y adaptación de su vida cotidiana y, por tanto, nuestro campo de estudio.

El grupo responde a la propuesta experimental con una asistencia significativa; no ha habido ningún

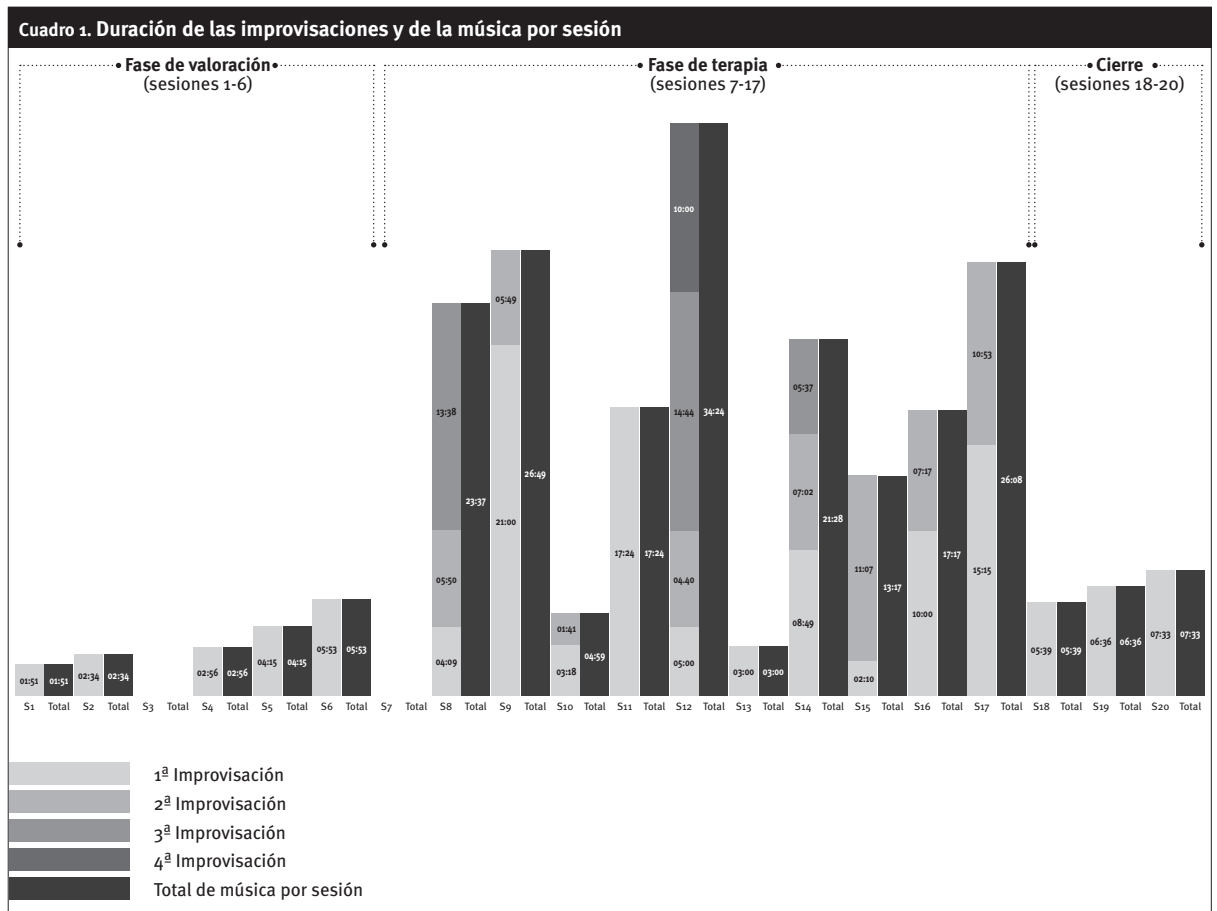
abandono y las incidencias ocurridas responden a las características del colectivo en el transcurso previsible del trabajo terapéutico (Shaw, 1983; Rosas, 2001). La cohesión grupal guarda relación con la asistencia grupal por sesión y el aumento de la participación del grupo en ellas (Yalom y Leszcz, 2005). La experiencia confiable de tocar instrumentos les motiva, les atrae el *setting* y la exploración de estos. Durante la fase de terapia, a medida que el grupo se acomoda a la estructura de las sesiones, utilizan diferentes instrumentos y experimentan de manera individual y colectiva. La satisfacción del grupo se traduce en la producción y duración de las diferentes improvisaciones grupales a nivel musical. El hecho de que una improvisación se alargue en el tiempo muestra cómo consigue que se trabaje conjuntamente.

Sin embargo, las primeras improvisaciones musicales clínicas durante las seis sesiones iniciales se muestran fragmentadas y la música de cada uno de ellos no se conecta, puesto que existen interferencias verbales y bajo nivel de escucha. En general, hay poca conciencia de la música del otro, haciendo muy complicado el trabajo conjunto sobre un patrón rítmico común, que les encamine a la conexión y que da lugar a que cada miembro del grupo termine la improvisación en momentos diferentes. Entran en juego la representación de uno mismo y la del

otro, es decir, cómo entienden las relaciones con los demás y cómo se ven ellos mismos, especialmente en las dificultades que presentan a la hora de trabajar y tomar decisiones en grupo.

Con un total de 30 ejecuciones musicales espontáneas, se observa el desarrollo y el comportamiento de la técnica de la improvisación musical en el grupo. Las improvisaciones, el número y la duración de estas aumentan de manera progresiva en el periodo de terapia (sesiones 7-17), siendo más largas y duraderas que en la fase de valoración (sesiones 1-6) y cierre (sesiones 18-20). En concreto, de la sesión número 6 a la primera sesión registrada del periodo de terapia (la sesión número 8, ya que la 7 no se pudo registrar por problemas técnicos), existe una diferencia en aumento de la duración de la improvisación musical de más de 17 minutos. La ejecución musical grupal espontánea aumenta tímidamente con altibajos en la fase inicial de valoración para posteriormente recrearse en el periodo de terapia. Parece que, ante improvisaciones musicales más duraderas, el grupo aumenta en seguridad para explorar desde lo musical.

Sin embargo, no se comporta siempre hacia adelante y en aumento, ya que existen “dientes de sierra” y bloqueos, como en las sesiones 10 y 13 con improvisaciones que no superan los cinco



Fuente: Elaboración propia.

minutos, es decir, idas y vueltas o estrategias de adaptación y defensa para mantener el control sobre ellos mismos (Berástegui, 2005). En esta línea de contrastes, hay dos miembros del grupo que presentan una participación menor en la ejecución instrumental de un número de sesiones, en favor de una mayor presencia silenciosa y escucha. Se han podido observar momentos de “congelación o hipoactivación” ante determinadas sesiones musicales y de “hiperactivación” tocando y alternando instrumentos musicales junto con movimientos a través del cuerpo, silbidos, palmas y bailes.

Sobre la duración media de las improvisaciones musicales y su producción, desde la fase de valoración al periodo de terapia, se produce una diferencia en positivo de 15 minutos y 21 segundos, mientras que del periodo de terapia al cierre, la diferencia resulta negativa en 12 minutos y 14 segundos. En términos porcentuales, en más de la mitad de las sesiones hubo una improvisación, en el 25 %, dos y en el 15 %, tres o más. Este contraste entre la fase de valoración y la del periodo de terapia puede deberse al propio carácter experimental, indirecto y novedoso de la actividad y de la propia técnica en sus diversas aplicaciones con un fin preciso. La presencia de estos picos tan acentuados en la duración media de las improvisaciones puede asociarse a una tendencia previsible en la población

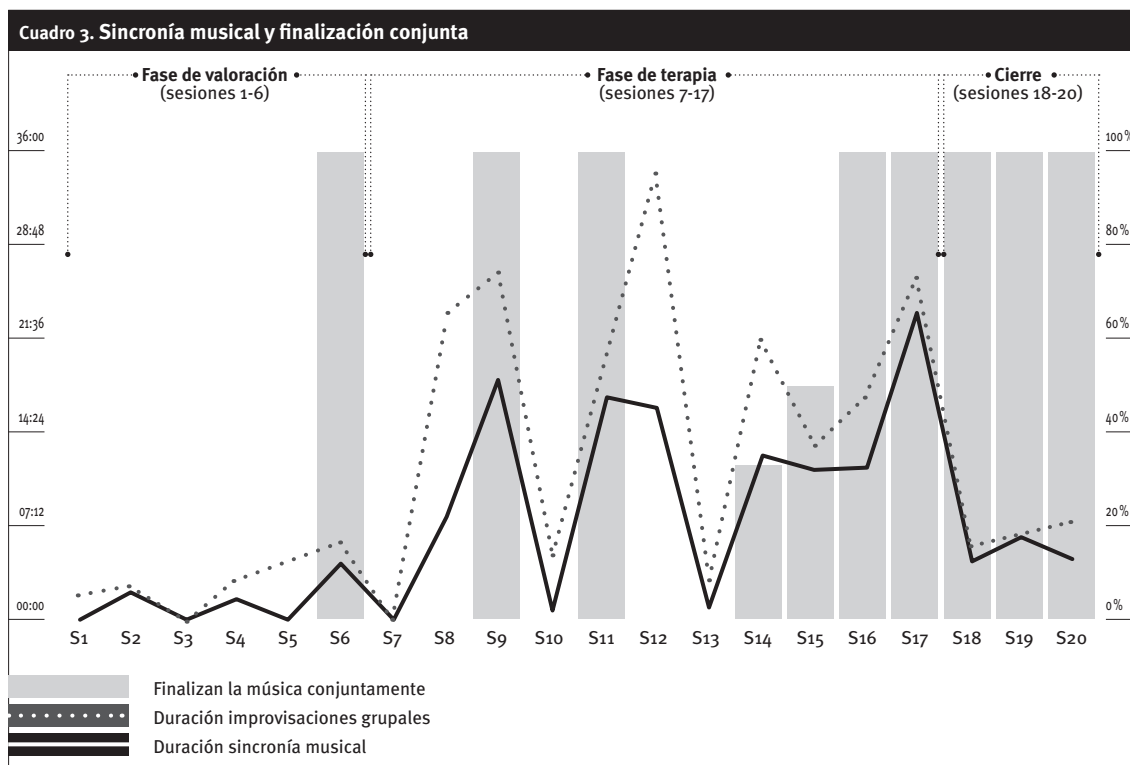
adolescente con apego desorganizado, bien con adolescentes más evitativos donde se minimiza la emocionalidad y se maximiza la independencia, bien con estilos de relación que pueden oscilar bruscamente entre el acercamiento desconfiado y la repentina retirada con gran intensidad (Barudy y Dantagnan, 2005). Puede ocurrir también que, dentro de un entorno de seguridad, los miembros del grupo tomen decisiones musicales más arriesgadas, que pueden cuestionar y tambalear la conexión musical (Beth, 2012).

Cuadro 2. Duración total y media de las improvisaciones grupales por fase⁴

Periodo	Duración total	Duración media
Fase de valoración (sesiones 1-6)	17 minutos 29 segundos	3 minutos 29 segundos
Periodo de terapia (sesiones 7-17)	3 horas 8 minutos 23 segundos	18 minutos 50 segundos
Cierre (sesiones 18-20)	19 minutos 48 segundos	6 minutos 36 segundos

Fuente: Elaboración propia.

El paso de improvisaciones más cortas hacia más duraderas en la fase de terapia podría ser resultado de que el grupo ha pasado de la sobreadaptación inicial desde la individualidad a la validación como grupo emocional. En este sentido, cuando dos o más



Fuente: Elaboración propia.

$$\text{por fase} = \frac{\sum \text{minutos de improvisación grupal total por sesión}}{\text{Nº total de sesiones por fase}}$$

personas tocan juntas, tienden a alinearse y a unirse, provocando una mayor conexión de los estados físicos y de las emociones del otro (Rabinowitch, Cross y Burnard, 2012). Es decir, diferentes ensayos de presintonización emocional donde el grupo funciona dentro de las pautas y reglas que se acomodan para este espacio y se familiariza con la dinámica de cada sesión, no interrumpiendo la música verbalmente y tampoco cuando alguien habla. Se estimula el respeto y se evitan los comentarios ofensivos, promoviendo el protagonismo individual dentro del grupo de manera operativamente activa y en forma de satisfacción por hacer música juntos, favorecer la conexión, la duración y la producción. De ahí que tanto la improvisación instrumental grupal como la concurrencia de sonidos, movimientos o acciones nos aproxima al fenómeno de la sincronía musical y de la cohesión grupal (Fernández, 2011).

En este sentido, la figura de la musicoterapeuta analiza el conjunto de las producciones musicales espontáneas y considera que existe sincronía musical cuando la pulsación musical es común en los miembros del grupo y cuando el tempo, las dinámicas y texturas de la música son similares, incluyendo la finalización conjunta de la música. Así pues, parece que cuando el grupo se encuentra en sincronía musical, los adolescentes conectan con la música, con ellos mismos y con los demás, favoreciendo la cohesión grupal *versus* individualidad o herida narcisista. La sincronía musical a lo largo de esta intervención ha ido en aumento, aunque se comporta de manera desigual por sesión. De hecho, da sus primeros pasos tímidamente en la fase de valoración, destacando especialmente en la sesión 6. Estos contrastes acentuados y bruscos en cuanto a presencia y ausencia de sincronía persisten en las siguientes seis sesiones, aumentando y disminuyendo cada tres sesiones. En este sentido, se produce un asentamiento en las últimas sesiones del periodo de terapia y cierre, en el que la duración entre la improvisación musical grupal y la sincronía musical pasan a estar muy conectadas, especialmente en la sesión 17, en la que sucede el punto más alto de la sincronía musical grupal y la duración de la improvisación.

A medida que aumenta en minutos la duración de las improvisaciones, la sincronía musical no se solapa ni se comporta del mismo modo. De hecho, el porcentaje de sincronía total por periodo resulta

superior en la fase de cierre con un 79,04 % que el resto de fases. Probablemente la sincronía musical pueda estar vinculada a múltiples factores, como el clima emocional por el que transita el individuo-grupo-terapeuta, el tiempo y la experimentación en la improvisación a través de diferentes sesiones en las que prevalece lo previsible y la armonía relacional *versus* las pruebas iniciales, dificultades y rechazos individuales. En este sentido, el desarrollo de la sincronía se puede asociar también a cómo cada miembro del grupo va conociendo desde lo musical a cada uno de sus compañeros, haciendo más sencillo conectarse entre sí puesto que pueden predecir el “estilo” musical de cada uno de ellos. Esto sucede ya que cada individuo no está únicamente centrado en lo que él hace, sino que es capaz de escuchar, predecir y empatizar con lo que hacen sus compañeros, revelando que el grupo tiene el propósito común de realizar una improvisación grupal “entre” todos y no “con” todos, mostrando que son capaces de trabajar en equipo, de ir cediendo en los protagonismos individuales de cada uno de ellos y resolver los conflictos que puedan ir surgiendo a lo largo de la obra.

De hecho, en aquellas sesiones donde aumenta la producción de improvisaciones musicales no necesariamente aumenta la sincronía musical. Ahora bien, las sesiones en las que aumenta la sincronía musical se caracterizan por pertenecer al final de la fase de terapia y por improvisaciones musicales más estructuradas informalmente y con una duración más larga. Esto les ayuda a ensayar y a entrar en lo musical, adaptándose a los otros y permitiendo la finalización grupal conjunta de la música. En resumen, parece que se puede hablar de ensayos de presintonización emocional y prementalización a través de aquellas improvisaciones musicales en las que el grupo conecta, se sintoniza y transita más allá de lo musical, promoviendo la cooperación y la solidaridad y reforzando la interacción grupal (Amodeo, 2014).

9. Conclusiones

Más allá de la urgencia por conseguir cambios en el funcionamiento familiar o en el abordaje de los problemas de conducta, se han favorecido condiciones de espacio transicional y tiempos suficientemente estables para el encuentro con el otro. Un espacio intermedio de intercambio que

Cuadro 4. Duración y porcentaje de la sincronía por fase

Periodo	Duración total de la música por fase	Duración total de la sincronía por fase	Porcentaje de sincronía total por fase
Fase de valoración (sesiones 1-6)	17 minutos 29 segundos	8 minutos 27 segundos	48,33 %
Periodo de terapia (sesiones 7-17)	3 horas 8 minutos 23 segundos	2 horas 20 segundos	63,88 %
Cierre (sesiones 18-20)	19 minutos 48 segundos	15 minutos 39 segundos	79,04 %

Fuente: Elaboración propia.

ha buscado, a través del objetivo de la cohesión grupal, estimular aspectos propios y de los demás (Winnicott, 1959; 1970; Ariz, 2016). En resumen, un planteamiento creativo de terapia con música en un tercer espacio de diversos modos. Un tránsito experimental de la regulación interpersonal a la intrapersonal, especialmente, como complemento a la terapia tradicional en destinatarios con trauma infantil en el contexto de las relaciones de apego, trauma interpersonal temprano o con síntomas de disociación infantil y adolescente (Marrone, 2001; Silberg, 2019).

Con todo ello, la musicoterapia y la técnica de la improvisación musical clínica pueden resultar instrumentos válidos de aproximación a colectivos que presentan dificultades en la capacidad de simbolización y mentalización, que les impiden implicarse y “hacer suyo” un proceso terapéutico. En este sentido, el aumento de un cuerpo de investigaciones en esta realidad académica y profesional, que avanza lentamente en el reconocimiento científico, permitiría generalizar las ventajas o las dificultades de su implementación como apoyo, alternativa e innovación a los tratamientos habituales y su inclusión en los contextos específicos de acogida de menores, protección específica de adolescentes o menores infractores. No obstante, el carácter exploratorio de esta propuesta necesitaría de un consenso metodológico, validado en torno a la producción de la improvisación musical y a la medición de esta, con relación a la cohesión de grupo y a la sincronía (Hakes, 1996; Beth, 2012). No menos importante es la cuestión de analizar y valorar previamente y con detenimiento, al destinatario de la intervención en concreto de cara a un encuadre acertado sobre una determinada corriente o modalidad de intervención terapéutica individual o grupal (Oslé, 2011; Briones, Rajcic y Gamella, 2017).

En cuanto al objeto de estudio, el grupo consigue desarrollar en el 60 % de las sesiones, improvisaciones grupales musicales de manera cohesionada y alcanzar más de un 70 % de sincronía musical en aquellas ejecuciones espontáneas surgidas a lo largo de las últimas sesiones del periodo de terapia y cierre. Sin embargo, la clave del proceso radica en que el grupo necesita más de un 25% de las sesiones, especialmente en la fase de inicio y en algunas sesiones intermedias, para conseguir adaptarse y confiar. Más que los resultados finales, la aportación significativa de esta propuesta se encuentra en la exposición y ensayo a modo de ejercicios para presintonizar con los estados físicos y emocionales de los otros. Todo ello proporciona apoyo, estabilidad y seguridad hacia el autoconocimiento de cada miembro del grupo, facilitando oportunidades de expresión, aceptación e identificación (Malbrán, 2007; Bruscia, 2010; Fernández, 2011; Rabinowich, Cross y Burnard, 2012). Sobre la labor técnica de la musicoterapeuta, resultan aspectos complejos la escucha, la espera y el entendimiento al grupo y a cada uno de sus

miembros desde el contexto no verbal, sin olvidar la preparación, desarrollo y cierre de las sesiones junto con el posterior análisis de los resultados (Benenson, 1998).

En la disposición del nivel de implicación de cada adolescente con relación al grupo, al espacio y al trabajo terapéutico, la musicoterapeuta recoge a través de las diferentes narrativas y el diario de sesiones diferentes observaciones en los siguientes ámbitos de intervención (Del Barrio, Sabbatella y Brotons, 2018; 2019): con relación al ámbito motor, desde mediados de la intervención se reducen los momentos de impulsividad, brusquedad e inactividad en cada individuo en favor de una mayor conciencia corporal y postural respecto al grupo y al espacio terapéutico durante las sesiones, así como a la entrada y salida de la sala. Ahora bien, tanto en la fase de inicio como en la fase final se han producido patrones reactivos de comportamiento impulsivo, siendo en la etapa de cierre de menor intensidad que en la de inicio.

Con relación al ámbito emocional, la terapeuta musical recoge cómo los miembros del grupo observan los sentimientos de los otros, entrenan situaciones de presintonización emocional, autoobservan las propias emociones y llegan a poder verbalizar frases y algunas impresiones sobre situaciones difíciles vividas a lo largo de su infancia (North, Hargreaves y O'Neill, 2000; McFerran, 2010). En el ámbito cognitivo, los miembros del grupo consiguen finalizar la música de manera conjunta, intercambian instrumentos musicales, trabajan la atención, la escucha y la confianza.

En el ámbito comunicativo (Amir, 2004; Andrade, 2005), respetan el turno de improvisación musical y de palabra tanto cuando se expresan de manera individual como a través de la improvisación grupal. También aceptan instantes de naturaleza no verbal de la música y recogen las propuestas musicales de los otros. Se miran a los ojos al hablar y manifiestan preocupación. Sobresale cómo superan la perspectiva “psicologizada” en cuanto al proceso de intervención, ya que algunos adolescentes presentan repertorios automatizados de clínica tradicional, reproduciendo términos profesionales en sus respuestas durante algunas sesiones delante del grupo. Por último, y con respecto al ámbito social (Cross, 2009), comparten un propósito común, se comportan de manera adecuada en el espacio terapéutico, mantienen la asistencia, participación y adaptación a las normas del grupo y preservación frente a las interferencias externas, como malas noticias o episodios de alteraciones conductuales graves sucedidas en el centro de acogida, en la escuela, con amistades o con la familia.

Son varias las limitaciones de este estudio experimental. Por un lado, el proceso de intervención en sí mismo, ya que se trata de una propuesta específica de terapia musical en un contexto concreto como es la acogida residencial de adolescentes

con experiencias de acogimientos interrumpidos en la adopción. Por otro lado, este estudio de aproximación necesita una muestra amplia, validada y contrastada como para poder llegar a generalizar posibles resultados, avances y beneficios en cuanto a intervenciones más globales, eficaces y positivas. Sobre el análisis e interpretación de los datos, sería recomendable observar los datos cuantitativos con la mayor sofisticación estadística posible, y sobre la información cualitativa, considerar no solo los casos afectados, sino también grupos de población general y de referencia. La investigación en musicoterapia no siempre resulta lo suficientemente precisa respecto a la metodología de análisis de datos. Las conclusiones

de las investigaciones deben examinarse y compararse bajo el prisma de los métodos utilizados para avanzar en alcance y significación.

Con relación a posibles líneas de investigación futuras, nuevos estudios añadirán probablemente una mayor diversidad de propuestas experimentales y metodológicas dirigidas a diferentes colectivos, un análisis comparativo de las creaciones musicales improvisadas, incluso sobre el uso del *setting* o de los instrumentos musicales en las sesiones y el avance tecnológico e informático en las nuevas técnicas y metodologías aplicadas.

- AGINTZARI (2005): *La postadopción en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Claves para un abordaje estratégico del fenómeno de la postadopción*, Bilbao, Agintzari.
- AGINTZARI (2006): *Guía de postadopción para profesionales de la educación y agentes sociales: claves educativas*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- AGINTZARI (2008): *Guía para niños adoptados y niñas adoptadas*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- ALZATE, R. *et al.* (1997): “Análisis del impacto del estilo de comunicación del entrenador en el desarrollo de la cohesión grupal, la eficacia colectiva y la satisfacción”, *Revista de Psicología del Deporte*, vol. 6, nº 2.
- AMIR, D. (2004): “Giving trauma a voice: The role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse”, *Music Therapy Perspectives*, vol. 22, nº 2, pp. 96-103, <<https://doi.org/10.1093/mtp/22.2.96>>.
- AMODEO, M.R. (2014): “Origen de la música como un rasgo adaptativo en el humano”, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, vol. 6, nº 1, pp. 49-59.
- ARIZ, G. (2016): “Winnicott, espacio transicional entre el psicoanálisis relacional y la protección infantil”, *Clínica e Investigación Relacional, Revista Electrónica de Psicoterapia*, vol. 10, nº 1, pp. 222-239, <<https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100115>>.
- ANSDELL, G. (1990): “Limitations and potential: A report on a music therapy group for clients referred from a counselling service”, *British Journal of Music Therapy*, vol. 4, nº 1, pp. 21-26, <<https://doi.org/10.1177/135945759000400104>>.
- ANDRADE, N. (2005): “La alianza terapéutica”, *Clínica y Salud*, vol.16, nº 1, pp. 9-29.
- ARNASON, C.L.R. (2002): “An eclectic approach to the analysis of improvisations in music therapy sessions”, *Music Therapy Perspectives*, vol. 20, nº 1, pp. 4-12. <<https://doi.org/10.1093/mtp/20.1.4>>.
- BRAVO, A. y FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. (2001): “Evaluación de la integración social en acogimiento residencial”, *Psicothema*, vol. 13, nº 2, pp. 197-204.
- BAKER, F. y WIGRAM, T. (2005): *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2005): *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, Gedisa Editorial.
- BARUDY, J. *et al.* (2014): *La inteligencia maternal*, Barcelona, Gedisa Editorial.
- BENEDITO, M.C. (2010): “Reflexiones en torno a la utilidad de la música en la terapia psicológica con adolescentes”, *Revista Española de Pediatría*, vol. 66, nº 2, pp. 136-140.
- BENENZON, R. (1998): *La nueva musicoterapia*, Buenos Aires, Lumen.
- BERÁSTEGUI, A. (2003): *Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid*, Madrid, Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.
- BERÁSTEGUI, A. (2005): *La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid*, Madrid, Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

- BERÁSTEGUI, A. (2007): “Adopciones rotas: el peligro de un nuevo maltrato”, *Revista Española de Pediatría*, vol. 4, nº 63, pp. 314-321.
- BERÁSTEGUI, A. (2017): “El papel de los profesionales en la prevención de rupturas en adopción”, *Revista Clínica Contemporánea*, vol. 8, nº e14, pp. 1-10. <<https://doi.org/10.5093/cc2017a7>>.
- BERÁSTEGUI, A. (2018): “Variables en la definición de los fracasos en la adopción, variables en el éxito de las adopciones”, en JEANNIN, C. (ed.), *Fortaleciendo las competencias: aprender de los fracasos en la adopción internacional*, Ginebra, Servicio Social Internacional.
- BETH, E. (2012): *Establishing an understanding of group dynamics and process within single-session music therapy groups open to both adolescents with mental illness and mental health staff* [tesis de máster], New Zealand School of Music, <<http://www.soundcooperation.nl/images/stories/BandBuilding/groepsdynamiek/thesis.pdf>>.
- BETTS, D.J. (2003): *Creative Arts Therapies Approaches in Adoption and Foster Care: Contemporary Strategies for Working with Individuals and Families*, Springfield, Charles C. Thomas Publisher.
- BRIONES, I.; RAJICIC, M. y GAMELLA, D. (2017): “Musicoterapia con preadolescentes: los beneficios grupales de las sesiones individuales”, *Revista de Investigación en Musicoterapia*, vol. 1, pp. 68-84.
- BRODZINSKY, D. y SMITH, S. (2019): “Understanding research, policy and practice issues in adoption instability”, *Research on Social Work Practice*, vol. 29, nº 2, pp. 185-194. <<https://doi.org/10.1177/1049731518782647>>.
- BRUSCIA, K. (1997): *Definiendo musicoterapia*, Salamanca, Amarú Ediciones.
- BRUSCIA, K. (2010): *Modelos de improvisación en musicoterapia*, Vitoria-Gasteiz, AgrupArte.
- CABRERA, M. (2007): “La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores”, *Infancia y Aprendizaje*, vol. 30, nº 1, pp. 25-38.
- CAMPOS VIDAL, J.F. (2000): “Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos?”, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, nº 8, pp. 205-229, <<http://hdl.handle.net/10045/5757>>.
- CARUTH, C. (1996): *Unclaimed Experience. Trauma, Narrative and History*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- CHEN, X. J. et al. (2014): “Group music therapy for prisoners: Protocol for a randomized controlled trial”, *Nordic Journal of Music Therapy*, vol. 23, nº 3, pp. 224-241, <<https://doi.org/10.1080/08098131.2013.854268>>.
- COHEN, L. (1984): “Hallelujah” [producida por John Lissauer], en *Various Postions*, Columbia Records.
- CROSS, I. (2009): “The nature of music and its evolution”, en HALLAM, S., CROSS, I., & THAUT, M. (eds.), *The Oxford Handbook of Music Psychology*, Oxford, Oxford University Press, pp. 3-13.
- DEL BARRIO, L.; SABBATELLA, P.L. y BROTONS, M.M. (2019): “Musicoterapia en educación: Un proyecto de innovación orientado a la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales”, *Revista Música Hodie*, <<https://doi.org/10.5216/mh.v19.51723>>.
- DÍAZ ATIENZA, J. y BLÁNQUEZ, M.P. (2004): “El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento”, *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, vol. 4, nº 1, pp. 82-90.
- DÍAZ, K.; MARTÍNEZ, M. y REVELO, C. (2011): “La improvisación como medio para explorar patrones musicales de expresión en población infanto-adolescente abusada sexualmente”, *Unaciencia*, vol. 4, nº 7, pp. 44-59.
- EVAN B. DONALSON ADOPTION INSTITUTE (2004): *What’s Working for Children: A Policy Study of Adoption Stability and Termination*, Nueva York, Evan B. Donalson Adoption Institute.
- FERNÁNDEZ RIVAS, A. et al. (2013): “Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria”, *Anales de Pediatría*, vol. 80, nº 1, pp. 21-27, <<https://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.02.023>>.
- FERNÁNDEZ-BATANERO, J.M. y CARDOSO, J.M. (2016): “Musicoterapia e integración social en menores infractores”, *Perfiles Educativos*, vol. 38, nº 152, pp. 163-180.
- FERNÁNDEZ-DAZA, M. y FERNÁNDEZ-PARRA, A. (2013): Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados, *Universitas Psychologica*, vol. 12, nº 3, pp. 797-810, <<https://doi.org/10.11144/laveriana.upsy12-3.pccp>>.
- FERNÁNDEZ-RASINES, P. y BOGINO, M. (2013): “Parentalidades cambiantes: entre la renuncia a la maternidad y la reivindicación de la custodia paterna”, *Grafo Working Papers*, vol. 2, pp. 1-16. <<https://doi.org/10.5565/rev/grafowp.7>>.
- FERRANDIS, A. (2017): “La reforma de la adopción cumple treinta años”, *Revista Clínica Contemporánea*, vol. 8, nº 2, e13, pp. 1-14. <<https://doi.org/10.5093/cc2017a13>>.
- GALÁN RODRÍGUEZ, A.G. (2014): “Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención”, *Papeles del Psicólogo*, vol. 35, nº 3, pp. 201-209.
- GARAIGORBIL, M. (1998): *Evaluación psicológica: bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*, Salamanca, Amarú.
- GARCÍA-CASARES, N.; MORENO-LEIVA, R.M. y GARCÍA-ARNÉS, J.A. (2017): “Efecto de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revisión sistemática”, *Revista de Neurología*, vol. 65, nº 12, pp. 529-538. <<https://doi.org/10.33588/rn.6512.2017181>>.
- GOLD, C.; VORACEK, M. y WIGRAM, T. (2004): “Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 45, nº 6, pp. 1054-1063, <<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t011-1-00298.x>>.

- GONZALO MARRODÁN, J.L. (2010): "La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, nº 49, pp. 187-204.
- GONZALO MARRODÁN, J.L. (2015): *Vincúlate. Relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- GROCKE, D. y WIGRAM, T. (2008): *Métodos receptivos en musicoterapia. Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*, Vitoria-Gasteiz, AgrupArte.
- HAKES, R. (1996): *Group cohesiveness represented through a multidimensional analysis of group improvisations* [tesis de máster], Western Michigan University, <https://scholarworks.wmich.edu/masters_theses/636/>.
- HILLER, J. (2009): "Use of and instruction in clinical improvisation", *Music Therapy Perspectives*, vol. 27, nº 1, pp. 25-32, <https://doi.org/10.1093/mtp/27.1.25>.
- JANET, P. (1889): *L'automatisme psychologique*, París, Alcan.
- JAUSET, J.A. (2014): *Música y neurociencia: la musicoterapia, sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*, Barcelona, UOC.
- JEANNIN, C. (ed.). (2018): *Fortaleciendo las competencias: aprender de los fracasos en la adopción internacional*, Ginebra, Servicio Social Internacional.
- KASER, V.A. (1993): "Musical expressions of subconscious feeling: A clinical perspective", *Music Therapy Perspectives*, vol. 11, nº 1, pp. 16-23, <https://doi.org/10.1093/mtp/11.1.16>.
- KERN, P. (2011): "Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy", World Federation of Music Therapy, <https://www.wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmnts-new-definition-of-music-therapy/>.
- LAYMAN, D.L.; HUSSEY, D.L. y LAING, S.J. (2002): "Music therapy assessment for severely emotionally disturbed children: A pilot study", *Journal of Music Therapy*, vol. 39, nº 3, pp. 164-187, <https://doi.org/10.1093/jmt/39.3.164>.
- LECANNELIER, F. (2014): "Intervención y aplicaciones clínicas de la teoría del apego", en: TORRES GÓMEZ DE CÁDIZ, B.; CAUSADIAS, J.M. y POSADAS, G. (comps.): *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*, Madrid, Psimática, pp. 205-226.
- LEE, C. (2000): "A method of analyzing improvisations in music therapy", *Journal of Music Therapy*, vol. 27, nº 2, pp. 147-167, <https://doi.org/10.1093/jmt/37.2.147>.
- LIEBERMAN, A.F. y KNORR, K. (2007): "The impact of trauma: A development framework for infancy and early childhood", *Psychiatric Annals*, vol. 37, nº 6, pp. 416-422, <https://doi.org/10.3928/0090-4481-20070401-10>.
- LIMB, C. y BRAUN, A. (2008): "Neural substrates of spontaneous musical performance: an fMRI study of jazz improvisation", *PLoS One*, vol. 3, nº 2, pp. 1-9, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001679>.
- LIONETTI, F.; PASTORE, M. y BARONE, L. (2015): "Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis", *Child Abuse & Neglect*, vol. 42, pp. 135-145, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.013>.
- LOIZAGA, F. (2009): *Adopción internacional: ¿cómo evolucionan los niños, las niñas y sus familias?*, Bilbao, Mensajero.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2015): "Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención", *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, vol. 3, nº 2, pp. 9-17.
- MALBRÁN, S. (2007): "Sincronía rítmica y tempo: Un estudio con adultos músicos", en *III Reunión de la Sociedad Argentina para las Ciencias Cognitivas de la Música* [actas], La Plata, Facultad de Bellas Artes (UNLP).
- MARRONE, M. (2001): *La teoría del apego. Un enfoque actual*, Madrid, Psimática.
- MATEOS-HERNÁNDEZ, L.A. (2011): *Musicoterapia. Guías de implantación. Intervenciones no farmacológicas*, Madrid, Imserso.
- MCFERRAN-SKEWES, K. (2003): "Contemplating the nature of adolescent group improvisations", *Voices: A World Forum for Music Therapy*, vol. 3, nº 3, <https://doi.org/10.15845/voices.v3i3.133>.
- MCFERRAN, K. (2010): *Adolescents, Music and Music Therapy: Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- MCFERRAN, K.; ROBERTS, M. y O'GRADY, L. (2010): "Music therapy with bereaved teenagers: A mixed methods perspective", *Death Studies*, vol. 34, nº 6, pp. 541-565, <https://doi.org/10.1080/07481181003765428>.
- MENA, A. ft. CNCO (2017): "Ahora lloras tú" [producido por Promusicae], en *Index*, WM Spain.
- MONTÁNCHEZ, M. y ORELLANA, C. (2015): "Aprendizaje socioemocional en la adolescencia a través de la musicoterapia", *Iberoamérica Social: Revista-red de estudios Sociales*, nº 4, pp. 164-174.
- MORENO COUTIÑO, A. (2012): "Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness", *Revista Internacional de Psicología*, vol. 12, nº 1, pp. 1-18, <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>.
- MOSQUERA, C. (2013): "Influencia de la música en las emociones: una breve revisión", *Realitas. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 1, nº 2, pp. 34-38.
- NORTH, A.; HARGREAVES, D.J. y O'NEILL, S.A. (2000): "The importance of music to adolescents", *British Journal of Educational Psychology*, vol. 70, nº 2, pp. 255-272, <https://doi.org/10.1348/000709900158083>.
- NIETO, I. (2014): "Veneno" [producido por Magic Beats], en *Veneno*, Grimey Music.
- OSLÉ, R.O. (2011): "Musicoterapia y psicoterapia", *Advances in Relational Mental Health*, vol. 10, pp. 1-9.
- PADILLA, D. et al. (2017): "El tratamiento grupal de adolescentes con trastornos graves de la

- personalidad: una aproximación contextual”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 37, nº 132, pp. 349-378.
- PALACIOS, J. (2017): “Adopción no es patología”, *Revista Clínica Contemporánea*, vol. 8, nº 12, pp. 1-10, <https://doi.org/10.5093/cc2017a9>.
- PALACIOS, J. (2019): “When things do not go as expected: Adoption breakdown”, *The Future of Adoption*, pp. 1-6.
- PALACIOS, J. et al. (2018): “Adoption breakdown: Concept, research and implications”, *Research on Social Work Practice*, vol. 29, nº 2, pp. 130-142, <https://doi.org/10.1177/1049731518783852>.
- PANIAGUA, C.; PALACIOS, J. y JIMÉNEZ-MORAGO, J.M. (2019): “Adoption breakdown and adolescence”, *Child and Family Social Work*, vol. 24, nº 4, pp. 512-518, <https://doi.org/10.1111/cfs.12631>.
- PARRA-RAMAJO, B. (2012): “Estudio sobre los factores de cambio en grupos socioeducativos de familias de acogida extensa”, *Portularia. Revista de Trabajo Social*, vol. 12, número extra, pp. 131-139.
- PAVLOSKY, E. (1987): *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda.
- PERALTA, M. (2011): *Using musical improvisation in a curricular diversification group with teenagers* [tesis de máster], Aalborg University, <https://projekter.aau.dk/projekter/files/53198596/master_Thesis_Mar_a_Peralta_june_2011.pdf>.
- PÉREZ-VICH, P. (2008): “Musicoterapia cognitivo-conductual con drogodependientes”, *XIII Congreso Mundial de Musicoterapia*, p. 145, Buenos Aires, Akadia.
- PERKINS, S. y GRAHAM-BERMANN, S. (2012): “Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition, and learning”, *Aggression and Violent Behavior*, vol. 17, nº 1, pp. 98-98, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.10.001>.
- PORTER, S. et al. (2017): “Music therapy for children and adolescents with behavioral and emotional problems: A randomized controlled trial”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 58, nº 5, pp. 586-594, <https://doi.org/10.1111/jcpp.12656>.
- PUNKANEN, M. (2011): “Improvisational music and perception of emotions in music by people with depression”, *Jyväskylä studies in humanities*, nº 153, Jyväskylä, University of Jyväskylä.
- RABINOWITCH, T.C.; CROSS, L. y BURNARD, P. (2012): “Long-term musical group interaction has a positive influence on empathy in children”, *Psychology of Music*, vol. 41, nº 4, pp. 484-498, <https://doi.org/10.1177/0305735612440609>.
- RICKSON, D.J. y WATKINS, W.G. (2003): “Music therapy to promote prosocial behaviors in aggressive adolescent boys. A pilot study”, *Journal of Music Therapy*, vol. 40, nº 4, pp. 283-301, <https://doi.org/10.1093/jmt/40.4.283>.
- RODRÍGUEZ, A. (2017): “Rupturas de convivencia en adopción: claves para una comprensión e intervención reparadoras”, en LOIZAGA, F., *Adopción en la adolescencia y juventud*, Bilbao, Ediciones Mensajero, pp. 357-386.
- RODRÍGUEZ DÍAZ, M.C. (2006): “Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento”, *Universitas Psychologica*, vol. 5, nº 2, pp. 259-274.
- ROLOCK, N. (2015): “Post-permanency continuity: What happens after adoptions and guardianship from foster care?”, *Journal of Public Child Welfare*, vol. 9, nº 2, pp. 153-173, <https://doi.org/10.1080/15548732.2015.1021986>.
- ROSAS, C.C. (2001): “Indicadores de cohesión grupal a considerar para su diagnóstico”, *Acta Odontológica Venezolana*, vol. 39, nº 2, pp. 4-9.
- RUSHTON, A. (2004): “A scoping and scanning review of research on the adoption of children placed from public care”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 9, nº 1, pp. 89-106, <https://doi.org/10.1177/1359104504039768>.
- SÁEZ, C. (2010): “Música para las neuronas”, *Estilos de Vida*, 18 de diciembre, <https://cristinasaez.wordpress.com/2010/12/20/musica-y-neuronas/>.
- SAWYER, R.K. (1999): “Improvised conversations: Music, collaboration, and development”, *Psychology of Music*, vol. 27, nº 2, pp. 192-205, <https://doi.org/10.1177/0305735699272009>.
- SCHAPIRA, D. et al. (2007): *Musicoterapia, abordaje plurimodal*, ADIM Ediciones.
- SCHÖGLER, B. (2003): “The pulse of communication in improvised music”, En *Proceedings of the 5th Triennial Conference of the European Society for the Cognitive Sciences of Music (ESCOM5)*, Hannover, University of Music and Drama.
- SEPÚLVEDA, L. (2010): “Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales”, *Revista Perspectivas de Trabajo Social*, vol. 21, pp. 27-53, <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/Perspectivas/article/view/436>.
- SHAW, M.E. (1983): *Dinámica de grupos. Psicología de la conducta de los pequeños grupos*, Barcelona, Herder.
- SIHVONEN, A.J. et al. (2017): “Music-based interventions in neurological rehabilitation”, *The Lancet Neurology*, vol. 16, nº 8, pp. 648-660, <https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30168-0>.
- SILBERG, J.L. (2019): *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- SKEWES, K. (2001): *The experience of group music therapy for six bereaved adolescents* [tesis doctoral], Faculty of Music, University of Melbourne.
- SMITH, S.L. (2014): *Keeping the Promise. The Case for Adoption Support and Preservation*, Nueva York, The Donaldson Adoption Institute.
- SWALLOW, M. (2002): “Neurology. The brain: Its music and its emotion, the neurology of trauma”, En SUTTON, J.P. (ed.), *Music Therapy and Trauma. International Perspectives*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- TERCER CIELO (2008): “Yo te extrañaré” [coescrito y coproducido por Juan Carlos Rodríguez], En *Hollywood*, Disco Hit.

- TOMLINSON, J.; DERRINGTON, P. Y OLDFIELD, A. (2012): *Music Therapy in Schools, Working with Children of All Ages in Mainstream and Special Education*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- TORRAS DE BEÁ, E. (1996): "Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, nº 21, pp. 83-104.
- VÁZQUEZ-PASTOR, L.J. (2019): "El interés superior del menor de edad en situación de desprotección como principio rector de la actuación de los poderes públicos", *Boletín del Ministerio de Justicia*, nº 2.221, pp. 1-80.
- VINOGRADOV, S. y YALOM, I. (1996): *Guía breve de la psicoterapia de grupo*, Barcelona, Paidós.
- VIVAS, P.; ROJAS, J. y TORRAS, M.E. (2009): *Dinámica de grupos*, Barcelona, Eureka Media.
- WELLS, A. y HAKANEN, E.A. (1991): "The emotional use of popular music by adolescents", *Journalism Quarterly*, vol. 68, nº 3, pp. 445-454, <<https://doi.org/10.1177/107769909106800315>>.
- WIGRAM, T. (2005): *Improvisación. Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia*, Vitoria-Gasteiz, AgrupArte.
- WIGRAM, T.; NYGAARD, I. Y OLE, L. (2005): *Guía completa de musicoterapia. Teoría, práctica clínica, investigación y formación*, Vitoria-Gasteiz, AgrupArte.
- WINNICOTT, D.W. (1959): "El destino del objeto transicional", En *Exploraciones psicoanalíticas I*, pp. 72-78. Barcelona, Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1970): "La asistencia en internados como terapia", en WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. y DAVIS, M. (comps.), *Deprivación y delincuencia*, Barcelona, Paidós, pp. 254-263.
- WINNICOTT, D. (1994): *Juego y realidad*, Barcelona, Gedisa.
- YALOM, I. y LESZCZ, M. (2005): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- YÁÑEZ, B. (2011): "Musicoterapia en el paciente oncológico", *Cultura de los Cuidados*, vol. 15, nº 29, pp. 57-73, <<https://doi.org/10.7184/cuid.2011.29.07>>.
- ZAHONERO, A. (2007): "La atención a la diversidad desde la musicoterapia", *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, vol. 2, nº 2, pp. 218-235, <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/473>>.

Habitus: supervisión de la calidad asistencial desde la perspectiva doméstica de la atención

Alejandro Gómez Ordoki

ago2804@gmail.com

Adinekoentzako egoitza-zentroyen ikuskapen publikoa ex ante eredueta oinarrituta zabaltzen da (dagozkien arautegien eskakizun materialekin eta funtzionalekin zuzenean lotuta), edo *ex post* sistemetan oinarrituta (emaitzen gaineko ebaluazio-prozesuak). Bi eredu horiek arretaren kalitatea “ikuspegi ofizialetatik” agerian jartzera bideratutako deskriptoreak identifikatzen dituzte. Ikuspegi ofizial horiek, funtsean, araua betetzean oinarritzen dira, eta, herrialde berritzaileenetan, pertsona ardatz duen arretari erreferentzia egiten dioten adierazleekin batera ager litezke. Hala ere, litekeena da jardunbide egokien kontzeptualizazio publikoa bat ez etortzea etxekotasun-giroak blaitutako egoitza-arreta helburu duen ingurune soziofamiliar baten sentsibilitatearekin. Dena dela, asmo hori etenda gera liteke arretaren ikuspegi domestiko hori behar bezala sistematizatuta, objetibatuta eta ebaluatuta ez badago. Eredu teoriko honen bidez, helburu hori betetzen dela bermatu nahi da, kalitatezko arretaren zerbitzura dauden kudeaketa-tresnen berezko zorroztasuna oinarri hartuta.

GAKO-HITZAK:

Gainbegiratzea, etxeko ikuspegia, ongizatea, etxekotzea, empatia, pertsona ardatz duen arreta, partaidetza soziofamiliarra.

La inspección pública de centros residenciales para personas mayores se despliega desde modelos *ex ante* (directamente relacionados con las exigencias materiales y funcionales de las correspondientes normativas reguladoras) o desde sistemas *ex post* (procesos evaluativos sobre resultados). Ambos modelos identifican descriptores fundamentalmente orientados a evidenciar la calidad de la atención desde “perspectivas oficiales”, básicamente soportadas en la observación de la norma y que, en los países más innovadores, podrían venir acompañadas de indicadores referenciados en la atención centrada en la persona. No obstante, la conceptualización pública de las buenas praxis podría no ser compartida desde la sensibilidad de un entorno sociofamiliar que aspira a que la sensación de hogar impregne la atención residencial. Este ánimo podría verse truncado si la perspectiva doméstica de la atención no está sistematizada, objetivada y evaluada. El presente modelo teórico pretende garantizar el cumplimiento de este anhelo desde el rigor propio de las herramientas de gestión al servicio de una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE:

Supervisión, perspectiva doméstica, bienestar, hogarización, empatía, atención centrada en la persona, participación sociofamiliar.

1. Una evolución imparable: de la institucionalización (beneficencia) a la hogarización (ACP)

La evolución experimentada por los servicios residenciales para personas mayores en las últimas décadas ha permitido el desarrollo de modelos de atención que han corregido con éxito muchos de los déficits que presentaba la beneficencia, obsoleta en su aplicabilidad desde el mismo instante en el que la contraprestación económica por la prestación de un servicio (precio) es consecuencia teórica del nivel y las condiciones en las que este debe ser prestado (norma). Las Administraciones Públicas asumen por ley la responsabilidad de atender a los más desfavorecidos y comienzan a legislar en consecuencia. Son los primeros pasos de una consolidación progresiva del sector que acentúa la profesionalización, que avala la sistemática de atención conforme a normas internacionalmente aceptadas (gestión de calidad por procesos), que contrasta la recogida de la información y agiliza su explotación (TIC, intranet y/o extranet) y que, finalmente, somete el cumplimiento de cuantas obligaciones sean efectivas desde mecanismos de control exhaustivos y periódicos (inspecciones públicas). El sector público amplía su red residencial concertada y va incorporando nuevos elementos de control para garantizar la trazabilidad en cuantos circuitos intervienen en la atención integral a las personas mayores en residencias. Poco a poco, la pretendida inercia de mejora se transforma en una especie de espiral convulsa que solo acepta el trinomio norma-control-dato como única perspectiva válida para evaluar la calidad de atención en los centros. Una atención, por otra parte, muy protocolizada, asentada sobre tareas asistenciales programadas en horarios fijos y desarrollada desde procedimientos uniformes. La historia y modo de vida de las personas residentes, sus ritmos y preferencias, quedan en un segundo plano y, en consecuencia, no forman parte de una consciencia asistencial fundamentalmente centrada en la enfermedad y no en las capacidades potenciales de cada individuo. Esta perspectiva podría llegar a afectar negativamente al bienestar psicoemocional de las personas usuarias en la medida que se limitan sus capacidades para tomar decisiones y poder seguir viviendo conforme a sus hábitos y preferencias. Los criterios técnicos y organizativos, dictados desde los órganos directivos de los centros residenciales, prevalecen sobre aquellos otros derivados de perspectivas que defienden la prestación del servicio desde nuevos parámetros (respeto de las preferencias y deseos como parte de una historia de vida sobre la que soportar un plan de atención personalizado, además de individualizado).

Desde las corrientes de pensamiento derivadas de la psicología humanista, comienzan a tomar cuerpo otras alternativas asistenciales más próximas a considerar al individuo como un ser único e irreplicable y que, en consecuencia, debe ser atendido conforme a su centralidad, en un

intento practicable de que la organización se adapte a la persona y no la persona a la organización. El panorama asistencial comienza a ser consciente de la existencia de la atención centrada en la persona (ACP) y a considerar otras soluciones residenciales (*housing*, unidad de convivencia, etc.) como alternativas válidas para dar respuesta a un nuevo paradigma asistencial caracterizado por demandar servicios desde nuevos parámetros: individualidad, historia y proyecto de vida y libre elección. El futuro, sin lugar a dudas, es absolutamente atractivo para consolidar lo esencial del modelo actual y avanzar en el diseño de nuevos métodos que propicien el tránsito natural de “mi casa” a “mi nuevo hogar”, en términos de mudanza voluntaria y no de institucionalización. La oferta asistencial deberá garantizar, desde el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas residentes y el cumplimiento de los derechos laborales de las y los profesionales del sector, los siguientes principios asistenciales: suficiente calidad asistencial, buen trato —en términos de respeto y delicadeza por parte del personal—, continuidad de los cuidados y equilibrio sostenible entre planteamientos excesivamente polarizados (respuesta a las necesidades de cada persona u oferta asistencial basada en los intereses colectivos). En el cumplimiento de estos principios se abrirá un nuevo panorama de interacción en el que todos los entes implicados (Administraciones Públicas, organizaciones gestoras de servicios, personas usuarias, entornos sociofamiliares y sindicatos) deberían ser capaces de reflexionar sobre la idoneidad de la atención centrada en la persona. Porque todos y todas seremos mayores y, en base a este futuro, deberíamos apostar por unidades residenciales basadas en la calidad de vida, en la calidad del servicio (complementariedad ISO-ACP) y en la calidez de trato que, en nuestra condición de seres humanos, todos deseamos.

La división tradicional de la atención residencial (la tríada actividades de la vida diaria-sanidad-psicosocial) debería adaptarse a una nueva perspectiva que busca ansiosamente la individualidad de la persona hasta identificarla como un sujeto único y singular. Si lo que se pretende es traer “mi hogar” a la residencia, la persona residente y su entorno sociofamiliar más íntimo deberían sentir el geriátrico como “su casa”. En ese empeño, los modelos de atención centrada en la persona son buenísimos canalizadores. Esta pretensión, sin embargo, podría chocar frontalmente con una dinámica imparable de residencias que, abandonando los postulados de atención propuesto por la beneficencia, han ido profesionalizando sus organizaciones como consecuencia de los requisitos públicos para la acreditación y/o concertación de plazas. De alguna manera, hemos ido pasando de la beneficencia a la “beneficencia” apoyados, también, en las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información. Con el nuevo escenario, derivado de la implantación casi ilimitada de sistemas de gestión de calidad, hemos descrito

Tabla 1. Preceptos y barreras de la ACP

Principios facilitadores	Principal obstáculo externo
<ul style="list-style-type: none"> • La estancia en una residencia para personas mayores debe vivirse como una proyección natural del domicilio abandonado (“me cambio de casa” y no “voy a una residencia”). • La participación del entorno sociofamiliar más íntimo de la persona residente debe ser una opción real y flexible, y no una aspiración a la que nunca llegamos porque la sometemos a todos tipo de limitaciones que dificultan o imposibilitan su ejercicio práctico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecciones excesivamente garantistas que parecen querer buscar casi exclusivamente el incumplimiento de la norma y, así, constituirse en garantía de defensa ante posibles denuncias por supuestas negligencias. ¿Una norma exhaustiva no podría pervertir nuestra percepción y convertirnos más en burócratas que en personas que cuidan de personas?

Fuente: Elaboración propia.

toda una suerte de indicadores “muy centrados en objetivos clínico/terapéuticos o en objetivos de una buena gestión económica” (Martínez Rodríguez, 2017). Pero la inercia que la ACP propone es la de iniciar un análisis introspectivo para la definición de indicadores relativos a términos como “autonomía”, “bienestar”, “armonía”, “satisfacción”, “disfrute”, “serenidad” o “desarrollo personal”, sin que, por ello, se abandonen los beneficios derivados de la medición de determinados indicadores “tradicionales”. En definitiva, debería empezar a tomar cuerpo todo aquello que nos ayude a “evidenciar” la felicidad de nuestras y nuestros mayores en centros residenciales.

2. La perspectiva doméstica de la atención en los ‘softwares’ especializados en gestión residencial

Muchos de los *softwares* generalistas de gestión de centros residenciales para personas mayores han ido evolucionando progresivamente en la generación de diferentes módulos para las distintas áreas de gestión. Así, han incorporado paulatinamente diferentes interfaces en función de las demandas de sus clientes que, a su vez, ha identificado nuevos módulos desde las necesidades diarias de gestión (endógenas o propias de cada organización) o desde los requisitos públicos en aplicación de las normas vigentes (exógenos o requeridos para dar respuesta a las inspecciones oficiales). En una dinámica tan dependiente de la eficacia en la gestión medida desde parámetros normativos de cualquier índole, el desarrollo de módulos que den respuesta al registro y explotación de datos en los ámbitos de cuidados de la salud, atención para las actividades de la vida diaria y gestión de recursos humanos —por citar, quizás, los más relevantes— es prácticamente troncal a todos los *softwares* que procura el mercado, porque, precisamente, se constituyen en el abecé de la prestación de servicios residenciales a personas mayores con dependencia.

No obstante, y a pesar de su evidente transcendencia asistencial, el registro de datos correspondientes a la evaluación sistematizada de la calidad prestada en la ejecución de aquellos trabajos o tareas directamente relacionados con la labor profesional de quienes se perfilan como el eje vertebrador de la atención —personal gerocultor—, no forma parte

de ninguno de los módulos de los *softwares* con mayor implantación. Por ello, dada la importancia de garantizar la ejecución de las tareas conforme a unos estándares de calidad generalmente aceptados, el diseño de herramientas que posibiliten el registro, análisis y explotación de datos relacionados con las buenas praxis debería ser algo consustancial a cualquier *software* especializado en la gestión de centros residenciales. Sin embargo, la revisión del contenido de los distintos *softwares* concluye en un mismo punto: ninguno de ellos plantea, en grado alguno, la supervisión del trabajo como una herramienta necesaria para el contraste de la calidad de los servicios prestados desde la percepción y sensibilidad del entorno sociofamiliar. Esta pretendida perspectiva doméstica de la atención, especialmente importante en caso de residentes con deterioro cognitivo grave, no debería ser confundida en medida alguna con ninguna de las encuestas de satisfacción al uso ni, asimismo, debería ser utilizada como sustitutiva de ellas. Al contrario, ambas herramientas se complementarían en una asociación perfecta, en una relación de causa-efecto que avalaría los resultados obtenidos en la medición de la satisfacción del cliente cualquiera que fuera el mismo (residente, entorno sociofamiliar o Administración Pública). Un sistema de evaluación continua como el desarrollado tiene carácter preventivo y, en consecuencia, su validez debería ser refrendada por la obtención de buenas puntuaciones en el nivel de satisfacción (encuestas).

3. Principios del método

Evidentemente, tal y como ocurre en cualquier empresa de producción de bienes o servicios, no podríamos supervisar todos y cada uno de los trabajos/tareas pautados para un día de atención ni, en menor medida aún, garantizar que dicha supervisión se haga para la totalidad de la población atendida en cada centro residencial. Asoma, en consecuencia, la idea de trabajar con muestras aleatorias estadísticamente significativas que ayuden a componer el plano simétrico del conjunto de tareas de atención directa y que, en un geriátrico, no es otro que el control de calidad de dichas tareas. Si desde las correspondientes normativas cuantificamos las horas anuales/diarias que cada comunidad autónoma propone como mínimamente necesarias para cubrir la ayuda de tercera persona

para la realización de las AVD en función del perfil de dependencia o, en su caso, otras referencias como las propuestas desde métodos alternativos como DENAdat (Auren, 2019), para comprobar que la prestación del servicio se ajusta a unos niveles de calidad dentro de los estándares definidos, deberíamos contar con un método sistematizado de supervisión. Como para cualquier otro proceso de implantación de una metodología de trabajo, el entramado teórico que se diseñe debería ser refrendado por la realidad en una dinámica propia de la sistemática PDCA o de Deming (“plan-do-check-act”, esto es, “planificar-hacer-verificar-actuar”). Nuestro modelo no aspira a ser menos y en esa correspondencia, desde la observación y análisis de los datos, impulsa una dinámica recurrente en el tiempo para ir ajustando el método de supervisión por efecto de la propia experiencia adquirida.

Como personas que cuidamos de personas, factores de muy diversa índole nos condicionan diariamente y, asimismo, dificultan que los servicios prestados se sucedan conforme a un patrón asistencial y temporal constantes (por ejemplo, la improbabilidad de que todos los días se consuma un mismo tiempo de personal gerocultor en ejecutar una misma tarea). En nuestro sector, la presencia de factores intangibles supedita la producción de servicios al grado en que se presenten, una posibilidad que, por otra parte, se reproduce en condición de aleatoriedad. La ayuda de tercera persona en función del nivel de dependencia debe expresarse en términos de actos necesarios a realizar por el personal gerocultor para que la persona residente pueda tener cubiertas sus necesidades de la vida diaria. Nuestro *output* es ayudar, con una determinada intensidad, con una disponibilidad personalizada, siendo además eficientes. Dicho de otra manera, deberemos organizar el trabajo del personal gerocultor de tal modo que se conjuguen intensidades máximas (ayuda total o completa) y mínimas (supervisión), que garanticen una correcta y suficiente calidad en la prestación del servicio con un número adecuado de auxiliares de geriatría. La cuestión, en todo caso, es definir lo que entenderemos como “calidad estándar”, no como un concepto definido desde la perspectiva pública sino desde la sensibilidad del entorno sociofamiliar. La definición de estándares es especialmente importante porque en caso contrario cada organización interpretaría la prestación del servicio de manera particular. En consecuencia, cualquier pretensión encaminada a comparar la calidad asistencial sin referenciar la comparativa desde un marco común valdría lo mismo que la fijación de un precio público independientemente del valor de las ratios de atención: nada. Surge, por tanto, la necesidad de diseñar una herramienta que permita estandarizar la calidad de dicho servicio de acuerdo a criterios objetivos, generales y acordes a lo que el entorno sociofamiliar interpreta como esencial en la atención. Los resultados obtenidos en determinadas supervisiones clave nos aproximarán fielmente al nivel de calidad percibido como estándar. En esta línea de interpretación se alinea

el modelo desarrollado, un sistema de supervisión flexible que actúa sobre aquellas áreas de atención que cada organización determine de “impacto” para la evaluación de la calidad del servicio prestado. Indudablemente, estas áreas deberían responder de las expectativas de los principales actores en la percepción de la calidad prestada: personas residentes y/o entorno sociofamiliar, Administración Pública acreditadora y/o concertadora de plazas y profesionales del centro.

3.1. Indicadores propios de una perspectiva doméstica y su relación con modelos ACP

Para evidenciar la calidad es indispensable contar con una buena batería de indicadores. Pero no cualquier indicador es válido para este propósito. El diseño de un monitor de indicadores consensuado es necesario para permitir dinámicas de *benchmarking*. Un buen *set* de indicadores de evaluación debería combinar la verticalidad de los indicadores de proceso (sanitario, psicológico, AVD y social) con la transversalidad del modelo de calidad de vida y la atención centrada en la persona. La validez del panel de indicadores resultante vendría determinada por el contraste/valoración de las opiniones de las personas residentes y/o su entorno familiar, los centros gestores y la inspección pública. A su vez, dicho panel debería servir para conceptualizar el sentido integral de la atención residencial a personas mayores como aquellos procesos garantistas de buenas praxis adaptados a la centralidad de la persona para conseguir la mayor calidad de vida posible.

El paradigma de atención fundamentado en la centralidad de la persona requiere un avance gradual en la definición de indicadores que complementen, desde la perspectiva de la ACP, la composición tradicional de cuadros de mando sesgados hacia lo clínico y/o económico. En no pocas ocasiones, la defensa a ultranza de métodos de evaluación soportados sobre las bondades de la eficiencia económica supedita la atención residencial a perspectivas que basan el avance casi exclusivamente en la aplicación de las nuevas tecnologías de cualquier índole (pantallas táctiles para el registro de incidencias varias, *tablets*, elementos mecánicos de desplazamiento, domótica y/o robótica aplicada en entornos geriátricos, etc.). Así como la progresiva implantación de la tecnología necesaria debe ser parte irrenunciable de la planificación estratégica de las organizaciones —si la racionalidad pondera su presencia—, también una dinámica de continuo análisis introspectivo para la definición de indicadores relativos al estado psicoemocional debería constituirse en eje estratégico. En esta línea de actuación, deberíamos ser capaces de evaluar conceptos asistenciales más ligados a la *qualis* (cualidad, en el sentido de dimensionar lo que Martin Knapp (2018) identifica como factores intangibles de la atención) que a la *quantitas* (en palabras del propio Knapp,

factores tangibles en la producción de servicios). En definitiva, se propone un cambio de enfoque para alinear la evaluación de los servicios también con todo aquello que nos ayude a conseguir la felicidad para nuestras y nuestros mayores. Y, para la consecución de este objetivo, la formación en ACP debería constituirse en un aliado irrenunciable para que esta filosofía asistencial inunde todas las áreas de las organizaciones. Únicamente desde un enfoque participativo que fluya de abajo hacia arriba impregnaremos, casi por capilaridad, las sensibilidades de todos los agentes que interactúan en la realidad cotidiana de los centros residenciales: residentes, entorno sociofamiliar y profesionales. Para ello también es necesario que la dirección del centro esté convencida de las bondades del modelo y demuestre su implicación desde su proyección a todos los rincones de la organización.

Las diferentes normativas reguladoras de la atención a personas mayores en centros residenciales definen el marco de actuación en cada comunidad autónoma. Se constata que ni los requisitos funcionales ni los materiales son equiparables entre las distintas autonomías del Estado. A pesar de ello —con independencia de ello, diríamos— debería garantizarse la individualidad de cada persona dentro del referido marco, aun cuando el mapa estatal de precios, costes y ratios de atención es ciertamente disperso. Las medidas para garantizar el respeto a la dignidad de cada persona deberían trascender estas comparativas y constituirse en instrumentos de aplicación universal; deberían hacerlo, al menos, desde el compromiso del cumplimiento de ciertos mínimos. Podríamos sintetizar la ACP como aquella filosofía de atención garante de la centralidad de la persona independientemente del marco. La atención centrada en la persona, implementada desde distintos despliegues procedimentales según las referencias bibliográficas consultadas, no es sistemáticamente asimilable a un modelo de gestión de calidad. Si estos últimos se corresponden con el ciclo PDCA y buscan la eficiencia desde procesos de mejora continua con resultados objetivamente medibles, la ACP trata del “reconocimiento de la dignidad de cada persona y de su derecho a seguir siendo dueña de su vida” (Martínez Rodríguez, 2017). Son dos vectores que aparentemente imprimen fuerza en sentido contrario pero que deberían ser planteados desde los beneficios alcanzables si convivieran en clave simbiótica.

Evaluar un centro desde la cuantificación de indicadores descriptivos como, por ejemplo, la tasa de diabéticos o el número de caídas, no parece un método especialmente adecuado para concretar hasta qué punto la atención se presta en perspectiva personalizada. La evaluación debe “tocar” la dimensión humana de la atención y relativizar la incuestionable importancia de otras descriptivas que, desde la perspectiva doméstica de la atención, no aportan valor cualitativo a la evaluación de los servicios. Dicho de otro modo, dado que no podemos

contemplar la negligencia como algo recurrente en el tratamiento de la salud o de cualquier otro ámbito asistencial, los nuevos sistemas de evaluación deberían incidir más en la forma de la atención que en el fondo, algo que, por otra parte, es inherente al sistema residencial desde la estandarización de protocolos, procesos, tareas y funciones propios de cada categoría profesional.

Culturalmente hablando, la cuenca mediterránea, a diferencia de Centroeuropa o los países nórdicos, se constituye en baluarte de la familia como institución principal al servicio de las personas mayores. Es de esperar que en un escenario semejante se prolongue la edad media de acceso a los centros residenciales y, consecuentemente, las personas que acudan a ellos para ser atendidas lo hagan en circunstancias especialmente demandantes. En un contexto asistencial como el descrito, la prevalencia de estados de salud delicados se constituye en algo intrínseco al sistema y, dada esta presencia, debe ser tratada porque no se puede obviar. Si bien las Administraciones Públicas, en su condición de garantes de una mínima *qualis* en la atención residencial, no deben abstraerse de esta realidad, tampoco deberían centrarla como único ámbito de medición y evaluación. Ni tan siquiera en un contexto tan dramático como el recientemente vivido con la propagación de la COVID-19. Incidir en la dimensión humana de la atención, en la individualidad y excepcionalidad de cada persona, ayudará al diseño de centros tan preocupados por el bienestar psicoemocional como por el bienestar físico o la sostenibilidad económica de las organizaciones. Atender a nuestras y nuestros mayores también es asegurar la calidad humana de la atención, probablemente única condición inalterable cualquiera que sea la perspectiva asistencial.

3.2. ¿Qué se entiende por supervisión de la atención prestada por el personal gerocultor?

Si realizáramos una encuesta estatal para obtener como resultado el porcentaje de centros residenciales que supervisan la atención prestada, obtendríamos un valor más que satisfactorio, probablemente cercano al cien por cien. Si extrajéramos una muestra aleatoria de centros y analizáramos en qué procesos y/o procedimientos se soporta la afirmación, empezáramos a cuestionarnos su validez. Con frecuencia apreciable nos encontraríamos con organizaciones que actúan de modo correctivo sobre incidentes concretos y con diferentes niveles de base documental para fijar la trazabilidad de la no conformidad. En el peor de los casos, si el hecho causante de la no conformidad no origina consecuencia grave alguna en el estado de salud de la persona residente afectada, y este no se produce en presencia de terceras personas que lo atestigüen, podría, incluso, no ser registrado. Si, por el contrario, el sondeo buscara cuantificar el número relativo de centros que, cualquiera que fuera el método de evaluación empleado, sistematizan

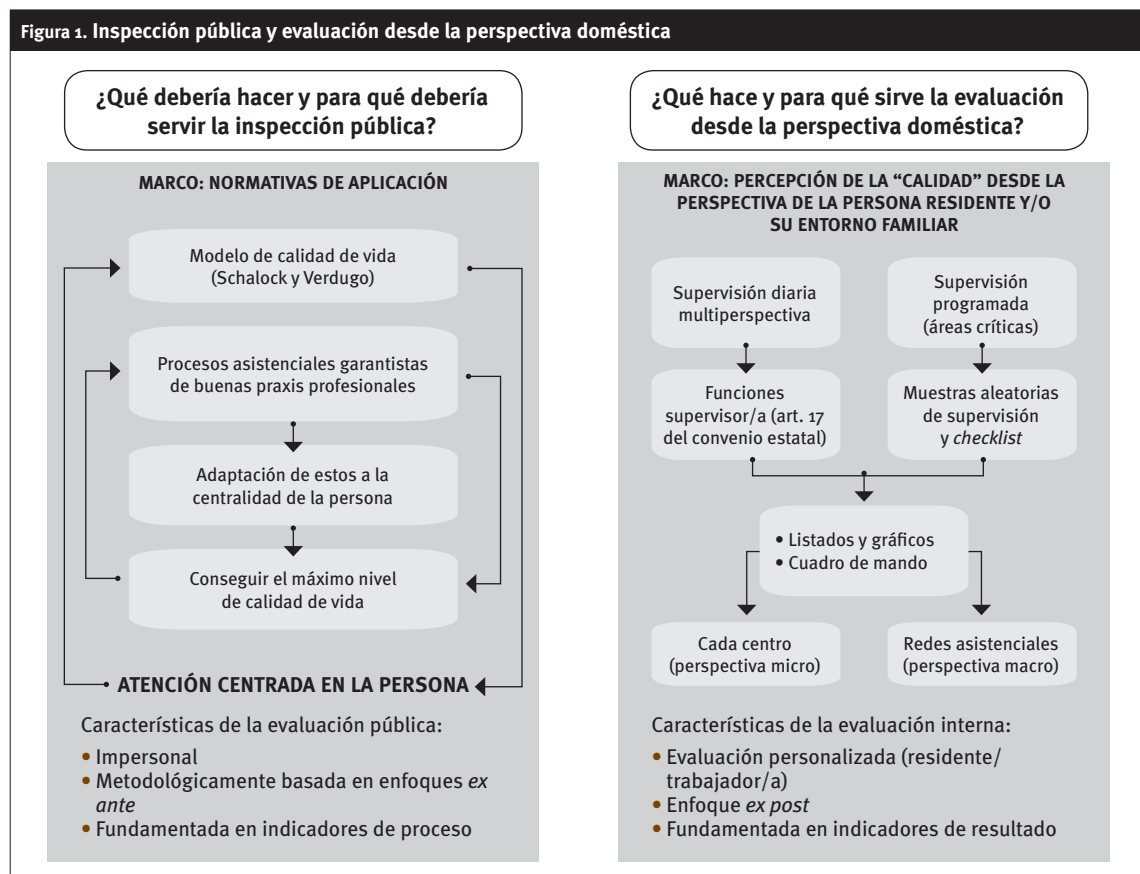
la observación de las prácticas profesionales, registran los datos y toman decisiones conforme al análisis de los resultados observados, obtendríamos un valor sensiblemente inferior al obtenido en el primer escrutinio. Si, además, acompañáramos la pregunta con la disponibilidad de herramientas informáticas para el análisis y seguimiento de los datos, la respuesta reflejaría un número mínimo de centros con sistemas de información *ad hoc*. En consecuencia, podríamos estimar que la supervisión de tareas de personal gerocultor es un concepto manido en el discurso pero de escasísima implantación práctica.

De igual modo, desde el análisis de los diferentes módulos de formación que se ofertan en la red llegaríamos a una misma conclusión: los cursos de supervisión sociosanitaria son escasos y sus contenidos, cuando se imparten en formato de formación reglada con diferentes unidades didácticas, si bien tratan la atención desde las perspectivas tradicionales (salud y AVD) no proponen alternativas desde la percepción doméstica del entorno sociofamiliar ni desde los planteamientos asistenciales de la ACP.

Como ya se ha comentado, un modelo de evaluación basado en la extensión de la continuidad de los cuidados domiciliarios a un entorno residencial debe integrarse con la idea de “hogarización” en la atención. Las personas residentes y sus entornos

más íntimos deben sentir que la residencia es su nuevo hogar. Esta sensación de atención cuasi familiar basada en la proximidad y el respeto no puede ser percibida desde unas inspecciones programadas y eminentemente dirigidas a la comprobación del cumplimiento de la norma. Aun cuando es absolutamente necesaria una nueva perspectiva evaluativa desde las Administraciones Públicas, el cambio —de producirse— conllevaría la valoración de cuantos mecanismos asistenciales deba implementar cada organización para prestar el servicio conforme a los parámetros de los modelos de calidad de vida y ACP, además de los que hacen referencia a los procesos de atención tradicionalmente considerados y que ya forman parte de los sistemas de inspección. En este sentido, los nuevos enfoques públicos en la evaluación de la atención buscarían dotarse de argumentos para acreditar que los centros cuentan con procesos y procedimientos que garantizan la prestación en clave de calidad de vida y ACP. Aunque, en la práctica, la mayoría de los marcos normativos del Estado no contemplan estos dos vectores como ejes que delimitan los modelos de atención (diecisiete años de antigüedad media en las normas y casi la mitad de ellas por encima de los quince años impiden la consideración de estas categorías de evaluación); además, cuando lo hacen, su presencia se limita a referencias vagas y en absoluto protocolizadas (valga como ejemplo el recientemente aprobado Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales

Figura 1. Inspección pública y evaluación desde la perspectiva doméstica



Fuente: Elaboración propia.

para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco). En todo caso, si bien los nuevos modelos de inspección pública podrían permitir interpretar el compromiso de la organización para favorecer y facilitar la atención con arreglo a las directrices de la calidad de vida y la ACP, no podrían acreditar objetivamente que el servicio se presta satisfaciendo la percepción doméstica como continuidad de los cuidados en el domicilio, esencialmente observable desde la impresión visual, la valoración de hechos tangibles y la atención en base al respeto. Una demanda del entorno sociofamiliar que, además, debe ser cubierta en dimensión personalizada porque a cada entorno le preocupa principalmente su residente.

En definitiva, el modelo teórico desarrollado se fundamenta en la aplicación de una metodología propia capaz de objetivar la calidad de atención desde la observancia de dos reglas fundamentales:

- a. Interpretar la supervisión como una herramienta relacionada no con la atención sanitaria y/o la gestión, sino con la sensación de “hogar” percibida desde las propias personas residentes y/o su entorno sociofamiliar (percepción doméstica de la calidad).
- b. Evidenciar que no siempre lo pautado, verbal o documental, se cumple; en términos del saber popular, demostrar que “del dicho al hecho, hay un gran trecho”.

A su vez, estas reglas se hacen operativas desde el despliegue de un conjunto de usos cualitativos y cuantitativos:

- Cualitativos:
 - Identificación de áreas críticas o de especial sensibilidad para evaluar la calidad y calidez del servicio prestado (tareas de personal gerocultor).
 - Aplicar un modelo estándar y sistematizado que permita evaluar la calidad del servicio prestado desde una perspectiva poliédrica (residente, inspección pública y personal del centro).
- Cuantitativos:
 - Análisis de series temporales (correlaciones y tendencias para los diferentes niveles de consecuencia, reales o potenciales, de las no conformidades contempladas).
 - Panel de indicadores (objetivos y estándares).

3.3. El modelo teórico de supervisión desde la perspectiva doméstica: qué es y qué no es

En cierto modo, el modelo desarrollado viene a complementar la evaluación exógena de la calidad desde las certificaciones tipo ISO y/o desde las inspecciones públicas. En ambos casos, los resultados obtenidos se interpretan dentro del

contexto propio de las correspondientes auditorías y/o de los procesos de inspección. En ambos casos, también, el soporte documental revisado no permite valorar los usos y costumbres en la ejecución de las tareas profesionales -en definitiva, la cultura asistencial de la organización- porque solo serían sometidos a juicio en caso de reclamaciones escritas (análisis de las medidas correctivas registradas y aplicadas en los expedientes abiertos). El modelo desarrollado quiere huir del reduccionismo propio de las inspecciones y certificaciones externas, por otro parte no modificables porque deben revisarse y evaluar todos los procesos de cada centro con arreglo a una metodología y tiempo de análisis concretos. En la medida que se pretende implementar una conciencia profesional, una manera de ejercer la profesión, este tipo de revisiones son insuficientes. En consecuencia, procede el diseño de métodos de evaluación alternativos y fundamentalmente orientados a la prevención como garantía de calidad.

Si bien la supervisión del ejercicio profesional de cuantas personas integran las plantillas de los centros residenciales debería ser efectuada con independencia de la categoría a la que pertenecen, la especial incidencia que el colectivo gerocultor provoca en la apreciación de la calidad asistencial —inherente, además, a la buena o mala imagen del centro— plantea la necesidad de este tipo de herramientas tan finalistas. Como es sabido, el personal gerocultor cubre necesidades vitales, no por la importancia subjetiva que queramos otorgarles sino porque, simplemente, son indisolubles del mero hecho de vivir. Los residentes deben disfrutar de una serie de derechos comunes e inalienables como son el derecho a la privacidad e intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la libre elección, a la satisfacción y al estilo de vida propio (De la Cámara, 2003). La observación de la realidad demuestra que la mayoría de las pautas emitidas para procurar el cumplimiento de estos derechos son ejecutadas por auxiliares de geriatría. Este es el hecho diferenciador por el cual se defiende explícitamente el trabajo desempeñado por este colectivo profesional. Directa o indirectamente está presente en todos los procesos de atención y, en consecuencia, es el punto sobre el que gira la atención en un geriátrico y el que, a su vez, más efectivas puede hacer, para el entorno sociofamiliar del residente, la misión, visión y valores del centro residencial.

Sin menospreciar ni infravalorar la aportación de cada categoría profesional al conjunto del geriátrico, es incuestionable el protagonismo desempeñado por el colectivo de auxiliares en lo que a atención directa se refiere. Y lo es en un doble sentido: cualitativamente, porque, en última instancia, son quienes garantizan una vida digna a personas con graves deficiencias físicas y/o psíquicas desde la cobertura de sus necesidades en las actividades de la vida diaria; cuantitativamente, porque constituyen el equipo de profesionales con mayor peso específico de la organización y con presencia garantizada e insustituible a lo largo del día y que, por tanto,

los convierte en el mayor grupo de contacto con la realidad cotidiana del residente. La interacción entre auxiliares y residentes y/o su entorno familiar es constante y de amplio espectro porque contempla absolutamente todas las caras del sentir humano, de modo que se nos antoja casi imposible la capacidad de aislamiento emocional entre unos y otros. Llega hasta tal punto la simbiosis entre ambos colectivos, residentes y gerocultoras, que la percepción que el núcleo sociofamiliar pudiera tener del centro residencial estará siempre tamizada por las características positivas o negativas de las relaciones entabladas (Gómez Ordoki, 2018).

Hemos defendido la trascendental presencia del personal gerocultor. No obstante, la no obligatoriedad de implantar sistemas preventivos que aseguren la calidad de la atención directa, a diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos de la atención geriátrica (planes preventivos de riesgos laborales, de mantenimiento de instalaciones o de seguridad e higiene alimentaria), reduce la garantía asistencial al cumplimiento escrupuloso de cuantos protocolos estime necesarios cada organización, además de los exigidos por ley. En la mayoría de las normativas autonómicas, las referencias al principal recurso humano en la atención residencial se limita —cuando así ocurre— al número de profesionales necesario en función del grado de dependencia. A pesar de tratarse de un recurso indiscutiblemente vital, no se han encontrado métodos para presumir su buen o mal uso. Al parecer, todo pasa por suponer que el hábito de trabajo más extendido es aquel que no produce sino una buena praxis permanente. ¿Este depósito de confianza profesional en el personal gerocultor de cada organización es verosímil? A nuestro entender, no. En caso contrario, sería como

imaginar que los responsables de tráfico confiaran plenamente en que cuantos conductores circulan por las carreteras, perfectos conocedores de las limitaciones de velocidad, siempre lo hicieran por debajo de los máximos permitidos. Evidentemente ni el más ingenuo de estos profesionales entendería una red viaria sin controles para detectar “no conformidades” en la conducción.

Se han expuesto las razones por las que se entiende de aplicación una sistemática de supervisión del trabajo del personal gerocultor. En la base del sistema propuesto subyace la idea de atención enfocada a la centralidad de la persona con una aspiración clara: adaptación del centro a la persona residente y no de esta al centro. Pero al entroncar la ACP con la idea de supervisión proactiva corremos el riesgo de confundir una con otra. Procede, por tanto, discriminar qué es y qué no es un modelo de supervisión como el planteado.

La evaluación pública de los servicios —lo que comúnmente conocemos como “inspección”— contempla en mayor medida el continente que el contenido (protocolos, procesos, cumplimientos legales o requisitos de norma). Nuestro modelo, en cambio, se ocuparía de la dinámica diaria de atención o, en otras palabras, de los resultados observados en la aplicación de determinadas parcelas del continente (evaluación *ex post*). No podemos pretender que la inspección pública baje al terreno para inspeccionar lo que se hace *in situ* todos y cada uno de los días de atención. Esta tarea debe ser delegada en los propios centros que han de constituirse en garantes de una suficiente calidad. En todo caso, en la evaluación *ex ante* de un centro residencial (procedimiento metodológico ordenado

Tabla 2. Identificando correctamente el modelo propuesto

Qué es	Qué no es
Un canalizador de la ACP: en el sentido de que se constituye no solo en una herramienta de evaluación de las buenas praxis sino que, asimismo, se preocupa de valorar el “estilo ACP” en la ejecución de las tareas.	Un indicador del grado de implementación de la ACP: el avance en la implementación de modelos ACP requiere de otros instrumentos que hagan visible esta filosofía asistencial desde perspectivas con mayor espectro evaluativo.
Un contraste para las encuestas de satisfacción: la recogida diaria de información sobre áreas críticas de atención, muchas de las mismas contempladas en las encuestas de satisfacción, ayuda a interpretar los resultados obtenidos en ellas).	Un sustitutivo de la percepción de la calidad: la calidad del servicio, entendida en sentido integral y desde una perspectiva multifocal, no debería limitarse exclusivamente a la evaluación sistematizada del trabajo del personal gerocultor.
Un buen evaluador para mejorar en la cobertura de AVD: detectar no conformidades de atención, sistematizar su evaluación, desplegar indicadores de seguimiento y marcar objetivos, ayuda a implementar una consciencia de mejora continua en la prestación del servicio.	Un garante, por sí mismo, de las buenas praxis: contar con el método no es suficiente si desde el análisis de las causas no se derivan acciones concretas, en modo y plazos, para rectificar las tendencias negativas.
Un árbitro para valorar el nivel de desempeño: el modelo evalúa las capacidades del personal gerocultor para configurar equipos de trabajo equilibrados y siempre con el objetivo de “contagiar” las buenas praxis.	Un juez para dictar medidas disciplinarias: el personal gerocultor debería sentir cómo el buen hacer, la mejora profesional, va impregnando el <i>know how</i> de la atención; se busca que la proactividad “suplante” a la sanción.
Una herramienta de gestión: la toma de datos, la valoración objetiva de resultados y el análisis de gráficos e indicadores deben concretarse en la adopción de una serie de medidas que garanticen la calidad de atención.	Un método teórico sin aplicación práctica: el modelo no es un ejercicio teórico que describe un modo de proceder alejado de las rutinas diarias que dan sentido a la atención residencial; es un método que busca, sobre todo, la verosimilitud desde el contraste empírico.

Fuente: Elaboración propia.

y sistemático para realizar análisis valorativos de los resultados esperados y cuál es el impacto que se genera) deberían conjugarse tanto los intereses de la persona residente y/o su entorno sociofamiliar como de la inspección pública y el centro gestor. Ambas perspectivas de análisis, la evaluación pública y nuestro modelo teórico, deberían producir una similar percepción de la calidad asistencial. Dicha percepción, además, debería adaptarse a una relación de causa-efecto: si el continente es adecuado (resultado de la inspección pública), la evaluación del desempeño del personal gerocultor debería ser, asimismo, satisfactoria (resultados de Habitus).

4. Metodología

Como ya hemos explicado, el modelo se proyecta como un arquetipo de gestión de sensaciones para validarlas conforme a su contraste con las descriptivas globales de cada centro residencial. La perspectiva doméstica, o aquella desde la cual, con mayor o menor carga de subjetividad, las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar tienden a valorar la calidad del servicio, se constituye en un complemento de evaluación para que la valoración integral de un centro no sea consecuencia exclusiva y directa de perspectivas públicas amparadas en los dictados de la norma. Una sistemática de supervisión del trabajo del personal gerocultor desde los beneficios del rigor que procuran las herramientas de gestión al servicio de la dimensión humana de la atención, no solo se percibe como algo facilitador de la adaptación del centro a la persona residente. Fundamentalmente, se erige en un ejercicio de transparencia, una preocupación por la mejora y una voluntad por satisfacer necesidades no formales que abundan en el cuidado orientado al bienestar. En definitiva, el método es consecuencia de determinadas realidades del sector que muchas veces olvidamos porque la norma nos envuelve hasta casi cegarnos. Por esta razón, el modelo intenta mantener el foco en aquello que prioritariamente es de impacto para residentes y su entorno íntimo. Sirvan los silogismos de la Tabla 3 para enfatizar este interés.

4.1. Estructura del modelo

En un contexto de atención residencial a personas mayores, un modelo de supervisión de la calidad asistencial desde la perspectiva doméstica debe dar respuesta a las siguientes cuestiones: qué (no conformidad), quién (personal gerocultor cometedor de la no conformidad) y a quién (residente afectado/a). Esta triple diferenciación de la información deriva en un sistema que debe conjugar el siguiente despliegue de datos:

- Datos de no conformidad (directorio de áreas críticas de supervisión para cada centro residencial).
- Datos de personal (nombre, tipo de personal —propio de plantilla, propio de bolsa y subcontrata— y fechas de alta-baja).
- Datos de residentes (nombre, fechas de alta-baja, unidad de convivencia a la que pertenece y atributos de supervisión).

Como herramienta de gestión, el modelo contiene una colección de *checklists* (tantas como áreas críticas se identifiquen) para la detección de no conformidades que registraremos en una base de datos cuya información se explotará mediante análisis estadístico (González Bolea *et al.*, 2017), el diseño de gráficos adecuados y la identificación de indicadores de seguimiento. No olvidemos que contar con una masa suficiente de datos es una de las premisas fundamentales para que el método pueda ser eficaz. Esta idea de volumen mínimo de datos no es sino una de las condiciones exigidas por cualquier sistema de control de calidad cualesquiera que sean las herramientas que lo hacen operativo (Kaizen, 5S o 6 Sigma, por ejemplo). Si por control de calidad entendemos “el conjunto de los mecanismos, acciones y herramientas realizadas para detectar la presencia de errores” (Infaimon, 2018), nuestro modelo deberá evidenciar la existencia de estos —no conformidades en nuestra terminología— en un entorno productivo en el que nuestro *output*, la ayuda de tercera para la realización de las AVD, es efímero y no almacenable. A diferencia de lo que ocurre en

Tabla 3. Silogismos que justifican la necesidad de un modelo de supervisión

Dimensión	Silogismo
Inspección <i>versus</i> perspectiva doméstica	La inspección pública interpreta la norma/ la norma no regula sensibilidades ni sensaciones/ la inspección pública no trata sensibilidades ni sensaciones.
Domicilio y cuidados	El entorno sociofamiliar busca la continuidad de los cuidados del domicilio abandonado/ las residencias son el nuevo domicilio/ las residencias deben procurar los cuidados como nuevos domicilios.
Dignidad	Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad/ las personas mayores, cualquiera que sea su situación psicofísica, son seres humanos/ las personas mayores deben ser tratadas con dignidad.
Oportunidad de mejora	Cada error es una oportunidad de mejora/ los seres humanos tenemos capacidades y cometemos errores/ los seres humanos podemos mejorar nuestras capacidades a partir de los errores.

Fuente: Elaboración propia.

otros ámbitos del sector terciario, los servicios que dan cobertura a las necesidades básicas de la vida diaria de persona mayores dependientes no adoptan una forma tangible porque, en un porcentaje elevado, se desvanecen una vez prestados. En otras palabras, un cambio postural a un encamado no es comparable con la contratación de un seguro para el hogar: en el primero, el “rastreo” se limita a la “evidencia” del cambio si la organización registra este tipo de tareas; en el segundo, un número de póliza sujeto a un justificante de pago y a un contrato mercantil permiten “palpar” el producto. En consecuencia, la trazabilidad del error se complica y obliga a que la detección de los “fallos de producción” se realice desde la supervisión presencial o desde razonamientos deductivos basados en causas objetivas.

La norma ISO 9001 define la calidad como el “grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos”, entendiéndose como requisito la “necesidad o expectativa establecida”. A este respecto, ¿la perspectiva doméstica, esa sensación de calidad percibida desde las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar, no debería ser interpretada como una expectativa? Por otro lado, la calidad pone a los clientes en el centro para cumplir con sus necesidades y mejorar su satisfacción, logro que conseguiremos si son los propios clientes quienes nos ayudan a determinar los requisitos mínimos de calidad. Un entorno favorecedor para la búsqueda de la perfección desde todos los ámbitos de atención (mejora continua), promovido desde el conocimiento como canalizador principal (formación) y operativizado desde los oportunos puntos de control (supervisión), son las garantías del sistema para dar cabida a una atención desde la sensibilidad del entorno sociofamiliar. Llegados a este punto, ¿hay argumentos para seguir pensando que gestión y ACP, por ejemplo, son dos planos de atención que nunca se cruzan?

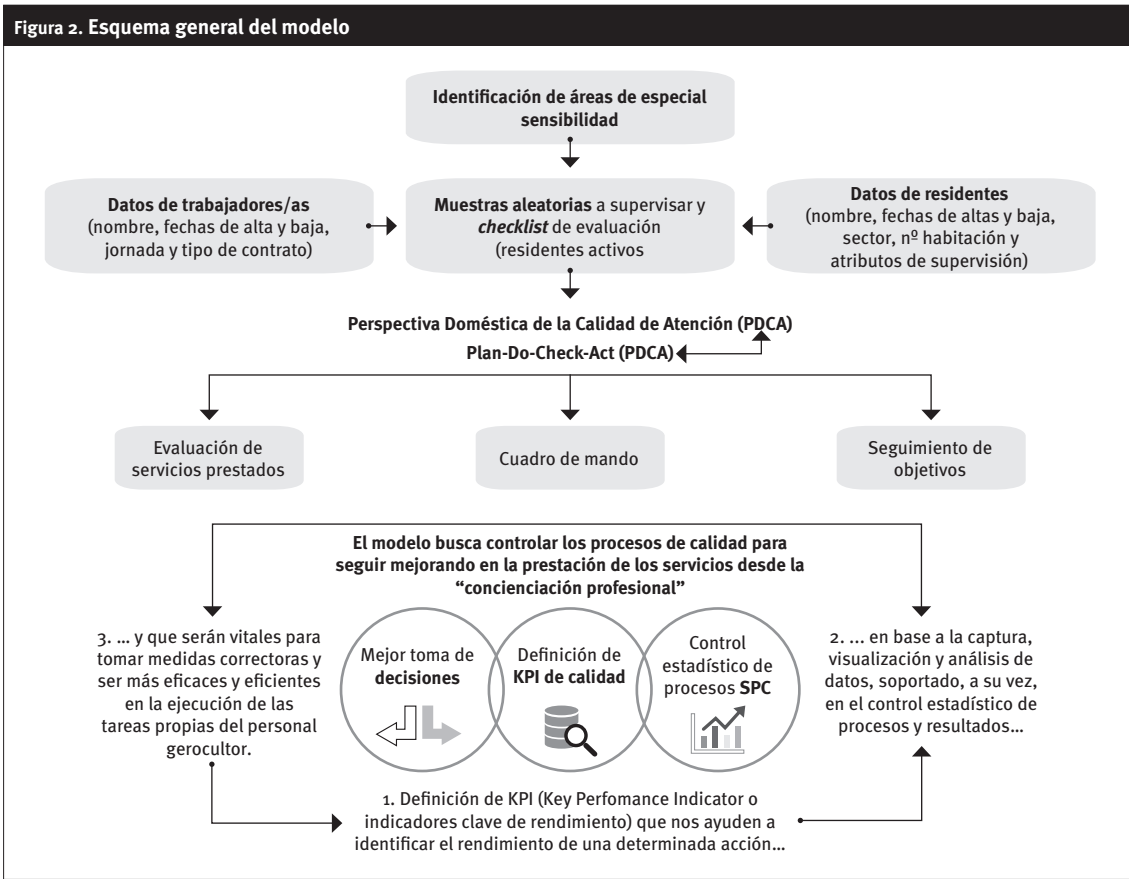
Un plan de supervisión sin identificación de áreas o procesos que supervisar no es operativo. El problema consiste, precisamente, en la definición de un catálogo de tareas a supervisar que se correspondan con una atención acorde a lo que generalmente se interpreta como buena praxis. Probablemente cada organización contemple determinadas subáreas como consecuencia de sus propias experiencias asistenciales, posibilidad que limitaría el análisis desde comparadores (*benchs*) a las subáreas compartidas.

Cada centro residencial debería relacionar sus áreas y subáreas en función del impacto que ambas dimensiones producen en la percepción de la calidad por parte de los agentes principales que interactúan en la atención. Con este objeto, abrir el centro a las opiniones o sugerencias de residentes y/o familiares también es, en sí misma, una buena práctica. Estandarizar la supervisión conforme a lo que la persona usuaria y su entorno determinen

como subáreas de impacto, en un proceso que persiga dar respuesta a las necesidades del cliente y, por tanto, intente evitar la preocupante y obligada adaptación de estos a los criterios no pocas veces inamovibles del centro, es una clarísima declaración de intenciones para colocar al cliente en el centro. Recordemos, una vez más, que un centro residencial es el hogar de las personas residentes y, en esa condición, sus voces deben ser escuchadas. Este principio de participación debería complementarse con la perspectiva interdisciplinar de la atención para completar un sistema de supervisión capaz de dar una respuesta integral. Este enfoque profesional consolidaría los diferentes ángulos asistenciales desde la figura del supervisor/a (artículo 17 del vigente Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal) que se responsabilizaría del despliegue, registro, seguimiento e interpretación del plan de supervisión. Un cometido alcanzable desde una doble perspectiva que irrenunciablemente debería procurar un *feedback* mínimo y suficiente con las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar: supervisión diaria (alerta cotidiana, general y continua) y supervisión programada (concentrar y sistematizar la evaluación de áreas críticas). Esta dualidad en la supervisión origina dos procesos de evaluación claramente diferenciados (Figura 2).

- **Supervisión diaria:** en la medida que la valoración del desempeño de las personas que forman el equipo a cargo de el/la supervisor/a es una de sus funciones, según el referido artículo 17, la supervisión de cuantas tareas tiene encomendadas el personal gerocultor se constituye en una de las principales competencias de esta figura de control. Dado que en el modelo propuesto asume, además, protagonismo como garante de la calidad asistencial desde la percepción doméstica, el equipo supervisor registrará las incidencias de acuerdo a una determinada clasificación de no conformidades que agruparemos por áreas. En concreto, la supervisión diaria consistirá en el control y registro de cuantas no conformidades se detecten en la actividad asistencial diaria del centro, procedan tanto de las funciones y competencias asignadas a la persona responsable de supervisar como de comunicaciones de terceros (personal del centro, residentes y/o entorno sociofamiliar propio o ajeno).
- **Supervisión programada:** para que una cultura asistencial convencida de las sinergias de la mejora continua impregne la organización, la supervisión no debería quedar limitada a meras acciones correctivas de hábitos inadecuados en el ejercicio profesional (supervisión diaria). La supervisión programada (planificación preventiva) se concibe como un proceso técnico que, por una parte, asegura una selección aleatoria de residentes a supervisar en cada subárea de impacto y, por otra, pretende que todas las personas residentes sean homogéneamente evaluadas en función de los días de alta en el año

Figura 2. Esquema general del modelo



Fuente: Garatu Development y elaboración propia.

(proporcionalidad de la presencia de las personas residentes en las muestras de supervisión o *checklist*).

Esquemáticamente representado, a modo de ejemplo, el árbol de trabajos/tareas a supervisar en cada categoría se recoge en la Figura 3.

Figura 3. Áreas y subáreas de impacto



Fuente: Elaboración propia.

Una estructura como la propuesta no debería permanecer inalterable en el tiempo. En sintonía con los procesos de mejora continua, la progresiva consolidación de las buenas praxis por el esperado efecto positivo en la concienciación profesional de las sucesivas evaluaciones de la atención prestada en clave sociofamiliar, iremos “podando” ciertas ramificaciones del árbol (porcentajes de no conformidades recurrentemente asintóticas con el error humano, como más adelante se explica) para injertar nuevos brotes como consecuencia de la detección de nuevas áreas/subáreas de mejora.

Podría interpretarse que la definición de áreas críticas viene a replicar lo que contempla el colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal como funciones específicas del personal gerocultor. Sin embargo, el contenido del *checklist* para la evaluación de la praxis asistencial es el valor añadido del modelo. Mientras el convenio colectivo se limita a determinar las tareas y/o contenido profesional (el qué), *Habitus* desglosa la trazabilidad del proceso de atención desde tres ejes evaluativos concretos (calidad técnica, desempeño y respeto o, lo que es lo mismo, el cómo de la prestación del servicio). Ya se ha dicho que el modelo no viene a evidenciar la implantación práctica de la ACP. Se nutre de esta filosofía asistencial, entre otras referencias bibliográficas, para identificar ítems de evaluación que demuestren la preocupación de la organización por aspectos como la libertad de elección, actitud empática, dignidad o cualquiera de las extensiones del concepto de bienestar. Podríamos considerar que la ACP es el envoltorio de la atención y *Habitus* lo envuelto en términos de percepción doméstica, de continuidad de los cuidados en el nuevo hogar.

4.2. Composición de las muestras de supervisión ('checklist')

Ningún centro residencial podría plantearse la completa supervisión de cuantas tareas ejecuta el personal gerocultor y, en menor medida aún, para todas y cada una de las personas residentes. Tal y como se definen los controles de calidad, la posibilidad de condicionar la comercialización/distribución de un producto a la obtención de unos resultados concretos en controles de calidad previos es una medida cierta; en la atención residencial, la posibilidad de detener la “producción” por incumplimiento de alguno de los parámetros que validan la calidad no es tan inmediata dada la intangibilidad del *output*. Las tareas que ejecutan los auxiliares de geriatría tienen un fin asistencial irrefutable: dignificar la vida de las personas atendidas. En ese cometido, una suspensión temporal de la atención, a la espera de determinados resultados en el test de chequeo correspondiente, no es una alternativa que pueda contemplarse para evaluar la calidad del servicio. La ayuda de tercera persona para la realización de las actividades de la vida diaria

es un tipo de servicio que no tiene una composición invariable en el tiempo, que consume recursos (tiempo de gerocultor/a) en magnitud aleatoria y que trata de dar respuesta a las necesidades de atención requeridas por personas con dependencia de acuerdo con la visión, misión y valores de cada organización. Aunque en nuestra actividad no podamos aislar el producto para verificar sus “fallos” nada impide que realicemos supervisiones una vez prestado el servicio (valoración *ex post facto* retrospectivo, cuando todo ha ocurrido antes de que llegue el investigador) o durante el proceso de atención (valoración *ex post facto* prospectivo, cuando las causas que motivan una no conformidad están en marcha pero todavía no ha habido desenlace). En ambos casos, la información recabada nos dotaría de datos para evaluar la tendencia e implementar medidas correctoras que nos ayudarán en la minimización de las no conformidades. Empíricamente se demuestra que este tipo de controles estimulan la concienciación profesional como garantía para una reducción progresiva de las praxis no ajustadas a nuestros parámetros de calidad. Nunca alcanzaremos el umbral cero en la detección de no conformidades porque las personas, por definición, somos falibles. Pero este tipo de chequeos a posteriori, basados en la extracción aleatoria de registros de supervisión, son facilitadores de culturas identificadas con la mejora continua como máximo dinamizador de las buenas prácticas.

Ya hemos adelantado la imposibilidad técnica y material de supervisar todos los quehaceres profesionales del personal gerocultor. Para analizar la totalidad de las tareas, el equipo de supervisión debería estar compuesto por un número de profesionales exactamente igual al del colectivo a evaluar (un profesional evaluando, al mismo tiempo, lo que hace otro), lo que supone un coste inasumible desde cualquier punto de vista. Al problema económico se uniría un tamaño de población absolutamente inmanejable, como demuestra el cálculo de la Tabla 4.

Como en otras muchas parcelas de investigación, las técnicas estadísticas nos facilitan el análisis para determinar el comportamiento de la población e inferir sus parámetros. Así, el modelo prevé la obtención de muestras aleatorias con reemplazamiento y afijación proporcional a la capacidad de cada unidad de convivencia del centro (se garantiza la presencia de residentes de todos los módulos convivenciales que componen el geriátrico). La dificultad radica en la definición del tamaño de muestra necesario para que sea estadísticamente representativa de una población de la que no conocemos sus estadísticos principales (media y desviación). En estos casos, para una variable dicotómica como la que nos ocupa (p = conformidad / q = $1 - p$ = no conformidad), la expresión que determina un tamaño de muestra suficientemente significativo es

$$n = \frac{N_p}{1 + \frac{e^2 (N_p - 1)}{Z^2 (S)^2}}$$

Tabla 4. Ejemplo de tamaño de población

Concepto	Valor
Capacidad del centro	100
Porcentaje de residentes a supervisar	80 %
Subáreas críticas <ul style="list-style-type: none"> • De ejecución diaria • De ejecución intermitente 	15 12 3 (de media, una vez cada tres días)
Tamaño de población	$100 * 80 \% * (12 + 3 * 1/3) * 365 = 379.600$

- Cada residente, cada día, con cada gerocultor/a y cada tarea, debe ser evaluado con un mismo patrón de supervisión (*checklist* de evaluación). Como nos interesa cuantificar las buenas praxis, la variable es dicotómica (conforme o no conforme) para el conjunto de la atención. Las descriptivas para cada subárea crítica serán consecuencia del número mensual de observaciones como reparto de la muestra anual total.
- El número teórico de supervisiones diarias, cualquiera que sea el tamaño residencial, raramente excedería de las 10-12 supervisiones diarias de media. Una cifra que hace muy asumible la implantación del modelo.

Fuente: Elaboración propia.

donde $S^* = 0,5$ —porque maximiza el producto $p*(1-p)$ —, Z es el valor tipificado que deja un área igual al nivel de confianza entre las cotas $+\alpha/2$ y $-\alpha/2$ en una distribución de Gauss, y e es el margen de error entre la media muestral y la verdadera media de la población. Como cada subárea de impacto identificado es un servicio diferenciado, extraeremos una muestra para cada una de ellas que, de acuerdo con la expresión de n , contendrán un número de elementos adaptado a la presencia de residentes susceptibles de supervisión (el número de personas residentes independientes, o capaces de realizar por sí solas las actividades implícitas en la subárea a supervisar, podría modificar marginalmente el tamaño de la muestra)

Empíricamente se demuestra que el tamaño de muestra es fundamentalmente sensible al margen de error. Para niveles de confianza superiores a un 95 %, cada variación marginal del error de un 1 % produce un incremento del tamaño de muestra sensiblemente superior a un mismo incremento marginal en el nivel de confianza. Es más que probable que plantear la supervisión en combinación confianza-error de 99 %-1 % no haga viable la asunción del número de supervisiones propuesto (tamaño mínimo de muestra de 32 elementos y máximo de 46) por cuanto de dedicación de tiempo de supervisor/a pudiera suponer. No es una composición que aliente la implementación del método porque la carga de trabajo derivada sería inasumible para la inmensa mayoría de las organizaciones. Sin apenas perder garantías de fiabilidad, las combinaciones 98 %-2 % o 97 %-3 % podrían ser los estándares aconsejables por una doble razón: permiten distribuir las supervisiones a lo largo del día sin hipotecar las tareas y responsabilidades del personal supervisor y, asimismo, originan suficiente número de supervisiones para proceder a la distribución de las no conformidades por subáreas críticas y poder detectar ámbitos asistenciales susceptibles de mejora (interesa enfocar la supervisión desde perspectivas lo más poliédricas que sea posible para, de esta manera, incorporar en el juicio de la calidad prestada el mayor abanico de sensibilidades de las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar). En todo caso, aquellas organizaciones que incrementen

el tamaño de muestra sobre el teóricamente correspondiente a la capacidad del centro reducirán la amplitud del intervalo de confianza que contiene el verdadero valor de la media de la población y, en consecuencia, afinarán en mayor medida el porcentaje esperado de las no conformidades, lo que, en definitiva, no es sino medir el grado de avance de la cultura de las buenas praxis asistenciales.

Decidir implantar un número menor de subáreas no origina reducir la muestra anual total. Dado que la muestra anual es prácticamente constante para cada combinación confianza-error, a medida que redujéramos el número de subáreas incorporadas aumentaríamos la muestra aleatoria mensual de cada una de ellas. El número total de supervisiones seguiría siendo prácticamente el mismo y, si bien estrechamos el intervalo de confianza por efecto de un mayor tamaño muestral, perdemos diversidad de perspectiva en la medida en que limitamos el análisis precisamente a las áreas seleccionadas. Por consiguiente, para facilitar la evaluación transversal de la calidad, se aconseja que la implantación del modelo no desprece ninguna de sus subáreas. Cada organización fijará una combinación de nivel de confianza y margen de error que no colapse el proceso asistencial y pueda ser asumida por el equipo de supervisión. Como regla general, convendría no exceder de las 30 supervisiones mensuales por subárea y de las 15 diarias en total cualquiera que fuera su composición (presencia de cada subárea en la muestra); en la práctica, la validez de la inferencia estaría garantizada con no más de 10-12 como número medio de supervisiones por día.

El *software* que permite la operatividad práctica del modelo lanza listados aleatorios que atienden a dos modos diferenciados de selección: captura de residentes para chequeos de servicios diarios (subáreas críticas o de impacto que se corresponden con tareas diariamente ejecutadas) y muestras compuestas por residentes a quienes se atiende conforme a una programación intermitente (por ejemplo, la planificación de la manicura y pedicura). La Tabla 5 ilustra las rutinas para la evaluación de la calidad asistencial y la detección de no conformidades:

Tabla 5. 'Checklist' mensual de evaluación (dos ejemplos de trazabilidad de criterios*)

Habitús	Acostar/sueño (No conformidades: "X")	01-04-20	% NC	día →	Habitús	Acostar/sueño (No conformidades: "X")	01-04-20	% NC	día →
		30-04-20	100 %	cód. →			30-04-20	100 %	cód. →
Calidad técnica y profesional		Evaluación NC →			Calidad técnica y profesional		Evaluación NC →		
■ Rutinas propias del proceso <ul style="list-style-type: none"> Respetar el tiempo entre la cena y la hora de acostar (al menos dos horas) Procurar que la hora de acostarse se corresponda con una rutina y que se produzca en un ambiente confortable para conciliar el sueño. Comprobar que haya miccionado antes de ir a la cama. Asegurarse de que se encuentra cómodo/a y relajado en la cama (un vaso de leche puede ayudar a conciliar el sueño por el triptófano). 					■ Personas no encamadas <p>Condiciones generales de la comida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se prestará especial atención a la temperatura de los alimentos (calentando, si es preciso, y no utilizando líquidos para enfriar por la dilución que generan). Las mesas están limpias, con una presentación cuidada y agradable que invitan a sentarse (vajillas, detalles ornamentales, cubertería, etc.). El personal se preocupa por una esmerada presentación de los platos. Aun cuando el personal conoce los gustos de cada residente y sus particularidades alimentarias (cultura de origen, vegetarianismo, etc.), no respeta dichas pautas. El personal gerocultor atiende los hábitos de alimentación de las personas residentes (vaso de leche o infusión después de cenas, fruta a deshoras, etc.). <p>Personalización de la alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe respetar el ritmo de alimentación de cada usuario, evitando prisas que pudieran derivar en un aumento de los riesgos de atragantamientos y broncoaspiraciones. En caso de residente con deterioro cognitivo, trocear adecuada y homogéneamente los alimentos, evitando cambios de textura. Observar el estricto cumplimiento de las pautas médico/sanitarias en materia de alimentación e hidratación. 				
■ Servicio in sí (normas generales para el reposo en cama) <ul style="list-style-type: none"> Asegurar una ventilación correcta, ausencia de malos olores y una temperatura adecuada. Nivel de luz adecuado a los gustos de el/la residente. Asegurar que el/la residente así como la cama están limpios y secos y, en caso de las camas, las sábanas sin arrugas. Estimular la ingesta hídrica a residentes con despertares nocturnos (vaso de agua al alcance, especialmente en verano). Comprobar la accesibilidad a algunos elementos necesarios durante la noche (servilleta/pañuelo, contenedor de micción, timbre, interruptor de la luz, etc.). Posicionar al residente en una postura que le resulte cómoda. En las rondas de control nocturno, evitar el uso de luces innecesarias, hablar en tono alto y los ruidos. 					■ Personas encamadas <ul style="list-style-type: none"> Cuando se trate de personas residentes postradas en cama se interpretarán los descriptores anteriores dentro de las posibilidades de ejecución permitidas por la situación en que se encuentran dichas personas. 				
Desempeño		Evaluación NC →			Desempeño		Evaluación NC →		
<ul style="list-style-type: none"> Favorecer que las personas se acuesten según sus capacidades, secuenciando el apoyo para no producir exceso/defecto de este. Constan pautas coordinadas entre profesionales y familia para conocer las capacidades de el/la residente y personalizar el proceso. El/la residente cuenta con medios y medidas para favorecer la independencia y seguridad (productos de apoyo y/o ayudas técnicas). 					<ul style="list-style-type: none"> Estimular a las personas residentes para que mantengan sus capacidades colaborativas en su propia alimentación (partir, trocear, pelar, ingerir, masticar o deglutir). Se explicarán de la forma más empática posible, a los residentes dependientes la actividad que van a realizar y el cuidado que se les va a prestar, estimulándoles para conseguir su colaboración y de esa forma una ingesta de la ración lo más completa posible. 				
Respeto		Evaluación NC →			Respeto		Evaluación NC →		
<ul style="list-style-type: none"> El/la residente puede elegir la hora a la que quiere irse a dormir y siempre hay personal disponible para ello Dentro del respeto a las normas de convivencia, las personas que lo deseen pueden ver televisión, escuchar música o realizar otras actividades. Se respetan las preferencias y/ rutinas de cada persona para irse a dormir (infusión, leche, rezar, ropa de cama, etc.). Procurar ser cordiales, comprensivos y proactivos para mantener una adecuada comunicación con quienes tienen problemas para dormir o con quienes insisten en no ir a la cama. Procurar ser cordiales, comprensivos y proactivos para mantener una adecuada comunicación con quienes tienen problemas para dormir o con quienes insisten en no ir a la cama. Se protege la intimidad de las personas cuando se levanta con poca ropa o inadecuadamente vestida. 					<ul style="list-style-type: none"> Dirigirse en todo momento con calma, respeto, en lenguaje comprensible y adaptado a la casuística del momento. 				

* La configuración de los ítems de las quince subáreas críticas identificadas está, en parte, recogida de Navarro (2019), Gil Gregorio *et al.* (2013), Trinidad (2007) y Gómez Martín y Díaz Vega (2011).

Fuente: Elaboración propia.

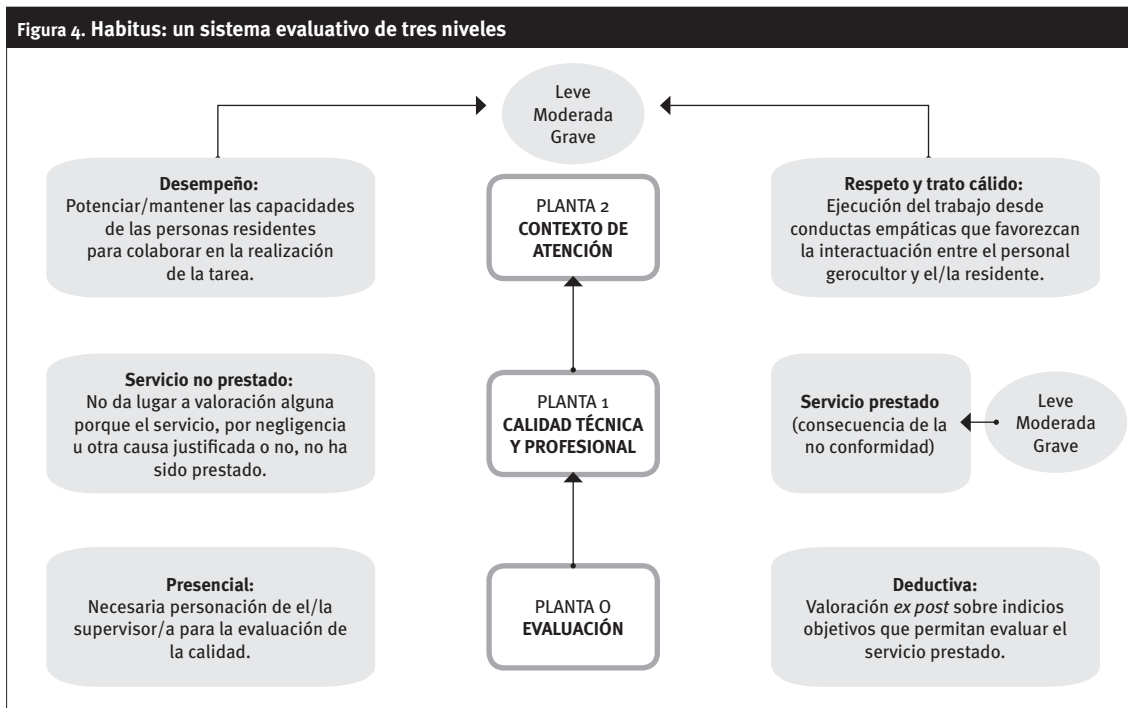
4.3. Evaluación de la no conformidad

El modelo edifica un sistema evaluativo de tres plantas. Cada planta tiene mano izquierda y derecha para presentar una valoración secuenciada (evaluación → calidad → contexto) que se repetirá para cada subárea identificada. Las pistas para evaluar la consecuencia de la no conformidad vendrán relacionadas en un documento de soporte que se anexará a la muestra aleatoria de cada subárea para fijar la trazabilidad de la calificación de

la praxis profesional.

La planta o nos dotará de argumentos para comprobar si la premisa "a mayor número de supervisiones, mayores probabilidades de minimizar la detección de no conformidades" es tan cierta que casi nadie aceptaría una interpretación *a priori* en sentido contrario. En las plantas 1 y 2 evaluaremos el servicio conforme al trinomio observacional calidad-desempeño-respeto. El resultado cualitativo final para cada una de estas dimensiones se obtendrá en base a la interpretación fiel de los ítems que integran los hitos a supervisar en cada subárea de

Figura 4. Habitus: un sistema evaluativo de tres niveles



Fuente: Elaboración propia.

impacto.

Evidentemente, reducir a su mínima expresión la subjetividad implícita en la valoración acreditará los resultados hasta hacerlos verosímiles. El modelo aportará pruebas para detectar aquellos comportamientos laborales, hábitos de trabajo, enfoques de atención o cualesquiera modos profesionales de proceder que originen, de modo objetivo y generalmente aceptado desde razonamientos y percepciones basados en la lógica asistencial, un perjuicio real o potencial en los planos físico y/o psicoemocional de las personas residentes. Los criterios para determinar qué valor de la escala cualitativa de valoración debemos asignar a cada dimensión evaluable (calidad, desempeño y respeto), serán los siguientes:

- **Leve:** un efecto perjudicial mínimo que no produzca, en modo efectivo, un empeoramiento en el estado de salud de las personas residentes, una minoración de su bienestar psicoemocional o una pérdida perceptible del respeto a la dignidad humana, o que la recurrencia de las no conformidades, no corregida por omisión, dejadez o descuido, origine o pudiera originar un descontento, molestia y/o queja-reclamación verbales por parte del entorno sociofamiliar de la persona residente.
- **Moderado:** un efecto perjudicial medible objetivamente o intuitivamente evaluable que provoque o hubiera podido provocar, en modo efectivo, un empeoramiento transitorio pero recuperable del estado de salud de las personas residentes (según criterio del personal sanitario o de la propia persona supervisora por conocimiento de causa), un agravante para

la estabilidad psicoemocional que supongan nuevas pautas médicas (administración de psicofármacos, aumento de dosis u otras) o un menoscabo explícito del respeto a la dignidad humana, o que la recurrencia de las malas praxis, no corregida por omisión, dejadez o descuido, origine o pudiera originar un descontento, molestia y/o queja-reclamación escritas por parte del entorno sociofamiliar de la persona residente.

- **Grave:** un evidente efecto perjudicial, objetivamente valorable desde la simple observación visual o intuitivamente evaluable, que provoque o hubiera podido provocar, en modo efectivo, un empeoramiento definitivo e irreversible del estado de salud de las personas residentes (según criterio del personal sanitario, de la propia persona supervisora por conocimiento de causa o del entorno sociofamiliar de la persona residente), un perjuicio incuestionable para el bienestar y la estabilidad psicoemocional que suponga nuevas pautas médicas (administración de psicofármacos, aumento de dosis u otras) o que haya sido causado por un patente desinterés por la historia de vida de la persona residente o, asimismo, una absoluta falta de respeto a la dignidad humana, o que la recurrencia de las malas praxis, no corregida por omisión, dejadez o descuido, origine o pudiera originar un descontento, molestia y/o queja-reclamación escritas presentadas ante la administración pública por parte del entorno sociofamiliar de la persona residente, si así son consideradas por el propio ente público.

Tres son las dimensiones evaluables; tres, también,

Tabla 6. Criterios de evaluación conjunta de la no conformidad

Intervalos de asignación	Prevalencia indiscriminada	Prevalencia selectiva																													
<p>Cada uno de los ítems, entendidos los mismos con un mismo peso específico, participa en la medición del efecto conjunto como sumando al valor de ponderación previamente asignado a cada nivel de evaluación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ejemplo de cálculo de evaluación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n: número de ítems de evaluación ($n = 3$)</td> </tr> <tr> <td>p: ponderación de cada nivel (leve = 1, moderado = 2 y grave = 3)</td> </tr> <tr> <td>S: suma de ponderaciones ($S = 2 + 2 + 1 = 5$)</td> </tr> <tr> <td>Intervalos para cada nivel</td> </tr> <tr> <td>• leve → [1,3]</td> </tr> <tr> <td>• moderado → [4,6]</td> </tr> <tr> <td>• grave → [7,9]</td> </tr> <tr> <td>Evaluación total: 5 → moderado ($4 \leq 5 \leq 6$)</td> </tr> </tbody> </table>	Ejemplo de cálculo de evaluación	n: número de ítems de evaluación ($n = 3$)	p: ponderación de cada nivel (leve = 1, moderado = 2 y grave = 3)	S: suma de ponderaciones ($S = 2 + 2 + 1 = 5$)	Intervalos para cada nivel	• leve → [1,3]	• moderado → [4,6]	• grave → [7,9]	Evaluación total: 5 → moderado ($4 \leq 5 \leq 6$)	<p>Considera que el nivel máximo de gravedad en uno cualquiera de los ítems es suficiente para interpretar el conjunto de la tarea en idéntico sentido.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ejemplo de evaluación</th> </tr> <tr> <th>Ítem</th> <th>Consecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Calidad</td> <td>Moderada</td> </tr> <tr> <td>Desempeño</td> <td>Moderada</td> </tr> <tr> <td>Respeto</td> <td>Grave</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">↓ Evaluación: grave</p>	Ejemplo de evaluación		Ítem	Consecuencia	Calidad	Moderada	Desempeño	Moderada	Respeto	Grave	<p>La evaluación conjunta es coincidente con la del nivel máximo de gravedad para aquellos ítems considerados de “especial significación” en la ejecución de la tarea (sombreados).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ejemplo de evaluación</th> </tr> <tr> <th>Ítem</th> <th>Consecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Calidad</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>Desempeño</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>Respeto</td> <td>Moderada</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">↓ Evaluación: moderada</p>	Ejemplo de evaluación		Ítem	Consecuencia	Calidad	Leve	Desempeño	Grave	Respeto	Moderada
Ejemplo de cálculo de evaluación																															
n: número de ítems de evaluación ($n = 3$)																															
p: ponderación de cada nivel (leve = 1, moderado = 2 y grave = 3)																															
S: suma de ponderaciones ($S = 2 + 2 + 1 = 5$)																															
Intervalos para cada nivel																															
• leve → [1,3]																															
• moderado → [4,6]																															
• grave → [7,9]																															
Evaluación total: 5 → moderado ($4 \leq 5 \leq 6$)																															
Ejemplo de evaluación																															
Ítem	Consecuencia																														
Calidad	Moderada																														
Desempeño	Moderada																														
Respeto	Grave																														
Ejemplo de evaluación																															
Ítem	Consecuencia																														
Calidad	Leve																														
Desempeño	Grave																														
Respeto	Moderada																														

Fuente: Elaboración propia.

las categorías cualitativas de valoración. Veintisiete serían los posibles grupos de evaluación que se pueden obtener como combinación de los tres niveles para las tres dimensiones ($VR_m^n = m^n = 3^3 = 27$). Sin embargo, el modelo contempla una única evaluación conjunta por una razón sustancial: simplificar la casuística interpretativa a un nivel suficientemente significativo desde la ponderación de la evaluación conforme a diferentes criterios descriptivos (estandarización para la sencillez de manejo). Lógicamente, en una dinámica de *benchmarking* el criterio de ponderación deberá ser común a cuantos centros residenciales participen en la compartición de resultados. Los tres criterios considerados son los que recoge la Tabla 6.

4.4. Bases de datos

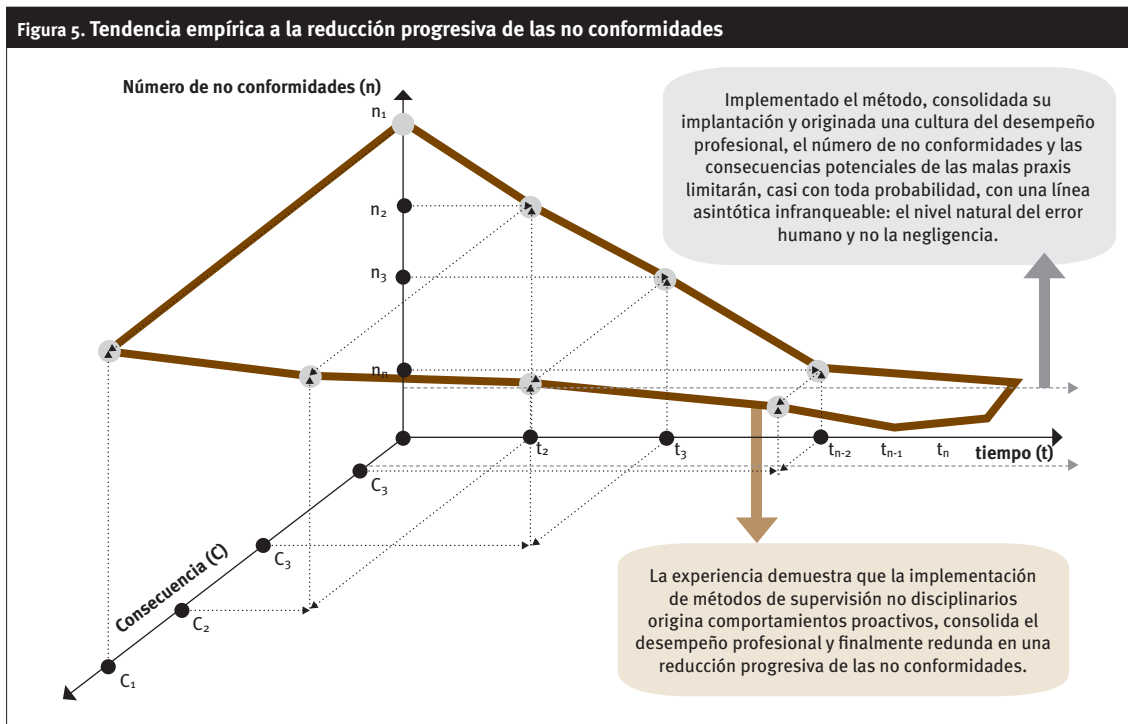
Gestionar con rigor es trabajar con datos objetivos, fidedignos y fiables. Pero perderíamos el valor del esfuerzo por registrar siendo fieles a la realidad de los hechos observados si no volcáramos la información en los soportes adecuados. Diseñar un método para que la explotación de los datos sea ágil, flexible e interactiva es determinante para que la información se procese prácticamente de inmediato y ofrezca resultados en tiempo real para la toma de decisiones.

Dependiendo del margen de error y del nivel de confianza con los que queramos trabajar, respetado el valor mínimo aconsejable según datos de la Tabla 7, el total de supervisiones programadas podría ser ciertamente cuantioso. Ante esta presunción, alguien podría pensarse que la información a registrar en las bases de datos será tan voluminosa que hipotecará buena parte de la jornada laboral de la persona responsable de la supervisión. Desde nuestra experiencia profesional en el manejo de este tipo de herramientas, intentaremos disuadir a quienes más recelan de su utilidad práctica y/o a quienes más defienden una inasumible dotación de recursos para la implementación de esta metodología: por un lado, empíricamente se demuestra que los

hábitos profesionales contraproducentes no están instalados por defecto en las organizaciones y, por consiguiente, su detección debería ser residual como consecuencia de una cultura asistencial instaurada desde procesos y protocolos generalmente aceptados en el sector; por otro lado, también desde la práctica, se comprueba que el uso de estas sistemáticas de evaluación desembocan en un “contagio” progresivo de las buenas prácticas como garantía de calidad. En una experiencia similar desarrollada en un geriátrico de Gipuzkoa, se observó que las no conformidades, además de registrar una reducción numérica gradual año tras año, cambiaban de categoría hasta concentrarse fundamentalmente en “leves” y “moderadas”, al tiempo que el peso específico de las “graves” era cada vez menor. En concreto, el primer año de implementación se documentaron aproximadamente dos mil no conformidades correspondientes a las cuatro áreas críticas de la supervisión diaria (cuidados diarios, servicios generales, calidad y bienestar psicoemocional), lo que arrojó una tasa de detección de poco más del 2% ($\frac{2000}{60 \cdot 4 \cdot 365} = 2,28\%$).

En un ejemplo como el expuesto, en el que la dinámica de supervisión no es consecuencia de un procedimiento sino resultado de la acción correctiva por la detección de proceder profesionales no acordes a estándares de calidad, la concienciación profesional del personal gerocultor se supone pero no se prueba. En un contexto como el comentado es más que probable que la ausencia de una cultura de supervisión favorezca la detección de no conformidades desde la perspectiva doméstica porque, precisamente, no hay descriptores claros para discriminar las buenas praxis de las que no lo son. Por tanto, cuando se transita de un modelo indefinido a uno que identifica oportunidades de mejora, es de esperar que se descubran innumerables ejecuciones de tareas por debajo del estándar de calidad adoptado. La evolución temporal estimada en el número y gravedad de las no conformidades, como consecuencia de una cultura asistencial autoevaluada, podría aproximarse a la Figura 5.

Figura 5. Tendencia empírica a la reducción progresiva de las no conformidades



Fuente: Elaboración propia.

El porcentaje de supervisiones que derivan en una no conformidad no debería superar, bajo ningún pretexto ni condición, la tasa del 10%. Si así fuera, la calidad del servicio sería indiscutiblemente insuficiente. Nadie compraría en el mercado ningún bien ni servicio que presentara defectos en una de cada diez unidades producidas y, mucho menos aún, en una de cada diez unidades vendidas. En nuestro modelo, el control de la unidad producida se correspondería con la valoración ex post facto prospectivo (evaluación presencial); por su parte, analizaríamos cada unidad vendida, entendida la misma como servicio prestado imposible de “retirar del mercado” por su condición efímera e intangible, desde la valoración ex post facto retrospectivo (evaluación deductiva).

Suponiendo que el centro residencial cuenta con 150 plazas y 15 son las subáreas de impacto, la muestra diaria estaría compuesta por 9 residentes, dados un nivel de confianza del 98% y un margen de error del 2% (datos de la Tabla 7). Cada año, a razón de una tolerancia máxima del 10% (entenderemos como tolerancia estándar el porcentaje máximo de no conformidades que estamos dispuestos a permitir, calculado como cociente entre el número de no conformidades detectadas —desglosadas o no por nivel de consecuencia potencial— y el número de supervisiones realmente realizadas), podrían ser registradas en torno a 330 no conformidades. Unas cifras nada contrastables porque no se han encontrado referencias bibliográficas para la definición de patrones máximos generalistas en la detección de fallos en la producción de bienes o servicios. La documentación consultada, absolutamente contextualizada en el proceso

productivo en cuestión, poco o nada aporta al respecto. Así, nos encontramos con propuestas como las del modelo Seis Sigma, cuya meta es llegar a un máximo de 3,4 defectos por millón de eventos u oportunidades, un objetivo absolutamente inalcanzable en nuestro modelo por el efecto esperado de las connotaciones propias de la atención residencial a mayores.

Un 10% se antoja incluso demasiado para un tipo de trabajo extremadamente protocolizado y que, por añadidura, cuenta con una secuencia de ítems —pistas— que soportan, conforme a un guion, la evaluación objetiva de la calidad prestada. En semejantes circunstancias, debería fijarse el umbral de tolerancia de las no conformidades en no más de un 5%-6%. Cabría esperar, además, que anualmente fuera reduciendo su presencia por la incidencia de un colectivo profesional cada vez más concienciado en la mejora continua. En la Tabla 7 podemos observar la secuencia de no conformidades si su tasa de decrecimiento anual fuera del 1% hasta alcanzar un nivel asintótico del 2%.

La Tabla 7 contiene los tamaños mínimos de muestra aconsejables para diferentes márgenes de error y niveles de confianza. No obstante, estos tamaños muestrales deberían verse afectados al alza en medida similar al valor porcentual de las supervisiones no realizadas. Quienes gestionan centros residenciales son perfectos conocedores de la variabilidad que producen toda índole de factores endógenos y exógenos presentes en la actividad residencial. Con frecuencia no despreciable, las personas residentes, aleatoriamente seleccionadas para formar parte de la muestra,

Tabla 7. Total esperado de no conformidades en función de la tasa de tolerancia admitida*

Capacidad**	Nivel confianza	Margen error	Muestra diaria	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	....	Año 19	Año 20	Total
				6 %	5 %	4 %	3 %	2 %	2 %		0 %	0 %	
0-300	95 %	5 %	1	22	18	15	11	7	7	....	7	7	178
	96 %	4 %	2	44	37	29	22	15	15	....	15	15	372
	97 %	3 %	4	88	73	58	44	29	29	....	29	29	727
	98 %	2 %	9	197	164	131	99	66	66	....	66	66	1.647
	99 %	1 %	38	832	694	555	416	277	277	....	277	277	6.929

* Como más adelante comprobaremos, la disconformidad no se producirá por comparativa con el número de no conformidades detectado, sino con la puntuación total límite tolerada que, a su vez, será el producto de dicho número por la ponderación de la consecuencia grave.

** Según los datos de la Tabla 7, para combinaciones de nivel de confianza y margen de error diferentes a 99 % y 1 % respectivamente, el tamaño de muestra es prácticamente independiente de la capacidad del centro y del número de subáreas incorporadas. Trabajar con muestras medias diarias de 4 a 9 supervisiones, asumibles en la mayoría de los centros residenciales, proporciona suficiente significación estadística para evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del entorno sociofamiliar.

Fuente: Elaboración propia.

podrían no reunir las condiciones necesarias para evaluar su atención. Las razones, diversas conceptual y temporalmente, se pueden resumir en las siguientes: baja (se produce la baja de la persona residente con fecha anterior a la fecha de supervisión) e imposibilidad (causa objetiva de fuerza mayor que impide la prestación del servicio y, por consiguiente, la evaluación del mismo). También deberíamos contemplar la posibilidad de que la supervisión no se realice sin que se encuentren motivos que justifiquen este descuido (negligencia). Lógicamente, para asegurar un tamaño de muestra ajustado a tantos elementos como requieran el nivel de confianza y el margen de error manejados tendremos que rectificar su cálculo previo con la media de supervisiones no realizadas. Para ello, mantendremos el correspondiente registro histórico por subárea crítica.

En resumen, la base de datos del modelo se desdobra en dos tablas interrelacionadas de datos que se configuran en las fuentes de información para la obtención de gráficos e indicadores de seguimiento, tal y como recoge la Tabla 8.

4.5. Explotación de la información: listados y gráficos

Hemos generado un entramado teórico para la evaluación de la calidad desde la percepción y la sensibilidad del entorno sociofamiliar. Podría entenderse que esta perspectiva de evaluación es absolutamente necesaria porque trasciende la esfera grupal y/o organizacional que abordan las inspecciones públicas para llegar a la esfera personal (aquella que vela por el cumplimiento de las expectativas de atención del entorno sociofamiliar, un cometido que adoptará como propia la mirada de aquel para evaluar empáticamente los servicios prestados cuando familiares o amigos no están presentes en el centro por criterios organizativos). En mi opinión, cada centro debería exponer a su personal, con total transparencia, los resultados obtenidos con la experiencia para incentivar una dinámica de mejora continua. Un ejercicio semejante también sería de total interés para los clientes (residentes, entorno sociofamiliar y/o Administraciones Públicas concertadoras de servicios), aunque mi experiencia profesional no me permita albergar muchas esperanzas a este

Tabla 8. Datos a registrar

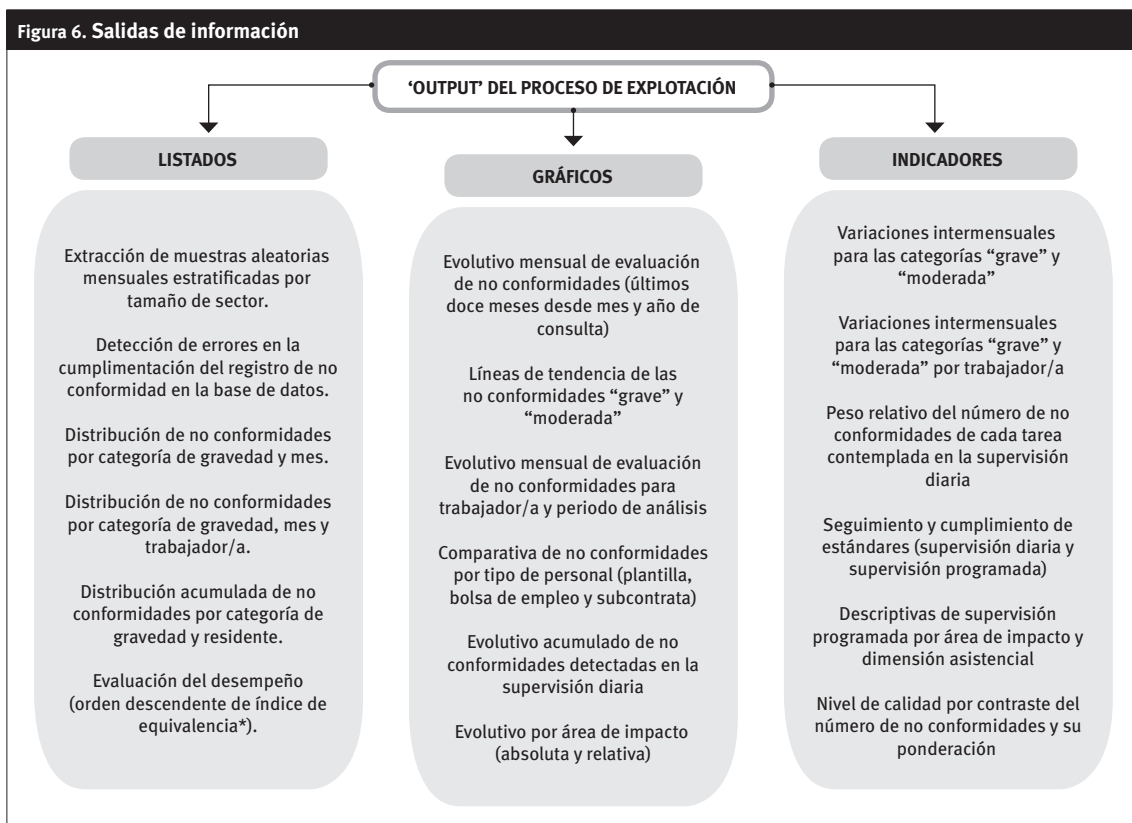
Supervisión	Tamaño de muestra	Datos
Programada	Supervisiones no realizadas	<p>Datos troncales a cada tipo de supervisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día de no conformidad • Trabajador/a cometedor/a • Residente afectado/a • Área asistencial/subárea de impacto • Tipo de evaluación (presencial/deductiva)
	Tamaños de muestra previo (n)	
Diaria	No hay tamaño de muestra porque se trata de una de las funciones asignadas a la figura profesional de supervisor/a de residencias. Es, por tanto, un quehacer diario y con la intensidad requerida por la organización.	<p>Datos supervisión programada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad del servicio (grave/moderada/leve) • Desempeño (grave/moderada/leve) • Respeto (grave/moderada/leve) <p>Datos supervisión diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencia (grave/moderada/leve)

Nota: tnr_i → media histórica de tasas de supervisiones no realizadas en cada subárea de impacto.

Fuente: Elaboración propia.

respecto. A veces, con mayor presencia de la aconsejable, ni las lecturas proactivas del recorrido de mejora iniciado ni consignas tan estimulantes como “estamos en la buena senda” son argumentos suficientes para dar cauce a la aplicación de estas sistemáticas de evaluación. Este tipo de actitudes se contraponen a los principios de la responsabilidad social corporativa, por otra parte una demanda social con la que todas las organizaciones tenderán a alinearse ideológicamente. Sin embargo, en no pocas ocasiones, la realidad no es sino consecuencia de unos comportamientos culturalmente tan arraigados que resultaría iluso pensar en cambiarlos; en otras palabras, es más difícil asumir responsabilidades y compromisos como consecuencia del impacto negativo de nuestra gestión en el cliente (detección, gestión y reducción de no conformidades) que optar por una estrategia de huida hacia adelante basada en actitudes preocupadas por no tirar piedras a nuestro propio tejado. ¿Medimos el grado de compromiso de la organización para cubrir las expectativas del entorno sociofamiliar o solo decimos que lo hacemos desde nuestra visión, misión y valores?

El modelo de supervisión contempla varios módulos de explotación de datos. Básicamente, estos módulos hacen referencia a dos formatos de información: gráficos y paneles de indicadores. Aunque, también, se filtran datos para obtener información grupal o personal (trabajador/a y residente). El sistema diseñado es adaptativo: acepta tanto la incorporación de nuevas áreas de impacto desde los criterios marcados por los propios centros gestores como la supresión o desconsideración de otras. Asimismo, la secuencia baja-alta también se producirá porque el centro sustituirá progresivamente el seguimiento de áreas críticas que ya han conseguido un nivel asintótico de no conformidades (cuando la buena praxis es un hecho constatable) por nuevas áreas a evaluar. El modelo se irá renovando desde la propia experiencia adquirida para responder a necesidades propias y no a exigencia alguna de enfoques importados. Aun cuando se presuma una transformación tan continuada, la salida de información permanecería invariable para adaptarse a la Figura 6.



* Índice equivalencia, $ie = \frac{e}{e_{max}}$, donde $e = \frac{\sum_{j=1}^{j=n} po * j * pnc}{ns}$ y $0 \leq ie \leq 1$

- % periodo de observación (po): número de días activos del trabajador/a sobre el número total de días del período de observación (cuanto menor sea el porcentaje, mayor peso adquieren las no conformidades detectadas).
- % jornada laboral (j): jornada en contrato sobre jornada máxima anual prevista en convenio colectivo de aplicación (cuanto menor sea el porcentaje, mayor peso adquieren las no conformidades detectadas).
- ponderación no conformidades (pnc): sumatorio del producto de cada categoría de no conformidad por su correspondiente ponderación (cuanto menor sea la suma, mayor peso adquieren las no conformidades detectadas; la ponderación se asignará en orden inverso a la gravedad de la no conformidad, por ejemplo: 3-leve, 2-moderada y 1-grave).
- Número de supervisiones en muestreo (ns): número de veces en que un mismo/a trabajador/a es supervisado/a en un periodo de observación (cuanto menor sea el número de supervisiones, mayor peso adquieren las no conformidades detectadas).

Fuente: Elaboración propia.

5. Rompiendo el mito supervisión presencial-buena praxis frente a supervisión deductiva-no conformidad

Tradicionalmente se ha interpretado que en la cultura mediterránea las personas somos propensas a relajar nuestra actitud si no nos sentimos “vigiladas”. Aún hoy, a pesar de la superación de muchos estereotipos socioculturales, sigue siendo relativamente frecuente toparse con apreciaciones similares. Esta falta de confianza en las actitudes profesionales promueve pensamientos que parten de aforismos trasnochados para extender la idea de que solo se garantiza un nivel mínimo de negligencias y/o malas praxis si la supervisión es presencial —cuando el gato no está, los ratones bailan, que diría alguna persona mayor de nuestros centros— y, además, toma nota de cuanto observa. Esta es una actitud tan fiscalizadora que no presume una conducta mínimamente vocacional y empática del personal gerocultor, por otra parte ejecutor de prácticas probablemente mejorables desde diferentes perspectivas pero que, asimismo, son consecuencia de una manera de ejercer la profesión directamente identificada con la misión, visión y valores del centro. La cultura asistencial debería fluir de arriba hacia abajo con un lenguaje proactivo, reconociendo sin miramientos la innegable importancia del personal gerocultor y otorgándole el protagonismo que merece por ser la *pedra clave* de la atención geriátrica.

Para que el personal gerocultor lleve a buen término todas las funciones que tiene encomendadas, habida cuenta de las condiciones psicoafectivas que circunscriben su trabajo, deberíamos estar permanentemente vigilantes de su nivel de estrés y/o *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal). En un enfoque paralelo, el análisis de las circunstancias que envuelven al personal con buen rendimiento profesional, psicológico y emocional se convierte en una suerte de *benchmarking* productivo (*engagement*).

Algunos estudios concluyen que el personal gerocultor “forma parte de un colectivo de riesgo, posee altos niveles de estrés y presenta altas puntuaciones en las dimensiones que configuran el síndrome de *burnout*. En concreto, el hecho de tener que enfrentarse día a día a una situación que puede llegar a desbordar sus ánimos personales, y sus estrategias para hacer frente a la situación amenazante, configura en la organización un clima de estrés crónico que amedrenta el rendimiento físico, psicológico y social del trabajador” (Martínez *et al.*, 2014: 42). En un marco como el descrito, el equilibrio laboral se presenta como requisito previo para que la atención se preste en términos de calidad de vida. En consecuencia, la organización juega un papel fundamental en el desarrollo y solución del *burnout*. Por esta razón, modelos como el desarrollado, enfocados desde la proactividad necesaria para ponderar en su justo valor la importancia del trabajo del personal gerocultor para ofrecer niveles de calidad de vida suficientemente dignos, ayudan a que este liderazgo asistencial pase

del plano teórico al plano del reconocimiento explícito. Registrar los resultados de las supervisiones, analizar la distribución de no conformidades por categorías (graves, moderada y leve) y exponer las tendencias positivas que se suponen observables desde la implantación de modelos como *Habitus*, ayuda a mejorar la sensación de realización personal desde la valoración positiva del trabajo. El estilo de la organización, su preocupación por conseguir que el desempeño profesional se concencie de la necesidad de atender conforme a la individualidad de cada persona y a la percepción doméstica del entorno sociofamiliar, determinará si la inercia emprendida es o no creíble. Un ideario sin datos no aporta nada; un sistema con registros detecta oportunidades de mejora que redundan en un incremento de la calidad asistencial.

Nuestro objetivo es generar unos hábitos profesionales que se abstraigan de los modelos de supervisión, esto es, que el personal gerocultor tenga tan interiorizada la buena praxis que esta no sea consecuencia de una evaluación, sino del *modus operandi* propio de la organización. Para lograrlo, el centro tendrá que demostrar que no hay dependencia entre el tipo de supervisión (presencial o deductiva) y el resultado obtenido en la evaluación. Este tipo de implementaciones incidiría directamente en la realización personal desde muy diversos factores. Cada trabajador/a, diariamente, podría percibir esa sensación de realización desde su interacción con las personas residentes y/o desde la valoración positiva y explícita de su valía profesional. Aplicando la pirámide de Maslow a los entornos laborales, podría afirmarse que aquellas organizaciones que despliegan estrategias de evaluación proactiva orientadas al bienestar psicoemocional de las personas residentes estimulan los mecanismos necesarios para alcanzar los tres niveles superiores: afiliación (relaciones interpersonales para sentirse parte de un grupo), reconocimiento (sentimiento de aceptación social para avanzar hacia la autorrealización) y autorrealización (búsqueda de un sentido a la vida). Nada de esto servirá si las encuestas de clima/satisfacción laboral refutan nuestras intenciones desde resultados que no acompañan el discurso.

Desde pruebas de independencia de χ^2 cuadrado, el modelo analiza si la detección de no conformidades en categorías no relevantes (leve) es consecuencia de la presencia de el/la supervisor/a en el proceso de atención (hipótesis nula), para un nivel de confianza del 99,9% y un grado de libertad ($\chi^2 = 10,83$). El valor alcanzado por la variable χ^2 solo explica la dependencia/independencia entre ambos atributos (tipo de supervisión y detección o no de no conformidades leves) y no si los resultados de las evaluaciones avalan hábitos de trabajo excelentes. Si la concienciación profesional no solo aflora desde la presión vigilante sino que, sobre todo, es fruto de políticas organizativas que han implementado un modo de hacer garantista de las buenas praxis desde acciones formativas y canales de información

apropiados, el registro de prácticas no adecuadas en las *checklist* correspondientes debería ser residual. La evaluación global del centro no vendría determinada por correlación alguna, sino por un simple índice que resumiera todas las incidencias documentadas en un periodo de análisis. El problema radicaría en la acotación de los intervalos que limitarían los niveles de calidad, aún más complejo porque cada categoría de la no conformidad presenta un peso específico concreto y porque el número de no conformidades detectado también dimensionaría las prácticas no adecuadas.

Supongamos que el factor de ponderación para cada nivel es respectivamente 3, 2 y 1. Imaginemos, por un lado, un centro (A) de 100 plazas con 150 no conformidades distribuidas a razón de 85 graves, 40 moderadas y 25 leves; por otro lado, una residencia (B) de 50 plazas con 10 graves, 15 moderadas y 175 leves para un total de 200 no conformidades.

- Intervalos de calidad y puntuación máxima tolerada:

$1,00 \geq i > 0,80$	→ Muy bueno	↔ Centros A y B
$0,80 \geq i > 0,60$	→ Bueno	
$0,60 \geq i > 0,40$	→ Regular	
$0,40 \geq i > 0,20$	→ Deficiente	
$i \leq 0,20$	→ Muy deficiente	

Ambos centros no trabajan con el mismo número de subáreas críticas (15 en el centro A y 10 en el B), pero ya hemos demostrado la irrelevancia de este hecho si el binomio nivel de confianza-margen de error es diferente a 99%-1%. Antes de proceder a idear ningún sistema de acotación, deberíamos limitar la comisión de no conformidades a un porcentaje de tolerancia máxima (6% según la Tabla 7). A continuación vamos a realizar los cálculos previos para construir dos modos diferentes de escalonar las buenas praxis.

5.1. Acotación porcentual

Acota los intervalos para la definición de niveles de calidad atendiendo a una misma amplitud (cociente entre uno y el número de intervalos) y con independencia del número de elementos que teóricamente pudieran contener:

nivel de confianza:	98%
margen de error:	2%
tamaño de muestra diaria ^(*) :	9
tolerancia máxima:	$9 \times 365 \times 6\% = 197$

^(*) Según la expresión para el cálculo del tamaño de muestra (punto 4.2.), nueve es el número medio de supervisiones diarias para ambos centros.

- Índice de calidad (i): uno menos el cociente entre la suma de los productos de cada categoría de no conformidad por su correspondiente ponderación y el producto del número máximo de no conformidades por el valor de máxima ponderación:

Centro A → $1 - (85 \cdot 3 + 40 \cdot 2 + 25) / (197 \cdot 3) = 0,390$ → Deficiente
 Centro B → $1 - (10 \cdot 3 + 15 \cdot 2 + 175) / (197 \cdot 3) = 0,602$ → Bueno

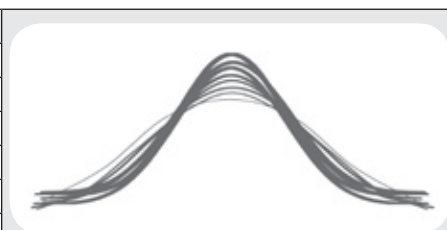
Como se ve, el nivel de calidad depende en mayor medida de la frecuencia de cada categoría de consecuencia (leve, moderada o grave) que del valor absoluto del número de no conformidades detectado.

Trabajar con intervalos de una misma amplitud porcentual podría no corresponderse con un histograma de frecuencias que fuera más o menos constante. En otros términos, tendríamos que comprobar si la probabilidad teórica de pertenecer a uno u otro intervalo es similar. Empíricamente se demuestra que la concentración de valores en cada intervalo no es equiprobable. Si relacionamos todas las puntuaciones posibles para diferentes números de no conformidades (n) y ponderaciones

de las tres categorías de gravedad (número total de combinaciones igual a $VR_3^n = 3^n$), y construimos los histogramas de frecuencias para cada caso simulado, observaremos una progresiva adaptación de las distribuciones de probabilidad a la campana de Gauss (coeficientes de asimetría nulos y curtosis descendentes y muy próximos a cero a medida que aumenta n). Analicemos si este hecho aconseja la asignación de niveles de calidad conforme a otro método alternativo.

Tabla 9. Aproximación a la curva normal de puntuaciones totales

nº NC (n)	Variaciones (3 ⁿ)	Curtosis	Asimetría	Media	Desviación
3	27	-0,347	0,000	6,000	1,441
4	81	-0,321	0,000	8,000	1,643
5	243	-0,281	0,000	10,000	1,830
6	729	-0,243	0,000	12,000	2,001
7	2.187	-0,212	0,000	14,000	2,161
8	6.561	-0,187	0,000	16,000	2,310
9	19.683	-0,166	0,000	18,000	2,450
10	59.049	-0,150	0,000	20,000	2,582



A medida que incrementa el número de no conformidades, la distribución de frecuencias se normaliza con una media igual a 2n y una desviación cada vez menor respecto del valor central (concentración).

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Acotación probabilística

Acota los intervalos para la definición de niveles de calidad atendiendo a una misma amplitud (cociente entre el recorrido de la puntuación ponderada y el número de intervalos, cinco en nuestro caso) pero considerando que los mismos están compuestos por un número diferente de elementos, que siguen, como se demuestra, una función de distribución normal. ¿Por qué se acota el nivel de calidad en función del recorrido y no según una distribución alícuota de combinaciones posibles, es decir, acorde con niveles que contuvieran un mismo número de elementos o, en otros términos, que se diera una equiprobabilidad en la pertenencia a uno u otro nivel igual al 20 % (100 %/5)? Si fijáramos las cotas en función de un mismo contenido para cada intervalo, dada la altísima concentración de valores en torno a la media propia de una distribución normal, puntuaciones relativamente altas (frecuencias considerables en no conformidades moderadas y graves) podrían derivar en niveles de calidad buenos o, incluso, muy buenos. En un símil de evaluación

académica, es como si valorásemos el conocimiento del alumnado en función del lugar que ocupa cada uno de ellos en una teórica función de distribución de sus calificaciones: siempre obtendríamos un mismo número de alumnos en cada nivel de evaluación (sobresaliente, notable, bien, suficiente e insuficiente). No parece ser un sistema adecuado para ponderar la diferencia entre la excelencia y los niveles inferiores de reconocimiento. En cualquier caso, en la Tabla 10 se comparan los resultados de ambas opciones.

La opción B favorece el logro de puntuaciones asociadas con niveles altos de calidad y, en consecuencia, podría sesgar la percepción verosímil de las buenas praxis. La opción A, por su parte, se aproxima a la escala porcentual pero presenta una mayor sensibilidad respecto de las posibles puntuaciones totales obtenibles. Esta última opción califica la praxis conforme a una misma amplitud lineal del intervalo, y pondera el nivel de calidad poniendo en valor el esfuerzo de la organización por alcanzar la excelencia.

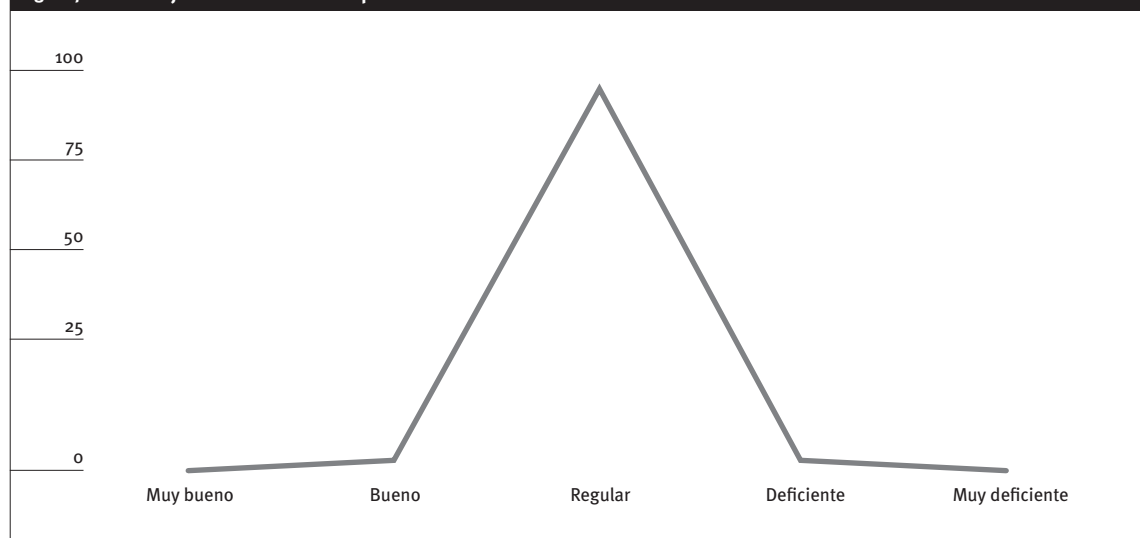
Tabla 10. Acotación de niveles de calidad

Opción A: acotación por recorrido		Opción B: acotación por equiprobabilidad																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Intervalos</th> <th>Nivel de calidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$197 \leq pt \leq 276$</td> <td>Muy bueno</td> </tr> <tr> <td>$277 \leq pt \leq 355$</td> <td>Bueno</td> </tr> <tr> <td>$356 \leq pt \leq 434$</td> <td>Regular</td> </tr> <tr> <td>$435 \leq pt \leq 513$</td> <td>Deficiente</td> </tr> <tr> <td>$514 \leq pt \leq 591$</td> <td>Muy deficiente</td> </tr> </tbody> </table>	Intervalos	Nivel de calidad	$197 \leq pt \leq 276$	Muy bueno	$277 \leq pt \leq 355$	Bueno	$356 \leq pt \leq 434$	Regular	$435 \leq pt \leq 513$	Deficiente	$514 \leq pt \leq 591$	Muy deficiente									
Intervalos	Nivel de calidad																					
$197 \leq pt \leq 276$	Muy bueno																					
$277 \leq pt \leq 355$	Bueno																					
$356 \leq pt \leq 434$	Regular																					
$435 \leq pt \leq 513$	Deficiente																					
$514 \leq pt \leq 591$	Muy deficiente																					
<p>Centro A: 360 puntos (pt) Nivel de calidad: regular</p>	<p>Centro B: 240 puntos (pt) Nivel de calidad: muy bueno</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Probabilidad</th> <th>Intervalos^(*)</th> <th>Nivel de calidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$0 \% \leq p < 20 \%$</td> <td>$197 \leq pt \leq 377$</td> <td>Muy bueno</td> </tr> <tr> <td>$20 \% \leq p < 40 \%$</td> <td>$378 \leq pt \leq 389$</td> <td>Bueno</td> </tr> <tr> <td>$40 \% \leq p < 60 \%$</td> <td>$390 \leq pt \leq 399$</td> <td>Regular</td> </tr> <tr> <td>$60 \% \leq p < 80 \%$</td> <td>$400 \leq pt \leq 411$</td> <td>Deficiente</td> </tr> <tr> <td>$80 \% \leq p < 100 \%$</td> <td>$411 \leq pt \leq 591$</td> <td>Muy deficiente</td> </tr> </tbody> </table>	Probabilidad	Intervalos ^(*)	Nivel de calidad	$0 \% \leq p < 20 \%$	$197 \leq pt \leq 377$	Muy bueno	$20 \% \leq p < 40 \%$	$378 \leq pt \leq 389$	Bueno	$40 \% \leq p < 60 \%$	$390 \leq pt \leq 399$	Regular	$60 \% \leq p < 80 \%$	$400 \leq pt \leq 411$	Deficiente	$80 \% \leq p < 100 \%$	$411 \leq pt \leq 591$	Muy deficiente	
Probabilidad	Intervalos ^(*)	Nivel de calidad																				
$0 \% \leq p < 20 \%$	$197 \leq pt \leq 377$	Muy bueno																				
$20 \% \leq p < 40 \%$	$378 \leq pt \leq 389$	Bueno																				
$40 \% \leq p < 60 \%$	$390 \leq pt \leq 399$	Regular																				
$60 \% \leq p < 80 \%$	$400 \leq pt \leq 411$	Deficiente																				
$80 \% \leq p < 100 \%$	$411 \leq pt \leq 591$	Muy deficiente																				
		<p>Centro A: 360 puntos (pt) Nivel de calidad: muy bueno</p>	<p>Centro B: 240 puntos (pt) Nivel de calidad: muy bueno</p>																			

(*) Valor que, para una distribución normal acumulada, deja a la izquierda de las cotas de cada intervalo un área igual al valor de las respectivas cotas de cada intervalo de probabilidad.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Porcentaje de combinaciones posibles en cada nivel de calidad



Fuente: Elaboración propia.

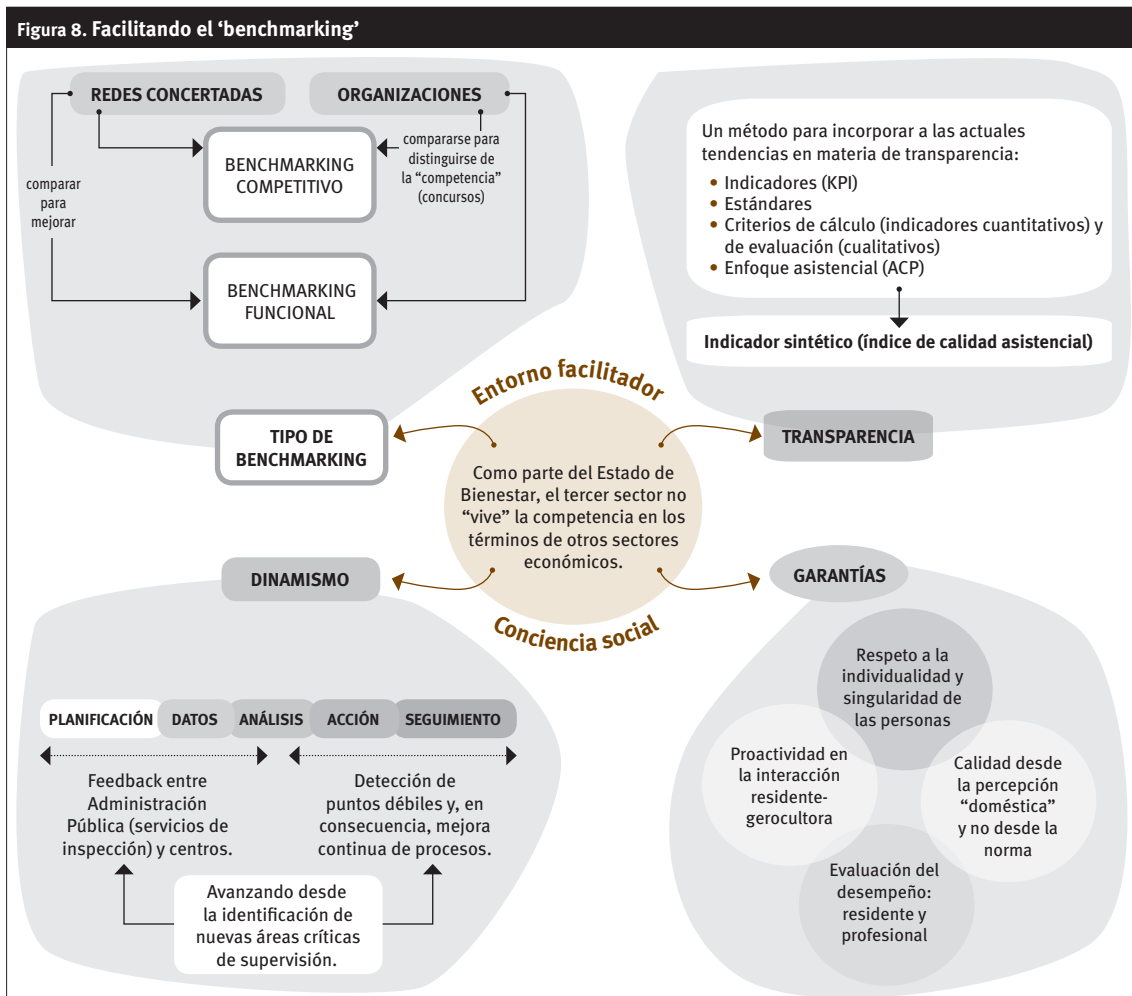
Solo las organizaciones excelentes conseguirán niveles de calidad “muy buenos”, porque la probabilidad de pertenencia al intervalo, a diferencia de la equiprobabilidad propuesta por la opción B, es baja. La gráfica muestra la concentración de puntuaciones totales por nivel de calidad para el ejemplo propuesto. Obsérvese que es prácticamente simétrica y que, a pesar de la presumiblemente bajísima posibilidad de optar al nivel excelente, el total de combinaciones posibles para acceder a dicho nivel es de $1,34 \times 10^{85}$ para el nivel de tolerancia de no conformidades admitido ($6\% = 197 \text{ NC}$).

Desde un enfoque público de evaluación de redes asistenciales, el uso de herramientas como Habitus vehiculiza la fijación de estándares de referencia y el diseño de mapas comparativos desde perspectivas intra (centros de una misma organización) o extra (organizaciones o centros de diferentes redes comarcales o autonómicas). Como detalla el siguiente punto, la homogeneización del cálculo de los indicadores utilizados es un proceso obligado si aspiramos a dotar de verosimilitud al sistema. Y, como la implantación de un modelo como el desarrollado no es aún requisito funcional de ninguna normativa, las Administraciones Públicas

deberían poner en valor el esfuerzo derivado de la voluntad de querer contemplar cuantas áreas de atención son especialmente críticas desde la sensibilidad del entorno sociofamiliar. En los programas piloto a diseñar para llevar a la práctica este tipo de experiencias, el nivel de calidad de cada centro debería ser consecuentemente rectificado por la dimensión del esfuerzo (no es igual abordar tres o cuatro áreas críticas que una veintena). El indicador sintético definido adoptaría forma de percentil para ubicar las buenas praxis en el contexto de análisis.

6. 'Benchmarking'

Si por *benchmarking* entendemos todo aquel proceso de evaluación comparada del desempeño a partir del cual una organización busca calificar sus prácticas para mejorar las expectativas de sus clientes, la compartición de datos y resultados que supone es una inmejorable oportunidad para aprender con las mejores experiencias del sector. Una dinámica de *benchmarking* trata de imprimir fuerza en una misma dirección desde aquellos vectores que delimitan la complementariedad necesaria para el avance conjunto (aprendizaje mutuo y recíproco).



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios sociales, como sector con identidad propia y diferenciada de otras que históricamente han procurado servicios a las personas más necesitadas, han adolecido de falta de perspectivas macro transversales para contrastar el avance de cada uno de los subsectores que lo integran. El progreso asistencial de las últimas décadas, indiscutible desde diferentes perspectivas, ha originado algunas comparativas impulsadas, en todo caso, desde el liderazgo de las disciplinas que han gobernado la atención a los colectivos más desfavorecidos. Los profesionales, públicos y privados, nos hemos erigido en líderes de la atención para legislar y organizar conforme a nuestras propias preocupaciones, unas veces desde las limitaciones presupuestarias y otras desde una supuesta garantía normativa en la que muchas veces no cabe la dimensión humana de la atención. Como consecuencia, el panorama estatal desemboca en un sistema de protección social divergente que da “soluciones” poco homogéneas a un mismo problema. Ante un escenario tan diverso, los ejecutivos autonómicos no se han preguntado si la dispersión es producto de la eficiencia de los modelos de atención, de la dotación presupuestaria al sistema social o de la innovación asistencial implementada. Mientras estas evoluciones desarmonizadas no se investiguen las diferencias seguirán existiendo y, así como la brecha salarial por razón de género es una lacra social, la brecha asistencial por razón de padrón sería una desigualdad a un mismo nivel de importancia social. Pero la equiparación ha de lograrse por aproximación a los mejores, en todos los sentidos, y no por la limitación del avance de unos sobre los demás.

Una regla fundamental en el diseño de comparadores (*benchs*) es que el indicador (KPI) sea obligatoriamente homogéneo. Esta pretendida uniformidad no pasa exclusivamente por expresar su cálculo de una única manera, con arreglo a idénticos criterios, sino, ante todo, por rectificar el valor obtenido por efecto del contexto de aplicación. ¿El número medio de caídas por residente, cociente entre el total de caídas registradas en un periodo y el número medio de residentes en el mismo, es independiente del índice de case-mix del centro o de la implementación de medidas de eliminación de sujeciones? Evidentemente, no. Las condiciones circunstanciales de la atención deben parametrizar, asimismo, el valor del comparador para dotarlo de la homogeneidad necesaria para el contraste.

Insistiremos nuevamente en la inevitable distinción entre *benchmarking* público y *benchmarking* sociofamiliar, entre la necesaria inspección administrativa para evaluar las garantías asistenciales de los centros desde indicadores de proceso y resultado (se valora el resultado agregado y no la intervención personalizada) y la no menos imprescindible supervisión de la calidad asistencial desde los ojos del entorno más íntimo de las personas residentes. Una y otra, sobre indicadores de proceso o de resultado, deberían converger en

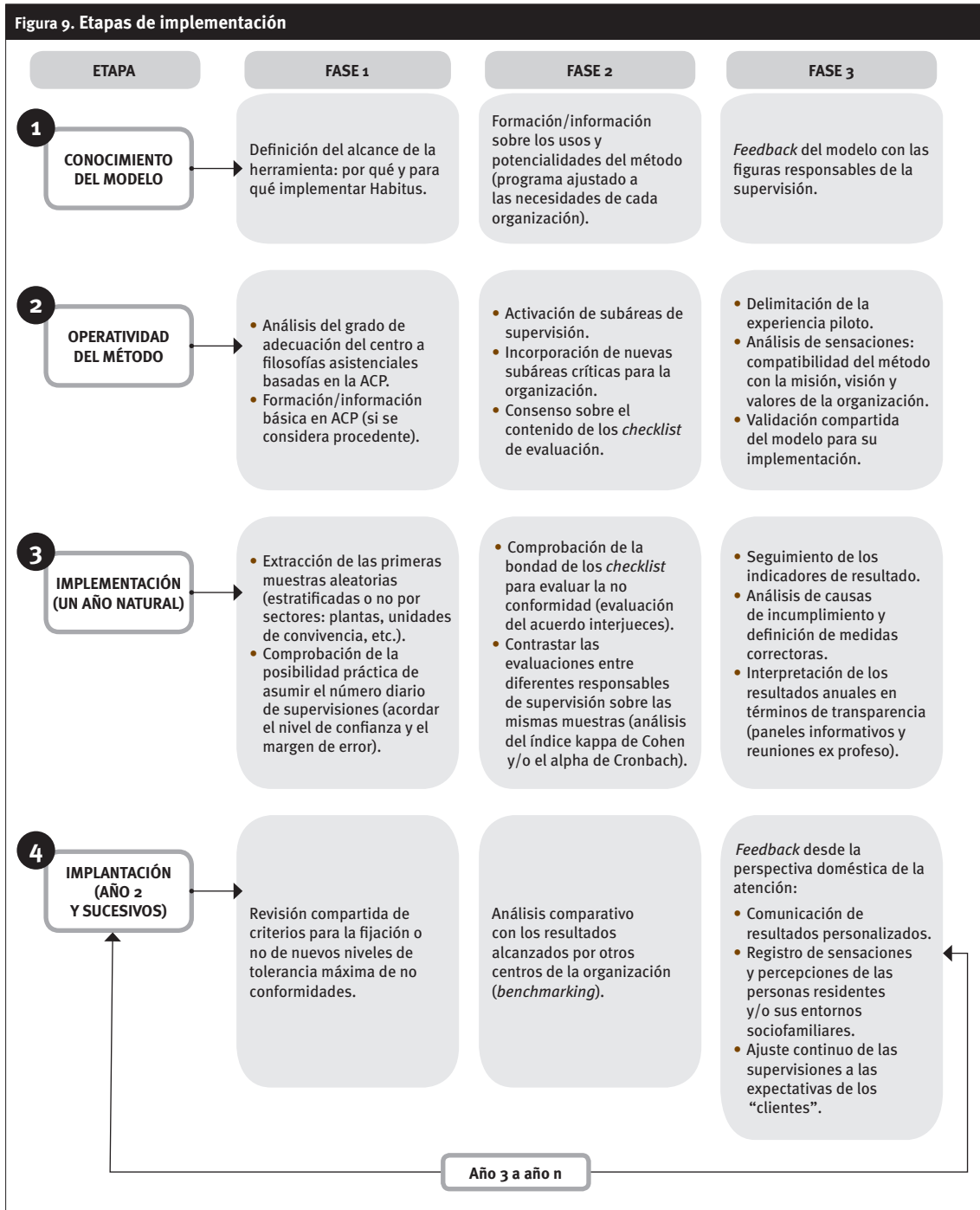
la apreciación cualitativa de la calidad. Son, en definitiva, dos caminos que nos llevarían a un mismo destino pero cada cual transitando por su vereda. Complementando el enfoque evaluador público desde claves alternativas basadas en los modelos de calidad de vida y atención centrada en la persona, alcanzaremos nuevas cotas interpretativas de la calidad, de modo que la misma no sea entendida como algo que transciende el sentir de los clientes para convertirse en un medio que, por ajustarse al estricto cumplimiento de la norma, desatiende los aspectos emocionales de la atención, en última instancia aquellas parcelas verdaderamente importantes para quienes decidimos ingresar a nuestros seres queridos en un centro residencial.

En un entorno asistencial en el que la Administración Pública verdaderamente enarbolase la bandera de la participación de las familias en el tipo de atención que quieren recibir, más allá de la mera cumplimentación de una encuesta de satisfacción, la implementación de este tipo modelos de supervisión acompañaría con pruebas la certeza de sus intenciones. Además, la implementación de dinámicas de *benchmarking* nos ayudará a comparar nuestra capacidad como organizaciones al servicio de las personas mayores (*benchmarking* competitivo aplicable en procesos de adjudicación de gestión indirecta de recursos). Igualmente, en un sector altamente atomizado porque la demanda está básicamente focalizada en la proximidad geográfica, trabajar desde la compartición del conocimiento nos facilitará la identificación de las mejores prácticas para que estas rutinas excelentes puedan ser replicadas en otros centros porque, precisamente, no se constituyen en competidores que comparten un mismo mercado (*benchmarking* funcional).

7. Etapas en la implementación del método

Implementar una herramienta como *Habitus* no es la simple instalación de un *software* que permita su operatividad. El modelo presentado pretende ser una filosofía de trabajo basada en evaluaciones proactivas que gradualmente van barnizando la atención desde las buenas prácticas como impulso de la mejora continua. No se aconseja la implantación de esta metodología si la inmediatez en la obtención de resultados es nuestro objetivo, aquello de parecer más que ser. El método desarrollado solo desembocará en el arraigo de una cultura asistencial, que busca cubrir las expectativas de las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar, si la organización —concretamente, quienes la dirigen— se plantea su implementación como una sucesión de etapas a las que no accederemos sin terminar ni evaluar cada fase previa.

Con la disponibilidad propia de cada organización, iremos consolidando un modelo de entender la calidad diferenciado y complementario de lo que habitualmente se interpreta como tal. Añadiremos



Fuente: Elaboración propia.

los beneficios de la norma informal al cumplimiento de la norma formal para cerrar el círculo de la calidad, en un ejercicio de puesta en práctica de un sistema teórico que debe contar, obligatoriamente, con los principales agentes que interactúan en la atención residencial a personas mayores (residentes y/o entorno sociofamiliar, centros gestores y profesionales). El objetivo es claro: contagiar el afán no solo por hacerlo bien sino, sobre todo, por sentirnos bien en nuestro desempeño profesional, por hacer de nuestra vocación de servicio un valor distintivo de nuestra organización.

8. Conclusiones

De todo lo expuesto se pueden extraer una serie de conclusiones:

- Los modelos asistenciales basados en corrientes de pensamiento como la psicología humanista han venido para quedarse. De alguna manera, son la siguiente etapa en la evolución de los servicios residenciales para persona mayores: beneficencia → profesionalización (*beneficiencia*) → dimensión humana de la atención.

- Las actuales herramientas de gestión residencial no contemplan, en la mayoría de los casos, el registro, análisis y explotación de datos para mostrar una preocupación latente por mejorar la atención desde parámetros asistenciales alternativos y esenciales, pero no por ello contrarios a aquellos que la fase de profesionalización ha considerado imprescindibles y nucleares. Un método como *Habitus* es una herramienta dinámica que evoluciona con los centros, que se nutre de sus experiencias para producir un *feedback* con el entorno sociofamiliar que evidencie la preocupación de la organización por atender conforme a la sensibilidad de aquel: perder requisitos improductivos desde la óptica social para ganar en humanidad.
- La humanización de la atención es escuchar activamente la voz de las personas residentes y/o su entorno familiar para procurar que la “hogarización” de los centros residenciales no se quede en una mera declaración de intenciones. Es necesario avanzar en la definición de indicadores que integren el bienestar psicoemocional como un eje fundamental en la atención residencial a nuestras y nuestros mayores. No se defiende en dimensión alguna la suplantación de otros roles asistenciales sino la complementación de disciplinas y el aprovechamiento de sus sinergias.
- El panorama estatal es claramente *ex ante* en una evaluación de los servicios que no busca tanto la continuidad de las buenas praxis como aprobar los exámenes que suponen las auditorías de cualquier índole. El cumplimiento de la norma es el estandarte más visible del proceso de acreditación de la calidad, convirtiendo el método en algo más correctivo que preventivo y generalmente poco transparente para el conocimiento público de los resultados obtenidos. En una actividad socialmente tan sensible como la nuestra, la implementación de modelos garantistas del buen hacer diario debería ser una condición y no un valor añadido. Y en este sentido se ofrece el modelo: *Habitus* en una alternativa evaluativa que complementa la valoración pública de los centros desde la necesaria e indisoluble colaboración público-privada en la atención residencial a personas mayores. En definitiva, pretende constituirse en un potenciador de la sinergia entre agentes para promover el avance conjunto del sector.
- Empeñarse en separar gestión y perspectiva humanista es un posicionamiento que obstaculiza la interconexión necesaria entre diferentes disciplinas para un avance conjunto de la atención. Entender que son vasos comunicantes, y que no es aconsejable romper el equilibrio entre uno y otro para que prevalezca una de las dos mitades, es un principio irrenunciable del modelo. Humanizar sin gestionar es como gestionar sin humanizar, un claro ejemplo de entender la atención desde la perspectiva de una disciplina dominante; gestionar para humanizar es sistematizar, medir, evaluar y corregir desde la evidencia para mejorar la calidad de atención, un modo de concebir la prestación del servicio desde códigos éticos.
- El uso de un lenguaje proactivo (no conformidades y oportunidades de mejora frente a malas praxis y errores en el ejercicio profesional) facilita la implementación de sistemas de evaluación alejados de connotaciones disciplinarias. De la amenaza de la sanción se pasa a depositar la confianza en el buen quehacer profesional de las plantillas porque hemos canalizado las medidas oportunas para conseguirlo.
- El personal gerocultor es el epicentro de la atención. Reconocerlo es tanto un gesto de humildad como una declaración firme para entender que es este colectivo profesional, y no ningún otro, quien se erige en figura de referencia inmediata para las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar. La imagen de la residencia se proyecta desde estas figuras de igual modo que son primeras receptoras de las reclamaciones verbales o informales de familias y entornos sociales. Sin lugar a dudas, son las bisagras que conectan dos planos simétricos inseparables: necesidad de atención y estilo de servicio.
- Una gestión de éxito para por el tamiz de la eficiencia. En consecuencia, el modelo hará uso de cuantas técnicas analíticas (inferencia estadística), modelos de interpretación y soportes digitales (bases de datos y registros táctiles) se entiendan necesarios para cumplir con las expectativas de los clientes (residentes, entorno sociofamiliar y/o Administraciones Públicas) desde la racionalización de recursos. Nuestro objetivo es claro: atender como nos gustaría ser atendidos. Para pasar del ánimo al cometido aplicaremos tanto métodos basados en las propias experiencias como prácticas compartidas por otras organizaciones en dinámicas de benchmarking.
- La objetivación de la categoría de la consecuencia potencial de las no conformidades en el estado de salud y/o equilibrio psicoemocional (leve, moderado o grave) es el eje central del modelo. Ponderar la no conformidad permite validar la eficacia de las acciones implementadas para reconducir el nivel de calidad desde la perspectiva doméstica. Todo un conjunto de gráficos, listados e indicadores se modulan en un *software* que ayuda a la toma de decisiones desde la interpretación de los resultados obtenidos. Desde el análisis de los incumplimientos observados podremos determinar si la solución pasa por diseñar planes de formación específicas, abrir campañas de información para sensibilizar la concienciación profesional y/o reorganizar la atención directa conforme a criterios asistenciales alternativos.
- Fomentar la transparencia de procesos y resultados como fortalezas de la organización y, por proyección, de un sector que no debería ser

analizado desde las reglas de la competencia tradicional dado su carácter localista y atomizado, debería ser una iniciativa igualmente compartida desde las administraciones públicas. Incorporar las enseñanzas de diferentes herramientas para la mejora continua (filosofía Kaizen, por ejemplo), adaptadas a las características de la actividad geriátrica, revertiría positivamente en el avance conjunto de las redes residenciales. Esta actitud para facilitar la compartición de experiencias y promover la transparencia para la mejora tiene un modo de hacer: *benchmarking*.

9. Epílogo

La excepcionalidad de un confinamiento tan obligado como solidario por causa de la COVID-19 ha condicionado la composición de un documento que quiere defender más que nunca la inexcusable adaptación del centro residencial a la familia. La idea, el sentido finalmente buscado, ha evolucionado conforme han ido sucediéndose las noticias acerca de un virus especialmente virulento con las personas mayores. Ahora, incluso con mayor vehemencia, defiende que los nuevos tiempos deben exigir la apertura de los centros a la participación del entorno sociofamiliar. Su visibilidad y protagonismo como

engarce con las personas residentes no puede, ni debe, quedar en una mera declaración política más o menos creíble.

Ante escenarios tan dantescos como los recientemente vividos, ni Administraciones Públicas ni centros gestores deberían seguir obstinadamente empeñados en el cuidado desde principios anclados en modelos anquilosados por normativas más preocupadas de la forma que del fondo, por inspecciones públicas convencidas de que el éxito en la atención tiene más de cumplimiento de requisitos legales y funcionales que de interacción con las personas usuarias y/o su círculo íntimo. Cuando nos golpea una realidad tan dolorosa que obliga a dictar resoluciones para limitar el acceso exclusivamente al personal y a los proveedores bajo las más estrictas medidas de control, el entorno sociofamiliar vive su impotencia desde la soledad más desgarradora. Todo cuanto podemos imaginar para diseñar alternativas operativas que favorezcan un cambio de paradigma, que apoye sin dobleces la sensación de hogar, debería ser el eje sobre el que fundamentar futuros modelos de atención desde la dimensión humana, a veces olvidada conscientemente, equivocadamente, y otras desoída porque solo los profesionales sabemos qué necesitan las personas residentes y su entorno familiar para alcanzar el bienestar.

Referencias bibliográficas

- AUREN (2019): DENAdat, una herramienta para el dimensionamiento de plantillas de auxiliares de geriatría, <<http://www.denadat.com>>.
- CALVO, F. (1990): *Estadística aplicada*, Ediciones Deusto.
- FIGUEROA, J. (2017): *Diseño de investigación y análisis de datos*, Universidad de Almería.
- FRÍAS-NAVARRO, D. (2019): *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*, Universidad de Valencia.
- GIL GREGORIO, P.; LÓPEZ TRIGO, J.A. y GÓMEZ MARTÍN, M.P. (coords.) (2013): *Manual de buena práctica en cuidado a personas mayores*, Madrid, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- GOBIERNO VASCO (2019): Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 170, 9-9-2019, <<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2019/09/1904108a.shtml>>.
- GÓMEZ MARTÍN, M.P. y DÍAZ VEGA, P. (coords.) (2011): *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores*, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- GONZÁLEZ BOLEA, L.; CARMONA CALVO M.A.; y RIVAS ZAPATA, M.A. (2017): *Guía para la medición directa de la satisfacción de los clientes*, Instituto Andaluz de Tecnología.
- GONZALEZ CARREÑO, A. (2013): Intervención en calidad de vida de personas mayores en la residencia San Sebastián.
- GÓMEZ ORDOKI, A. (2017): MORETAG: *Modelo referencial de asignación de tiempos de auxiliar de geriatría*, Lares Euskadi (http://www.lareseuskadi.org/uploads/media/MORETAG-Lares_Euskadi.pdf).
- INFAIMON (2018): “Control de calidad empresas: el camino hacia la máxima eficiencia”, 6 de febrero, <<https://blog.infaimon.com/control-de-calidad-empresas-camino-maxima-eficiencia/>>.
- KNAPP M. (1988), *La economía de los servicios sociales*, La Llar del Libre.
- LÓPEZ DE ULLIBARRI GALPARSORO, I. y PITA FERNÁNDEZ, S. (2001): *Medidas de concordancia: el índice de Kappa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística*, Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo.
- MARTÍNEZ, J.P. et al. (2014): “Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados”, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, vol. 4, nº 1, pp. 41-53, <<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i1.39>>.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2013): Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa- Cuestionario Residencias.
- (2016): “Auxiliares y gerocultores/as, profesionales clave en la ACP”, <http://acpgerontologia.blogspot.com/2016/11/auxiliares-y-gerocultoresas.html>.
- (coord.) (2016): *Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales*, serie Ética y Servicios Sociales, nº 2, Oviedo, Consejería de Derechos y Servicios Sociales del Principado de Asturias.
- (2017): “Hasta ahora los cuidados se han concebido ignorando lo que cada persona siente y piensa”, *Mayor Actual*, 29 de octubre, <<http://www.lacasademitia.es/articulo/sociedad/teresa-mart/20171121052315074297.html>>.
- MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL (2018): Resolución de 11 de septiembre

de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio)” *Boletín Oficial del Estado*, nº 229, 21-9-2018, pp. 91.393-91.457, <[https://www.boe.es/eli/es/res/2018/09/11/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2018/09/11/(3))>.

NAVARRO, L.F. (coord.) (2019): *Protocolos para el cuidado básico de personas mayores: sistema de acreditación de servicios sociales*, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

TRINIDAD, D.J. (coord.) (2007): *Protocolos asistenciales en residencias de mayores*, Madrid, Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.

VARIOS AUTORES (2002): *Manual del proceso de lavandería en centros residenciales para personas mayores*, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.

- (2004): *Guía de higiene integral en residencias de personas mayores*, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid.
- (2010): *Protocolos de actuación. Residencia de personas mayores*, Servicio Foral Residencial, Diputación Foral de Bizkaia.
- (2011): *Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios (Norma Libera-Ger)*, Fundación Cuidados Dignos.
- (2014): *Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados*, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- (2014): *Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas*, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- (2020): *Escala LIBE (listado de indicadores de bienestar)*, Matia Instituto.

Familia inguruneko zaintzaileen ongizatea: Sendian Programa

Nerea Galdona

Matia Institutu Gerontologikoa
nerea.galdona@matiafundazioa.eus

Erkuden Aldaz

Matia Institutu Gerontologikoa

Aiora Gomez

Matia Institutu Gerontologikoa

Bizi-itxaropenak gora eta jaiotze-tasak behera egiteak biztanleria zahartu bat izatea dakar, eta, ondorioz, mendekotasunerako arriskuak areagotzea. Familiak, adineko pertsonen zaintzaren euskarri nagusiak, arriskuan jartzen du bere osasun fisiko eta psikosoziala prozesu horretan. Gipuzkoako Foru Aldundiak behar horiei erantzuten die eta zaintzaile horien ongizatea bermatzen du, Sendian Programaren aldeko apustua eginez. Izan ere, programa horrek banakako babes psikologikoa eta laguntza-taldeak eskaintzen ditu zaintzaileen osasun psikikoa, emozionala eta soziala hobetzeko. Lan honetan, Sendian Programaren erabiltzaileen profila erakusten da eta zaintzaren alderdi positibo batzuk aztertzen dira. Gaur egun, eredu tradizionalari jarraituz, zaintzailearen gehiengoak emakumezkoak dira, nahiz eta gizonezkoen presentzia areagotuz doan. Erabiltzaileek zaintzaren aspektu negatiboak eta positiboak identifikatzen dituzte (azken horien artean, poztasun maila handia eta zainduarekiko gertutasuna, adibidez), baina laginaren %17k zaintzaren alderdi negatiboak bakarrik jasotzen ditu. Horrek, etorkizunera begira, aurre egin beharreko erroka bat planteatzen digu, eta horri dagokionez, Sendian Programaren prebentzio-balioa nabarmendu dezakegu.

GAKO-HITZAK:

Mendekotasuna, zaintza, ongizate emozionala, laguntza psikologikoa, Sendian Programa.

El incremento de la esperanza de vida y la baja natalidad conducen a una población envejecida, en la que el riesgo de dependencia aumenta. La familia, principal proveedora del cuidado a personas mayores, compromete su salud física y psicosocial en este proceso. La Diputación Foral de Gipuzkoa atiende estas necesidades y garantiza el bienestar de estos cuidadores apostando por el Programa Sendian, que ofrece apoyo psicológico individual y grupos de apoyo. Este trabajo muestra el perfil de los cuidadores del programa y analiza aspectos positivos del cuidado. Actualmente, las mujeres se encargan mayoritariamente de esta labor, aunque la presencia de los hombres cada vez es mayor. Los cuidadores señalan tanto aspectos negativos como positivos del cuidado (por ejemplo, la satisfacción y la cercanía hacia la persona cuidada). Sin embargo, el 17% de la muestra solo señala aspectos negativos. Esto supone un reto, respecto al que se podría resaltar el valor preventivo del programa.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, cuidado, bienestar emocional, apoyo psicológico, Programa Sendian.

1. Sarrera

XX. mendeko hirurogeiko hamarkadaren amaieratik hona, ugalkortasun-tasa nabarmenki murriztu da, eta horren ondorioz, adineko pertsonen kopurua gehitu egin da. Biztanleen Udal Erroldaren azken datuen arabera, 2.199.088 pertsona daude Euskadin (INE, 2018). Biztanle horien % 20,3k 65 urte baino gehiago dituzte; alegia, 486.738 pertsonak. Horietatik, % 42,44 gizonak dira eta % 57,55 emakumeak (Eustat, 2019). Bilakaera demografikoaren beste ondorioen artean, bizi itxaropena luzatzea eta bizi kalitatearen hobetzea aurkitzen ditugu.

Nahiz eta hasera batean osasun arazoek eta mendekotasun egoerek gure bizi kalitatean eragin dezakete zeinahi adinetan, halaberharrez urteetan aurrera joan ahala mendeko izateko aukera areagotuz doa nabarmenki. Mendekotasun egoeran dauden pertsonen artean (36.157 pertsona), adinekoen pisua are handiagoa da % 76,56k 65 urte baino gehiago baitu. Mendekotasun tasak handiagoak dira adinak gora egin ahala, eta 80 urtetik aurrerakoan tartean are handiagoak. Zehazki, mendekotasuna duten 65 eta 79 urte bitarteko pertsonen artean, % 20 pisua du; 80tik gorakoan artean, berriz, ehuneko horiek gora egiten dute, adin tarte horren % 56,47 hartzeraino (INE, 2017).

Familiak mendekotasun egoeran dauden adineko pertsonen eguneroko babes gehiena eskaini izan ohi dute. Zaintza prozesuaren konplexutasunak eta jatorri dinamikoak, eta bestalde, aurrera eraman beharreko zeregin guztien aniztasunak, benetako erronka dakar zaintzaileentzat. Horregatik, zenbait egilek zaintza prozesua lasterketa batekin alderatu izan du; kasu askotan luzea izan ohi dena eta

indarrak xahutzen dituen. Gainera, zaintzailearen ongizate fisikoan eta, psikologikoan ere eragin dezake, baita harreman sozio-familiarrak eta lan harremanak aldatzeraino iritsi dezake. Edozein kasutan ere, zaintzaile izateak bere biziaren ondorio esanguratsuak izango dituenekin lotu izan da, nahiz zenbaitetan positiboak izan (familiarteko bati laguntzeak dakarren sentimenduagatik edo hazkunde pertsonalarengatik).

Horretaz gain, zaintzaileek zaintza lanarekin erlazioan zeregin ugari dituzte bere egunerokotasunean, eta egiteko hauek denboran zehar asko luzatzen dira. Aitzitik, zaintzaile guztiak oso antzeko egoeren aurrean aurkitzen badira ere, ez dituzte guztiek ondorio berberak jasaten, edo ez behintzat intentsitate berdinarekin. Egoera hau zein den kontutan harturik, Gipuzkoako Foru Aldundia zaintzaileen ongizatea eta euren beharrak asetzea zuzenduta dauden programa anitz garatzen ari dira; eta testuinguru honetan kokatzen da artikulu honen bidez deskribatu nahi dugun Sendian Programa.

2. Biztanleriaren zahartzea Euskal Autonomia Erkidegoan

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) 2.188.017 pertsona daude, eta horietatik 486.738 lagunek 65 urte baino gehiago dute dagoeneko. Hauek, biztanleria osoaren % 22,25 da; hots, biztanleriaren 3 pertsonatatik 2 adinekoak dira EAEn. Bestalde, 16-34 bitarteko gazteek % 18,36ko pisua dute (Eustat, 2019).

2026. urtera begira egindako biztanleria proiektzioen arabera, 65 urte eta gehiagoko pertsonen proportzioa % 30 ingurukoa izatea aurreikusten da. Ordurako

1. taula. Adin eta sexuaren arabeko biztanleria. EAE, 2019.

	Bi sexuak		Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	Guztira	%	Guztira	%	Guztira	%
0-19 urte	401.766	18,36	206.528	19,45	195.238	17,33
20-64 urte	1.299.513	59,39	648.463	61,08	651.050	57,80
65 urte eta gehiago	486.758	22,25	206.606	19,46	280.132	24,87
Guztira	2.188.017	100,00	1.061.597	100,00	1.061.597	100,00

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa, Eustatetik ateratako datuekin.

2. taula. Biztanleria proiektzioak, adin eta sexuaren arabera. EAE, 2026.

	Bi sexuak		Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	Guztira	%	Guztira	%	Guztira	%
16-34 urte	347.939	17,1	176.561	18,0	171.378	16,2
35-59 urte	861.671	42,2	426.093	43,4	435.578	41,2
65 urte eta gehiago	550.591	27,0	236.129	24,1	314.462	29,7
Guztira	2.039.490	100,0	981.767	100,0	1.057.722	100,0

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa, Eustatetik ateratako datuekin.

550.591 pertsona inguru izango dira eta zifra hau 16-34 urte bitarteko biztanleria gaztearen portzentaia baino altuagoa izango da zinez.

1. irudiak EAEko demografiaren etorkizuna nabarmentzen du. 2026 urterako, biztanleria gehiena metatzen duten kohorteak 50 urtetik gorakoak dira. Aitzitik, 25 eta 45 urte bitarteko biztanleen artean jaitziera nabarmena aurreikusten da. Bestalde, modu esanguratsuan gora egingo duen beste adin-tarte bat ehun urtetik gorako pertsonena da; izan ere, 2026 urterako, EAEn, 100 urtetik gorako 2.000 pertsona inguru egotea aurreikusten baita, gehienak emakumeak izaki. Adin horretako emakumeak, zehazki esanda, gizonazkoen halako 4 izango dira.

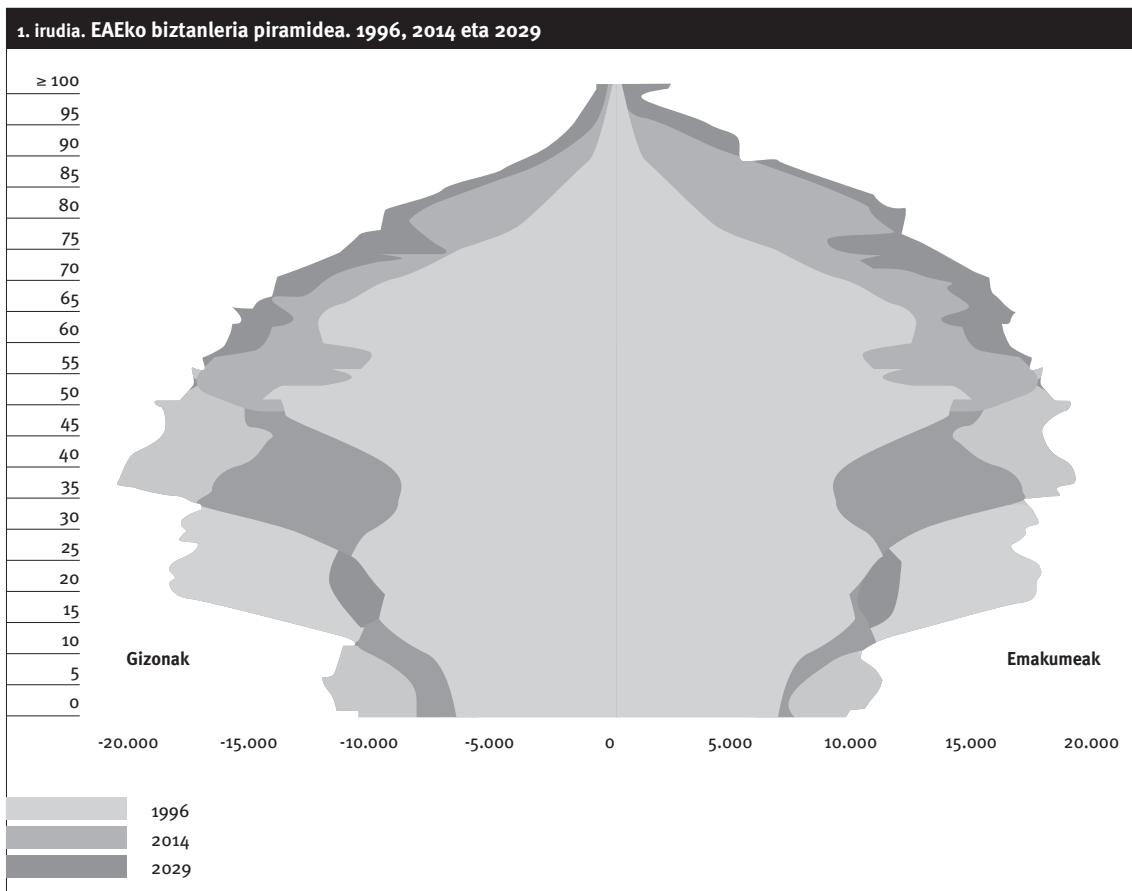
Baina egoera demografiko hau ezberdina da lurralde, eskualde eta herri bakoitzean. Zenbait ikerketen arabera, Bizkaia da 65 urtetik gorako pertsona gehien dituen lurraldea (% 22,7), eta jarraian Gipuzkoa (% 22,2) eta Araba (% 20,7). Guztien arteko aldeak ez dira oso nabarmenak; guztietan ere % 2ko diferentzia baino ez da antzematen.

Datu zehatzak aztertzen jarrita, badirudi, ordea, Araba (Arabako Mendiak, % 26,7) dela herrialde zaharkituena eta ia 9,8 puntu portzentualeko aldea du lurralderik gazteenarekin (Plentzia-Mungia, % 16,9). Zahartze-tasarik altuena erakusten duten

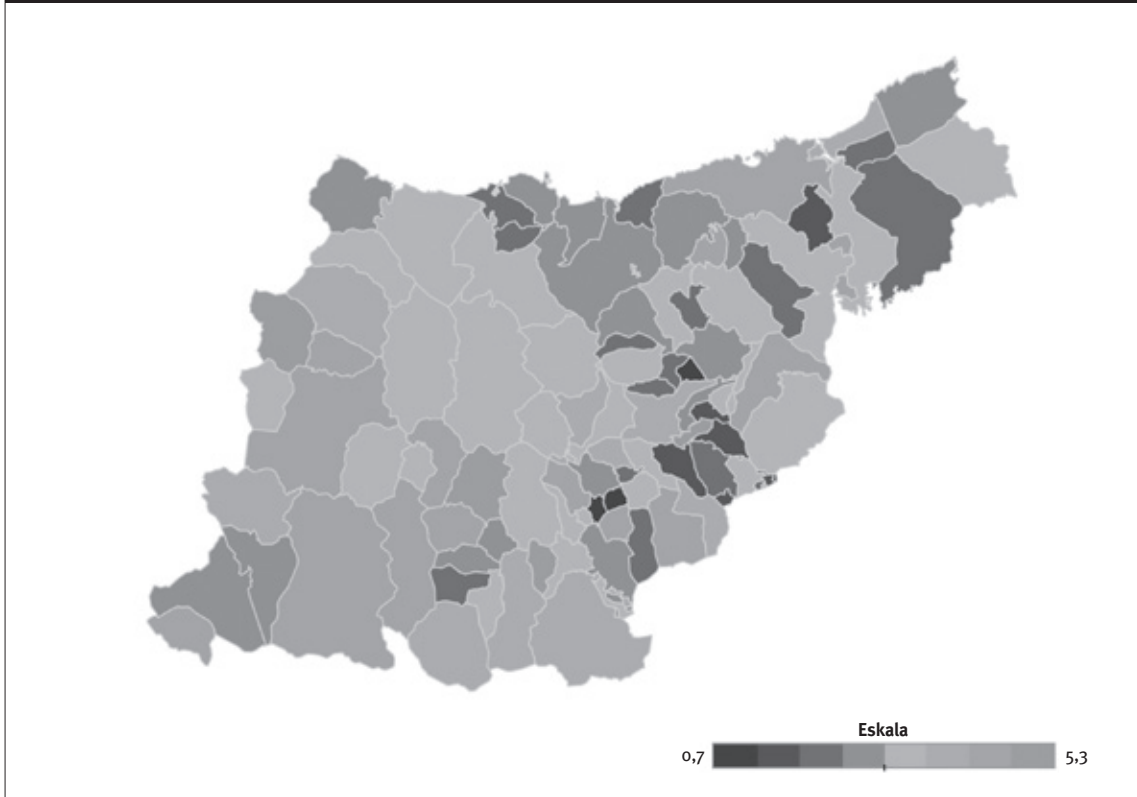
eskualdeak, EAEn, Arabako Mendiak (% 26,7), Markina-Ondarroa (% 23,6), Debagoiena (% 23,4) eta Bilbo Handia (% 23,4) dira. Eta bestalde, adineko pertsonen ehuneko baxuena duten herrialderik gazteenak Plentzia-Mungia (% 15,2), Kantauri Arabarra (% 18,5) eta Urola Kosta (% 19,5) dira.

EAEko 251 herritatik 107tan, adineko pertsonen biztanleria % 20 baino altuagoa da. Hau da, 10 herritatik 4etan, adineko pertsonen ehuneko % 20tik gorakoa da. Bestalde, 21 herrik % 25etik gorako proportzioa erakusten dute, eta hauetan, lau pertsonatetik batek dagoeneko 64 urte baino gehiago ditu. Zerrenda honetan ageri diren hedadura handiko lehen herrien artean, Portugalete eta Basauri aipatu daitezke. Zifrarik altuena duen lehen hiria Bilbo da (% 23,2), Donostia ondoren (% 22,2) eta jarraian, Gasteiz (% 19,1).

Gipuzkoan, Urola Kosta da 85 urte edo gehiagoko biztanleria baxuena erakusten duen eskualdea (% 2,9), eta ondoren, Tolosaldea (% 3,2). Aitzitik, Tolosaldea, Bidasoa, Goierri, Donostialdea eta Debagoiena % 3,2tik gorako proportzioa erakusten dituzte, % 4,3ko proportzioak Debabarrenak duelarik. 85 urtetik gorako pertsona gehien dituzten herriak Leaburu (% 5,3), Ezkio-Itsaso eta Olabarria (% 4,9) eta Eibar (% 4,8) dira. Donostian, berriz, % 4,2a da portzentaje hau (Behagi, 2018).



Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa, Eustatetik ateratako datuekin.

2. Irudia. 85 urte eta gehiagoko biztanleria EAEen. 2018 (%)

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa, Behagitik ateratako datuekin.

Mendekotasun baremoa erabilia baloratu diren pertsonen proportzioa (I-III mailak) % 3,75koa da Donostian, hau da, ia 100 pertsonatik 4eri mendekotasunaren balorazioa egin zaio. Goierrri litzateke, bestalde, balorazio gehien eginak dituen eskualdea (% 4,64) eta Bidasoa, berriz, baxuena duena (% 3,21). Donostiako kasura itzuliz, 65-79 urte bitarteko 1.105 pertsonari egin zaio balorazioa, eta 80 urtetik gorako beste 4.115 pertsonari (Behagi, 2018).

Matia Institutu Gerontologikoak, Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Politiketarako Sailarekin elkarlanean argitara emandako EAEko 55 urte eta gehiagoko pertsonen bizi-baldintzen ikerketak garbi uzten du, laguntza beharra duten pertsonen kasuan, etxean bizitzen jarraitzeko lehentasuna nabaria dela; izan ere, etxean geratu nahi luketen pertsona horiek ia % 84 dira. Adina aurrera doan heinean, etxean bizitzen jarraitzeko desioa ere gero eta nabariagoa da, eta aipatutako ikerketak adierazten duenez, 80 urtetik gorako pertsonen artean, ia % 90ko pisua hartzen du (Barrio, Mayoral eta Sancho, 2015).

3. Familiartean zaintzak

Menpekotasun egoeran dauden adineko pertsonen zaintza familiarra garrantzia bereziko gizarte-erronka da, eta goranzko noranzkoan darraien arazo bilakatu da; familiak gero eta erantzukizun handiagoa izan ohi

du eguneroko zaintza burutzeko, eta gainera epealdi luzeetan zehar hedatzen da. Gurean ez dugu halako beste aurrekaririk (bizi-itxaropena luzatzea, jaiotzasen jaitsiera, biztanleria zaharkitua). Egoera hau gero eta ohikoagoa da, bada, zaintzaile nagusien eta hauen familiako beste kideen artean, eta kontuan hartzekoa da, alafede, hauengan duen eragin fisiko eta psikologikoa ere.

Familia gehienetan, pertsona bakarra izan ohi da zaintza lanak beregain hartzen dituen: zaintzaile nagusia. Gehienak emakumezkoak izan ohi dira; gero eta gizonezko gehiagok badihardute ere (zaintzaile nagusien laguntzaile gisara, soilik). Zaintzaileen eta zaindutako pertsonaren ahaidetasunari dagokionez, ezkontidea zaintzen duen zaintzailearen profila da ugariena. Ondoren, garrantziari dagokionez, bigarren taldea seme-alabak osatuko lukete. Zaintzaileen zeregin eta jarduerak oso ezberdinak izan ohi dira, denbora eta energia handia eskatzen dute, eta ez dira eroso eta atseginak izaten maiz. Horrez gain, zainketa jarduera hauek ez dira aurreikusten eta honen ondorioz, ez da sarri askotan zaintzailea egoera berri horretarako prest egoten; ez eta, zaintza prozesuan aurre egin beharko dion egoera aniztasunerako ere. Hau eta beste zenbait arrazoiengatik, zaintza esperientzia bakarra eta gainontzekoetatik ezberdina izan ohi da. Aipatu bezala, zaintzaileek zaintza lanarekin erlazioatutako eta eskaera gero eta handiagoa duten zeregin ugari egiten dituzte. Zaintzaren intentsitateari dagokionez, Espainia

mailan 820 zaintzaileekin egindako ikerketan batean aurkitu zuten batez beste, ehuneko % 62ak zaintzera bideratzen den denbora egunean 6 eta 12 ordu tartekoa dela (Artaza eta Ramos Cordero, 2016).

Nahiz eta familien rola zaintza lanetan geroz eta gehiago aintzat hartzen den, 1980 hamarkadara arte ez zuten aztertu zaintzak zaintzaileen ongizatean izan dezakeen eragina. Zaintzaileekin egin izan diren lan gehienek, abiapuntu bezala Pearlín eta beste batzuen estres prozesuaren ereduak (Pearlín *et al.*, 1990). Labur esanda, estresaren ereduak zaintzaile ezberdinen arteko aldea hobeto ulertzen laguntzen du; alegia, zaintza lanari aurre egiteko duten moduan eta honek euren osasunean dituen ondorioak alderatzeko balio du. Eredu honetan proposatzen da elkarrekin lotura duten aldagai batzuk daudela: zaintzaileen aurreko garaia edo egungo testuingurua (zaintzaileen adina edo ikasketa maila, adibidez), lehen mailako faktore estresagarriak (alde batetik mendetasuna duen pertsonaren narriaduratik eratorritzen direnak eta bestetik zaintzaileak ematen duen arretak eragindakoa), bigarren mailako faktore estresagarriak (rolaren faktore estresagarriak eta faktore estresagarri intrapsikikoak), emaitzak/ondorioak eta bitartekariak (faktore estresagarrien eta ondorioen gainean eragiten dute, adibidez, harreman sozialek).

Orain arte egindako ikerketa gehienek mendekotasun egoeran dagoen adineko pertsona baten zaintzak dituen ondorio negatiboetan jarri dute arreta, nahiz eta zaintzeak ondorio positiboak ere izan ditzakeen. Zaintzak zaintzaileen egoera psikologiko, ekonomiko, sozialean eta fisikoan (Kuzuya, Enoki eta Hasegawa, 2011; Casado eta Sacco, 2012) eragina izan dezake. Laburbilduz ondorio negatibo horiek hiru dimentsio nagusitan taldekatu daitezke:

- a. Dimentsio fisikoa: zaintza prozesuak zaintzaileen sistema immunologikoan, arazo osteomuskularretan, lo arazoetan edo gaixotasun kardiobaskularren garapenean eragin dezake (Nardi *et al.*, 2012).
- b. Dimentsio psikologiko-emozionala: zaintzaileen artean, sarrien aurkitu izan diren ondorioak depresio eta antsietate sintomak, autonomia edo askatasun galera, kulpa eta frustrazioa sentimenduak izan dira, besteak beste (Rogeró, 2010; Knight eta Losada, 2011; Pinquart eta Sorensen, 2003). Zaintzaileak ez diren pertsonak baino osasun mental, emozional eta fisiko okerragoa dutela aztertu izan da (Nardi *et al.*, 2012).
- c. Gizarte dimentsioa: zaintzak zaintzaileen harreman sozialean duten eragina esanguratsua da: gizarte-isolamendua, aisialdirako ekintzetarako edo deskantsurako denbora nabarmen murriz daiteke (Bocci *et al.*, 2010; Gonçalves *et al.*, 2011).

Nahiz eta ikerketa gehienak zaintzaren alderdi negatiboak aztertu dituzten, mendekotasuna duen

pertsona baten zaintzak eragin positiboak ere izan ditzake, hala nola, hazkunde pertsonala, balioen transmisioa, erantzukizunaren zentzua eta maitasun sentimendua (Chan, 2010; De Oliveira eta Caldana, 2012). Zaintza lanek dakartzaten onurak aztertzen dituzten egileek diotenez, sentimendu positiboak erakusten dituzten zaintzaileek depresio gutxiago, gaitzaren arinagoa eta bere osasunaren balorazio positiboagoa egiten dute (Hilgeman *et al.*, 2007).

4. Zaintza, guztion erantzukizuna

Gure lurraldeari erantzuna emanaz, Gipuzkoako Foru Aldundiak berdintasunerako foru plan bat burutu zuen (II. Emakume eta Gizonen arteko Berdintasunerako Foru Plana), eta bertan zaintza lanak unibertsalitate eta singularitate perspektiba batetik lantzen dira. Horretarako, plan honek egiteko dagoen horretan guztian aldatetako proposatzen ditu, eta hau abiapuntu izanda, zaintzarako eskubidea edonori bermatuko zaintzen eredu eta antolaketa bat sustatu nahi du, bizitzaren zainketa lanak guztion ardura direla azpimarratuz.

Krisi testuinguru honetan, zaintza lanen gaia hurrengo galderak mahai gainean jarrita eztabaidatzea proposatzen da. Zer neurritan okertuko da zaintza-lanen krisia zerbitzu publikoak kendu eta zainketa hauek etxera pasatzen doazen neurrian? Gero eta zailagoa den lan-munduratzeko zenbateraino ekarriko du emakumeak etxera itzultzea? Zein neurritan osasunaren narriadura etengabeak (osasun baldintza txarragoak eta osasun-zerbitzurako sarbidea zailagoa delako) gaitzertatuko ditu etxebizitzak, eta bereziki emakumeak? Orokortua dagoen krisi egoera honetan, arrisku handia dago familia tradizionala deritzona sendotzeko, eta honekin batera, bere baitan ematen diren genero erolak berfinkatzeko.

Interdependentzia errealitate mota bat da zaintza lanena, eta ezin dira pertsona autonomo liratekenetatik mendekotasuna luketengana aldebakarrez egiten diren jarduerak bezala ulertu. Zaintzak ikuspegi zabal eta mugagabe batetik ulertu behar dira. Pertsona guztiek, bizitzako momentu guztietan behar dituzte zaintzak, nahiz hauek izaera eta intentsitate berbera ez izan.

5. Zaintza duinak eta unibertsalak

Aipatutako planean, duintasunaz hitz egiten da, eskainitako eta jasotako zaintzak nahikoak izango direla kopuruan (egungo eskaera aseko dutenak), eta kalitatekoak izango direla, alegia, modu askean aukeratuak (norberak nola zaintzea izan nahi duen aukeratzeko askatasuna eduki dezala). Halere,

egungo zaintzen ereduak, eta Gipuzkoako testuinguruan, zirkulu bizioso bat sortzen da. Zaintza lanek desberdintasunaren bektore sortzen ditu, alegia, zaintza duin edo prekario baterako sarbidea

diferentziazio sozialerako oinarriko elementua da, eta aldi berean, honek desberdintasunak areagotzen ditu.

Unibertsalitate irizpidearen arabera, zaintza duinak pertsona guztientzat izan behar dira, eta ez gutxi batzuentzat soilik. Alegia, zainketa duin batzuetarako sarbidea ezin daiteke beste zainketa prekario batzuen kontura izan. Bestalde, singularitateaz ari garenean, egoera sozial bakoitzaren diferentziak errespetatzeaz ari gara.

Gurea, ordea, oso testuinguru ezberdinean kokatzen da. Gipuzkoan egoera oso ezberdinak daude eta hauei eman beharreko erantzuna ere anitza izan behar da. Ezin daiteke zainketak nola burutu erabakitzerakoan aukera bakarra hautatu.

Gipuzkoako Foru Aldundiak zaintza-lanen egungo antolaketa ez dela justua iritzi dio: sistema sozioekonomikoaren ezkutuko oinarri dira zaintza-lanak, eta hauek ematerakoan ez dago erantzukizun kolektiborik. Erantzukizun hau etxebizitzatan eta emakumeen eskutan pribatizatua dago; eta bere oinarrian, ordaindu gabeko lana eta etxeko lana aurkitzen dira.

Ezinbestean, ordea, Gipuzkoako zaintza kultura ezberdinei begiratu behar zaie, eta ongi zaintzea nola definitzen duten, nork nor zaintzen duen, non eta zeren truke egiten duten aztertu behar da. Gaur egun, zainketa lanen etika idealizatu eta sustatzen duten proposamenek, emakumeek familiaren ongizatearekiko duten erantzukizun sentsazioa lehertzen dute, eta beraz, ez dira zaintza horiek emakumeen testuingurutik haratago burutzeko lehen premisak zehazten.

Etxebizitzek erronka eta testuinguru berri bati aurre egin behar diete. Gisa batera edo bestera, adineko pertsona, adingabeko eta aniztasun funtzionalen bat duten pertsonen beharrezan Gipuzkoan, EAEn eta Estatu mailan izaera mugagabea duten estrategien arabera asetzen dira (lan-merkatuan lan egiteari uztea); eta aldi baterakoak (eszedentziak), espazialak

(zaindutako pertsonengandik hurbilago bizitzea), zeharkakoak (esaterako, amatasuna atzeratzea). Guztiak ere ez dira, inolaz ere, beti zaintzaileen eta zaindutako pertsonen ongizaterako aukera egokienak izango. Kasu guztietan, familia izango da gehien erabiliko den babes sarea. Areago, adineko pertsona eta aniztasun funtzionalen bat duten pertsonen kasuan, zainketa lanen antolaketa konplexuagoa da. Kasu askotan, zereginen banaketa oso maiz ez da behar bezala burutzen, eta zainketa-lanen pisu handiena, beste behin ere, emakumeen gain jartzen da.

Aurrekoak esanda, Gipuzkoako Foru Aldundiak zaintzaileen ongizatea bultzatuko duen, eta euren beharrezan hobeto asetuko dituzten proposamenak jarrai nahi ditu mahai gainean; eta testuinguru honetan kokatzen da, artikulu honetan aurkeztu nahi dugun Sendian Programa. Programa hau 29/2008 Foru Dekretuan onetsi zen eta bere aplikazio eremua Gipuzkoako lurralde historikoaren eremu geografikoan kokatzen da. Mendekotasun egoeran dauden adinekoen familia zaintzaileei zuzenduta dago eta, oro har, programa honen helburuak honako hauek dira:

- Mendekotasun egoeran dauden pertsonen familiartekoen ematen dieten zainketaren kalitatea hobetzea.
- Zaintzaileen bizi kalitatea hobetzea.
- Mendekotasun egoeran dagoena ahalik eta denbora gehienez eta ahalik eta baldintza onenetan etxean eta bere ohiko ingurunean mantentzen laguntzea.
- Emakume zaintzaileen jabeakuntza bultzatzea eta zaintza lanen arduraren emakumeen eta gizonen artean banatzea sustatzea.

3. taulan estaldura tasak eta eskualde bakoitzean jasotako pertsona erabiltzaileak jasotzen dira (Behagi, 2018). Ikusten den bezala, estaldura tasarik handiena Urola Kostan ematen da % 1,99rekin, Bidasoako % 0,92ren aldean.

3. taula. Sendian Programaren estaldura tasak, eskualdeka. 2018.

	Bidasoa	Debarrena	Debagoiena	Donostialdea	Goierri	Tolosaldea	Urola Kosta
Sendian Programaren estaldura, guztira (1.000 biztanleko)	0,92	1,29	1,46	1,13	1,91	1,25	1,99
Sendian Programaren estaldura 65 urte eta gehiagoko biztanlerian (1.000 biztanleko)	0,42	0,53	0,62	0,48	0,83	0,58	0,96
Sendian Programan alta emanda dagoen pertsona kopurua, abenduaren 31n	73	72	91	374	133	60	151
Sendian Programan alta emanda dauden 65 urte eta gehiagoko pertsonak	72	68	89	361	124	56	140
Biztanleria osoa	79.001	55.703	62.527	330.169	69.561	47.880	75.751
65 urte eta gehiagoko biztanleria	16.967	12.882	14.452	74.596	14.912	9.701	14.545

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa, Behagitik ateratako datuekin.

4. taula. Sendian Programaren estaldura tasak, urteka. 2008-2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sendian Programaren estaldura, guztira (1.000 biztanleko)	1,69	1,94	1,62	1,87	1,97	2,05	2,52	1,90	1,72	1,94	1,32
Sendian Programaren estaldura 65 urte eta gehiagoko biztanlerian (1.000 biztanleko)	0,89	1,01	0,82	0,92	0,95	0,98	1,17	0,87	0,77	0,88	0,58
Sendian Programan alta emanda dagoen pertsona kopurua, abenduaren 31n	1.188	1.371	1.148	1.327	1.403	1.462	1.799	1.365	1.233	1.395	954
Sendian Programan alta emanda dauden 65 urte eta gehiagoko pertsonak	1.153	1.329	1.103	1.270	1.342	1.409	1.729	1.315	1.184	1.342	910
Biztanleria osoa	701.056	705.698	707.263	709.607	712.097	713.818	715.148	716.834	717.832	719.282	720.592
65 urte eta gehiagoko biztanleria	128.911	131.611	134.320	137.865	140.874	143.872	147.570	150.591	152.979	152.979	158.055

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa, Behagitik ateratako datuekin.

Gaur egun, Sendian Programan banakako babes psikologikoa eta laguntza taldeak eskaintzen dira. Ondorengo ataletan, zerbitzu bakoitzaren ezaugarri nagusienak eta datuak aurkezten dira.

6. Sendian Programa: banakako babes psikologikoa

Bakarkako laguntza psikologikoeke zaintzaileen osasun psikologiko, emozionala eta soziala hobetzeko neurri terapeutikoak eskaintzea dute helburu nagusizat. Banakako babes psikologikorako saioen eragin-esparrua, bereziki, zaintzaileen osasun psikiko, emozional eta soziala zaintzeko babes terapeutikoa eskaintzean oinarritzen da. Saio hauen edukiak oso aldagarriak dira eta etengabe egokitzen dira zaintzaile bakoitzaren egoera propiora.

Eredu sistemiko-kognitibo-narratibo batetik, menpekotasuna duen adineko pertsona baten kargura egoteak sortzen dituen ondorio psikoafektibo eta erlazionalak lantzen dira, besteak beste; rolen aldaketa, depresioa, antsietatea, “jada ez da lehengoa”, bakartasun sentimendua, erabakiak hartzean, ingurunearekiko harremana, norbere burua zaintzen ikastea. Eta hau guztia honako hauek lortzeko:

- Zaintzailearen ahalduntze edo gaitzea sustatu.
- Familiartekoeke euren emozioak bideratu eta espresatu ditzaten babes emozionala eskaini.
- Menpekotasunari familiartean aurre egiten lagundu.
- Kaltegarriak diren erreakzio emozionalak saihestu, eta ahal den neurrian menpekotasuna duen pertsonarekiko erantzunak bilatzen lagundu.
- Egokiak ez diren edo bideratu gabeko zenbait jarrera zuzentzea.

Kasu gehienetan, banakako babes psikologikorako terapietan, lehenengo hiru saioak laguntza jasoko duen zaintzailearen egoera emozionala baloratzeko erabiltzen dira; hurrengo seiak, balorazio garaian finkatutako helburuak lantzeko; eta hiru saio luzagarriak, laguntza ongi jaso dutenak, eta aurrez finkatutako helburuak behar beste landu ezin izan diren kasuetarako: bataz-bestez, hamar saioko terapiak osatuz pertsona bakoitzeko. 2018. urtean 941 babes indibidualeko saio burutu dira, eta guztira 210 kasu artatu. Azken urteotan hazkunde esanguratsu bat egon da artatutako kasu kopuruan, 5. taulan zehazki ikus dezakegu 2007 urtetik 2018 urtera banakako kasuen kopuruen garapena.

5. taula. Artatutako banakako babes psikologikoko kasuak, urteka. 2007-2018

Urtea	Artatutako kasu kopurua
2007	16
2008	116
2009	115
2010	86
2011	95
2012	100
2013	100
2014	88
2015	100
2016	88
2017	119
2018	210

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.

2018 urtean banakako laguntza psikologikoa oinarri duen zerbitzutik hartutako datuetatik % 89 emakumezkoak dira. Laginaren erdiak baino gehiago (% 63) bere aita edota ama zaintzen du, % 33 ezkontidea zaintzen duen bitartean. Kasu honetan, galdesorta bete duten pertsonen batz besteko adina 59 urtekoa da, baina adin tartea oso zabala da 37-79 urte bitartekoa. Aita edo ama zaintzen duten zaintzailearen profila honako ondokoa da: alabarena eta batz besteko adina 53 urtekoa. Ezkontidea zaintzen duen zaintzaileen kasuan, emakume zaintzailearena eta batz besteko adina 71 urtekoa eta batz beste 6 urte daramatza zaintzen.

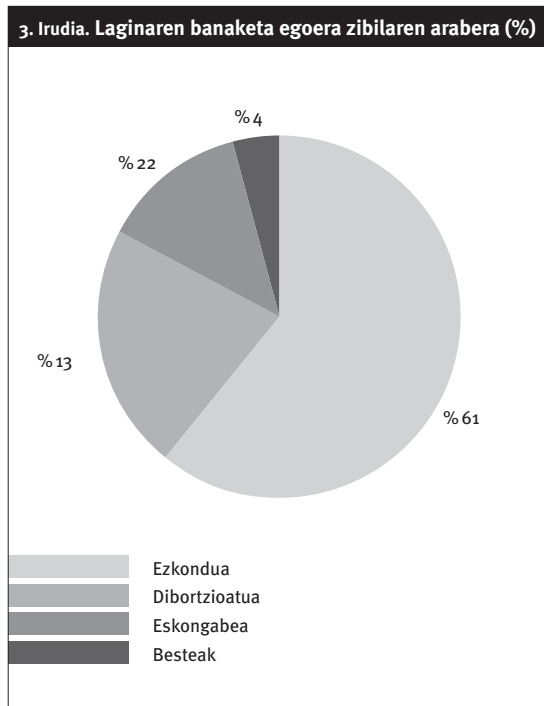
Zaintzen daraman denborari dagokionez, egia da 6,43 urte daramatzatela batz beste zaintzen baino aldakortasun handia dago zaintzaile batzuen eta besteen artean (urte bete eta 30 urte artean). Elkarbizitzari dagokionez, zaintzen duten gehienak, % 74 alegia, zaindutako pertsonarekin bizi dira.

Galdesorta erantzun dutenen artetik, senitartekoak zaintzen dituzten gehienak ezkonduak dira (% 61); hala ere, zaintzaile ezkongabeen (% 22) eta bananduen (% 13) multzoa ere ez da txikia. 3. irudian ikus dezakegu zaintzaileen laginaren banaketa egoera zibilaren arabera.

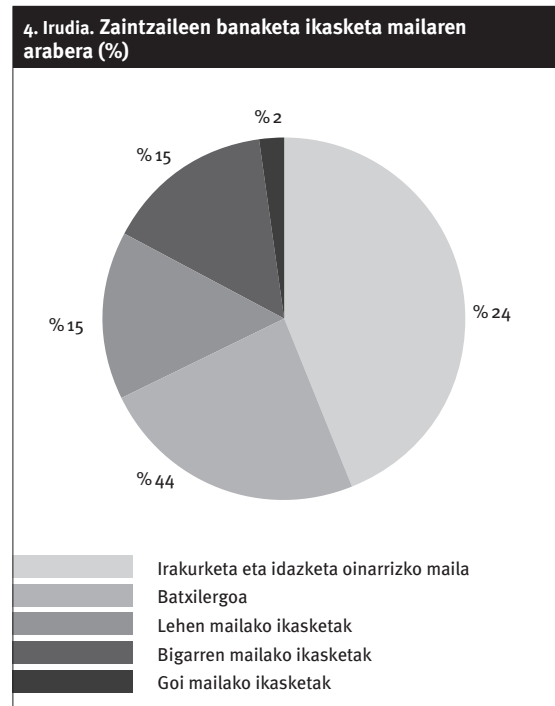
Gizartean oro har izan diren aldaketei jarraituz, ikasketarik gabe zaintzaileak ez dagoela esan dezakegu (% 2). Lehen mailako ikasketak dituzten zaintzaileak dira galdesorta egin duten gehienak (% 44), lanbide ikasketak (% 24) dituztenak jarraituz. 4. irudian ikus dezakegu laginaren banaketa ikasketak mailaren arabera.

Ebaluatu diren zaintzaileetatik, erdiak baino pixka bat gutxiago (% 48) demenzia duen pertsona bat zaintzen du. Minbizia duten pertsona edo iktusen bat pairatu duten pertsonen kasuak ere geroz eta maizago agertzen dira. Bestaldetik,

zaintza aurrera eraman ahal izateko % 70ak laguntzaren bat jasotzen duela aitortzen du eta zehazki gehienak diru-laguntza bat jasotzen du zaintza aurrera eraman ahal izateko, hau da, laguntza pertsonalerako prestazio ekonomikoa eta familia ingurunean zaintzetarako profesionalak ez diren zaintzaileei laguntzeko prestazio ekonomikoa.



Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.



Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.

7. Sendian Programa: laguntza taldeak

Laguntza talde hauetan erabiltzen den ikuspegiak ere Pertsona Oinarri duen Arreta Eredua hartzen du abiapuntu. Beste esparru eta kolektibo ezberdinekin arrakasta handia izan duen eredu honi esker, “hainbat balio eta estrategia pertsona bakoitzari bere etorkizuneko irudia osatzeko eta helburu honetarako zehaztu beharreko plana osatzeko ahalegin berezia egiten da”.

Arreta eredu honek:

- Zaintza lanean diharduten pertsonei indarra ematen die, beren bizitzaren eta erabakien jabe izaten ikas dezaten.
- Zaintzaileek euren bizitzan zer duten garrantzitsuena entzuteko balio du, eta sentimendu eta ikuspegi ezberdinak azaltzeko balio die.

Laguntza talde bakoitzak 6 eta 20 partaide artean izaten ditu, talde bakoitzean profesional bat egongo da, taldea koordinatu eta zuzendu ahal izateko. Saioen maiztasunari dagokionez, urtean talde bakoitzak batz besteko 20 saio bat egiten da.

2018 urtean 260 zaintzaileek hartu dute parte laguntza taldeetan. 6. taulan, 2007-2018 epealdian izandako laguntza talde eta hauetako partaide kopurua zehazten dira.

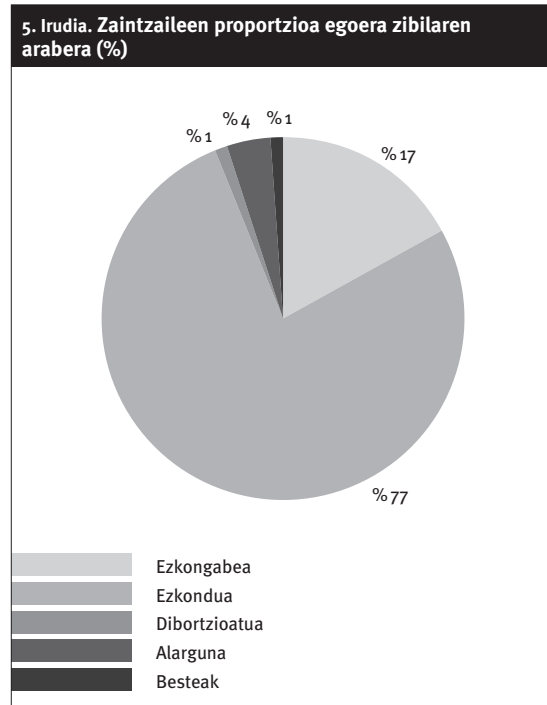
6. taula. Laguntza taldeak eta partaide kopurua. 2007-2018

Urtea	Talde kopurua	Partaide kopurua
2007	16	136
2008	18	182
2009	18	169
2010	17	169
2011	15	266
2012	17	239
2013	18	230
2014	22	244
2015	20	262
2016	22	253
2017	24	256
2018	22	260

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.

Laguntza taldeetan parte hartzen duten zaintzaileei galdesorta bat betearazten zaie. Galdesorta bete duten pertsonetatik % 87 emakumezkoak dira. laginaren erdiak baino pixka bat gehiago bere ezkontidea (52%) zaintzen du, baina bada talde esanguratsu bat ere bere aita/ama (44%) zaintzen duena. Senitartekoak zaintzen dituzten

gehienak ezkonduak dira (%79), hala ere zaintzaile ezkongabeen (%15) multzoa ere ez da txikia.



Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.

Taldeetan parte hartzen duten pertsonen batz besteko adina 65,03 urtekoa da, baina adin tartea oso zabala da, 37-87 urte bitartekoa. Ikasketa mailari dagokionez, lehen mailako ikasketak dituzten zaintzaileen taldea da esanguratsuena (%41), hala ere lanbide ikasketak (%24) eta bigarren mailako ikasketak (%16) dituztenak ere asko dira.

Ebaluatu ditugun zaintzaileetatik, erdiak baino gehiagok (%60) dementzia duen pertsona bat zaintzen du eta batez beste 7 urte daramatza zaintza prozesuan. Maiztasun handiago duten gaixotasunak 7. taulan agertzen dira.

7. taula. Zaindutako pertsonen gaixotasunen maiztasuna (%)

	%
Dementzia	60
Iktusa	6
Narriadura kognitiboa	6
Parkinson	4
Gaixotasun afektiboak (depresioa, antsietatea)	6
Gaixotasun kardiobaskularrak	3

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.

Elkarbizitza dagokionez, senideen gehiengoak %82ak mendekotasuna duen pertsonarekin bizi da etxebizitza berean eta zaintza aurrera eraman ahal izateko %77ak laguntzaren bat jasotzen duela

aitortzen du. Zehazki, zaintzaileen % 60 diru-laguntza bat jasotzen du zaintza aurrera eraman ahal izateko.

Zaintzaileei buruzko egin diren ikerketa gehienek zaintzari loturiko aspektu negatiboak azpimarratu dituzte, zaintzarekin erlazioa izan dezaketen aspektu positiboak alde batera utziz. Une berean, zaintzaile batek zaintza prozesuari lotutako aspektu positibo nahiz negatiboak bizi ditzake. Zaintzari loturiko aspektu positiboaz ari garenean, honako sentimendu hauei egiten diegu erreferentzia, besteak beste:

- Zaintzaile batzuk zainduak garai batean beregatik egin zuenagatik eskertzeko modu bat bezala ikusten dute pertsona adinduaren zaintza.
- Zaintzaile batzuk diote poztasun maila altua sentitzen dutela beste pertsona bat zaintzen egoteagatik.
- Zaintzak bere bizitzari zentzua ematen laguntzen diola.
- Zaintzak bere autoestimua maila areagotzen laguntzen diola.

Laguntza taldeetan zaintzari loturiko aspektu positibo hauek areagotzen saiatzen gara, negatiboak alde batera utzi gabe. Hori dela eta, zaintzari loturiko aspektu positiboak neurtu ditugu sei galderaz osatuta dagoen galdesorta baten bidez (Crespo eta López, 2007). Zaintzaileek bere adostasun maila adierazi behar zuten emandako esaldiekin (8. taula).

Oro har, lortutako emaitzetan ikus dezakegu zaintzaileen gehiengoak zaintzari loturiko emozio positiboak ere identifikatzen dituztela, ez bakarrik negatiboak. Halere, kontutan hartu behar da % 10-17 bitarteko zaintzailek emozio positibo hauek ikusi edo identifikatu ahal izateko zailtasunak dituela.

Kontutan hartu beharrekoa da talde hau, seguruenik zaintza soilik negatiboa izan daitekeen prozesu bat bezala bizi bait dute (ez dute alde positiborik antzematen) eta horrek zaintzari loturiko estres maila areagotu baitezake, honek zaintzaileen osasunean izan dezakeen eragin negatiboarekin.

8. Ondorioak

- Zaintzaileen profilari dagokionez, eredu tradizionalari jarraituz, zaintzaileen gehiengoak emakumeak dira (% 84 bakarkako laguntza psikologikoaren kasuan eta % 87 laguntza taldeen kasuan), 60 urte baino gehiagokoak. Gehiengoak bere ezkontidea zaintzen du, baino bada beste talde oso esanguratsua bere aita/ama edo biak zaintzen duena, adin ertaineko (bataz besteko adina 55 urteko da) alabarena, alegia.
- Sendian Programan parte hartzen duten % 13 gizonak dira. Horren bataz besteko adina emakumeena baino altuagoa da (72,57 urte), gehienek bere ezkontidea zaintzen du (% 69) edo bere aita/ama (31%).
- Ikasketa mailari dagokionez, lehen mailako ikasketak dituzten edo lanbide ikasketak dituzten zaintzaileen taldeak dira esanguratsuenak. Oro har esan dezakegu aurrerapen pausu bat eman dela ikasketei dagokionez, ikasketarik gabeko zaintzaileak ia ez daudelako.
- Zainduen artean honako gaixotasun hauek dira nagusi: dementzia, iktusa, narriadura kognitiboa eta gaixotasun afektiboak (depresioa eta antsietatea), besteak beste. Senideen gehiengoak mendekotasuna duen pertsonarekin bizi dira etxebizitza berean.
- Zaintza prozesua aurrera eraman ahal izateko laguntza psikologikoaz gain (banakakoa zein taldekakoa), % 77k beste motako laguntza jasotzen duela aitortzen du. Laguntza mota desberdinen artean, diru-laguntza da baliabide erabiliena.
- Zaintzari loturik emozio negatiboak zein positiboak agertzen dira, zaintzaileen gehiengoak bi motatako emozioak bizi dituzte aldi berean, baino badago talde txiki bat (% 10-17) non bakarrik zaintzari loturiko emozio negatiboak ikusten diren. Talde hau nahiz eta txikia izan, arrisku talde bat bezala identifikatzen da, zaintzarekin loturiko emozio negatiboak besterik ez baititu bizi. Emozio negatiboen artean, antsietatea, estresa eta tristura dira sarrien

8. taula. Zaintzaren alderdi positiboak (emandako esaldiekin zaintzaileen adostasuna, %)

Esaldia	Erabat ados	Nolabait ados	Neutroa	Erabat ados ez	Adostasun eza	ED/EE	Guztira
Besteei laguntzeak poztasun maila altua sortarazten dit	54,0	17,0	16,0	4,3	5,0	3,7	100,0
	Beti	Oso maiz	Noizbait	Gutxitan	Inoiz	ED/EE	Guztira
Beste pertsona batez zaintzea beregandik gertuago egotea sentiarazten nau	46,0	23,0	24,0	4,0	1,0	2,0	100,0
Zaindutako pertsonarekin nagoenean berekin egoteaz gozatzen dut	28,0	32,0	27,0	4,3	5,0	3,7	100,0
Beste pertsona bat zaintzea nire autoestimua maila areagotzen du	41,0	16,0	24,0	11,0	1,4	6,6	100,0
Zaintzari loturiko atseginezko egoerek plazerria sortarazten naute	70,0	13,0	11,0	6,0	0,0	0,0	100,0
Beste pertsona batez zaintzeak nire bizitzari zentzua ematen dio	36,0	22,0	21,0	11,0	5,0	5,0	100,0

ED/EE: ez daki / ez du erantzuten.

Iturria: Matia Institutu Gerontologikoa.

agertzen direnak. Emozio positiboek dagokionez, berriz, zaintzari loturiko poztasun maila altua, edo zaintzaren bidez zainduarekiko gertutasun maila dira adierazleak.

- Bakarkako saio psikologikoarekin erlazioa duen zerbitzuan, 2018 urtean 210 zaintzaile artatu ditugu, azken urteotan zerbitzu honen bidez artatu ditugun kasuen kopurua modu esanguratsu batean areagotu egin delarik.

9. Etorkizunerako gomendioak

Jarraian, Sendian Programaren inguruan dugun esperientzian oinarritzen diren etorkizunera begira identifikatzen ditugun hainbat erronka zehazten ditugu.

9.1. Zaintzaileen profila

Aurreko ataletan adierazi bezala, gaur egun oraindik ere Sendian Programaren erabiltzaile ohikoena bere senarraz zaintzen duen emakumearena da. Hau horrela izanik, azken urteotan zaintzaileen profilarik inguruan aldaketak suertatzen ari dira, hala nola gizonezkoen presentzia geroz eta handiagoa, aipatu bezala. Familien egituraz azken urteotan emandako aldaketetan oinarrituz, litekeena da datozen urteotan zaintzaileen profilean oraindik aldaketa gehiago identifikatzea. Familia kideen kopuru murrizta dela eta, zaintzan familia kide zuzenak ez diren pertsonen agertzea, eskura dauden baliabideen erabilera handiagoa eta baita komunitatearen geroz eta presentzia handiagoa espero daiteke. Honetaz gain, zaintzaileen profilean aniztasuna izango da nagusi. Laguntza beharrean dagoen pertsonarekiko harremana anitza izango da (senar/emaztea, seme/alaba, biloba, anai/arreba, besteak beste) eta, honi lotuta, zaintzaileen adinean ere aniztasun handia egongo dela aurreikusten da.

9.2. Zaintza prozesua

Azken urteotan behatu dugun beste aldaketa batek zaintza prozesuaren iraupenari egiten dio erreferentzia. Azken urteetan bizi izan ditugun aurrerapenak, bereziki medikuntza arloan, izan duten ondorioetako bat da orain zaintza prozesuak iraupen handiago dutela, zenbait kasutan hamar urte baino gehiagoko iraupena dutelarik. Zaintza prozesu luze hauek zaintzaileen ongizate fisiko eta emozionalean eragina dute. Endekapenezko gaixotasunen eboluzioa mantsoago da gainera eta ondorioz zaintza testuinguru sendo eta egonkor baten beharra dute zaintzaileek, hauen ongizatea mantentze aldera.

Pertsonen eskubide eta nahiak errespetatzea oinarri duen zaintza eredu batetan, ezin ahaz daiteke mendekotasun egoeran dauden pertsonen gehiengoaren zein zaintzaile gehienaren nahia: laguntza beharrean dagoen pertsonaren zaintza bere etxean izatearena. Tradizionalki, orain arte, zaintza prozesua etxean burutu da batik bat emakumeak etxean aritzen zirelako lanean eta familiak oraingoak baina handiagoak zirelako. Gaur egun, emakumeen lan munduratzeko eta familien gutxitzearekin, etxeko zaintza erronka bat bilakatu da. Aurretik aipaturiko testuinguru sendo eta egonkor hori eratzeko, zerbitzu malgu eta anitzak behar ditugu, denboran zehar pertsonen beharretara egokitzen direnak eta baita etxeko testuinguruan ematen diren behar espezifikoetarako diseinatuak izan direnak. Honetaz gain, zaintzaileen balio pertsonal, estereotipo eta sinesmenen arloan lan egin beharko litzatekeela uste dugu, oraindik ere oztopo handiak baitituzte kanpoko laguntza edo zerbitzuren bat eskatu eta onartzeko garaian. Gainera, askotan zerbitzu hauen eskaera zaintzaile egoera limite batean aurkitzen denean egiten da, maiz kalte handiak suertatu direlarik jada. Prebentzio arloan lan egitea ezinbestekoa ikusten dugu, eta honetan talde laguntzaren balioa azpimarratuko dugu. Talde hauetan zaintzari loturiko errekurtsio eta baliabideen inguruko informazioa eta esperientzia pertsonalak partekatzen dira, eta zaintza prozesuan gertatu ohi diren egoerak aurreikusten laguntzen du, hauei irtenbide egokia emateko baliabide garrantzitsua direlarik. Laguntza taldeak, zaintzaile egoera limite horretatik babesten laguntzen dutela uste dugu eta horregatik, prebentzio lana eginez, bakarkako laguntza psikologikoaren erabilera murriztuko litzatekeela uste dugu, nahiz eta kasu askotan bi baliabideen beharra ikusi.

Bukatzeko, zaintzaileen egoeraren jarraipenari erreparatuko diogu. Mendekotasun egoeran dauden pertsonen jarraipenaren inguruan ikerketa ezberdinak egin dira, eta hauetan oinarrituz, arrisku egoeran dauden pertsonen profilak identifikatu diren modu berean, arrisku egoeran dauden zaintzaileak ere identifikatzea beharrezkoa iruditzen zaigu. Honetarako, zaintzaren testuinguru aldakor honetan eta zaintzaileen profil ezberdinei erreparatuz, arrisku aldagaiak identifikatu beharko lirateke eta hauei jarraiki, zaintzaileen zaurgarritasunaren arabera hauen arriskua geruzatu, arrisku maila bakoitzerako prebentzio eta babes prozedura ezberdinak finkatuz.

Eskertza

Eskerrak emango dizkiegu Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Politiketako Departamentuko Etxean Laguntzeko Ataleko langile eta arduradunei artikulua honen garapenean erakutsitako babesarengatik.

Aipatutako bibliografia

- ARTAZA, I. eta RAMOS CORDERO, P. (zuz. zientifikoak) (2016): *Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes*, Madril, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- BARRIO, E.; MAYORAL, O. eta SANCHO, M. (2015): *Euskadiko 55 urteko etab gehiagoko pertsonen bizi baldintzei buruzko ikerketa*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza.
- BEHAGI (2018): “Demografia eta testuinguru sozioekonomikoa: biztanleria azpi- eskualdeka”, Behagi-Gipuzkoako Gizarte Behatokia, <<http://www.behagi.eus/eu/adierazleak/biztanleria/p-2/>>.
- BEHAGI (2018): “Gizarte-zerbitzuetako sarea: Sendian Programa”, Behagi-Gipuzkoako Gizarte behatokia, <<http://www.behagi.eus/eu/adierazleak/sendian-programa/p-30/>>.
- BEHAGI (2018): “Premia sozialak: mendetasun-egoeraren balorazioa duten pertsonak”, Behagi-Gipuzkoako Gizarte Behatokia, <<http://www.behagi.eus/eu/adierazleak/mendetasun-egoeraren-balorazioa-duten-pertsonak/p-16/>>.
- BOCCHI, S.C.; CANO, K.C.; BALTIERI, L.; GODOY, D.C.; SPIRI, W.C. eta JULIANI, C.M. (2010): “Moving from reclusion to partial freedom: The experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 15. lib., 6. zb., 2.973.-2.981. or.
- BOERNER, K.; SCHULZ, R. eta HOROWITZ, A. (2004): “Positive aspects of caregivers experience”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17. lib., 2. zb., 184.-188. or.
- CASADO, B. eta SACCO, P. (2012): “Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans”, *The Journals of Gerontology: Series B*, 67B lib., 3. zb., 331.-336. or.
- CHAN, S.W. (2010): “Family caregiving in dementia: The Asian perspective of a global problem”, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30. lib., 6. zb., 469.-478. or.
- CRESPO, M. eta LÓPEZ, J. (2007): “Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión”, *Psicothema*, 19. lib., 1. zb., 72.-80. or.
- DE OLIVEIRA, A.P. eta CALDANA, R.H. (2012): “As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer”, *Saúde e Sociedade*, 21. lib., 3. zb., 675.-685. or.
- EUSTAT (2019): “Euskal AEko biztanleria jaiotze urteari jarraiki, Lurralde Historiko eta sexuaren arabera”, Euskal Estatistika Erakundea, 2019-10-17, <https://eu.eustat.eus/elementos/ele0011400/Euskal_AEko_biztanleria_jaiotze_urteari_jarraiki_Lurralde_Historiko_eta_sexuaren_arabera/tbloo11424_e.html>.
- GONÇALVES, L.H.; COSTA, M.A.; MARTINS, M.M.; NASSAR, S.M. eta ZUNINO, R. (2011): “The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19. lib., 3. zb., 458.-466. or.
- HILGEMAN, M.M.; ALLEN, R.S.; DECOSTER, J. eta BURGIO, L.D. (2007): “Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months”, *Psychology and Aging*, 22. lib., 2. zb., 361.-371. or.
- INE (2017): “Indicadores de estructura de la población mayor de 64 años”, Instituto Nacional de Estadística, <<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1421>>.
- INE (2018): “Estadística de adquisiciones de nacionalidad por sexo y grupo de edad: resultados por comunidades autónomas”, Instituto Nacional de Estadística, <<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=15082>>.

- KNIGHT, B.G. eta LOSADA, A. (2011): "Family caregiving for cognitively or physically frail older adults: Theory, research and practice", in WARNER, K. eta WILLIS, S.L. (ed.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Londres, Academic Press, 23. atala, 353.-365. or.
- KUZUYA, M.; ENOKI, H. eta HASEGAWA, J. (2011): "Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19. lib., 4. zb., 382.-391. or.
- NARDI, E.; DOS SANTOS, L.; DE OLIVEIRA, M. eta SAWADA, N.O. (2012): "Dificultades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio", *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11. lib., 1. zb., 98.-105. or.
- PEARLIN, L.I.; MULLAN, J.T.; SEMPLE, S.J. eta SKAFF, M.M. (1990): "Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures", *The Gerontologist*, 30. lib., 5. zb., 583.-594. or.
- PINQUART, M. eta SÖRENSEN, S. (2003): Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and psysical health. A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18. lib., 2. zb., 250.-267. or.
- ROGERO, J. (2010): *Los tiempos de cuidado. El impacto de la dependencia en la vida cotidiana de sus cuidadores*, Madril, Imserso.

¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia¹

Marije Goikoetxea Iturregui

(coordinadora del grupo de trabajo Ética y Covid-19² y redactora de este texto)

Doctora en Derechos Humanos. Profesora de Ética. Universidad de Deusto.
Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia. Comité de Ética Asistencial de Plena Inclusión de España
marije.goicoechea@deusto.es

Lan hau COVID-19k eragindako gizarte- eta osasun-krisiari emandako erantzunei buruzko gogoeta kolektibo baten emaitza da, etika asistentzialarekin lotuta dauden gizarte- eta osasun-zerbitzueta 22 profesionalak egina. Lanean, krisiak eragindako ondorioetako batzuk aztertzen dira: osasun-zerbitzuetara sarbidea izateko orduan dauden desberdintasunak; pertsona-multzo jakin batzuek (gizarte- eta/edo osasun- hauskortasuneko egoeran adinekoak, desgaitasuna dutenak, bazterketa-egoeran daudenak, babesgabetasun-arriskuan dauden adingabeak, indarkeriaren biktima diren emakumeak eta oso gizarte-egoera ahulean dauden beste batzuk) pairatu duten isolamenduaren ondoriozko kalteak; sufrimendu- eta marjinazio-egoera berrien agerpena; eta isolamenduan hil direnek eta haien familiek bizitako egoera latza. Deliberazio etikoko esparruak ezartzea proposatzen da, eta, horien barruan, ekitate- eta inklusio-irizpideetatik eta erkidego-harreman egokiak (Osasun Publikoaren Legea eta Osasunaren Mundu Erakundea) barne hartzen dituen osasun-kontzeptu batetik abiatuta, gizarte-politika bidezkoak eta eraginkorrak planteatzea herritar mota guztientzat.

GAKO-HITZAK:

Etika, Covid-19a, osasun-alorreko desberdintasunak, gizarte-bazterketa, gizarte-politikak, deliberazioa.

Este trabajo es el resultado de la reflexión de 22 profesionales de los servicios sociales y sanitarios, vinculados al ámbito de la ética asistencial, sobre las respuestas dadas a la crisis social y sanitaria provocada por la COVID-19. Se abordan algunas de sus consecuencias: desigualdades de acceso sanitarias; daños generados por el aislamiento impuesto a algunos grupos de personas (ancianas con fragilidad social y/o de salud, con discapacidad, en situación de exclusión, menores en riesgo de desprotección, mujeres víctimas de violencia y otras con gran vulnerabilidad); la emergencia de nuevas situaciones de sufrimiento y marginación; y la terrible situación vivida por quienes han fallecido en aislamiento y sus familias. Se plantea establecer ámbitos de deliberación ética en los que, partiendo de los criterios de equidad e inclusión y de un concepto de salud que incorpore las relaciones comunitarias satisfactorias (Ley de Salud pública y Organización Mundial de la Salud), plantee políticas sociales justas y eficaces para una ciudadanía diversa.

PALABRAS CLAVE:

Ética, Covid-19, desigualdades sanitarias, exclusión social, políticas sociales, deliberación.

¹ Una versión previa de este texto se publicó el 6-5-2020 en el blog de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (<http://www.asociacionbioetica.com/blog/la-salud-de-quien-estamos-defendiendo-desigualdades-sociales-y-sanitarias-en-tiempo-de-pandemia>).

² Miembros del grupo de trabajo: Marije Goikoetxea, Juana Aza, Lourdes Zurbanobeaskoetxea, Concha Castells, Coro Rubio, Angel Bao, Porfirio Hernández, Celia Ramos, Txema Duque, Javier Yanguas, Boni Cantero, Pablo Ruiz, Rafael Armesto, Brígida Argote, Ángela Fernández, Mirian del Campo, María Ángeles Larrinaga, Zorione Benedicto, Carlos Romera, Yolanda Pérez, Marian García y Álvaro Mosquera.

1. Tiempo de deliberar para decidir

Eudald Carbonel, codirector de los yacimientos de Atapuerca, piensa que la catástrofe humanitaria que estamos viviendo es uno de los pocos momentos de la historia en que se pone en peligro “la especie humana”. Un pequeño virus desconocido por nosotros ha puesto en jaque todo el omnipotente poder de la civilización, con sus conocimientos, sistemas, normas, pactos, técnicas y desarrollo. De pronto somos conscientes de nuestra fragilidad como humanidad y de nuestra interdependencia, no solo entre los pueblos y personas, sino del planeta y del cosmos en que habitamos. Nuestra pretendida y sobrevalorada autonomía moderna, tantas veces malentendida como autosuficiencia, parece que no es suficiente para el mantenimiento de lo más básico y perentorio: vivir.

Dice Reyes Mate³ que la vacuna será una tregua, pero no una solución definitiva a la fragilidad y dependencia de la humanidad, porque simplemente nuestra fragilidad no tiene solución, somos radicalmente interdependientes y vulnerables, y no solo biológicamente. Dependemos de las dependientas y reponedores de los supermercados, siempre, de las baserritaras y las personas que trabajan en el sector primario, siempre, de la compasión y el compromiso de quienes nos cuidan, siempre, de quienes limpian las calles y los espacios comunes, siempre, del aire que respiramos, SIEMPRE.

En esta cuarentena impuesta e involuntaria, en este tiempo de interrupción, podemos decidir. La palabra CRISIS significa etimológicamente “decisión”; Es el tiempo para DECIDIR qué debemos hacer, es el tiempo de la ÉTICA, de la RESPONSABILIDAD, de ver lo que está ocurriendo y reconocer cuáles son los VALORES imprescindibles a preservar ahora, en este tiempo extraordinario, y después, para avanzar como humanidad. Es el tiempo para escuchar, dialogar y DELIBERAR, para encontrar respuestas y soluciones PRUDENTES, como diría el profesor Gracia Guillén⁴; es el tiempo de acordar como comunidad humana, como sociedad, qué VALORES Y VIRTUDES debemos cuidar, proteger, desarrollar y crear. Es el tiempo de proponer lo que nos parece que es BUENO.

Este documento es el resultado de ese esfuerzo. Veintidós personas interesadas por la ética, principalmente profesionales de los servicios sociales y sanitarios, hemos intentado darnos cuenta y comprender lo que estaba ocurriendo. Ampliando la mirada, más allá de la necesidad de unidades de cuidados intensivos (UCI) y respiradores, hemos tratado de VISIBILIZAR por qué estaban sufriendo las personas, las familias, los barrios, las ciudades.

³ https://www.religiondigital.org/opinion/Reyes-Mate-tomarse-serio-salud-deponer-progreso-cuarentena-iglesia-coronavirus-reflexion_o_2223677631.html.

⁴ GRACIA GUILLÉN, D. (2016): “Tomar decisiones morales. Del caso a la deliberación”, *Dilemata*, nº 20, 2016, pp. 15-31.

Tras reconocer los hechos que generan incertidumbre y dolor, hemos indagado en sus porqués desde diferentes perspectivas e interpretaciones (económica, política, sanitaria, social, psicológica, educativa, et.), y nos hemos atrevido a proponer algunas orientaciones para algunos de los problemas que hemos descubierto. Problemas profundamente humanos como el miedo, el abandono, la injusticia, la soledad, la inseguridad, la desconfianza, la pobreza, el hambre, la exclusión, la discriminación, el dolor, el sinsentido, el mal morir y el mal vivir. También somos AGENTES MORALES en situaciones tan extraordinarias como la que estamos viendo y también ahora hemos de procurar lo éticamente correcto, las propuestas óptimas para respetar la dignidad y los derechos de todas las personas y colectivos.

Sin duda hemos partido de un gran capital humano: la confianza, entre nosotras y nosotros y en la sabiduría de tantas gentes expertas cada una en lo suyo, de diferentes edades, procedencias y estatus, ideologías políticas y religiosas, con miradas y experiencias diversas, que merecen ser escuchadas por ser valiosas y necesarias para encontrar propuestas buenas.

2. ¿Una crisis sanitaria?

Dicen que esta es una crisis sanitaria, que el problema mayor ha sido que el sistema sanitario no estaba preparado para una pandemia así. Los Gobiernos y hasta los/las gestores/as han adoptado mayoritariamente un lenguaje bélico: “es una guerra contra un virus que nos ha sorprendido y nos quiere matar”. Hay que resistir (“Resistiré” ha sido el himno), confinarse y, de modo urgente, centrar todos los esfuerzos en poner a punto lo mejor que tenemos frente a la muerte, las UCI. Parecía que si hubiéramos estado preparados con más UCI y más respiradores, nada grave hubiera ocurrido.

Pero es mucho más; si comprendemos la salud como forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, según la define nuestra Ley de Salud Pública, es algo más que sobrevivir, es algo más que no enfermar; salud es tener capacidad de desarrollar un proyecto personal y social, de ser solidarias con las personas que nos rodean, de amarlas, de no abandonarlas. Es capacidad de cuidar, y de cuidarnos.

Algo se ha quebrado en la gestión de esta pandemia. La solidaridad de las personas jóvenes con las mayores, a la que tanto se ha aludido, ha quedado empañada por la interpretación de que su mayor bien es la mera supervivencia. Y pensamos que no, que nadie quiere la supervivencia a cualquier precio, al precio de la soledad, del miedo, de la falta del cariño de tus seres queridos, del abandono.

Siguiendo el empeño de algunas personas en utilizar la terminología militar, se están provocando graves daños “colaterales”, porque lo urgente sirve como

excusa para dejar de lado lo importante. Medidas excepcionales como las que estamos manteniendo, con graves consecuencias para las personas mayores, para las personas con discapacidad, para las personas en riesgo de exclusión, para la infancia, para las personas privadas de libertad... ¿hasta cuándo se pueden mantener? ¿La salud de quién estamos defendiendo? ¿No estaremos defendiendo la salud de una persona adulta de mediana edad, generalmente hombre, que tiene un trabajo y una vivienda confortable, con apoyo social, con colchón económico para el día después y para quien el confinamiento apenas supone una incomodidad?

Esta crisis saca a la luz la debilidad de los avances conseguidos en las políticas de coordinación entre las prestaciones sanitarias y de servicios sociales, en la asunción de la función, también cuidadora, del sistema de salud, en el modelo dominante biomédico y centrado en el hospital, que ha dejado de lado la atención comunitaria de la atención primaria y también los cuidados básicos, responsabilidad de los servicios sociales.

También nos muestra que es más fácil protocolizar para todos igual, con tratamientos uniformes que abordan de igual manera situaciones de partida distintas, con posiciones extremas y absolutas que solo protegen un valor: frenar los contagios. No es fácil compaginar medidas epidemiológicas con medidas humanitarias, pero no podemos dejar de lado cuestiones humanitarias por razones epidemiológicas. Protocolizar para todos igual es discriminatorio e injusto porque olvida la equidad y con ella los apoyos necesarios para que las personas en diversas situaciones y con déficits diversos puedan acceder al bien común de la asistencia sanitaria sea para curar, para aliviar o para obtener los cuidados necesarios para un buen morir.

Así, se indican aislamientos excesivos por el bien común como si fuera una indicación inocua, sin darnos cuenta de que en muchos casos no tiene nada inocuo y puede ser estimado como una auténtica mala praxis, por ejemplo en la atención al final de la vida o en algunas circunstancias de la asistencia a personas con enfermedad mental o con adicciones. Así, se ha olvidado la heterogeneidad del colectivo de personas mayores (siete millones en España), la dificultad para aislarse de los que no tienen dónde, la imposibilidad de hacerlo si la comida depende de la beca escolar de comedor, la necesidad de continuar atendiendo enfermedades y tratamientos crónicos que no pueden suspenderse, o los derechos de una persona con grave discapacidad a recibir apoyos para seguir un tratamiento intensivo que evite su discriminación. Como dice Javier Segura⁵: “Urgentes medidas de brocha gorda que desatienden importantes detalles, estandarizan la complejidad y devuelven a los respectivos armarios los avances

conseguidos en la acción social y la formación de talento”.

Y ¿por qué? Probablemente porque, de nuevo, en los comités de expertos y comisiones políticas donde se toman las decisiones, predominan las personas adultas de mediana edad, mayormente hombres, con una vivienda confortable y apoyo familiar y red social.

3. El aislamiento total como respuesta única y homogeneizante para una sociedad diversa y con graves desigualdades

Nuestra naturaleza social nos configura como seres interdependientes y es el reconocimiento recíproco lo que nos permite “sobre-vivir” más allá de lo puramente orgánico. La naturaleza humana es expresión de pertenencia a la especie pero también de desigualdad y diferencia.

El aislamiento por sí mismo es una situación potencialmente dañina para cualquier ser humano; el confinamiento impuesto y controlado está correctamente regulado y requiere supervisión judicial. La regulación de la pérdida de libertad, incluso en las personas en régimen penitenciario, no puede justificar la pérdida de otros derechos.

Entendemos y consideramos que ha sido correcta la medida de confinamiento de la población en esta situación. Pero reconocer y estar atentos a los daños que puede provocar forma parte de nuestra salud moral y de la obligación de los/as profesionales. Si bien en un primer momento esto no era posible, nos sorprende lo que se ha tardado (más de cuarenta días) en comenzar a prestar los apoyos necesarios para aquellas personas en que el aislamiento genera daños importantes. Sabemos cuáles son los factores principales que inciden en sus consecuencias: la voluntariedad o no de la situación; la capacidad de comprender la situación asumiendo que tendrá un final para poder tolerar la incertidumbre; el acompañamiento que otorga seguridad frente al miedo; la experiencia de confianza o de desconfianza; y contar con los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas.

La pandemia ha puesto en evidencia las desigualdades existentes anteriormente que NECESARIAMENTE diversifican la afectación de la enfermedad, y de las medidas propuestas, aunque se haya pretendido ofrecer una visión homogeneizadora de cómo afecta el contagio de la COVID-19. Se ha argumentado insistentemente que el bien común en situación de emergencia justifica la falta de atención al bien particular y la restricción de derechos individuales, dando por supuesto que lo común (vivir) es igual en toda la ciudadanía.

Pero el vivir no era el mismo vivir, y consecuentemente el confinamiento no ha sido el mismo vivir confinado en todas las personas: La

⁵ SEGURA DEL POZO, J. (2020): “Más allá del #QuédateEnCasa y otras épicas”, *Salud Pública y Otras Dudas*, <<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/author/javierseguradelpozo/>>.

imposibilidad de seguir manteniendo la economía sumergida y las actividades “laborales ilegales” o al menos “alegales”, mayoritariamente feminizadas (mujeres migrantes sin regularizar, cuidadoras intensivas y sin derechos, de personas con graves dependencia, mujeres prostituidas, limpiadoras, etc.) han hecho emerger la precaria situación de pobreza extrema de muchas personas y familias que han acudido a los servicios sociales de base solicitando alimentos y cobijo. La escolarización en remoto ha mostrado la evidente brecha digital, y lo que es más importante, económica y social, de niñas y niños en situaciones de grave exclusión. La paradoja de la ocupación de los polideportivos, recurso necesario para el mantenimiento de la salud poblacional, por personas sin hogar o en situación de hacinamiento o de infravivienda, ha revelado los verdaderos datos y números tantas veces inciertos. La existencia de personas con deficiencias sensoriales incapaces de comprender y seguir las recomendaciones públicas para no enfermar, o deficiencias psíquicas que impiden comprender su razón de ser, ha mostrado que la convención de la ONU de los derechos de las personas con discapacidad no es solo para las situaciones sin riesgos, porque la discapacidad no desaparece de las personas en situación de alerta o de pandemia.

Parece necesario establecer con claridad criterios de flexibilización, de compensación o de apoyos en algunas personas que pueden vivir con gran sufrimiento, o que les puede generar daño, la situación de aislamiento prolongado. Las llamadas de teléfono como recurso generalizado utilizado en este tiempo puede ser un recurso escaso y hasta ineficiente si solo persigue un control de la situación de la persona y no generan un espacio para expresar su vivencia y sentirse escuchada, comprendida, validada en la misma.

Para evitar la homogenización que criticamos en esta aportación, vemos necesario perfilar algunas situaciones donde el aislamiento debe de ser establecido con cautela.

- **En el ámbito de los servicios sociales residenciales**, el aislamiento es especialmente penoso para muchas personas: genera graves consecuencias en centros con condicionantes físicos y espaciales muy limitados, con escaso apoyo personalizado o sin capacidad de percibirlo. Dicha situación se agrava, muchas veces, con condicionantes previos, que impiden a la persona adaptarse a la nueva situación (demencias, enfermedad mental, limitaciones psíquicas, adicciones, etc.) y si no se considera su especificidad pueden llegar a ser víctimas de maltrato por ello. Lo que nos permite soportar el confinamiento son, entre otras cosas, los recursos cognitivos, la capacidad de comprender los antecedentes y el desarrollo de los hechos y, sobre todo, de poder proyectar, imaginar y prever consecuencias y escenarios futuros. Las personas con discapacidad intelectual y con

deterioro cognitivo cuentan con menos recursos en este aspecto, y, cuanto mayor es su necesidad de apoyos (comunicativos y cognitivos), más precisan de referentes que las acompañen para mediar entre la realidad que es vivida como hostil y su vivencia. Del bienestar de las personas que viven en los centros ha dependido el modelo de confinamiento: el modelo estricto de confinamiento total en habitaciones para todas las personas, afectadas o no por el virus, sin contacto entre ellas, modelo que es muy seguro pero puede ser maleficente; o un modelo más laxo, con convivencia entre residentes y personal, con cautela, y estricto solo con los casos positivos de enfermedad, que aporta más seguridad emocional a las personas.

- **El confinamiento en el hogar** puede ser generador de daño si se prolonga mucho en el tiempo, tanto para las personas con capacidad limitada (por discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista, por deterioro cognitivo o por otras causas), como sobre la familia cuidadora, ya que la dependencia y la necesidad de apoyo intenso en el domicilio sin momentos de respiro (como los que proporciona la asistencia a un centro de día), sumadas al aislamiento, pueden ser altamente estresantes en la persona concernida, porque la privación social y de estímulos de todo tipo, en general, puede provocar retrocesos en su desarrollo y trastornos diversos.
- **Las personas aisladas en sus domicilios con soledad prolongada no deseada**, mayoritariamente ancianas, han sido durante el primer mes el colectivo que más ha sufrido la desproporción de esta medida de manera extrema, habiendo casos en que sus propias familias no las han acompañado, siguiendo las orientaciones emitidas por los medios de dejarles la comida o lo que necesiten en los felpudos, y marcharse. La relación telefónica con el entorno resulta un vínculo muy escaso en situaciones como la vivida, (de miedo, angustia e incertidumbre) y las videollamadas no están a su alcance, salvo en escasas ocasiones. Preocupa que no se valore adecuadamente esta realidad, existiendo incluso propuestas de que sean las últimas ciudadanas en poder salir del aislamiento, y especialmente que desde los servicios sociales no se les facilite el acceso a los apoyos para poder salir. La falta de equipos de protección individual ha dificultado las visitas de personas del exterior que pudieran de manera limitada y supervisada apoyarles, como las/ los profesionales comunitarios y de centros de apoyo para visitas en domicilio. Los esfuerzos realizados por muchas profesionales y los recursos de videollamadas puestos a disposición en algunos territorios a través de ayudas públicas son merecedores de reconocimiento por haber supuesto un gran alivio para muchos casos.
- El aislamiento debe ser modulado y en ocasiones suspenderse periódicamente para evitar conflictos o conductas de alto riesgo, en algunas

personas con enfermedad mental, trastornos del espectro autista, adicciones crónicas, discapacidad intelectual, o sin capacidad de comprensión del encierro, etc., tanto si viven en un medio residencial, con sus familias o son personas excluidas socialmente y albergadas en espacios comunitarios. Si bien cabe subrayar el gran esfuerzo de todos los cuerpos policiales para facilitar el abastecimiento, la higiene, el control social y los servicios esenciales de la población, no siempre se ha modulado adecuadamente y con la flexibilidad debida, el control poblacional para evitar contagios y la atención a las necesidades especiales de algunos colectivos, haciéndonos cargo de su vulnerabilidad y observando las diferencias.

- **El aislamiento en los centros hospitalarios** es probablemente el mayor problema para encontrar propuestas que compaginen la necesidad humana de ser acompañado/a por personas de confianza en situaciones de grave riesgo como la hospitalización en la enfermedad, y el riesgo de aumento de contagios tanto de los/as profesionales como de la población. Consideramos que la prudencia justifica el aislamiento total de las personas enfermas en los centros sanitarios suspendiéndose todas las visitas en un primer momento, pero del mismo modo que se han ido encontrando soluciones como la sectorización, la provisión de Equipos de Protección Personal (EPI) en otros mercados, la adecuación de locales y edificios como hospitales e incluso UCI, no han existido apoyos, recursos y propuestas que minimicen el sufrimiento generado por el aislamiento en personas con enfermedades graves, personas con demencia, menores, personas con discapacidad etc. Suponemos que esta falta de abordaje es debida a la falta de personas con especialización en las necesidades emocionales y sociales, lo que nos lleva a pensar que las personas “expertas” han sido mayoritariamente del mismo perfil, es decir, capacitadas para establecer propuestas que minimicen el riesgo de contagio. Este curso tan extremo de acción ha supuesto en determinados hospitales y centros la falta de atención a otras patologías graves o muy graves, o al menos el retraso en sus tratamientos de modo desproporcionado e injustificado, con plantas y profesionales de varias especialidades sin posibilidad de atender a las personas enfermas que lo necesitaban.
- **Las personas privadas de libertad, desde la instrucción adoptada** el 12 de marzo por Instituciones Penitenciarias para continuar con las actuaciones de contención del virus en los establecimientos penitenciarios, han visto significativamente reducidas sus posibilidades de relación. Se han suspendido las visitas (comunicaciones íntimas, familiares y de convivencia), los permisos ordinarios, las salidas programadas, las actividades realizadas por entidades, la recepción de paquetes, etc.

Esta situación está generando importantes limitaciones en el día a día, que sufren especialmente las personas más empobrecidas, las que tienen menos habilidades, las que carecen de apoyos, quienes no tienen ingresos económicos, quienes sufren adicciones y/o enfermedad mental; a pesar del alivio de algunas medidas (incremento de llamadas semanales permitidas, como novedad algunas videollamadas). Además, para las personas sin apoyo familiar, la posibilidad de acogerse al tercer grado se han paralizado o dificultado.

- Resulta necesario resaltar que el confinamiento, en muchos casos, ha encerrado a las **víctimas de violencia de género** con sus maltratadores. Estas mujeres enfrentan dos pandemias: la COVID-19 y la violencia machista, viéndose obligadas a convivir las veinticuatro horas del día con su mayor enemigo, bajo el mismo techo. Se han puesto a disposición de estas mujeres teléfonos de atención y en algunos municipios se han establecido servicios de urgencia para dar respuesta a este terrible problema. Ahora más que nunca se hace necesario disponer de viviendas alternativas que hagan posible un confinamiento libre de violencia.
- Desde la declaración del Estado de Alarma, a los **niños y niñas** se les aplica un confinamiento total, sin entrar en las pocas excepciones que se han considerado para las personas adultas. Entendiendo la gravedad de la situación, valoramos que ha faltado una mirada que integrara las necesidades y especial vulnerabilidad de la infancia. Todas las expertas/os coinciden en considerar que estas restricciones aplicadas a la infancia pueden afectar a su desarrollo —físico, social, educativo y emocional— y es necesario un apoyo y contención especial por parte de sus cuidadores, que seguramente no todas las familias están en condiciones de ofrecer. Se ha echado en falta la presencia de expertos/as en el área de la intervención social y, en particular, de infancia para poder haber asesorado y emitido recomendaciones para las vivencias de duelo y miedo que muchos niños y niñas están viviendo, así como como posibles espacios de “excepción” al confinamiento, con las medidas y limitaciones que se establecieran.

La declaración del Estado de Alarma ha supuesto el cierre de centros educativos especiales, centros de día, etc. Para muchos niños y niñas con discapacidad o necesidades especiales, también para sus familias, esto ha supuesto la pérdida de un espacio social y una atención directa a sus problemas, con graves consecuencias para su desarrollo. Después de seis semanas, se comienza tímidamente a vislumbrar la posibilidad de recuperar estos recursos y los seguimientos y tratamientos individuales que siguen los niños y niñas con estas necesidades especiales: psicoterapias, rehabilitación, Atención Temprana, etc. En estos casos, al ser tratamientos especializados y basados en la relación, resulta

muy difícil “sustituirlos” por una intervención a distancia.

- La generalidad de las medidas de confinamiento ha respondido de forma uniforme a una situación de crisis y de emergencia, sin tener presente que muchas **familias vulnerables que viven con alta precariedad** en situación de hacinamiento, en viviendas con falta de espacio, luz, ventilación, etc. Tampoco que la educación a distancia está limitada en muchos casos por la brecha digital lo que genera situaciones de injusticia y producen inequidad al tratar por igual situaciones muy diferentes.

Consideramos de interés y necesidad especial la infancia que está en situación de riesgo de violencia intrafamiliar, de origen machista o de tipo filio-parental o con medida de protección tras separación del medio familiar. Hay un número significativo de niños y niñas que se encuentran en situación de riesgo con programas municipales y forales de intervención socioeducativa familiar. Esta intervención, básica para garantizar su protección y mantenimiento en el medio familiar, se ha suspendido o limitado en una situación de sobreexposición al estrés de ese medio familiar, que ya sufre limitaciones y conflictos importantes. Una vez más, la disposición profesional para el seguimiento telefónico parece claramente insuficiente.

Se deben considerar también los casos que se están produciendo durante este periodo en los que se debe asumir una medida de guarda o tutela, que supone la separación temporal del medio familiar, y aquellos otros en que existe una medida de protección y están acogidos/as en otra familia o en centros residenciales. En estos casos, el confinamiento, en ocasiones unido a una cuarentena de aislamiento en una habitación, supone una situación especialmente preocupante por la pérdida de relación con sus progenitores/as.

4. La justicia como criterio en las políticas sanitarias y de servicios sociales

El reconocimiento de la IGUAL DIGNIDAD es la que fundamenta la igualdad de derechos de la ciudadanía, también en esta situación de alarma que estamos viviendo. Desde siempre, y también ahora, han existido modos de tratamiento y relación que quebrantan la dignidad. Se dan en las siguientes situaciones⁶:

- Cuando se trata a la persona como *puro medio* que vale para algo. Decimos entonces que la persona no tiene valor en sí, sino precio, y se tolera el maltrato y la lesión de sus derechos para conseguir determinados intereses personales, económicos, lucrativos, etc. El caso claro sería

la explotación de una persona para los propios intereses.

- Cuando la persona es considerada un *no valor*, por carencia de capacidades o recursos, y, en consecuencia, sufre menosprecio, indiferencia o, incluso, exclusión o marginación (no es tenida en cuenta, se la aparta si nos estorba o molesta, se la aísla o margina para no ser vista, etc.). Esta situación no dependerá solamente de las condiciones de déficit o capacidad de la persona, sino sobre todo de la situación subjetiva de quien observa y se relaciona (mayor o menor control emocional) y, especialmente, del compromiso ético y el vínculo personal que existan entre ambas personas.
- Por último, se atenta contra la dignidad cuando se considera a la persona como un *disvalor* peligroso, porque supone una carga para otros/as o para el sistema, por sus conductas inadecuadas, por generar gasto, molestia o insatisfacción en su comunidad de referencia. En estos casos, puede plantearse su eliminación y discriminación (modelo eugenésico) con respecto a los recursos sociales o sanitarios, por considerar que son «desproporcionados» o “poco eficientes” para la calidad de vida que se obtendrá.

En términos generales, con respecto a las políticas de salud pública, el ámbito residencial se queda a medio camino entre el hospital y la comunidad, en “tierra de nadie”, con la excepción del control de las cocinas y de la intervención cuando surge un brote de transmisión alimentaria o de otro tipo. La orientación preventiva en sus instalaciones, en la práctica del cuidado, en la formación de su personal, queda a su propia responsabilidad, sin la orientación, por ejemplo, de un servicio de medicina preventiva de la que sí dispone un hospital. Y no es que haya que “medicalizar” las residencias, pero hay que reconocer que son instituciones cerradas donde residen muchas personas de riesgo, y su abordaje no es en absoluto comparable a la de cualquier domicilio. Este hecho unido a la todavía no suficientemente desarrollada coordinación sociosanitaria, ha podido generar discriminación para estos colectivos de personas que no viven en domicilios propios, especialmente en una situación de recursos escasos, como ha podido ser el de los equipos de protección personal. Habrá que repensar en el futuro el modelo de prevención de la salud en el ámbito residencial.

Consideramos, escuchando algunas noticias, comentarios, artículos y argumentaciones de expertos/as, que hay tres grupos sociales que están en riesgo importante de vivir una de las tres situaciones de discriminación expuestas: no ser destinatarias de prestaciones por ser un mero medio que ahora no se requiere para lograr el fin (por ejemplo, se mantiene el salario del profesional y por tanto no es ya necesario para el profesional seguir prestando atención), no ser un valor (por ejemplo, hay vidas humanas a las que se da menos

⁶ ETXEBERRIA, X. (2005): *Aproximación ética a la discapacidad*, Bilbao, Universidad de Deusto.

valor que a otras), o ser un disvalor que hay que eliminar o controlar (por ejemplo, porque su atención en igualdad de condiciones que el resto genera peligro de contagio). Consideramos que el riesgo ha aumentado en las personas ancianas, las personas con discapacidad importante (física y/o psíquica), las personas en situación de exclusión social (puede que antes algunas de ellas fueran explotadas y fueran consideradas útiles) y, especialmente, en el caso de las mujeres pertenecientes a estos grupos.

Son varias las personas o colectivos⁷ que han alertado del aumento de la APOROFOBIA (discriminación por ser pobre), GERONTOFOBIA (discriminación por edad) Y DEFICIENTISMO (discriminación por discapacidad) y queremos hacernos eco de ello. En concreto, queremos visibilizar las siguientes situaciones:

- La **exclusión social** es un proceso en cuya esencia están el aislamiento, la falta de vínculos y de apoyo social. El decreto del Estado de Alarma y la obligación de confinamiento en el domicilio ha hecho que muchas personas con grave exclusión y sin hogar hayan tenido que recurrir, en ocasiones de manera involuntaria, a las plazas de acogida de emergencia que las administraciones han dispuesto de manera apresurada en dispositivos variados (polideportivos, albergues juveniles, residencias, etc.). Por otro lado, las personas que se encontraban alojadas en centros de acogida, permanente o “invernales”, se han visto sujetas al confinamiento prolongando y forzoso en las condiciones (y también las dificultades) de convivencia durante las veinticuatro horas.

Las circunstancias y problemáticas previas al confinamiento que presenta cada persona condicionan de forma decisiva el acceso y la permanencia en los recursos sociales. En este sentido, para las personas con algún trastorno mental (diagnosticado o no), así como para las personas con adicciones, el confinamiento supone una dificultad añadida ya que limita gravemente las posibilidades de relajamiento mental (“andar a mi rollo”). Por otro lado, el uso o abuso de sustancias legales e ilegales produce en muchas personas alteraciones en el comportamiento que afectan gravemente a la convivencia, ya de por sí difícil en un confinamiento forzoso y prolongado.

Las personas en situación de exclusión social siempre han sido “temidas” y estigmatizadas a partes iguales: son un “otro” del que nos queremos diferenciar y al que no nos preocupamos mucho por conocer... y lo desconocido genera miedo. Además, muchas de ellas tienen un aspecto característico: físicamente deterioradas, desaliñadas, con falta de higiene, etc., y son acusadas de no aportar nada a la sociedad.

En un momento de crisis y miedo (a la enfermedad, a la escasez de recursos tras la pandemia, etc.), se da el caldo de cultivo necesario para que la estigmatización de las personas en exclusión aumente, y se refuerce en el imaginario colectivo su imagen de propagador de enfermedades (por su aspecto y delicada salud), acaparador de recursos (por su baja empleabilidad), delincuente, etc.

El estado de salud de las personas en situación de exclusión social es más precario que el de la media de la población, convirtiéndolas en población de mayor riesgo, lo que debiera de entenderse como una razón para que la atención sanitaria fuese mayor, pero sin embargo no se han planteado desde el sistema sanitario una atención “de apoyo” a los lugares habilitados. Todo el dispositivo de acogida de emergencia ha puesto de manifiesto, más claramente si cabe, los déficits existentes, no solamente en aspectos cuantitativos (nº de personas en exclusión residencial grave) sino sobre todo en los cualitativos, ya que ahora podemos observar casi en una única mirada las personas que están atendidas y las que no lo están por parte de los distintos sistemas del bienestar, llamando especialmente la atención las dificultades de acceso al Sistema Sanitario (Atención Primaria por no disponer de TIS y a la Red de Salud Mental) y al Sistema de Servicios Sociales (de Atención Primaria y Secundaria), y de permanencia en ellos.

- Un grupo “desconocido” hasta ahora ha sido el de las personas, mayoritariamente mujeres, y familias migradas o con empleos precarios, que en esta situación han perdido los recursos escasos que obtenían normalmente a través de trabajos irregulares como cuidados, limpieza, empleo sumergido, etc. Este grupo está emergiendo poco a poco como solicitantes de ayudas en los servicios sociales de base por falta principalmente de alimentos y productos de higiene. Todavía hoy, hay quienes no se reconocen como sujetos con derecho a una prestación social por ser personas que nunca se habían imaginado estar en una situación de pobreza o riesgo de exclusión.
- La gestión de la epidemia de COVID-19 ha tenido una demoledora mirada de las personas mayores que debe de ser repensada, al menos por dos motivos: ha focalizado en la edad el riesgo de enfermar y morir, en lugar de en variables de salud; y ha “culpabilizado” a los centros residenciales de personas mayores en la extensión y deriva de la pandemia. Hay una identificación permanente en los medios de comunicación entre ser mayor y mortalidad por la infección por COVID-19. Si bien solo el 20 % de las personas mayores son personas fragilizadas de modo importante, lo que las convierte en un grupo para el que no está indicado un tratamiento intensivo, han sido frecuentes los argumentos de edad para limitar determinados recursos

⁷ Adela Cortina, Plena Inclusión, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, etc.

sanitarios específicos, como las UCI, y organizar la distribución de los centros sanitarios y sociales en caso de contagio. Las personas mayores han sido así potencialmente discriminadas, transmitiendo a la sociedad la idea de personas menos valiosas, invitándolas a protagonizar un “altruismo obligatorio” sin posibilidad de participación y de dudosa reciprocidad. Han sido discriminadas, por tanto, también en su autonomía, no dejándoles participar en la toma de decisiones en las cuestiones que les afectan y asumiendo sobre ellas, al mismo tiempo, una actitud paternalista de sobreprotección de las que difícilmente han podido escapar.

La edad nunca debe de ser un criterio excluyente para la atención, como tampoco residir en un centro de alojamiento permanente con otras personas mayores. El sistema sanitario debe procurar similares prestaciones con similares criterios científicos que para el resto de la población, tanto para tratamientos de agudos como de crónicos, como puede ser el abordaje del dolor, de la salud mental, de las dificultades para la autonomía personal o para las relaciones sociales. Las intervenciones de profesionales ajenos a los servicios sociales y sanitarios (militares, ONG, etc.) en la atención a las residencias de personas mayores, y no en otros colectivos, evidencia la falta de consideración en los planes de atención y cobertura sociosanitaria.

- El confinamiento ha sido durante siglos el modo habitual en que en nuestras sociedades se ha abordado las necesidades de las personas con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual. El llamado modelo prescindente (prescindir socialmente de estas personas) ha derivado en diversos momentos de la historia en un modelo claramente eugenésico, que está siendo sustituido por un enfoque social de la discapacidad recogido en la Convención de sus Derechos de la ONU del año 2006, ratificada por España en el 2008.

El llamado “modelo social” nos descubre que todas las personas podemos ser discapacitadas si nos encontramos con barreras que impidan el desarrollo de nuestras capacidades y la participación social en condiciones de igualdad. Poner esto de manifiesto es esencial porque solo la excepcionalidad de la situación justifica esta mirada focalizada en las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, lo que nada tiene que ver con la escisión artificial entre nosotras, las personas normales, y ellas, las personas con discapacidad, generando una alteridad extraña y ajena.

El colectivo de personas con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual o en situación de dependencia, ha sido definido desde el comienzo de la pandemia como grupo de especial vulnerabilidad para la COVID-19. Pero este reconocimiento no ha ido acompañado de otros efectos: a día de hoy se desconoce la

incidencia de la infección en este colectivo, cómo se están cubriendo las diferentes necesidades en los confinamientos, las hospitalizaciones, los criterios de acceso a recursos específicos como UCI, etc. Las personas con alguna discapacidad se han diluido en el grupo de personas mayores y su invisibilidad (como tantas veces) se ha manifestado, entre otras cosas, en la falta de recomendaciones y apoyos a las propias personas con discapacidad, a sus familiares (que en general son sus personas de apoyo), a entidades de cuidado y defensa de sus derechos, residencias, etc., y, de forma más dolorosa, en momentos de discriminación en el acceso a servicios sanitarios y apoyos específicos necesarios en cada caso. La ausencia de información y casuística en los medios de comunicación y de debate público promovido desde las organizaciones y asociaciones que representan a estas personas, genera riesgos añadidos de exclusión e injusticia, así como de trato inadecuado.

La situación vivida en la pandemia por parte de las personas más vulnerables sanitaria y socialmente pone de manifiesto una crisis muy importante de cuidados y responsabilidad y una evidente ruptura del llamado “pacto intergeneracional de cuidados” que puede generar riesgos graves de daños y maltrato.

El desarrollo en las últimas décadas de los servicios de atención a personas vulnerables y en situación de exclusión, por parte del Estado, como expresión de justicia, puede haber debilitado la conciencia de ligazón y ob-ligazón de las personas dentro de los contextos de apoyos naturales: familias, vecindario, amigos/as, etc. La pandemia está poniendo en escena los límites y contradicciones del propio sistema. Un problema muy importante que puede generar, si no se aborda convenientemente, un debilitamiento de la cohesión social y abandono y discriminación de las personas más vulnerables.

Como contrapunto muy importante reconocemos la irrupción de personas voluntarias que de manera libre y solidaria se han ofrecido gratuita y altruistamente a ayudar en lo que fuese necesario. Es indudable su gran aportación y su valor tanto para las personas que han cuidado o atendido como para la sociedad en general. Es destacable sin embargo la falta de liderazgo para sistematizar y dar cauce a su aportación, que ha quedado en muchos casos sin ser aprovechada para mejorar y aliviar la situación.

El “nada humano me es ajeno” (dicho de Terencio atribuido a Séneca) no parece una opción ahora, sino una elección en clave de consecuencias, porque apela a la responsabilidad, más allá de los derechos. Se actualiza el hacerse cargo porque el nosotros, lo común, se construye en el reconocimiento y respeto a la dignidad del otro, que me completa en mi humanidad (Ricoeur, Lévinas).

5. Morir y hacer duelo en tiempos de la COVID

En estos meses de pandemia han muerto muchas personas como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV-2 (a 27 de abril, 1.269 personas fallecidas con enfermedad confirmada en Euskadi, y 23.822 en España), bien porque ya partían de procesos delicados de salud que no les han permitido hacer frente a la enfermedad, o bien porque esta les ha afectado de manera cruenta y la evolución ha sido desfavorable. La falta de respuesta a los tratamientos intensivos, y en algunos casos el hecho de no ser candidatas a ellos, requeriría, como marca nuestra legislación, una atención propia para bien morir que claramente ha sido deficitaria en muchos de los casos.

La centralización de la asistencia sanitaria en los tratamientos agudos e intensivos, la atención telefónica de atención primaria en los domicilios, la prohibición de visitas y acompañamiento familiar a las personas enfermas en hospitales y centros residenciales, y la falta de cualificación y de recursos necesarios en determinados lugares para unos correctos cuidados paliativos, han sido las causas principales de este mal morir. El fallecimiento de una persona es algo único que no se puede posponer para cuando la crisis pase, ni se puede recuperar, y que aunque parezca que no deja consecuencias negativas, puede dejar graves huellas emocionales en las personas allegadas, y dificultar el duelo posterior.

En los centros residenciales de servicios sociales, la tendencia ha sido la no derivación de las personas consideradas como paliativas a otros medios. Este hecho, que en condiciones normales se considera como buena práctica en los centros que disponen de capacitación interna o con apoyos externos sanitarios, sin embargo, no ha resultado adecuado en muchas situaciones. Los centros residenciales no tienen por qué contar con recursos sanitarios especializados, pues no son centros sanitarios, sino lugares donde vivir en los que se prestan los apoyos para las actividades de la vida cotidiana. Por tanto, lo correcto es que las personas residentes accedan como ciudadanas, en igualdad de condiciones que el resto, a las prestaciones sanitarias comunitarias (atención primaria, unidades de cuidados paliativos, hospitalización a domicilio u otros). Se ha visto que, en numerosas situaciones, estas prestaciones han sido inaccesibles por la gestión establecida por los/las responsables sanitarios/as, o por la ausencia de una coordinación sociosanitaria eficiente.

Si bien en pocos días se flexibilizó la medida de restricción absoluta de visitas para las personas en procesos finales de vida, han existido diversos criterios a la hora de determinar cuáles son las personas que se encuentran en el momento final de su vida, y más concretamente en situación terminal. Se ha identificado este momento especialmente con la agonia, cuando la persona ya está muy

desconectada y la comunicación es difícil, lo que ha dificultado en los días previos las despedidas, la expresión de los afectos y la resolución de asuntos pendientes, acciones tan necesarias para un buen morir.

Las restricciones por riesgo de contagio también posterior al fallecimiento han dificultado, y en algunos casos han impedido, poder ver y reconocer a la persona fallecida y despedirse de ella, siendo especialmente duro si el fallecimiento ha sido imprevisto. La dificultad continúa con la organización de los ritos funerarios y la despedida social de la persona fallecida... Para que haya un buen proceso de duelo, sin sentimientos de culpa y experiencia de abandono familiar, es importante, entre otras cosas, que se haya podido hacer bien tanto el acompañamiento como la despedida. Se comprenden las limitaciones en esta situación por los riesgos para la salud pública, pero no podemos olvidar los derechos de las personas al final de la vida, recogidos en nuestro marco legislativo, y que deben de garantizarse en la medida de lo posible. La situación de alerta actual no anula el derecho de la persona a recibir información veraz sobre su proceso y enfermedad, a rechazar un tratamiento, a unas correctas decisiones de representación en caso de incapacidad y al alivio del sufrimiento mediante una asistencia paliativa de calidad, derechos poco respetados en muchos casos.

Es necesario y urgente facilitar el acompañamiento de las personas en el final de sus días, permitiendo la presencia, como mínimo, de una persona familiar o allegada durante un tiempo suficiente, en un espacio íntimo, siempre respetando las normas de higiene y de prevención, y proporcionándole el equipo adecuado si está en un centro sanitario o residencial. En ese sentido, cabe reconocer y destacar la iniciativa de los centros residenciales, y de algunas unidades hospitalarias, que, además de lo anterior, han facilitado las despedidas de otras personas, amistades y familiares mediante otros sistemas de comunicación (teléfonos, lecturas de correos electrónicos, videollamadas, etc.).

6. Las obligaciones éticas de los y las profesionales y la responsabilidad ciudadana

Los colectivos profesionales, asistenciales y de servicios, han demostrado gran integridad y compromiso en esta crisis, como lo ha reconocido la ciudadanía general en los aplausos de las ocho de la tarde de cada día. La responsabilidad profesional emerge en las personas que han cultivado determinados valores y modo de concebir su profesión. Quienes no han cultivado dichos valores y virtudes no es fácil que estén dispuestas a arriesgarse. Por eso han existido casos de personas que no han cumplido con lealtad aquello a lo que se habían comprometido previamente con

la sociedad. Entendemos que un/a profesional es alguien dotado/a de capacidades técnicas y éticas suficientes como para comprometerse con las personas de una comunidad y aportarles un bien, un beneficio. El fundamento por tanto está en dicho compromiso (promete hacer el bien) que, como decimos, se ha dado en un gran número de personas, pero no en otras.

De todos los colectivos, el gran protagonista de la crisis generada por la COVID-19 ha sido el de los profesionales sanitarios/as, especialmente los de ámbito hospitalario, por varios motivos. El más visible ha sido la grave afectación de la salud de gran parte de la población, que ha colapsado las urgencias y ha necesitado de ingresos y de medidas intensivas. Y, en segundo lugar, por la dificultad de contar con medios materiales y humanos para hacer frente a la pandemia, lo que ha expuesto a profesionales a jornadas intensivas y al contagio.

Sin embargo, ha habido otros escenarios que no son secundarios, sino paralelos e igual de importantes. La crisis ha revelado quiénes son realmente profesionales esenciales que generan un bien social: personal de supermercados, transportistas, limpiadoras, cuidadoras y auxiliares geriátricas, celadores/as, educadores/as, trabajadoras/es sociales, psicólogos/as maestra/os, policías, integradores/as sociales..., etc., y tantas otras personas que quizá no han recibido ni la protección ni el reconocimiento a su compromiso leal y en ocasiones heroico. Sin ellas la población se habría podido ver expuesta sin remedio al hambre, la afectación de la salud, la precariedad y a la desprotección en general frente a la epidemia.

Se hace imprescindible también una reflexión colectiva de todos los aspectos afectados en esta crisis, reconociendo que, junto a la salud biológica, están en juego otros factores de salud como son los psicosociales. La consecuencia más inmediata, que ya se ha hecho notar, es el aumento de la brecha social, que agrava la vulnerabilidad de las personas que ya eran vulnerables, y deja en situación de fragilidad a otras muchas. Y la brecha de género, por ser las mujeres las más afectadas en esta crisis, por su mayoritario papel de cuidadoras en los ámbitos público y privado. De ahí la importancia de que además del reconocimiento legal de ser esenciales que ya tienen los servicios sociales y sus profesionales, se les dé la visibilidad política y social que les corresponde, por ser cuidadores del contexto social que soporta el confinamiento para la salud y las consecuencias socioeconómicas que ya se están derivando de él.

Han existido conflictos de carácter ético (y en ocasiones también legal) entre la responsabilidad de atención a la población, y la seguridad y el cuidado de su salud. No está bien abusar del carácter vocacional y solidario, y permitir que las personas trabajen en condiciones límites y/o de desprotección o sobreexponerlas a la fatiga y al *burnout*. Tampoco

es correcto en virtud de la propia seguridad, negarse a atender necesidades que no pueden ser prestadas a través del teletrabajo. Como siempre, los extremos no suelen ser la mejor opción en situaciones de conflictos de valor. Creemos que ha faltado la deliberación para poner en marcha cursos de acción que distribuyeran los equipos de protección en función del riesgo y no del estatus o la categoría profesional y facilitarían el acompañamiento personal y emocional de los/las profesionales, también en los momentos en los que se requiera movilidad o cambios en la actividad laboral para atender necesidades urgentes.

La situación tan intensa que viven los equipos profesionales y las personas afectadas gravemente por la crisis, por las circunstancias y condiciones en las que enferman y fallecen las personas, así como las solicitudes imprevistas de movilidad y cambios en la actividad laboral para cubrir necesidades importantes y urgentes, las coloca en un grave riesgo emocional que no ha sido suficientemente valorado a la hora de establecer medidas de protección y apoyo emocional. La responsabilidad no es solo de las personas profesionales, es también de las entidades e instituciones que tienen el deber de buscar y distribuir de manera eficiente los medios existentes (humanos y materiales) para que la población y las profesionales que más riesgos físicos y emocionales sufren en esta situación sean protegidas prioritariamente.

No es menos importante, hablando de responsabilidad y de solidaridad, la excelente respuesta de la mayoría de la población quedándose en casa, con lo que ello supone no solo de aislamiento y pérdida de relaciones sino también, en muchísimos casos, de pérdida del propio sustento. Creemos que las autoridades en su conjunto no han reconocido dicha responsabilidad y han comenzado a extralimitarse en las medidas de control impuestas con un fundamento marcadamente paternalista. Queremos subrayar la necesidad que tenemos las personas de cumplir con nuestras propias obligaciones morales, independientemente de nuestra condición social y de salud. Es comprensible que dichas obligaciones se vean limitadas si su cumplimiento puede suponer un riesgo contrastado y demostrado para terceras personas. Si no es así, se podrá aconsejar y recomendar a la población determinadas medidas y orientaciones para el cuidado de la salud, pero no se pueden imponer coactivamente, más en el caso de que supongan una limitación de sus derechos.

7. ¿Y ahora qué? Mirando al futuro

En el momento de publicar este artículo se inicia la fase de la llamada “nueva normalidad”, es decir, de ir retomando poco a poco la normalidad, con prudencia, para seguir vigilando la extensión del virus, pero reconociendo y confiando en la responsabilidad ciudadana en la gestión de su

salud, sin discriminación por edad y respetando la autonomía personal, que no es otra cosa que la capacidad de cumplir con las propias obligaciones morales.

Hemos aprendido mucho en estas semanas, muchas cosas buenas, pero también cosas que pueden mejorar y es nuestra obligación intentarlo seriamente si de ello depende que las personas, todas, podamos vivir decentemente. Compartimos a continuación lo más importante de lo aprendido en nuestro grupo:

- Que no todas las personas somos iguales, que algunas son más vulnerables y que requieren que se atiendan sus necesidades de una manera distinta; que no valen fórmulas sencillas para realidades complejas. Que si tratamos a todas las personas igual, faltaremos a la equidad y al reconocimiento de que la igual dignidad merece igual estima y consideración, pero no hacer lo mismo.
- Que hay personas que tienen serias dificultades para ser reconocidas como sujetos de derechos, también de derechos a la asistencia sanitaria, a la libertad de decidir, a la vivienda, a la educación... y que entre ellas la mayoría son mujeres.
- Que la salud es más que biología mecanicista individual que funciona correctamente, que es vida autoinsuficiente con significado, que necesita relación y compromiso.
- Que las ayudas de emergencia, benéficas y gratias, no pueden ni deben de ser, en una sociedad justa, el modo habitual de enfrentar el empobrecimiento de las personas, por lo que se debe de garantizar una renta básica a toda la ciudadanía que asegure unos mínimos de vida saludable (al menos con los estándares básicos que existen cuando una persona está hospitalizada por enfermedad).
- Que hay servicios esenciales que no se pueden sustituir por teletrabajo, pues exigen intervenciones cualificadas de cuidado que pueden generar graves riesgos si se suspenden, por lo que deben de retomarse lo antes posible los servicios de día para personas con dependencia y/o discapacidad, los tratamientos individualizados de tipo socio-sanitario que necesitan adultos/as y menores con discapacidad o necesidades especiales, y las medidas educativas de carácter comunitario para familias en situación de riesgo y personas con vulnerabilidad social.
- Que en cualquier momento podemos morir y que no es lo mismo morir bien que mal, aislado/a o acompañado/a, porque morir siempre es con-morir, como vivir siempre es con-vivir. Por eso debemos reconocer como sociedad la deuda que hemos contraído de las personas que han fallecido en absoluta soledad y la ausencia de despedida de sus familiares, y debemos de hacer todo lo necesario para aliviar con recursos psicológicos suficientes el daño que han sufrido sus allegados.
- Que la “crisis de los cuidados” y el “envejecimiento de nuestras sociedades”, temas estrella en nuestros foros académicos, políticos y económicos, han sido en este tiempo retos que nos han devuelto la conciencia de que las relaciones comunitarias en los entornos naturales son imprescindibles.
- Que poner en marcha un sistema eficaz y suficientemente dimensionado de servicios sociales, que pueda preservar y enriquecer las relaciones y los apoyos comunitarios, es imprescindible, si no queremos que el próximo gran colapso sea el de los servicios sociales de base facilitando ayudas de emergencia para necesidades básicas a una gran parte de la población.
- Que hay compromisos y lealtades, profesionales o voluntarias, que no se pagan con “salarios”, sino con “honorarios”, es decir con reconocimiento social a quien más allá de sus obligaciones legales, presta una atención excelente corriendo riesgos, porque sabe que en la relación asistencial no solo se juega la dignidad de la persona atendida, (cuidada, educada, protegida, lavada, alimentada o acariciada) sino el propio proyecto de autorrealización personal.
- Que el lucro y la distribución desigual de los bienes básicos escasos, (como por ejemplo la prioridad de los deportistas en el acceso a los test diagnósticos frente a los grupos de riesgo, o a los profesionales de la intervención social y sanitaria), es inmoral e injusto.
- Que la justicia requiere transparencia, argumentación, conocimientos y deliberación entre diferentes perspectivas, desde la convicción de que cualquier mirada es siempre limitada y necesita complementarse desde otras experiencias, siempre afectadas y subjetivas, porque la subjetividad está en la mirada y no en el virus.

Mayo de 2020

Miembros del grupo de trabajo

Marije Goikoetxea, psicóloga, profesora de Ética, Universidad de Deusto, CEIS Bizkaia, CEA Plena Inclusión (coordinadora y redactora).

Juana Aza, enfermera especialista en geriatría, Instituto Foral de Asistencia Social-Diputación Foral de Bizkaia, CEIS Bizkaia.

Lourdes Zurbanobeaskoetxea, médica, Servicio de Valoración y Orientación, Diputación Foral de Bizkaia, coordinadora sociosanitaria, CEIS Bizkaia.

Concha Castells, epidemióloga, Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Asociación DMD-DHE.

Coro Rubio, psicóloga, ASPACE-Bizkaia. CEIS Bizkaia.

Angel Bao, psicólogo, Atención Temprana-Diputación Foral de Bizkaia, CEIS Bizkaia.

Porfirio Hernández, psiquiatra, Federación Vasca de Deporte Adaptado, CEIS Bizkaia.

Celia Ramos, trabajadora social, Ayto. de Bilbao, CEIS Bizkaia.

Txema Duque, trabajador social, Ayto. de Bilbao.

Javier Yanguas, psicólogo, Fundación Aubixa.

Boni Cantero, trabajadora social, Ayto. de Vitoria-Gasteiz, CEIS Araba.

Pablo Ruiz, coordinador técnico, Asociación Bizitegi

Rafael Armesto, abogado, FEVAS-Plena Inclusión, CEIS Bizkaia.

Brígida Argote, enfermera especialista en geriatría, IFBS-Diputación Foral de Álaba, CEIS Álaba.

Ángela Fernández, trabajadora social, Ayto de Ermua, CEIS Bizkaia.

Mirian del Campo, psicóloga, Fundación Gizakia, CEIS Bizkaia.

María Ángeles Larrinaga, trabajadora social, Red de Salud Mental de Bizkaia, CEIS Bizkaia.

Zorione Benedicto, trabajadora social, CEIS Gipuzkoa.

Carlos Romera, jurista, mediador y educador social, Asociación Goiztiri, CEIS Bizkaia.

Yolanda Pérez, técnica del Departamento de Salud, Gobierno Vasco, CEIS Bizkaia.

Marian García, trabajadora social, CEIS Bizkaia.

Álvaro Mosquera, educador social, Residencia Aspaldiko, profesor, Universidad de Deusto.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politikan interesa duten pertsona orok.
- Artikuluak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarriko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; urritasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizartearen eskuartzea, oro har).
- Artikuluak idatz daitezke bai euskaraz bai gaztelaniaz, eta argitaratuko dira jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan.
- Artikuluak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Artikulu bakoitzak izan beharko ditu gutxienez 5.000 hitz eta gehienez 12.000, eta hor zehaztuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira artikulua titulua, egilearen edo egileen izenak, eta, baita ere, haieiako bakoitzaren harremanerako posta-helbidea, telefonoa eta lankide gisa jardundako erakundeak. Artikuluaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 120 hitz), eta hautatuko dira testuaren edukia deskribatuko dituen bost giltza hitz.
 - Aipua edo oharrak joango dira orri-oinean.
 - Artikuluaren erreferentzia bibliografikoak jarraituko dute ISO 690/1987 Araua.
- Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira artikulua jasotzen direnean, eta haiek erabakiko dute argitaratu edo ez kalitate zientifiko eta egokieraren arabera.
- Artikuluak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuaren epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egiteko ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar euren artikulua ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoa:

Zerbitzuan

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentrua
Etxague 10 behea
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- *Zerbitzuan* está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social.
- Todos los artículos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los artículos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Los artículos se enviarán por correo electrónico: los textos, en un documento de Word; y los gráficos, en uno de Excel.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenderse a las siguientes pautas:
 - La extensión del contenido de cada artículo será de entre 5.000 y 12.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar sólo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar el título del artículo, el nombre del autor o autores, así como la dirección postal, el teléfono de contacto y la adscripción institucional de cada uno de ellos. Se añadirá también un breve resumen o sumario del artículo (máximo 120 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto. El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las citas o notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas de los artículos seguirán la Norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los artículos serán sometidos a la consideración de los miembros del Consejo de Redacción, que decidirán sobre su publicación de acuerdo a criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los artículos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes de los textos, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Centro de Documentación y Estudios
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net

ZERBITZUAN

71

E KAINA · JUNIO

2020

La prisión de los conceptos:
escoria, exclusión social,
interacción y agencia

La intervención con la población
gitana en España y sus
autonomías

Reflexiones en torno al nuevo
escenario de la adopción

Aportaciones desde una
propuesta de musicoterapia
con adolescencia adoptada
en acogimiento residencial en
Bizkaia: de la improvisación
musical clínica a la cohesión
grupal

Habitus: supervisión de la calidad
asistencial desde la perspectiva
doméstica de la atención

Familia inguruneko zaintzaileen
ongizatea: Sendian Programa

Carta abierta. ¿La salud de
quién estamos defendiendo?
Desigualdades sociales y
sanitarias en tiempo de pandemia



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGUKO ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Siis

Centro de
Documentación
y Estudios
Dokumentazio
eta Ikerketa
Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa