

# ZERBITZUAN

# 73

**5** DEMARCACIÓN ÉTICA Y JURÍDICA ENTRE LA ASISTENCIA PERSONAL Y LA ASISTENCIA SEXUAL EN UN CONTEXTO DE VIDA INDEPENDIENTE **15** ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS EN PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN LABORAL **25** CONVERSACIONES EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES DURANTE LA COVID-19: IMPACTO EN LAS PROFESIONALES DE LOS CUIDADOS **45** LA CALIDAD DEL EMPLEO EN LAS RESIDENCIAS PARA MAYORES: INCIDENCIA EN LA GESTIÓN DE LA COVID-19 **61** PROGRAMAS DE RESPIRO EN EL DOMICILIO Y ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS CUIDADORAS PRIMARIAS, UNA ESTRATEGIA CLAVE PARA HUMANIZAR LA RELACIÓN DE CUIDADOS EN EL ÁMBITO FAMILIAR: EL CASO DE ALKAR ZAINZTEN **79** ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR EN CÁDIZ Y CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL **93** VALOR SOCIAL INTEGRADO (VSI) DEL HOSPITAL DE SANTA MARINA EN BILBAO: MONETIZANDO EL VALOR SOCIAL PARA LOS 'STAKEHOLDERS' **105** EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL FORENSE EN EL MARCO DE LA LEY ORGÁNICA 5/2000: LA ENTREVISTA SOCIAL FORENSE COMO UN ENCUENTRO DIALÓGICO-EMPÁTICO-EMOCIONAL



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

BERDINTASUN, JUSTIZIA  
ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA  
DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,  
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA  
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES  
ABENDUA · DICIEMBRE 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 elektronikoan.

**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 Salla  
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: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.73>

© 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 erreproduktzio 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

Demarcación ética y jurídica entre la asistencia personal y la asistencia sexual en un contexto de vida independiente  
Manuel García Ortiz

15

Estudio de la ansiedad y el estrés en personas con trastorno del espectro del autismo en los procesos de inclusión laboral  
Montserrat Clavero Padrós  
Iban Huarte Esteban  
Leire Redondo Urbieto  
M<sup>a</sup> Jesús Baranda Nieto  
M<sup>a</sup> Luisa Arenas Ortega

25

Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados  
Raquel Lázaro  
Sandra Pinzón  
Pura Díaz-Veiga  
Maider Azurmendi  
Alberto Uriarte

45

La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19  
Julia Montserrat Codorniu

61

Programas de respiro en el domicilio y acompañamiento a las personas cuidadoras primarias, una estrategia clave para humanizar la relación de cuidados en el ámbito familiar: el caso de Alkar Zaintzen  
Karin Yancen Rojas

79

Estado de salud de las personas sin hogar en Cádiz y construcción de un instrumento de intervención social  
Gabriel Robles Gavira  
Esther Hernández Fernández  
Mónica Cubiella González

93

Valor Social Integrado (VSI) del Hospital de Santa Marina en Bilbao: monetizando el valor social para los 'stakeholders'  
Frumen Molinero  
Leire San-José  
Álvaro Molinero

105

El/la trabajador/a social forense en el marco de la Ley Orgánica 5/2000: la entrevista social forense como un encuentro dialógico-empático-emocional  
Emiliano A. Curbelo Hernández



# Demarcación ética y jurídica entre la asistencia personal y la asistencia sexual en un contexto de vida independiente

**Manuel García Ortiz**

Facultad de Derecho, Universidad de Castilla-La Mancha  
manuel.garcia37@alu.uclm.es

Laguntzaile pertsonalaren irudia oraindik ez dago arauz erabat garatuta, eta sexu-laguntzaren jardueraren euskarri edo lan-esparru izateko arriskutsu gerta daiteke, jarduera hori indarrean dagoen lege-esparruaren mugen baitan dagoelako. Laguntza pertsonala, bizi-proiektu independente baten testuinguruan, ezgaitasunen bat duen pertsonaren autonomia pertsonalerako tresna izateko garatu behar da, eta bere funtzioetan argi eta garbi mugatu, jarduera biak ez daitezen nahas.

## **GAKO-HITZAK:**

Ezgaitasuna, laguntza pertsonala, bioetika, giza eskubideak, sexu-laguntza.

La figura del asistente personal aún no está plenamente desarrollada normativamente y existe el riesgo de que sirva de cobertura o marco laboral a la actividad de asistencia sexual, al estar esta última en los límites del marco legal vigente. La asistencia personal, en el contexto de un proyecto de vida independiente, debe desarrollarse para servir de instrumento a la autonomía personal de la persona con discapacidad y claramente demarcada en sus funciones para no confundir ambas actividades.

## **PALABRAS CLAVE:**

Discapacidad, asistencia personal, bioética, derechos humanos, asistencia sexual.

La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional.

I. Kant, *Lógica*

## 1. Autonomía personal y vida independiente

Se suelen utilizar popularmente términos como autonomía, independencia, autodeterminación o vida independiente indistintamente para referirse al deseo de que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos fundamentales relacionados con la capacidad de tomar decisiones sobre su propia vida, residir donde deseen de forma autónoma y contar con las condiciones adecuadas del entorno y los apoyos necesarios para ello.

Sin embargo, es importante precisar las relaciones entre estas diferentes nociones a la hora de abordar el papel de las personas que prestan un apoyo a las personas con discapacidad en calidad de asistentes, para no crear confusión con otras figuras profesionales ligadas tradicionalmente a la de la persona cuidadora. También parece apropiado realizar una demarcación estricta entre las figuras de asistente personal y asistente sexual.

Tradicionalmente se ha entendido desde un paradigma de la caridad o desde un modelo de intervención médico-psiquiátrico que la persona con discapacidad era “objeto” de cuidados y atenciones por parte de alguien de su entorno familiar o por una persona profesional, y que el papel de ella era ser una receptora pasiva de esos cuidados y tratamientos (Pérez y Chhabra, 2019) y no un ser “sujeto” de derechos.

El enfoque social de la discapacidad en las últimas décadas ha ido configurando un modelo basado en la prestación de apoyos para facilitar el ejercicio de los derechos y libertades, en el que esta figura tradicional y caritativa de prestación de cuidados resulta insuficiente. Desde este enfoque de derechos humanos no se parte de una concepción unidimensional de la persona con discapacidad reducida a sus características biológicas, sino que se parte del supuesto de que la discapacidad es uno más de los aspectos, pero no el único, que forman parte de su realidad y que, ante todo, la persona está dotada de la misma dignidad inherente que tiene cualquier ser humano y el ejercicio de sus derechos fundamentales es el bien superior al que debe atender cualquier acción, por encima de consideraciones científicas o médicas incluso. La discapacidad es una situación que se produce cuando hay un desajuste entre el entorno y las características individuales de la persona que conduce a una relación de desventaja en ese entorno. Es esta situación de desventaja la que genera situaciones de vulneración de sus derechos y es la que la sociedad tiene la obligación de corregir.

En lo que se refiere a la autodeterminación, la Real Academia de la Lengua Española la define como la

capacidad de una persona para decidir por sí misma algo. Es decir, que la autodeterminación implica la capacidad de discernimiento en el ámbito del análisis de la realidad y el ejercicio de la libertad en la toma de alternativas responsables sin la tutela de otra persona. Por supuesto, se trata de una cuestión muy subjetiva y relativa, ya que dicha capacidad puede tener diferentes grados de desarrollo en cada persona, en distintos contextos de desenvolvimiento social o en diferentes momentos de la vida, al igual que se pueden dar diferentes facilitadores y barreras que generen dificultades especiales para el ejercicio de la autodeterminación. Desde este punto de vista, pocas personas con o sin discapacidad podrían reclamar una capacidad de autodeterminación completa y de manera absoluta en todo momento de su vida.

La autodeterminación implica ejercicio consciente de la libertad individual, una compleja cuestión filosófica. A lo largo de la historia del pensamiento, el problema del ejercicio de la libertad ha sido uno de los temas centrales de la filosofía y nos ha proporcionado una enorme cantidad de literatura y argumentos desde los que abordar la cuestión de la autonomía y la autodeterminación. De hecho, existen tantos puntos de vista contrapuestos que resulta casi imposible elegir un determinado planteamiento sin que surjan aporías y contradicciones planteadas por otros pensadores. En cualquier caso, podemos partir de cierto consenso en torno a que el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones requiere de las condiciones de posibilidad mínimas para poder ejercerla. Damos por supuesto que una persona privada de iniciativa, proactividad, o conocimiento del medio en que vive, o que no tiene la capacidad para plantearse objetivos a alcanzar por cualquier motivo, no está en condiciones de ejercer la autonomía personal por no tener capacidad de autodeterminación.

Sin embargo, aunque la autodeterminación debe entenderse, por tanto, como una condición *a priori* de la autonomía, no debería establecerse como tal de una forma absoluta y permanente, ya que el proceso que lleva a ella como capacidad del ser humano se puede favorecer muchas veces a través de factores ambientales que permiten a la persona construir esa capacidad de libertad cognitiva y desarrollar en gran medida el control sobre sus deseos y voluntad; en definitiva, la capacidad de dirigir libremente su intención hacia los fines que se propone. De hecho, en el proceso de la construcción social de un colectivo como vulnerable, como es el caso de las personas con discapacidad, suele haber muchos elementos que se interrelacionan y retroalimentan. Una persona aislada y privada de autonomía, difícilmente cuenta con las condiciones de posibilidad para desarrollar la capacidad de autodeterminación en igualdad de condiciones con el resto de la sociedad. La reclusión, la indefensión, la segregación, el abandono o la sobreprotección son barreras para el desarrollo de la autodeterminación y la capacidad para la autonomía personal. Favorecer

entornos inclusivos, libres de barreras y con apoyo adecuado es necesario en personas con y sin discapacidad, y no solamente para las personas que ya tienen capacidad de autogobierno, sino especialmente también para aquellas que aún no han desarrollado esa capacidad totalmente.

Desde el modelo de atención centrado en la persona (Vilà i Mancebo, 2019) se propone la contraposición de los conceptos de autonomía al de heteronomía y el de independencia al de dependencia, entendiendo que una persona puede ser dependiente en la medida en que precisa de apoyos para la realización de actividades de su vida cotidiana, pero autónoma a la hora de tomar decisiones sobre cuestiones vitales con plena capacidad de comprensión del significado y las consecuencias de sus decisiones. Se entiende, por tanto, que la circunstancia de ser dependiente, en caso de contar con apoyos adecuados, no es un obstáculo al ejercicio de la autonomía personal. La vida independiente es el resultado práctico del ejercicio de esa autonomía a partir del despliegue de un proyecto vital en el marco de una sociedad.

En gran medida, la figura de la persona cuidadora tradicional, desde un modelo de atención médico o caritativo, ha sido una prestadora de servicios que ha tratado de resolver las necesidades más básicas de la persona casi a un nivel de mera supervivencia, pero que no ha generado autonomía, y los motivos de ello tienen que ver seguramente con concebir a las personas con discapacidad, no como seres humanos completos en todos sus aspectos, sino solamente como un conjunto de “síntomas”, “deficiencias”, “carencias”, etc. Como objetos y no como sujetos.

Por tanto, entendemos la vida independiente como la consecuencia deseable del ejercicio de la autonomía personal cuando se dan los factores personales (la autodeterminación) y ambientales necesarios para ello. Solo en un contexto de vida independiente la persona puede ejercer completamente sus derechos, desarrollar su proyecto vital y construir plenamente su identidad.

## 2. La figura de la persona asistente personal

Tras un largo proceso, que comienza décadas antes, de reconocimiento gradual de los derechos de las personas con discapacidad, en el año 2006 la Asamblea General de la ONU aprueba la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Convención, ratificada por 182 países, hace explícitos los derechos y establece la obligación por parte de los estados firmantes de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de todos ellos por parte de este grupo social.

Con carácter general, la Convención está desarrollada desde el enfoque de derechos del modelo social de la discapacidad. Ello se traduce en que es prioritaria la intervención sobre el entorno de la persona,

principalmente creando espacios, productos y servicios desde una filosofía de diseño universal, con el fin de no presentar obstáculos a un amplio rango de diversidad humana. También actuando sobre los ya existentes para acometer actuaciones de accesibilidad de ajuste y prestando el apoyo necesario mediante el uso de tecnologías y la asistencia personal.

El artículo 19 de la Convención consagra el derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad, a poder elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir en igualdad de condiciones con las demás personas, y para ello que los estados firmantes faciliten que tengan acceso a una variedad de servicios de apoyo a la autonomía personal, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.

Posteriormente, el Comité de los derechos de las personas con discapacidad, como órgano de la ONU de expertos independientes que supervisa la aplicación de la convención, ha realizado una serie de recomendaciones a los estados firmantes sobre su aplicación y desarrollo. En su observación general número 5 (2017), *Sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*, referida al citado artículo 19 de la convención, el Comité desarrolla la figura del asistente personal de forma más explícita estableciendo que “La asistencia personal se refiere al apoyo humano dirigido por el interesado o el ‘usuario’ que se pone a disposición de una persona con discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente”, establece una relación personal y una financiación personalizada en base a las necesidades de apoyo que se deben proporcionar, controlado de forma directa por la persona con discapacidad. Los asistentes personales deben ser contratados, capacitados y supervisados por las personas que reciban la asistencia, y no deben ser “compartidos” sin el consentimiento pleno y libre de cada una de estas personas. La Comisión aborda en la recomendación directamente la cuestión de que “el concepto de asistencia personal en que la persona con discapacidad no ejerce plenamente la libre determinación y el control de sí misma no se considerará conforme con el artículo 19”.

Es decir, la asistencia personal es un servicio claramente diferenciado de la prestación dirigida a la atención domiciliaria de personas dependientes y de la figura tradicional de la persona “cuidadora”, con la que suele haber una relación mediata y cuya prestación de servicios no depende directamente de la persona con discapacidad habitualmente. En cualquier caso, aunque el asistente personal preste “cuidados”, en caso de que sea necesario, sus funciones no se limitan necesariamente a estas cuestiones ni al ámbito puramente doméstico.

En España, la figura de la persona asistente personal está recogida expresamente en la Ley

39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España. La conocida significativamente como “Ley de dependencia” y no como “Ley de autonomía personal” y que, efectivamente, ha tenido un desarrollo desigual en relación con los servicios domésticos de apoyo a las personas dependientes y de asistencia en las actividades más básicas de la vida diaria, frente al desarrollo de la figura del asistente personal como facilitadora del ejercicio de la autonomía personal.

Aún no existe un desarrollo claro de la figura de asistencia personal, ya sea a través de un certificado de profesionalidad o de una titulación concreta, y por parte del movimiento representativo del grupo social hay una demanda constante de la completa definición y puesta en marcha de los servicios de asistencia personal y la dotación presupuestaria suficiente para su adecuada prestación.

### 3. Problemas éticos y legales planteados en la figura de asistencia sexual

Al contrario que la figura de asistencia personal, recogida en la legislación española y en los tratados internacionales, la de asistencia sexual no está configurada legalmente y, de hecho, se mueve en los límites de la normatividad. El principal problema que se plantea en torno a la figura de la asistencia sexual surge por la confluencia con la figura tradicional de la persona prostituida. Existe un debate sobre el tema y en la Unión Europea hay diferentes posiciones legales que van de la prohibición a la regulación (Heim y Monfort, 2015). En la prostitución el cuerpo humano es considerado una mercancía cuya poseedora, la persona que se prostituye o es prostituida, pone a disposición de la clientela a cambio de una remuneración. Esta explotación está tradicionalmente ligada a una relación de proxenetismo con una tercera persona o a relaciones de indefensión frente a la clientela por parte de personas en situación de vulnerabilidad, por lo que se dan habitualmente situaciones de menoscabo de la dignidad humana y es considerada frecuentemente una actividad pernicioso para la sociedad. Desde posicionamientos feministas de defensa de los derechos humanos, se proponen diferentes medidas encaminadas a la protección de las personas que ejercen la prostitución o a la abolición de la práctica. En contra de este punto de vista se suele defender la libertad para decidir de la persona que se prostituye como única propietaria de su cuerpo (Garaizábal, 2008).

Algunos de los primeros derechos subjetivos desarrollados en la historia tienen que ver con la propiedad privada del propio cuerpo, tanto en los procesos de emancipación de la esclavitud, como en la noción de “tener tu cuerpo” (*habeas corpus*), que aparece en la *Common law* inglesa. Hacia el final de la Edad Media existían aún diferentes sistemas judiciales superpuestos y no era raro que

se extrajese una confesión como reo acusado o sospechoso de un delito mediante la tortura por parte de un tribunal determinado. De hecho, el papa Inocencio IV en 1252 autorizaba el uso de la tortura para obtener la confesión durante los procesos inquisitoriales mediante la bula papal *Ad extirpanda* (Parra López, 2013). En ella recomendaba no llegar hasta provocar la muerte del reo o su mutilación en el transcurso del proceso de obtener la confesión. Hacia 1568, el juez Dyer, presidente de la Corte de Súplicas Comunes de Inglaterra, liberó un prisionero acogido al derecho de *habeas corpus* por haber sido forzado a prestar juramento. En la fundamentación de la sentencia, el juez justificó su decisión alegando que “*nemo tenetur seipsum prodere*”, nadie puede ser obligado a producir evidencia contra sí mismo. En esta sentencia tendrá su antecedente remoto la célebre quinta enmienda<sup>1</sup> a la Constitución de los Estados Unidos de 1791 (Holdsworth, 1912). El derecho a la posesión del cuerpo se inicia como la protección de los cuerpos de la ciudadanía frente a los excesos de los poderes tradicionales y del naciente Estado, y se consagra en los siguientes siglos, culminando en los derechos derivados de esta noción. Con frecuencia el liberalismo que protagonizará la lucha por las libertades en esta primera generación de reivindicación de los derechos humanos fundamentará sus principios sobre la base de la propiedad privada del propio cuerpo, un derecho que procede del “estado de naturaleza” y del que se derivarían todos los demás. La abolición de la esclavitud, como hito de las revoluciones liberales, fortalece esta idea de la propiedad sobre el propio cuerpo. Ninguna persona puede ser comprada ni vendida. Toda persona es soberana y propietaria de sí misma.

El derecho a la propiedad del propio cuerpo está consagrado en nuestros sistemas constitucionales y en los tratados internacionales de derechos y libertades desde hace al menos dos siglos, y este derecho puede ser legítimamente esgrimido en contra del ejercicio de la prostitución y, por tanto, la persona puede ejercer ese derecho “a no ser vendida”. Sin embargo, de este derecho se suele entender en ocasiones (como un corolario a la propiedad privada del propio cuerpo) que también se puede renunciar a él, y que no entra dentro del abanico de “derechos irrenunciables”. Que, en definitiva, la persona que se prostituye hace con su cuerpo lo que ella desea en calidad de propietaria (Beltrán Pedreira, 2015).

Un derecho irrenunciable es aquel que no puede dejar de ser ejercido, ya que su abandono implica lesionar indirectamente el mismo derecho en una persona en una situación más vulnerable. De esta manera, muchos derechos de segunda

<sup>1</sup> “Ninguna persona estará obligada a responder de un delito castigado con la pena capital, o con cualquier otra pena, salvo en la presencia o acusación de un Gran Jurado [...]; ni se le forzará a declarar contra sí misma en ningún juicio criminal; ni se le privará de la vida, la libertad o la propiedad sin el debido proceso legal; ni se ocupará su propiedad privada para uso público sin una justa indemnización”.



generación relacionados con el trabajo se consideran irrenunciables con el fin de que no se establezcan las condiciones para la explotación de otras personas al renunciar, por ejemplo, a los periodos de descanso o al salario mínimo establecido.

En relación con la propiedad privada del propio cuerpo, los tratados internacionales y la legislación de la mayoría de los países tienden a considerar la propiedad del cuerpo como un derecho irrenunciable. No está permitida la esclavitud voluntaria, ni la venta de órganos ni, en la mayoría de los países, la maternidad subrogada. Actualmente, en España existe el delito de prostitución forzada, pero tanto el ejercicio de ella como su consumo no están explícitamente penados. Sin embargo, el proxenetismo está castigado con penas de prisión de dos a cinco años y multa de doce a veinticuatro meses (Ley Orgánica 1/2015) y las Administraciones desarrollan políticas activas en contra de su ejercicio, con independencia de la eficacia de tales medidas, ya que se entiende que es ejercida de forma mayoritaria por mujeres bajo coacción y en condiciones de explotación.

Por otro lado, la Ley Orgánica 2/2010 en el artículo 3 nos dice que “todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes”, lo que deja el espacio abierto tanto a la prostitución como a la asistencia sexual en la medida en que estas actividades se realicen de manera voluntaria, sin lesionar los derechos de otras personas y sin alterar el orden público.

En lo que se refiere a la asistencia sexual, en principio pretende diferenciarse de la prostitución y ser ejercida sin coacción y bajo condiciones de dignidad para la persona asistente, prestando un abanico de servicios que no incluirían solamente ni necesariamente la actividad sexual. La asistencia sexual está habitualmente justificada en el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, entendiendo como parte de este derecho el de tener placer sexual.

No existe actualmente un consenso científico sobre si las relaciones sexuales son una necesidad biológica, aunque sí sobre los beneficios que proporcionan habitualmente tanto en el orden físico como en el psicológico, ni un posicionamiento jurídico claro sobre si forma parte de los derechos sexuales y reproductivos (De Asís, 2017), entre los cuales no aparece recogido en los tratados internacionales y que tienen más que ver con el derecho a la no discriminación y el acceso a los recursos públicos y tecnológicos. En cualquier caso, tiende a considerarse por parte de la sociedad que todo aquello no está expresamente prohibido es en sí mismo un derecho universal, pero nuestros sistemas legales positivos, como la Constitución Española,

reservan la categoría de derecho fundamental a un abanico de ellos entre los que no están algunos que podrían considerar como tales, como la justicia o sanidad gratuita o la educación no obligatoria. La noción de derecho es considerada, con carácter general, de forma más extensa por parte de la ciudadanía profana que por parte de las personas expertas y profesionales del derecho.

Observando el desarrollo de la figura en los países de nuestro entorno (Martínez Ochoa, 2016), encontramos que Suiza, Dinamarca, Bélgica, Holanda, Luxemburgo y Alemania tienen regulaciones en materia de asistencia sexual de forma expresa o implícita. En Europa (Míguez, 2019), solamente Suiza, en el cantón de Ginebra ha regulado legalmente la creación de empresas de asistencia sexual, exigiendo a los asistentes una diplomatura universitaria de la rama sanitaria. Su actividad es profesional y remunerada, y además se intenta separar emocionalmente a la persona asistente y asistida para no establecer vínculos permanentes, al estilo de la deontología sanitaria. Suiza, por su parte, tiene legalizada la actividad de la prostitución, por lo que se establecen *de facto* dos figuras claramente separadas entre la persona que se prostituye y aquella que presta asistencia sexual.

En Alemania, donde la prostitución está legalizada desde 2002, lo que en principio abre la puerta a una asistencia sexual entendida como especialización de ella, existe el Instituto para la autodeterminación de las personas con discapacidad (ISSB), que ofrece dos tipos de servicio: asesoramiento sexual y acompañamiento sexual. En el primer caso se trata de proporcionar información sobre sexualidad a la persona, mientras que el segundo servicio es “preparatorio” para las prácticas sexuales, en un marco de desarrollo del erotismo facilitador de la actividad sexual, pero diferenciado de la actividad de asistencia.

En Bélgica, Holanda, Dinamarca y algunos territorios de Australia, la asistencia sexual para personas con discapacidad está subvencionada por el Estado para algunas personas con discapacidad, pero en ocasiones en un marco de alegalidad de la persona que ejerce este papel y de forma indistinguible del uso de la prostitución. En el caso de Holanda y Dinamarca, se da la circunstancia de que la prostitución está legalizada y regulada, por lo que esta proporciona el marco legal del ejercicio de la asistencia sexual como ocurre en Alemania; en Bélgica en 2018 se reguló la figura del asistente sexual de forma diferenciada, ya que la prostitución es ilegal en este país.

En Francia, donde la prostitución es ilegal, tras un agitado debate parlamentario sobre la figura del asistente sexual en 2012 se concluyó por parte de la comisión parlamentaria al efecto que no se podía admitir que la ayuda sexual sea un derecho creado que implique una obligación por parte de la sociedad, debiendo quedarse en el marco de

las iniciativas individuales y voluntarias (Comité Consultatif National d'Éthique, 2012). Sin embargo, en febrero de 2020 el presidente Macron ha afirmado públicamente que se va a estudiar legalizar la figura de la asistencia sexual (Efe, 2020). En otros países, como Reino Unido, la prostitución es ilegal, por lo que la asistencia sexual se mueve en el marco de la desregulación y en el límite de la clandestinidad.

Por tanto, encontramos tres escenarios posibles: países abolicionistas como España, donde el ejercicio de la prostitución no es ilegal pero sí lo es el proxenetismo y se buscan políticas activas para su desaparición, países donde la prostitución está expresamente prohibida y países en los que la prostitución es legal y está regularizada. Por otro lado, y partiendo de este marco, legislaciones en las que la asistencia sexual puede considerarse una profesión diferenciada de la prostitución, otros en las que se emplea la regulación de la prostitución como cobertura legal a modo de una especialización profesional, o países en los que se considera una actividad voluntaria y no profesional.

#### 4. Límites en el ejercicio de la asistencia personal

La relación de asistencia personal es flexible entre la persona asistente y asistida, por lo que las funciones exactas a desempeñar se concretan en un contrato bilateral entre las partes, para atender las necesidades y preferencias de cada persona concreta. Como en toda relación laboral, cualquier cláusula ilegal en un contrato de trabajo es nula *de facto*, pero en el caso de incluir tareas de asistencia sexual nos encontraríamos en un vacío legal al no estar desarrollada normativamente la figura. En la medida en que la venta y consumo de sexo no es ilegal en España, no se trataría, en principio, un ilícito, pero el desarrollo normativo de la figura del asistente personal puede acabar dando cobertura legal a la de asistente sexual a falta de ese desarrollo. También puede darse la circunstancia de que pueda considerarse que se incurre en un delito de trata con fines de explotación sexual si se entiende que, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima se ha obligado a la persona a realizar actos sexuales (Código Penal, artículo 187). Explícitamente, el Código Penal considera que existe explotación sexual, incluso con consentimiento de la víctima, cuando la persona se encuentra “en una situación de vulnerabilidad personal o económica” (Ley Orgánica 5/2010, art. 48). En este caso se considera irrelevante el consentimiento a efectos legales.

A la hora de establecer los límites en el desempeño profesional del asistente personal y el deslinde con las funciones de asistencia sexual, la figura legal de la objeción de conciencia puede ser una de las que aparezcan en el debate en torno a las posibilidades que se pueden abrir.

Hay razones que hacen pensar que la objeción no es el mecanismo más adecuado para regular las competencias profesionales de aquella persona que no desea en ningún caso realizar funciones de asistente sexual estando contratada en calidad de asistente personal. La objeción de conciencia es ya de por sí un “derecho” peculiar: el derecho a no cumplir con una obligación (Montoya-Vacadéz, 2014). Una figura muy excepcional, ya que consiste en la posibilidad de no acatar una obligación de carácter público o realizar un acto al que se está obligado por el ejercicio de la profesión elegida invocando motivos éticos o religiosos que entren en conflicto con esa obligación y, estrictamente hablando, solamente puede ejercerse frente a un deber ineludible. De hecho, las primeras regulaciones que aparecen en el mundo se refieren a la obligación de realizar el servicio militar o a ser llamado a filas por el ejército. Incluso en el ejercicio de la profesión médica hay voces discordantes que consideran que el ejercicio de la profesión no es un deber ineludible y, por tanto, no debería poder invocarse la objeción de conciencia para evitar realizar procedimientos contrarios a los propios principios morales. En realidad, la persona que invoca la objeción de conciencia no pretende invalidar la norma, sino que busca la excepción para sí misma por un motivo de conciencia que le genera una contradicción imposible de resolver. Una situación extraña cuando las funciones de la relación laboral están personalizadas a las necesidades de cada persona. En cualquier caso, el derecho a la objeción sanitaria está recogida en diferentes tratados internacionales y en las regulaciones de los colegios profesionales. Sin embargo, en dos actividades que no están aún plenamente desarrolladas y reguladas, parece que sería una vía más sencilla simplemente desligar las funciones de asistencia sexual de las del asistente personal para evitar ese tipo de conflictos éticos que se pueden presentar con frecuencia.

En el caso del o la asistente personal, las funciones habituales tienen que ver con el apoyo a las actividades básicas de la vida, como la higiene, el vestido, la deambulación, etc., de las actividades instrumentales como las tareas propias del hogar como la limpieza, cocina, etc., acompañamientos y desplazamientos fuera del domicilio, como puede ser ir al médico, a realizar trámites administrativos, al puesto de trabajo o de estudio, etc., y actividades de esparcimiento como acompañamiento a visitar a familiares, amistades o participar en actividades de ocio de cualquier tipo. Al margen de estas funciones ordinarias, en circunstancias extraordinarias pueden tener la función de prestar primeros auxilios mientras llega asistencia sanitaria durante una emergencia médica o colaborar en algunos procedimientos sanitarios simples y que la propia persona o su entorno inmediato se practicaría a sí misma, así como para la que la persona asistente puede prestar apoyo sin sustituir el papel de un profesional de la salud.

Puesto que se trata de la prestación de un servicio integral y la sexualidad forma parte inseparable y no

diferenciada de la vida de una persona, atendiendo además a la demanda por parte del grupo social de las personas con discapacidad de no ser considerados seres asexuados, la asistencia personal debe dar en ocasiones apoyo a actividades que están relacionadas directamente con el sexo, como puede ser el vestido, la higiene, el desplazamiento a una cita, la transferencia de un lugar a otro, facilitar elementos físicos para la práctica sexual, etc.; en definitiva, participar en la preparación de la actividad sexual de la persona asistida en el marco que ella elija desde su libertad sexual y en el marco del acuerdo firmado entre ambas personas. En ningún caso se confunde este tipo de apoyo con ser una parte protagonista del acto, “objeto” de la relación sexual ya sea masturbando o llevando a cabo otras prácticas sexuales con la persona asistida.

En el momento en que la asistencia personal se *objetiviza* sexualmente podría estar renunciando a la soberanía sobre su propio cuerpo, perdiendo su dignidad al ser utilizada o incluso sentirse víctima de acoso sexual por parte de la parte contratante. En el peor de los casos, puesto que el consentimiento se considera irrelevante si media una situación de necesidad o vulnerabilidad, se podría incurrir en un delito de trata con fines de explotación sexual.

## 5. Conclusiones

En el capítulo IV de la *Fenomenología del espíritu* de Hegel, titulado “Autonomía y dependencia de la autoconciencia: dominio y servidumbre”, el filósofo alemán desarrolla uno de los tópicos más importantes para el pensamiento posterior, la así llamada “dialéctica del amo y el esclavo”. En el texto, Hegel despliega un diálogo en el que subyace la idea de que la autoconciencia de un individuo se desarrolla siempre en el marco de un mutuo reconocimiento. Para Hegel no es posible que una autoconciencia se reconozca sin que sea reconocida por otra autoconciencia. Para este ejercicio es necesario, a su vez, reconocer como tal individuo autoconsciente a la otra parte, en un ejercicio de espejos reflejados el uno en el otro que dota de entidad e identidad a ambos sujetos. Se considera que este texto ha tenido una gran influencia en el desarrollo de la noción de lucha de clases en el movimiento obrero, pero también en el desarrollo del concepto de derechos humanos universales en el sentido del mutuo reconocimiento como sujetos de derechos entre distintas personas (DRI, 2010).

La implementación de la figura del asistente personal tiene como fin último el reconocimiento de la dignidad humana inherente a las personas con discapacidad. La figura de asistencia es la facilitadora de la autonomía para una vida independiente y para el ejercicio de las libertades y derechos fundamentales por parte de las personas que, sin ese apoyo, ven restringida su participación a la hora de involucrarse en situaciones vitales.

Sin embargo, como en la dialéctica hegeliana, la relación entre persona asistida y asistente se basa en el mutuo reconocimiento de ambas como seres humanos dotados de dignidad. Ambos deben ser sujetos y nunca objetos, ni de atenciones y cuidados, caritativos o médicos, la persona con discapacidad, ni la persona asistente objeto de acoso, abuso o condiciones de trabajo que entren en conflicto con sus principios morales. Se trata de dos sujetos de derechos en una relación contractual de prestación de servicios. Una relación entre iguales.

La dignidad de la persona con discapacidad no puede obviar o construirse desde la *objetualización* de la persona asistente. Si bien es cierto que a veces se entiende la figura de la persona asistente como “una mera extensión” de la voluntad de la persona asistida, dicha voluntad no debería entrar en conflicto con la dignidad como persona trabajadora de la otra. Durante siglos, la persona con discapacidad ha sido considerada un mero objeto, bien de caridad, bien de intervención médica, y ha sido el propio movimiento de las personas con discapacidad el que ha reclamado la transición de ese modelo a un “modelo social” en el que pasasen a ser sujetos de derechos, derechos que se reclaman como universales y, por tanto, no pueden dejar de atribuirse y ser extensivos también a la asistencia personal en el ejercicio de sus funciones en el mutuo reconocimiento entre ambos sujetos.

Cierto es que actualmente no se plantea por parte del grupo social la inclusión de tareas de asistencia sexual entre las de asistencia personal, pero la posibilidad de que la regulación de la asistencia personal sirva de cobertura legal a la asistencia sexual, o a que se planteen contratos con cláusulas en este sentido, supone una posibilidad que debe abordarse desde la ética y el marco legal vigente, probablemente regulando claramente las obligaciones y límites de actuación del asistente personal en relación con esa esfera de la vida de la persona con discapacidad. En definitiva, dejando claro no solamente qué sea la asistencia personal, sino también qué es lo que no es.

El desempeño de la asistencia personal debe desarrollarse desde el mutuo reconocimiento y construcción de una identidad basada en la dignidad de ambas personas vinculadas por una relación laboral. Aun sin entrar a valorar la validez de la figura de asistencia sexual, debe entenderse como una construcción completamente diferente de la del asistente personal, por lo que deberían estar claramente diferenciadas. La sexualidad es sin duda una parte central del ser humano y su desarrollo un derecho que debe estar previsto como una de las dimensiones de la persona con discapacidad que tiene que poder disfrutar. La discapacidad y la sexualidad no pueden entenderse como esferas separadas e incompatibles de la vida de un individuo, y en torno a la sexualidad hay actividades de la vida diaria en las que el apoyo de la persona asistente personal debe intervenir como facilitadora,

como pueden ser el desplazamiento, la higiene o el vestido, pero sin que la propia persona asistente sea objetualizada y se produzca una situación que se consideraría un delito de acoso sexual en el desempeño de cualquier otra profesión.

La legalidad de ambas figuras profesionales es claramente diferente. Mientras que la de la asistencia personal está recogida en tratados internacionales y en leyes con rango de ley orgánica en el estado español, la de asistencia sexual no depende de ningún derecho reconocido ni está prevista en la legislación. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo recoge el derecho a la “salud sexual”, y en el artículo 5 afirma que los poderes públicos garantizarán “la eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad”. Sin

embargo, no debe entenderse el derecho a la salud sexual como el derecho a tener sexo, sino a la no discriminación en materia de salud. De hecho, la figura de la asistencia sexual, en la medida en que puede confluir con la de profesional de la prostitución, puede suponer que su profesionalización, de mediar cualquier particular, empresa o asociación, incurrir en un ilícito de trata de personas con fines de explotación sexual, incluso si la asistencia sexual se hace voluntariamente. Una alternativa propuesta, por ejemplo, por el Comité Consultivo Nacional de Ética de Francia consiste en mantener esta actividad como relación voluntaria entre particulares.

En cualquier caso, es probable que en los próximos años asistamos a un debate público sobre estas cuestiones para las que, como suele ocurrir en casi todas las cuestiones bioéticas, no es sencillo pronunciarse y establecer posicionamientos sencillos y tajantes o soluciones simples para problemas muy complejos y que implican derechos humanos en conflicto.

- AGENCIA EFE (2020): “Francia estudia legalizar la asistencia sexual a personas con discapacidad”, *La Vanguardia*, 11 de febrero, <<https://www.lavanguardia.com/vida/20200211/473464662538/francia-legalizar-asistencia-sexual-discapacidad.html>>.
- BELTRÁN PEDREIRA, M. E. (2015): “El cuerpo humano. Derechos sin propiedad o propiedad sin derechos”, *Revista de estudios políticos*, nº 169, pp. 137-166.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D’ÉTHIQUE (2012): *Vie affective et sexuelle des personnes handicapées Question de l’assistance sexuelle*, <[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_ndeg118.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_ndeg118.pdf)>.
- DE ASÍS, R. (2017): “¿Es la asistencia sexual un derecho?”, *Revista Española de Discapacidad*, 5 (2), pp. 7-18.
- DRI, R., (2010): “La dignidad del sujeto”, *La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos*, Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, República Argentina, [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/E4F6A6FF94D478FC05257D160074301C/\\$FILE/ceboax-0170.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/E4F6A6FF94D478FC05257D160074301C/$FILE/ceboax-0170.pdf).
- HEIM, D. y MONFORT, N. (2005): “Vigilar y castigar: las nuevas propuestas de políticas públicas para la prostitución en Europa; análisis de los modelos de Suecia y los Países Bajos”, *Revista Nueva Doctrina Penal*, 2005/B, Buenos Aires, Editores del Puerto, pp. 771-812.
- GARAIZÁBAL, C. (2008): “Los derechos de quienes ejercen la prostitución”, VII Jornadas de Pensamiento Crítico, diciembre de 2007, Página Abierta, 191, 4-2008.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (1995): *Código Penal*, Artículo 187, BOE núm. 281, de 24/11/1995.
- (2010) Ley Orgánica 5/2010, artículo 48.
- (2015) Rúbrica del Capítulo V del Título VIII del Libro II redactada por el número ciento uno del artículo único de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE, 31 marzo).
- HEGEL, G.W.F. (1982): *Fenomenología del Espíritu*, España, Fondo de Cultura Económica.
- HOLDSWORTH, W. (1912): *A History of English Law*, T. 1, p. 305.
- MARTÍNEZ OCHOA, I. (2016): “La figura del asistente sexual dentro del asistente personal: orígenes, marco legal en España e implantación de su figura en la sociedad”, <<http://www.fderechoydiscapacidad.es/wp-content/uploads/2018/02/TFM-II-MARINEZ-OCHOA.pdf>>.
- MÍGUEZ, M.N. (2019): “Discapacidad y sexualidad en Europa. Hacia la construcción del acompañamiento sexual”, *Revista Española de Discapacidad*, 7 (1), pp. 133-152.
- MONTOYA-VACADÍEZ, D.M. (2014): *Mitos y realidades sobre la objeción de conciencia en la praxis médica*, Revista Ciencias de la Salud, 12(3), pp. 435-449.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (2017): *Observación general núm. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- PARRA LÓPEZ, E; CASADO, M.A. (2013): *La Inquisición en España. Agonía y abolición*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

PÉREZ, M.E. y CHHABRA, G. (2019): “Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas”, *Revista Española de Discapacidad*, <<https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/download/429/339/>>.

SAIZ, V., MANTINI, M. y GÓMEZ-PAN, P. (2015): “Prostitución, moral sexual y explotación”, *Revista Contexto*, Nº 13.

VILÀ I MANCEBO, A. (2019): *Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana*, Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, Nº 6, <<https://www.fundacionpilares.org/publicaciones/fpilares-estudio06-derechos-deberes-personas-mayores.php>>.

# Estudio de la ansiedad y el estrés en personas con trastorno del espectro del autismo en los procesos de inclusión laboral

## **Montserrat Clavero Padrós**

Directora del área clínica, APNABI-Autismo Bizkaia

## **Iban Huarte Esteban**

Director del área sociolaboral, APNABI-Autismo Bizkaia

## **Leire Redondo Urbieta**

Psicóloga del área sociolaboral, APNABI-Autismo Bizkaia

## **M<sup>a</sup> Jesús Baranda Nieto**

Psicóloga del área clínica, APNABI-Autismo Bizkaia

## **M<sup>a</sup> Luisa Arenas Ortega**

Técnica de apoyo laboral del área sociolaboral, APNABI-Autismo Bizkaia  
marialuisa.arenas@entremanos.eus

Autismoaren espektroaren nahasmendua antsietate- eta stres-maila handiekin bat gertatutako egoera edo nahasmendua izaten da. Antsietatea giltzarrietako bat da autismoaren espektroaren nahasmendua duten pertsona askoren bizitzan, eta kontuan hartu behar da bizi diren testuinguruetan, hala nola, laneratzeko prozesuetan. Sarritan, bilaketa- eta laneratzeko prozesuek eragiten duten antsietatea eta estresa oztopo izan ohi dira pertsona horien bizi-plan propioak lortzeko. Artikulu honetan, eremu soziolaboraleko stres- eta antsietate-mailen ebaluazioaren hasierako emaitzak aurkezten dira, baita APNABI-Autismo Bizkaia elkartearen erabiltzaileak diren autismoaren espektroaren nahasmendua duten pertsonen eragina ere, autismorik gabeko pertsonak kontrastatzeko talde batekin alderatuta. Ikerketa Eusko Jaurlaritzaren proiektu berezien baitakoa da.

El trastorno del espectro del autismo (TEA) es una condición o trastorno que suele coocurrir con niveles elevados de ansiedad y estrés. La ansiedad es una piedra angular en la vida de muchas personas con TEA, y se ha de tener en cuenta en los diferentes contextos donde se desenvuelven, como, por ejemplo, en los procesos de inclusión laboral. Con frecuencia la ansiedad y el estrés que provocan los procesos de búsqueda y de inserción laboral pueden ser un freno para que estas personas logren sus planes de vida. Este artículo presenta los resultados iniciales de la evaluación de los niveles de estrés y ansiedad en el ámbito sociolaboral y cómo influyen en las personas con TEA, usuarias de la Asociación APNABI-Autismo Bizkaia, en comparación con un grupo de contraste de personas sin TEA. El estudio se enmarca dentro de los Proyectos Singulares del Gobierno Vasco.

### **GAKO-HITZAK:**

Autismoaren espektroaren nahasmendua, antsietatea, stres soziolaborala, enplegua.

### **PALABRAS CLAVE:**

Trastorno del espectro del autismo, ansiedad, estrés sociolaboral, empleo.

## 1. Introducción

El trastorno del espectro del autismo (TEA) o la condición de espectro del autismo (CEA), como viene considerándose recientemente, es un trastorno del neurodesarrollo (TND) que supone la presencia de dificultades en la comunicación e interacción social, así como conductas e intereses restringidos o repetitivos (American Psychiatric Association, 2013). El objetivo de este artículo es poder poner de manifiesto una realidad mostrada por las personas adultas diagnosticadas de esta condición, con las que se trabaja desde el área sociolaboral de la Asociación de familias de personas afectadas de trastorno del espectro del autismo de Bizkaia (APNABI-Autismo Bizkaia).

Dentro de APNABI-Autismo Bizkaia se apuesta por el desarrollo de programas que contribuyan a proporcionar apoyos y oportunidades a las personas con TEA, para promover su inclusión social como ciudadanos de pleno derecho. Desde el área sociolaboral, se viene observando que una de las principales dificultades manifiestas en las personas adultas con TEA, especialmente acusada en el momento de búsqueda de empleo e inserción laboral, son los elevados niveles de estrés y ansiedad que con frecuencia soportan. Cuando se enfrentan a esta circunstancia, desde el equipo de profesionales se ha constatado que se disparan sus respuestas de ansiedad ante un acontecimiento que, si bien podemos considerar estresante para el resto de la población, a las personas con TEA les suele dificultar mucho su vida cotidiana.

Ante esta circunstancia, se plantea el desarrollo de un estudio que permita refrendar si esta percepción de los/as profesionales concuerda con la percepción de las personas con TEA. Asimismo, se pretende que una vez detectada y cuantificada esta situación, se puedan definir posibles herramientas que les ayuden en su manejo y contribuyan a su bienestar.

Gracias a las ayudas del Gobierno Vasco para la realización de proyectos singulares, se ha puesto en marcha este proyecto, el cual plantea poder conocer los niveles de estrés y ansiedad que manifiestan las personas adultas con TEA en los procesos de búsqueda de empleo y/o inclusión laboral en el mercado ordinario de trabajo. Asimismo, ofrece una formación a las personas participantes dirigida a la adquisición de herramientas que les faciliten el afrontamiento de dichos procesos de la mejor manera posible, reconociendo y manejando la ansiedad y el estrés que les pueda producir. De todo ello, se obtendrán las conclusiones del estudio. Con él se pretende poner de relieve la importancia de reconocer e investigar con mayor profundidad estos estados en las personas con TEA, lo que permitirá el desarrollo de recursos y programas de intervención que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El estudio que se inició a finales del 2019, se ha visto frenado por la situación actual provocada por

la alerta sanitaria de la covid-19 y, por lo tanto, lo que se presenta en este artículo es únicamente lo que hasta la fecha se ha podido desarrollar. Sin embargo, conscientes de que se enmarca en un proyecto aún por terminar, se considera que tanto el planteamiento de base como los resultados preliminares alcanzados pueden resultar de gran interés para otros/as profesionales.

La estructura de este documento se conforma, en primer lugar, por el fundamento teórico relacionado con el TEA y la ansiedad, así como los objetivos e hipótesis de trabajo que se plantean. En segundo lugar, se describe la metodología utilizada (procedimiento, participantes, instrumentos y análisis estadísticos) y, finalmente, se concluye con una discusión acerca de los resultados preliminares obtenidos.

## 2. Fundamento teórico: ansiedad, estrés y TEA

La ansiedad es una condición universal, ya que se basa en la emoción de miedo y surge como una respuesta ante estímulos evaluados como amenazantes. El miedo es una emoción que permite preservar la integridad de las personas, puesto que se desencadena ante un estímulo potencialmente dañino e incita a los individuos a huir o luchar contra dicho estímulo. Por su parte, el estrés es una reacción inmediata e intensa, que implica la movilización de recursos del organismo (fisiológicos, cognitivos y motores) y que se produce ante situaciones que suponen importantes demandas para el individuo, ya sea porque implican una pérdida, o por tratarse de una amenaza o de un reto (Crespo y Labrador, 2003). Se considera una respuesta adaptativa que prepara al organismo para actuar y enfrentar tales situaciones, pero que aparece ante un estresor externo e identificable. Ante la desaparición de este, las respuestas desencadenadas cesan.

Las similitudes entre ambas respuestas hacen que con frecuencia los términos *estrés* y *ansiedad* se utilicen indistintamente. Sin embargo, podríamos señalar que mientras que el estrés se genera por un evento o situación externa concreto, los factores que desencadenan la ansiedad suelen ser más difusos y con frecuencia el origen se encuentra no tanto en la demanda del medio, sino en la interpretación y/o preocupación de la persona ante una situación amenazante presente o futura.

La ansiedad aparece, por tanto, ante la anticipación de una potencial amenaza, e involucra respuestas de corte conductual, cognitivo, fisiológico y afectivo (Clark y Beck, 2012). Sin embargo, esta ansiedad adaptativa puede llegar a convertirse en dañina si se prolonga en el tiempo, o si es más intensa o más frecuente de lo esperado, es decir, si se cronifica, provocando una reacción más exagerada de lo que cabría esperar para esa situación, o bien si aparece ante un número elevado de acontecimientos. De



este modo, se apuesta por el pensamiento como variable mediadora entre el estímulo y la respuesta y, por tanto, las distorsiones cognitivas influyen en la importancia que se le otorga a cada situación. Además, para considerar si esa ansiedad es desadaptativa para la persona, cabe valorar sus estrategias de *coping* o afrontamiento, pues si estas son inadecuadas o deficientes influirán en la aparición o mantenimiento de dicha ansiedad disfuncional, que puede incluso llegar a ser clínicamente significativa (Paula, 2015).

El TEA es un trastorno estrechamente ligado a altos niveles de ansiedad, dado a su elevada coocurrencia. Este punto genera controversia, pues se desconoce si la sintomatología ansiosa es comórbida y, por tanto, fenotípica y etiológicamente idéntica a la que aparece en personas neurotípicas, o si, por el contrario, puede relacionarse con las características propias del TEA, apareciendo de manera diferente en función de la persona y pudiendo dar lugar a distintos perfiles dentro del espectro. También cabe la posibilidad de que los diagnósticos relativos a los trastornos de ansiedad en estas personas sean poco precisos, debido a las dificultades para distinguir signos y síntomas, y realizar un adecuado diagnóstico diferencial (Paula, 2012; Postorino, Kerns, Vivanti, Bradshaw, Siracusano y Mazzone, 2017). Lo que sí se puede asumir es que no todas las personas con TEA sufren de una ansiedad clínicamente significativa (Paula, 2015; Sánchez, Alonso y Alcantud, 2018), por lo que no se debería generalizar la ansiedad como un componente patognomónico de TEA o, incluso, concebir el TEA como un trastorno de estrés, tal y como apuntan algunos autores (Morgan, 2006, citado en Paula, 2015).

Una reciente investigación indica la presencia de tres variables transdiagnósticas, la intolerancia a la incertidumbre, la disfunción ejecutiva y la disregulación emocional, que están en la base tanto de los trastornos de ansiedad como del TEA. Estas variables actúan como mediadoras de la aparición de la sintomatología ansiosa, siempre teniendo en cuenta que existen ciertos factores de riesgo previos, tanto propios al TEA como compartidos con la población neurotípica. Este modelo de transdiagnóstico, que se abordará con mayor precisión más adelante, aboga por una perspectiva integradora y dimensional, donde ambas condiciones comparten ciertas características fisiológicas, conductuales, cognitivas y neurobiológicas (Beneytez, 2019).

Tomando como referencia los datos de coocurrencia de ambas categorías, tal y como están definidas en los actuales manuales nosológicos, los estudios apuntan porcentajes que giran en torno al 11% y el 84% (Van Steensel, Bögels y Perrin, 2011, citados en Paula, 2015). Un meta-análisis de 31 estudios acerca de la ansiedad en los jóvenes con TEA menores de 18 años reveló que en torno a un 39,6% de ellos presentan niveles clínicamente elevados de ansiedad, o incluso el diagnóstico de

algún trastorno de ansiedad. Con mayor frecuencia, se encuentra la fobia social (30%), seguida del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (17%), la agorafobia (17%), la ansiedad generalizada (15%), la ansiedad de separación (9%) y, finalmente, las crisis de angustia (2%) (Van Steensel, Bögels y Perrin, 2011). Por tanto, puede destacarse que la ansiedad es un factor relevante en población con TEA, ya que su prevalencia supera las tasas encontradas en población infantil —15%— (Beesdo, Knappe y Pine, 2009, citados en Paula, 2015) y adulta, sin TEA —18%— (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005, citados en Paula, 2015).

## 2.1. Hipótesis explicativas de la vulnerabilidad a la ansiedad en TEA

Según Paula (2013), se plantean dos hipótesis explicativas de dicha coocurrencia: hipótesis del “error social” e hipótesis de la “carga alostática”. Con relación a la primera de las hipótesis, el planteamiento es el siguiente: las personas con TEA normalmente tienen experiencias sociales negativas debidas a las dificultades que presentan para integrar la información que proviene del mundo social. Esa carencia a la hora de intuir, inferir, interpretar los pensamientos, sentimientos y conductas de otras personas, e incluso las propias, se ha relacionado principalmente con su déficit en teoría de la mente (ToM), su alexitimia y su alteración en la pragmática del lenguaje (Paula, 2015). La ToM se configura como un constructo que se encuentra esencialmente alterado en personas con TEA (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985, citados en Tirapu-Ustárrroz *et al.*, 2007). Supone la capacidad para intuir, predecir e inferir el comportamiento ajeno, sus creencias, su pensamiento y sus sentimientos (Tirapu-Ustárrroz *et al.*, 2007). Por otro lado, la alexitimia hace referencia a la ausencia de palabras para expresar emociones, de modo que las personas con TEA reflejan una falta de reconocimiento emocional tanto propio como de terceros, junto con una escasa capacidad imaginativa (Paula, 2015). Por último, la pragmática del lenguaje se configura como la capacidad para inferir lo que no está explícito en la comunicación, es decir, ir más allá de la literalidad del lenguaje e interpretar las intenciones del interlocutor (Ivern, 2017; Paula, 2015), capacidad que tienen comprometida estas personas por las características propias de su trastorno (American Psychiatric Association, 2013).

Las personas con TEA de “alto funcionamiento” tienden a reflejar mayores niveles de ansiedad, mediados por los problemas que tienen en el ámbito social. Suelen presentar expectativas de corte negativo relacionadas con las experiencias sociales, es decir, esperan un fracaso social que las angustia, ya que desearían adaptarse a las exigencias psicosociales de su entorno. Por tanto, esa autovaloración negativa desemboca en un miedo a sentirse juzgadas que da lugar a la reducción de experiencias sociales y, por tanto, la consolidación

de ese pensamiento negativo y limitante a nivel social (Hervás, 2016; Paula, 2013).

La segunda hipótesis que plantea Paula (2013) hace referencia a la “carga alostática”, es decir, el cúmulo de experiencias negativas, frustrantes, de desconcierto o confusión, que derivan en una carga ansiógena para ellos. Las personas con TEA encuentran dificultades para interpretar las señales sociales de su entorno y ajustarse al contexto. Por ello, como se ha comentado anteriormente, tienden a percibir más situaciones como amenazantes, y esa hiperactivación de su sistema de respuesta ante el estrés, deriva en un estado de mayor alteración fisiológica basal frente a la población neurotípica. El circuito neurobiológico implicado en este fenómeno estaría formado, principalmente, por la amígdala, el córtex prefrontal medial y el hipocampo, actuando estos como un neurocircuito conectado (Kim, Loucks, Palmer, Brown, Solomon y Cois, 2011, citados en Paula, 2015). En las personas con TEA, estas estructuras neuroanatómicas, sobre todo la amígdala y el hipocampo, sufren alteraciones en su crecimiento, observándose en la mayoría de los estudios un tamaño superior en personas con TEA frente a individuos neurotípicos, aunque los resultados no son concluyentes (Paula, 2015).

A modo de inferencia, estas hipótesis se podrían situar dentro del marco teórico de los modelos explicativos de corte cognitivo, donde los sesgos en el procesamiento de la información condicionan la aparición de la sintomatología ansiosa, así como los modelos centrados en el déficit de regulación emocional (Beneytez, 2019). A su vez, cabe tener en cuenta el modelo de intolerancia a la incertidumbre, que parte de un procesamiento erróneo donde estímulos neutros son valorados como amenazantes (Carleton, 2012, citado en Beneytez, 2019), y el de la disfunción ejecutiva, donde entran en juego factores tan relevantes como la flexibilidad cognitiva y el control atencional, que tienden a presentar desajustes (Beneytez, 2019). Estos cuatro modelos son los que tradicionalmente se han manejado para explicar la presencia de estados ansiosos en las personas.

## 2.2. Hipótesis explicativas de la ansiedad en TEA a partir de modelos transdiagnósticos

Los componentes extraídos de los modelos señalados anteriormente (intolerancia a la incertidumbre, desregulación afectiva y disfunción ejecutiva), pueden configurarse como dimensiones comunes tanto para el TEA como para los trastornos de ansiedad, desde una mirada transdiagnóstica. Esta perspectiva aboga por eliminar la categorización de estas condiciones, y ampliar la visión más allá de la dicotomía de síntomas y signos que configuran una determinada etiqueta diagnóstica (Beneytez, 2019). Cabe mencionar dos modelos transdiagnósticos: “modelo de desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad”

(Norton y Paulus, 2017, citados en Beneytez, 2019) y “modelo transdiagnóstico de la triple vulnerabilidad” (Barlow, 2000, citado en Beneytez, 2019). El primero defiende la existencia de una vulnerabilidad biológica y neurológica, en combinación con una de corte psicológico que se ha ido desarrollando desde edades tempranas. Según su planteamiento, la ansiedad se perpetúa debido a las estrategias usadas para mantener y reforzar las creencias irracionales que surgen en relación con la amenaza (Norton y Paulus, 2017, citados en Beneytez, 2019). Por su parte, el segundo modelo hace alusión a una vulnerabilidad biológica de predisposición genética o biológica, junto a una vulnerabilidad psicológica primaria, influida por las experiencias de la infancia, y otra secundaria, mediada por las experiencias del paso de la vida (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis y Carl, 2014, citados en Beneytez, 2019).

En el caso de las personas con TEA, es probable que la vulnerabilidad biológica que presentan venga de la mano de su trastorno, es decir, de esa alteración que sufren en el neurodesarrollo, junto con vulnerabilidades más específicas relacionadas con su disfunción ejecutiva, su intolerancia a la incertidumbre y su desregulación emocional (Beneytez, 2019). En concreto, se puede señalar que la ansiedad en estas personas se engloba dentro de cuatro dimensiones: la ansiedad de ejecución, que está relacionada con el miedo a fallar en el contexto social y académico; la ansiedad ante la incertidumbre, vinculada con el miedo que les producen los imprevistos, es decir, aquello que no pueden anticipar; la ansiedad de separación asociada al miedo por desprenderse de sus figuras de referencia; y, finalmente, el *arousal* ansioso, como sintomatología fisiológica que indica que el grado de activación es elevado (Beneytez, 2019).

## 2.3. Evaluación de la ansiedad en TEA

Las personas con TEA tienden a valorar sus niveles de ansiedad como inferiores a lo que reportan sus propios familiares, a pesar de las evidencias científicas a favor de unos niveles de ansiedad superiores por parte de esta población clínica. Por tanto, sus dificultades para reconocer emociones, expresarlas a través de palabras e identificar la intensidad con la que sienten cada emoción, pueden interferir en la autoevaluación de su ansiedad (Paula, 2013). A su vez, otras dificultades como el solapamiento de síntomas entre ambas condiciones o la manifestación poco común de los síntomas de ansiedad, limita el proceso de evaluación de la ansiedad en estas personas (Beneytez, 2019). A día de hoy no existen instrumentos específicos para la evaluación de la ansiedad en personas con TEA, sino que se tienden a aplicar los que se usan para población sin TEA, con las limitaciones que ello conlleva, si bien, para lograr una mayor precisión en dicha evaluación, se suelen incluir apoyos visuales que facilitan a la persona con TEA la comprensión de los estados emocionales y los niveles o grados

de intensidad de las emociones. Algunas de estas herramientas visuales pueden ser: semáforos de colores, termómetros de emociones o escalas graduadas con números (Paula, 2015).

#### 2.4. Intervención sobre la ansiedad en TEA

El diseño de la intervención en personas con TEA que padecen de sintomatología ansiosa debe programarse contemplando las variables anteriormente citadas, sobre todo la intolerancia a la incertidumbre y la atipicidad sensorial (Beneytez, 2019). Podrían plantearse varios niveles de actuación dentro de un programa individualizado de atención a estas personas. El primer nivel implicaría la modificación del entorno, es decir, la adaptación de este con la finalidad de lograr una mayor accesibilidad cognitiva y reducir la intensidad de los estímulos sensoriales que puedan resultar molestos. Este es el proceso mediante el cual se lograría, en palabras de Paula (2015), un “autism friendly environment”. Podríamos establecer un paralelismo con los niveles de prevención comúnmente utilizados: primaria, secundaria y terciaria (Colimon, 2010, citado en Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa 2011). Este primer nivel, descrito por Paula (2015), correspondería a la prevención primaria, con la que se pretende evitar la aparición del problema o crisis. El segundo nivel haría referencia a una prevención secundaria donde ese problema está presente, con la utilización de recursos para atenuarlo o evitar que se agrave. En este punto, entrarían en juego técnicas de control de la activación emocional, técnicas de exposición y técnicas cognitivo-conductuales en casos de TEA sin discapacidad intelectual (DI). Finalmente, el tercer nivel de intervención podría asemejarse a la prevención terciaria que pretende minimizar las consecuencias del problema una vez desatado. En este caso se llevarían a cabo acciones que han de iniciarse una vez aparece la crisis (Paula, 2015).

#### 2.5. TEA, ansiedad y empleo

Una vez revisada tanto la prevalencia como la etiología, evaluación e intervención en ansiedad de personas con TEA, resulta interesante dirigir la mirada a un ámbito concreto que genera niveles elevados de ansiedad en esta población: el empleo. El empleo es el puente hacia la posibilidad de desarrollar planes de vida en la edad adulta, la mayoría de las acciones a realizar en esta etapa de la vida pasan por tener un empleo remunerado, que dé acceso a aspectos de ocio o vivienda; en definitiva, acceso a un proyecto personal de vida. Las personas con TEA suelen tener mayores dificultades para acceder al mercado laboral y, sobre todo, desempeñar puestos de trabajo ordinarios. Las características propias del trastorno del que son diagnosticadas y, en muchas ocasiones, su vulnerabilidad a experimentar elevados niveles de ansiedad que se pueden afianzar como otro

trastorno coocurrente, les dificulta la adquisición y/o mantenimiento de un puesto de trabajo. La primera dificultad la encuentran en los procesos de búsqueda y selección de empleo, puesto que llevan asociadas situaciones de incertidumbre: la no respuesta ante el envío de candidaturas, la dificultad de interpretar el silencio de las empresas, etc., situaciones que generan estados de ansiedad importante entre las personas con TEA en procesos de búsqueda. Otro momento complejo suelen ser las entrevistas de trabajo, donde las dificultades de interpretación del interlocutor, su lenguaje no verbal, o la literalidad en la comprensión de las preguntas y posibles respuestas a dar desencadenan miedo ante tal situación de entrevista y, por lo tanto, ansiedad. Estos procesos suelen ser la puerta de entrada hacia un empleo y, con frecuencia, no superarlos implica no acceder a un puesto de trabajo.

Por otro lado, cuando estas personas logran un determinado puesto laboral no suelen mostrar grandes dificultades en el desempeño de las tareas encomendadas, si bien manifiestan mayores dificultades a la hora de interpretar la realidad del entorno laboral, o dificultades en la comprensión de mensajes sociales o en las relaciones con los/as compañeros/as, es decir, en aspectos muy necesarios para el mantenimiento de un puesto de trabajo. Estas dificultades generan con frecuencia mucha ansiedad porque no comprenden cómo manejar la situación, por lo que la necesidad de apoyo en este sentido se hace evidente. Necesitan apoyo para comprender las situaciones que aparecen, así como para aprender a manejar el estrés y la ansiedad que se derivan de dichos acontecimientos sociolaborales. Por ello, resulta clave intervenir sobre su estado emocional y los factores asociados con el fin de lograr un comportamiento más adaptativo a las demandas de la situación laboral. Algunos autores, como Vidriales, Hernández y Plaza (2018), proponen el entrenamiento en situaciones de procesos de selección, como la realización de entrevistas, que contribuiría a reducir la sintomatología ansiosa asociada a dichos contextos. Como indica el modelo transdiagnóstico señalado anteriormente, es importante incidir sobre tres variables: la intolerancia a la incertidumbre, la disfunción ejecutiva y la desregulación emocional (Beneytez, 2019). Esto se puede trasladar a la situación concreta de búsqueda y adquisición de empleo. Las situaciones que no son capaces de anticipar generan mayores niveles de ansiedad o estrés, igual que aquellas que valoran como negativas, muy difíciles o desagradables. Por ello, resulta esencial aconsejar y acompañar a la persona en este proceso anticipando, en la medida de lo posible, las situaciones, lo que contribuirá a reducir la incertidumbre que tan difícil les resulta de tolerar. Además, se aconseja intervenir en el plano cognitivo, trabajando sobre la atribución y valoración que hagan de los acontecimientos y tareas laborales; en el plano afectivo, donde puedan identificar cómo se sienten, qué situaciones las ponen nerviosas y qué soluciones pueden adoptarse; y en el plano

conductual, ayudándolas a entender su propia conducta, analizando las repercusiones que tiene y cómo se podría moldear y/o modificar si no está siendo adaptativa. Todo ello teniendo en cuenta las características individuales para encontrar el momento apropiado para realizar este proceso.

### 3. Objetivos del estudio

Los principales objetivos del estudio del que se da cuenta en este artículo son:

- Evaluar los niveles de ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R), así como el nivel de estrés sociolaboral percibido en un grupo de adultos con TEA.
- Evaluar los niveles de ansiedad rasgo y estrés sociolaboral percibido en un grupo de contraste.
- Comparar los niveles de estrés y ansiedad, tanto como rasgo de personalidad, como aplicados a la situación laboral, por parte de los grupos seleccionados.
- Llevar a cabo el seguimiento de cada participante en el proceso con la finalidad de detectar situaciones ansiógenas y reducir dichos niveles de ansiedad y/o estrés ligados a determinadas situaciones.

### 4. Hipótesis de trabajo

Se plantea como hipótesis la relación estadísticamente significativa y positiva entre ansiedad rasgo y la percepción de estrés sociolaboral, si bien se espera una relación positiva y más significativa entre ambas variables en ambas muestras contraste, en comparación con la muestra con TEA. Esta hipótesis se plantea asumiendo la dificultad para simbolizar y anticipar o imaginar acontecimientos no experimentados por parte de los participantes con TEA. Por tanto, se esperan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las puntuaciones obtenidas de la modificación de la escala de estrés sociolaboral percibido (adaptación de la escala EAE).

### 5. Metodología de trabajo

Tras la definición de los objetivos y la hipótesis de trabajo, se establece la siguiente metodología de actuación. En primer lugar, se comienza por la búsqueda y selección de instrumentos de evaluación de ansiedad y estrés en el ámbito sociolaboral. Debido a la ausencia de instrumentos adaptados y validados para adultos con TEA, se opta por la adaptación de los existentes a las características de las personas con TEA y su nivel de comprensión. De ese modo, se incluyen apoyos visuales, instrucciones e ítems más comprensibles y literales para su adecuada comprensión.

Posteriormente, se realiza una selección de posibles participantes en el proyecto por parte del equipo multidisciplinar que conforma la asociación (área de consultas y área sociolaboral de APNABI-Autismo Bizkaia). Se establece un contacto inicial con las personas seleccionadas y se propone una evaluación inicial de sus niveles de ansiedad (como estado y como rasgo de personalidad) y estrés sociolaboral. Se explica tanto de forma previa a concertar la cita, como antes de empezar la sesión de evaluación, el procedimiento de evaluación y su propósito, con el fin de fomentar su autonomía y capacidad de toma de decisiones de manera libre e informada, otorgando su consentimiento informado. Se recoge la información a través de las escalas seleccionadas respetando su intimidad y su dignidad, velando por mantener los datos personales de manera protegida y confidencial. Además, de manera paralela, se administran las escalas a un grupo de contraste a través de formularios de Google.

Finalmente, tras la recogida de datos y resultados, se lleva a cabo una nueva selección de participantes, que ya pasan a participar en el curso de búsqueda de empleo impartido por la empresa C2B (Campus to Business). La selección implica criterios como disponibilidad de horario y días por parte de la persona con TEA, motivación para realizar el curso y valoración de su necesidad en función de los resultados derivados de la evaluación emocional previa. A continuación, se adjudican los participantes a dos grupos (turno de mañana y turno de tarde), y se comienza la formación presencial. Sin embargo, debido a las circunstancias derivadas de la covid-19, el proyecto queda paralizado y se retoma dos meses después de manera telemática. El curso tiene como objetivo proveerles de herramientas para lograr una búsqueda de empleo exitosa y conseguir su inclusión sociolaboral.

Durante su participación en el curso, las personas también reciben un seguimiento individual por parte del equipo de APNABI-Autismo Bizkaia. La información se recoge a través de autorregistros, cuyo contenido aporta datos cualitativos acerca de la vivencia personal de la experiencia formativa. De manera diaria, deben completar un cuestionario donde plasman qué situaciones les han provocado estrés o ansiedad, antes o durante la clase del curso de ese día. Asimismo, también reflejan qué pensamientos y emociones han percibido, así como las acciones que han llevado a cabo para tratar de disminuir su malestar, y la eficacia de estas. De este modo, se pretende fomentar su autoconciencia, detectar posibles dificultades o situaciones incómodas y favorecer la reflexión acerca de los propios recursos de afrontamiento; a su vez, aporta información para un análisis cualitativo.

#### 5.1. Participantes

Inicialmente, como se ha comentado, se realiza un proceso de selección de personas con TEA

pertenecientes a la asociación de APNABI-Autismo Bizkaia, que cumplieran con unos ciertos requisitos de edad (>18 años), situación de desempleo o en proceso de búsqueda de este. De esa preselección se obtienen cuarenta perfiles, a los que se aplica la evaluación previa de ansiedad y estrés. De nuevo, se realiza otra selección de usuarios, escogiendo aquellos que por su perfil ansioso (los que mayor ansiedad tendían a experimentar ante procesos de búsqueda de empleo), su situación laboral y académica actual, y su disponibilidad, pueden pertenecer al grupo de los treinta elegidos para participar en el proyecto. Sin embargo, y debido a la situación provocada por la pandemia de la covid-19, algunas de estas personas han tenido severas dificultades para acomodarse al nuevo formato online de formación, por lo que el grupo se ha visto reducido a veintisiete participantes con TEA.

De este modo, el estudio al que se refiere este artículo se lleva a cabo con los siguientes grupos de población:

- El primero, formado por 27 personas de APNABI-Autismo Bizkaia, de las cuales 9 son mujeres y 18 hombres, de edades comprendidas entre los 18 y los 47 años, siendo la media de 25,93 años de edad.
- El segundo, formado por una muestra control de 27 personas, 14 de ellas mujeres y 13 hombres, de edades comprendidas entre los 19 y los 27 años, siendo la media de edad de 22,37.
- Los criterios de inclusión de ambos grupos en el estudio fueron:
  - Ausencia de trabajo remunerado actual.
  - Situación de búsqueda de empleo (o deseo de buscarlo).
  - Manejo de las nuevas tecnologías para responder a los cuestionarios.
  - Haber cumplido la mayoría de edad.
  - Desear participar en el proyecto.

## 5.2. Instrumentos

Inicialmente se eligen dos cuestionarios para evaluar la ansiedad y el estrés en el ámbito sociolaboral en adultos. Por un lado, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E y STAI-R) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1988), que evalúa tanto la ansiedad ligada a una circunstancia o contexto particular, como la ansiedad en cuanto a rasgo de personalidad. Por otro lado, la Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S) de la Escala de Apreciación del Estrés (EAE) (Fernández-Seara y Mielgo, 1992), que evalúa respuestas de estrés en el contexto sociolaboral. Al carecer de instrumentos que evalúen ansiedad y estrés en el ámbito sociolaboral adaptados y validados para personas adultas con TEA, se opta por realizar una adaptación de los anteriormente citados. La adaptación de estos cuestionarios

incluye modificaciones tanto en el formato, de acuerdo a modelos accesibles cognitivamente (apoyos visuales, sintaxis clara y sencilla, letra grande y en mayúsculas, etc.), como en la redacción y contenido de algunos de los ítems (ajustándose a las habilidades de comprensión y al momento vital de búsqueda de empleo de las personas participantes).

Los instrumentos utilizados son aplicados en formato *online*, realizando así una aproximación al uso de las nuevas tecnologías que, ahora más que nunca, parece marcar el presente y futuro de la actual sociedad globalizada en tiempos de covid-19. A continuación se describe de manera pormenorizada las propiedades de cada instrumento.

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E y STAI-R) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1988), es un cuestionario para adolescentes y adultos, compuesto por 40 ítems. Los 20 primeros pertenecen a la escala de Ansiedad-Estado (A/E), que evalúa el estado emocional transitorio de tensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo (SNA), y que está ligado a la situación inmediata, es su caso, a contexto de evaluación. A partir del ítem 21 comienza la segunda escala, la de Ansiedad Rasgo (A/R), que evalúa la tendencia hacia la tensión, aprensión e hiperactividad del SNA en la mayoría de los contextos del día a día de la persona. Esta escala, por tanto, evalúa un estado más global de ansiedad, no ligado a la situación de evaluación. Por ello, se decide aplicar únicamente esta escala a la muestra de contraste, ya que el objetivo es tratar con un concepto de ansiedad más estable en el tiempo, independientemente del contexto inmediato.

Con relación a las propiedades psicométricas de este cuestionario, cabe destacar que la fiabilidad de este instrumento es bastante buena (alfa de Cronbach 0,94 en A/E y de 0,86 en A/R) en muestras de sujetos españoles normotípicos. Los índices de correlación encontrados entre las dos escalas (A/E y A/R) de las que se compone el instrumento revelan que estos índices fluctúan entre 0,44 y 0,55 en mujeres, y entre 0,51 y 0,57 en hombres, es decir, es más probable que correlacione un elevado nivel de ansiedad estado con un elevado nivel de ansiedad rasgo en población masculina frente a la femenina. Por otro lado, los análisis de validez concurrente del STAI con el cuestionario de personalidad 16-PF (Cattell, 1993), la A/E correlacionada de manera estadísticamente significativa y positiva con personalidad inestable (C-), sumisa (E-), sobria (F-), calculadora (N+), aprensiva (O+) y frustrada (Q4+). En cuanto a las relaciones apreciadas entre A/R y los factores de personalidad de dicha escala, se muestran relaciones estadísticamente significativas y positivas entre los mismos factores que correlacionan con A/E, destacando una mayor correlación positiva (0,55-0,58) entre A/R y Ansiedad en segundo orden.

- Adaptación de la Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S) de la Escala de Apreciación del Estrés

(EAE) (Fernández-Seara y Mielgo, 1992). La escala original está diseñada para ser aplicada a individuos de entre 18 y 85 años. Consta de cuatro escalas independientes: Escala de Estrés General (EAE-G), Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos (EAE-A), Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S) y Escala de Estrés en la Conducción (EAE-C). Además de incluir la valoración de estrés de cada ítem, se requiere señalar si esa situación se dio en el pasado (P) y con qué nivel de estrés, o si, por el contrario, sigue estando presente (A) indicando la intensidad del estrés percibido. La escala EAE-G consta de 53 ítems, la EAE-A de 51 ítems, la EAE-S contiene 50 enunciados y la EAE-C dispone 35. Los ítems de la escala EAE-S están diseñados para ser aplicados a adultos trabajadores por cuenta ajena, de edades comprendidas entre los 20 y los 60 años. Por eso no se pudo aplicar la escala original a la muestra de participantes en el proyecto, pues ni por edad ni por condición laboral cumplían los requisitos. Sin embargo, tras revisar las otras escalas, se opta por realizar una adaptación de la EAE-S, de modo que se ajustase al momento de búsqueda de empleo en el que se encuentran las personas participantes, y que estuviera redactada considerando sus habilidades, para que el formato no supusiera un obstáculo en la comprensión de la escala.

### 5.3 Análisis estadísticos

En primer lugar, cabe destacar que los niveles medios de estrés y ansiedad encontrados en el grupo con TEA (STAI-E M = 49,15; STAI-R M = 70,19; Adaptación EAE M = 51,26) son superiores a los reflejados por el grupo control (STAI-R M = 70,19; Adaptación EAE M = 48,19), si bien a continuación se analiza si dicha diferencia es estadísticamente significativa.

Según los datos derivados del análisis de normalidad para cada variable, en función de la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $N > 50$ ), la distribución de la variable STAI-R es no normal, y la distribución de la variable Adaptación de EAE sigue una distribución normal en ambos grupos de población. Únicamente en el grupo con TEA la distribución de la variable STAI-E es normal. Por ello, se decide aplicar pruebas no paramétricas para analizar la variable que no sigue la distribución normal (STAI-R) y pruebas paramétricas para la que sí sigue una distribución normal en la muestra de 54 sujetos (Adaptación EAE), con relación a la diferencia de medias entre el grupo con TEA y el grupo de contraste.

Los resultados derivados del análisis no paramétrico de la U de Mann-Whitney para dos muestras independientes revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la escala STAI-R, en función de los grupos de población (grupo con TEA y grupo contraste) ( $U = 257.500$ ;  $p = 0,064$ ). Por otro lado, el análisis paramétrico de la t de Student para comparar medias en dos muestras

independientes refleja que no existen tampoco diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la adaptación de la escala EAE en función de los grupos ( $t = 0,921$ ;  $gl = 52$ ;  $p = 0,361$ ).

Se opta por el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para analizar la relación entre las variables en ambos grupos de población. Se observa una relación estadísticamente significativa, positiva y moderada entre las pruebas STAI-R y la adaptación de EAE ( $Rho = 0,510$ ;  $p = 0,000$ ). Al analizar dicha relación en función de los grupos de población, la correlación se muestra significativa, positiva y moderada, tanto en el grupo de personas con TEA ( $Rho = 0,485$ ;  $p = 0,010$ ), como en el grupo contraste ( $Rho = 0,507$ ;  $p = 0,007$ ).

De nuevo el estadístico no paramétrico Rho de Spearman se emplea para observar las relaciones entre las puntuaciones de las escalas STAI-R y STAI-E en el grupo de población de participantes con TEA (que únicamente se aplicó STAI-E en este grupo). Se halla una relación estadísticamente significativa, positiva y elevada entre los resultados de la escala STAI-R y STAI-E en el grupo de personas con TEA ( $Rho = 0,645$ ;  $p = 0,000$ ).

## 6. Discusión y conclusiones

Este estudio preliminar llevado a cabo con los datos recogidos hasta el momento señala aspectos importantes a recalcar. Como se ha indicado, la ansiedad en el TEA es una condición coocurrente que parece presentarse con mayor frecuencia en este grupo frente a grupos neurotípicos (Paula, 2015). Es probable que esta relación pueda explicarse según las hipótesis planteadas en modelos transdiagnósticos, que señalan tres variables comunes a ambas condiciones: intolerancia a la incertidumbre, disfunción ejecutiva y desregulación afectiva (Beneytez, 2019). Esta condición de ansiedad que tiende a afectar a las personas con TEA se aprecia nítidamente en el contexto sociolaboral.

Acceder y mantener un empleo ordinario puede resultar ardua tarea para muchas personas adultas con TEA. Se ha de tener en cuenta que tienen severas dificultades para intuir e interpretar conceptos simbólicos y abstractos, para predecir y anticipar las consecuencias de acciones propias y ajenas en terceras personas, para ajustarse emocionalmente a las exigencias del entorno o para mantener relaciones sociales recíprocas. Todo esto relacionado con conceptos tan relevantes como el de ToM, la pragmática del lenguaje y/o la alexitimia (Paula, 2015).

Los datos derivados de la evaluación de los niveles de ansiedad y estrés en el ámbito sociolaboral de los participantes en el estudio del que se da cuenta en este artículo muestran que las personas adultas con TEA tienen niveles de ansiedad y estrés más elevados que el grupo de población de contraste, si bien dicha

diferencia no es estadísticamente significativa. A pesar de encontrar una muestra significativa de personas participantes dentro de la entidad (N = 27), la inexistencia de pruebas psicométricas validadas que puedan evaluar la ansiedad y el estrés en personas con TEA supone una limitación. Las escalas aplicadas con su respectiva modificación es posible que no tengan la validez suficiente como para poder extraer de ellas resultados concluyentes en personas adultas con TEA. Como se ha citado anteriormente, las personas con TEA tienden a tener dificultades para reconocer y expresar sus propias experiencias emocionales, lo que lleva a plantear si constituyen una medición válida y representativa de su realidad, si realmente ofrecen puntuaciones inferiores a lo que personas neurotípicas exhibirían en su misma situación (viviendo los mismos niveles de estrés y ansiedad) o tales puntuaciones se hallan condicionadas por sus dificultades. Al ser una puntuación subjetiva, muy influenciada por la capacidad de *insight* de cada individuo, es posible que se encuentren sesgos en esta población diana. Este es un dato fundamental a tener en cuenta en el manejo de situaciones ansiógenas con personas con TEA. Conociendo al colectivo y considerando sus severas dificultades en el mencionado plano psicosocial y emocional, tanto a nivel interpersonal como intrapersonal, se ha de contemplar la posibilidad de que los resultados extraídos de las evaluaciones en ansiedad y estrés puedan estar enmascarando su realidad.

A nivel cualitativo, gracias al proceso de seguimiento de los niveles de ansiedad y estrés durante la impartición del curso, se recoge cómo algunas situaciones cotidianas como “problemas para conectarme al curso (mal funcionamiento de Internet)” o “escuchar a mis compañeros” o “participar hablando en el curso”, les generan malestar y pueden llegar a identificarlo en síntomas fisiológicos (sensaciones físicas) y pensamientos. Las situaciones más señaladas como estresores son: “pensar que tengo que participar en el curso (hablando)” y “participar hablando en el curso”. Los síntomas fisiológicos más comunes, según la mayoría de los participantes con TEA que han reflejado sentir ansiedad, son: “voz entrecortada (dificultades para hablar de manera fluida)”, “taquicardias” y “dolor de tripa”. Por su parte, los pensamientos más recurrentes son: “que no voy a conseguir hablar/expresarme como yo quiero”, “que los demás no me van a entender” y “que no valgo para esto”. Y, finalmente, los recursos de acción que acometen con el fin de intentar reducir esa tensión o estrés suelen ser: “escribir en un papel lo que voy a decir para ensayarlo antes”, “pensar que sí voy a ser capaz” y “controlar mi respiración (respirar más

despacio y profundamente)”. Sin embargo, la gran mayoría evalúa estos planes de acción como poco efectivos, pues refieren que reducen poco o nada su estado de nerviosismo. Por tanto, estos indicadores abren una puerta hacia el desarrollo de planes de intervención que incluyan el entrenamiento en el manejo de situaciones ansiógenas. Según los datos aportados por las personas con TEA participantes en este proyecto, se puede indicar que la mayoría refleja no tener las herramientas o recursos suficientes o, mejor dicho, efectivos, para reducir su malestar.

En estos momentos el proyecto continúa en marcha, por lo que se plantean nuevos objetivos a desarrollar a corto-medio plazo:

- Lograr una muestra de contraste con un número de hombres superior (hombres de la muestra de contraste 48,15% frente al de hombre de la muestra con TEA 66,67%), de modo que se equipare al porcentaje encontrado entre las personas con TEA. Este aumento del número de hombres de la muestra de contraste se considera la mejor alternativa de cara a equiparar las muestras en cuanto a género, dado que existe en el colectivo de personas con TEA una prevalencia de 1:4 (1 mujer por cada 4 hombres). Esta es una línea de investigación actual, ya que se desconoce si es real la desproporción a causa del TEA o debido al enmascaramiento de los síntomas en el caso de las mujeres (Confederación Autismo España).
- Realizar una evaluación de los niveles de ansiedad y estrés en el ámbito sociolaboral tras haber finalizado la formación y el seguimiento, y observar si existen cambios.
- Trabajar con las personas con TEA técnicas que puedan implementarse en los entornos naturales donde participan, y que les permitan manejar de manera más exitosa sus estados de tensión y su malestar.

Desde APNABI-Autismo Bizkaia se abre la puerta a futuras colaboraciones, ya que para determinar si los instrumentos modificados y adaptados pudieran ser válidos y fiables para aplicar a adultos con TEA, se requeriría de un tamaño muestral superior al disponible por el momento.

Finalmente, cabe concluir que desde este proyecto, al igual que desde todos los servicios que ofrece la asociación, se aboga por mejorar la calidad de vida de las personas con TEA, fomentando su autonomía y su inclusión en la sociedad como ciudadanos/as de pleno derecho, donde poder desarrollar de forma satisfactoria sus planes de vida.

## Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington DC, APA.
- BENEYTEZ, C. (2019): “Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque transdiagnóstico” [tesis doctoral], Madrid, Universidad Complutense de Madrid, <<https://eprints.ucm.es/56729/>>.
- CATTELL, R. B.; CATTELL, A. K.; y CATTELL, H.E.P. (1993): *Sixteen Personality Factor Questionnaire*, Institute for Personality and Ability Testing, Inc.
- CLARK, D.A.; y BECK, A.T. (2012): *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*, Serie Psicoterapias Cognitivas, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- CONFEDERACIÓN AUTISMO ESPAÑA: “Sobre el TEA”, <<http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/trastorno-del-espectro-del-autismo>>.
- CRESPO, M. y LABRADOR, F.J. (2003): *Estrés*, Serie Guías de Intervención, Madrid, Síntesis.
- FERNÁNDEZ-SEARA, J.L. y MIELGO, M. (1992): *EAE: Escalas de Apreciación del Estrés*, Madrid, TEA Ediciones.
- HERVÁS, A. (2016): “Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista”. *Revista de Neurología*, vol. 62, nº 1, pp. 9-14. <<https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016068>>.
- IVERN, I. (2017): “Pragmática y desarrollo metalingüístico”, *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, vol. 38, nº 1, pp. 31-39. <<https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.12.003>>.
- PAULA, I. (2013): “Coocurrencia entre ansiedad y autismo. La hipótesis del error social y de la carga alostática”, *Revista de Neurología*, vol. 56, nº 1, pp. 45-59. <<https://doi.org/10.33588/rn.56S01.2012652>>.
- (2015): *La ansiedad en el autismo*, Madrid, Alianza Editorial.
- POSTORINO, V.; KERNS, C.M.; VIVANTI, G.; BRADSHAW, J.; SIRACUSANO, M. y MAZZONE, L. (2017): “Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder”, *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, nº 12, <<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0846-y>>.
- SÁNCHEZ, M.S.; ALONSO, Y.; y ALCANTUD, F. (2018): “Análisis de las estrategias de evaluación de la ansiedad en niños/as con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)”, En MOLERO, M.M.; PÉREZ-FUENTES, M.C.; GÁZQUEZ, J.J.; SIMÓN, M.M.; BARRAGÁN, A.B.; MARTOS, A.; y SISTO, M. (ed.), *Intervención en contextos clínicos y de la salud*, España, pp. 89-96.
- SPIELBERG, C.D.; GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R. (1982): *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*, Madrid, TEA Ediciones.
- TIRAPU-USTÁRROZ, J.; PÉREZ-SAYES, G.; EREKATXO-BILBAO, M. y PELEGRÍN-VALERO, C. (2007): “¿Qué es la Teoría de la Mente?”, *Revista de Neurología*, vol. 44, nº 8, pp. 479-489. <<https://doi.org/10.33588/rn.4408.2006295>>.
- VAN STEENSEL, F.J.A.; BÖGELS, S.M. y PERRIN, S. (2011): “Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis”, *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 14, nº 3, pp. 302-317, <<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>>.
- VIDRIALES, R.; HERNÁNDEZ, C. y PLAZA, M. (2018): *Empleo y Trastorno del Espectro del Autismo: “Un potencial por descubrir”*, Madrid, Autismo España, <[http://www.autismo.org.es/sites/default/files/un\\_potencial\\_por\\_descubrir\\_digital\\_baja\\_cuerpo\\_junio\\_o.pdf](http://www.autismo.org.es/sites/default/files/un_potencial_por_descubrir_digital_baja_cuerpo_junio_o.pdf)>.
- VIGNOLO, J.; VACAREZZA, M.; ÁLVAREZ, C. y SOSA, A. (2011): “Niveles de atención, de prevención y de atención primaria de la salud”, *Archivos de medicina interna*, vol. 33, nº 1, pp. 11-14, <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>>.



# Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados

## **Raquel Lázaro**

Directora de Cultura y Liderazgo, Matia Fundazioa

## **Sandra Pinzón**

Profesora, Escuela Andaluza de Salud Pública

## **Pura Díaz-Veiga**

Investigadora, Matia Instituto  
pura.diaz-veiga@matiafundazioa.eus

## **Maidar Azurmendi**

Responsable de Cooperación, Matia Fundazioa  
Investigadora, Matia Instituto

## **Alberto Uriarte**

Responsable del Servicio de Valoración, Matia Fundazioa

**Ikerketak, COVID-19 krisialdian, Pertsona Ardatz duen Arreta ikuspegia aplikatzen duten adinekoen egoitzetako 146 profesionalen esperientzia aztertzen du. Krisiak mundu-mailako ondorioak izan zituen orokorrean eta pertsona ardatz duten arreta-eremuetako lotura-harremanetan aldaketa bortitzak eragin zituen. Hauek berreskuratzen dituztenak, parte izatearen sentimendua, xedea, lantaldea, konfiantza eta jarrera positiboa dira. Informazioa, parte-hartzea, aitortza eta topaguneak izatea ongizatea sustatzeko estrategiatzat jotzen dira, ez ordea osasun larrialdietan soilik, baita pertsona ardatz duten testuinguruetan ekintza egonkor gisara ere.**

### **GAKO-HITZAK:**

**Pertsona ardatz duen arreta, adinekoak, COVID-19, egoitzak, eguneko zentroak.**

Este artículo analiza la experiencia durante la crisis de la covid-19 de 146 profesionales que aplican el enfoque de atención centrada en la persona en residencias de personas mayores. Según los testimonios, la crisis tuvo efectos globales y provocó un cambio brusco en los vínculos relacionales sobre los que se sustenta la atención centrada en las personas. La certeza que recompone estos vínculos se encuentra en la pertenencia, el propósito, el equipo, la confianza y una actitud positiva. La información, la participación, el reconocimiento y los lugares de encuentro se identifican como estrategias promotoras de bienestar, no solo en situaciones de emergencia sanitaria sino también como acciones estables en contextos de cuidados centrados en las personas.

### **PALABRAS CLAVE:**

**Atención centrada en la persona, personas mayores, covid-19, residencias, centros de día.**

## 1. Introducción

En las personas mayores que viven en centros residenciales se ha evidenciado una especial vulnerabilidad frente a la enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 y un peor pronóstico asociado a sus condiciones de salud y a las condiciones del propio entorno (Roqué y Coll-Planas, 2020; Deusdad, 2020). Las medidas restrictivas que se han puesto en marcha para evitar la propagación del virus en las residencias han derivado en la interrupción de las rutinas diarias, en la reducción de la interacción social, en la limitación del acceso a las redes de apoyo y en la suspensión de las actividades agradables y estimulantes que se realizaban a nivel individual o grupal en estos centros (McMichael, 2020; Armitage y Nellums, 2020). El efecto de estas medidas ha sido especialmente negativo para las personas con demencia, que han mostrado su desorientación, confusión, exacerbación de los trastornos de conducta y el incremento de síntomas neuropsiquiátricos como los delirios, las alucinaciones y la agitación, entre otros (Deusdad, 2020).

A su vez, las trabajadoras responsables del cuidado en los centros residenciales se han enfrentado a desafíos extraordinarios en el día a día. Han asumido una sobrecarga en el cuidado que tiene un impacto potencial sobre su propio bienestar y el de las personas que cuidan. La situación en muchos momentos se ha vivido desde la amenaza y el miedo ante la incertidumbre, factores que afectan a su capacidad de ofrecer una atención compasiva y centrada en la persona (Houghton *et al.*, 2020; Stacey, 2020).

Estudios recientes muestran la falta de modelos de intervención que aporten elementos clave para prevenir, minimizar o revertir estos efectos, tanto en personas mayores como en los equipos profesionales que prestan cuidados (Bedford *et al.*, 2020; Kunzler *et al.*, 2020; Roqué y Coll-Planas, 2020; Stacey, 2020). Y es en este contexto en el que se propone este estudio que busca comprender la experiencia vivida por profesionales de una organización que aplica el enfoque de la Atención Centrada en la Persona (ACP), durante la primera oleada de la pandemia generada por la covid-19, para definir las estrategias de intervención en la mejora de la gestión emocional y del bienestar de las personas mayores y profesionales que les prestan apoyo y cuidados.

## 2. Método

Se llevó a cabo un estudio cualitativo a través de entrevistas individuales y grupales con profesionales de una organización privada sin ánimo de lucro, con más de 130 años de experiencia en la prestación de servicios a personas mayores en Gipuzkoa. En la última década, esta organización ha implantado el enfoque de ACP en sus centros y servicios (Lupianez *et al.*, 2015; McCormack y McCance, 2017).

El estudio se llevó a cabo durante el estado de alarma provocado por la covid-19. La información fue recogida del 15 de abril al 30 de julio de 2020. Participaron en el estudio 146 profesionales sociosanitarios (auxiliares, enfermeras, médicas, trabajadoras sociales, psicólogas, fisioterapeutas, directoras de residencias, personal de soporte y representantes sindicales). En todos los casos, la participación fue voluntaria y con el deseo expreso de compartir la experiencia vivida.

El tamaño de la muestra estuvo condicionado por la saturación de los temas emergentes durante la realización de las entrevistas. Aun así, las conversaciones se extendieron a todas aquellas personas que manifestaron su deseo de participar en el proceso, propiciando a través de estas conversaciones un espacio en el que integrar la experiencia, encontrar recursos personales y profesionales y generar aprendizajes. Las entrevistas fueron realizadas por videoconferencia, teléfono o de forma presencial, grabadas y transcritas, previo consentimiento de las personas entrevistadas, a quienes se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recogida.

Se utilizó la técnica de análisis del discurso para explorar los hechos significativos para las personas entrevistadas y cómo éstos contribuyen a la constitución de sus propias realidades sociales. Este tipo de análisis permite comprender las contradicciones que surgen en contextos de confusión y alto grado de incertidumbre y riesgo, como el que originó la covid-19. El análisis de las entrevistas se apoyó en NVivo 12.

## 3. Resultados

La codificación abierta de los discursos iniciales recogidos generó 86 categorías que se agruparon en ocho dimensiones que contribuyen a comprender la experiencia vivida durante la primera oleada de la pandemia (Ilustración 1). Se describen a continuación cada una de ellas.

### 3.1. Miedo

El miedo al contagio se genera y crece cuando se adquiere conciencia sobre la gravedad de la enfermedad y la necesidad de prevenir y controlar la propagación del virus en los centros. Y se normaliza cuando las medidas de protección y prevención se incorporan en la práctica profesional. El lavado de manos, el uso de la mascarilla y los demás equipos de protección individual (EPI) se incorporan al día a día y generan una cierta tranquilidad.

[...] es miedo, no sabes a qué, a lo desconocido, yo he vivido con bichos, he estudiado sobre esto, y los bichos no me asustaban, este sí, no lo conozco, el no saber, y tanta información contradictoria ya desde China, cómo evoluciona,



Fuente: Matia Fundazioa, con licencia Freepick.

de una manera, pero luego se hacen cosas que no, mi cabeza... va a su ritmo, miedo por esto, miedo por mi casa y miedo por mí.

Yo he vivido al principio esta covid con mucho miedo, con muchísimo miedo, el miedo era visceral, desde la tripa me salía el miedo, no sé si calificarlo de histeria, y no creo que soy intolerante, trato de ser empática, pero sí con mucho, con mucho miedo, con mucho temor por mí, por mi hija, que nos tenemos la una a la otra, por las dos, estamos las dos solas, y después por donde estoy trabajando, estamos trabajando con seres humanos, no estaba en una fábrica donde se cerraba y yo me quedaba tranquilamente en mi casa. También era prevenir y dar el mayor confort a la gente con la que estamos trabajando. He comenzado limpiando todo lo que se podía, las sillas todos los días para evitar que hubiese contagio en la manipulación, he hecho todo lo que estaba a mi alcance, sin tener conocimiento de nada, porque esto ha sido algo nuevo para todos, hemos ido improvisando a medida que ha ido avanzando la situación. Yo creo que desde el primer trabajador hasta el último hemos ido recorriendo este camino, a trancas y barrancas y hoy era una cosa y a los dos minutos era otra cosa.

La falta de EPI protectores de la enfermedad ha producido malestar, información contradictoria y cambiante en referencia a estos, corrillos de interpretación, “chascarrillos”, malos entendidos, inseguridad, miedo e indignación.

[...] primero qué mascarillas tuvimos, primero las blancas de tela, y ya se empezó a decir que la

FPP2 era la adecuada, y aquí aún con las de tela, se generaban corrillos, pues cuando salimos a fumar o a tomar el café, ahí si se hablaba, y se generó malestar de que no teníamos el material adecuado que se necesitaba. Cuando se empezó a traer de las buenas nos tranquilizamos.

El miedo a estar cerca de las personas residentes se ha manifestado al mismo tiempo que la responsabilidad de cuidar. Al final “tienes que tranquilizarte para tranquilizar al otro”. Hacer todo lo posible para minimizar el riesgo de contagio supone un reto cada día y, cuando se consigue, un sentimiento de orgullo y alegría.

Ahora ya nos vamos lavando un poco más las manos y siento más seguridad [...]. Yo siempre digo, si los residentes están bien, nosotros también estamos bien. O sea, que eso te da un poco de seguridad también en ti mismo y al estar tú bien... A veces siento más miedo cuando estoy en la calle que de estar dentro de la residencia.

El miedo a hacer algo mal y contagiarse tiene estrecha relación con la información necesaria para actuar con seguridad. Asimismo, la falta de EPI incrementa la percepción de vulnerabilidad y el miedo al contagio.

Luego está el tema de los equipos de protección, el tema de las mascarillas, de la sensación de vulnerabilidad, que la seguimos teniendo, no sabemos si tenemos mascarillas, si no tenemos mascarillas, de repente sale un protocolo que los de más de sesenta tenemos que usar un tipo de mascarillas, son súper incómodas, para comunicarte con el paciente es súper incómodo,

no nos reconocen la cara, y no ayuda al tipo de paciente.

Para superar los miedos, los equipos se han volcado en su trabajo pensando solo en aportar lo mejor posible, con una sensación de cohesión y con el propósito de proteger y cuidar.

Yo creo que todo el mundo nos hemos volcado, hemos dejado nuestros miedos y hemos pensado en aportar y hacer lo mejor posible. Y en nuestro caso, quizá somos un equipo que estamos muy unidos, que estamos todos a una y bueno, de lo malo, malo, hemos vivido aquí...

Las rutinas de trabajo se han visto alteradas por el miedo al contagio, generando divisiones entre los equipos de atención directa en planta y los equipos interdisciplinarios. Esto en ocasiones ha producido una vivencia de abandono y soledad en el personal.

La gente que ha trabajado en planta y no en unidad de covid, que han estado más acompañadas, si han sentido ese desamparo de la gente de la zona cero, de la inter; no es que tengan que venir a hacer tu trabajo, es que vengan a preguntarte qué tal vais, cómo estáis, que esto la monitora si lo ha dado, y siempre disponible, pero otra gente no ha venido ni a preguntar qué tal estamos.

El miedo, el enfado y la tristeza se perciben mal en los equipos. Muchas veces la susceptibilidad ha sustituido a estas otras emociones, generando conflictos internos. En este contexto, las personas entrevistadas han expresado la falta de espacios para compartir experiencias. Aunque las personas se han apoyado unas a otras, hablando de sus propios miedos y necesidades, se expresa una necesidad de algo más, especialmente en el futuro más próximo.

No hemos tenido momentos donde la gente manifieste sus miedos, sus bajones, sus llores. Cuando digo la gente pues digo el personal auxiliar o yo, y bueno esto nos ayuda a volver a ser un todo.

### 3.2. Carga emocional

Esta dimensión aflora en las conversaciones como dimensión central. El estrés generado en esta crisis se ha sumado al que ya de por sí tienen las personas que trabajan en los cuidados. El trabajo en los cuidados genera una percepción de insuficiencia, de falta y de culpa, que confronta y frustra continuamente nuestra creencia de poder hacerlo.

Ahí es cuando me derrumbé y dije, ostras, lo que está ocurriendo aquí... Luego hay momentos de bajón, de bajón... Luego hay otros momentos que estás neutra porque estás en la tarea y estás centrada en lo que tienes que hacer y ni sientes, ni padeces. Pero luego, de repente, se te remueve

el estómago cuando ves que tienen que hacer trece frotis y tienes que esperar el resultado... y ahí se te remueve el estómago y piensas en lo peor y otra vez te da el bajón.

La situación que se ha vivido en los centros ha supuesto una carga de trabajo y una carga emocional mayor de la que había en las rutinas habituales de acompañamiento y cuidados, y se ha mantenido en el tiempo.

Estás más agobiada al final, porque ya llevas el agobio general, para que encima esto, que luego son trabajos del día a día, pero si tú ya vas agobiada de por sí, por ti misma, de todo lo que está pasando, eh, me dicen, me reclaman, si tienen alguna duda, vienen a mí, las dudas de EPI han ido a enfermería, a mis dudas del día a día, rutinarias acumuladas al agobio.

La preocupación extrema por evitar los contagios y proteger a las personas en el entorno residencial ha supuesto largas jornadas de trabajo con altos niveles de estrés. Un tiempo lleno de altibajos, donde ha habido desgaste, evidenciado en el cansancio, la dificultad para pensar y, en algún caso, crispación y derivación inadecuada de la frustración.

Las necesidades del personal auxiliar han aumentado [...], todos los usuarios están en sus habitaciones, hay que dar de comer en sus habitaciones, el tema de las comidas, hay que llevarla a todas las habitaciones, y un sinfín.

Los equipos profesionales han buscado un escape en hacer lo que, por otra parte, resultaba imprescindible, los primeros días con jornadas de trabajo interminables que luego han empezado a normalizarse.

Los primeros días era hacer, hacer, hacer, a las siete, ocho de la tarde, ya cansados, como pollos sin cabeza [...] mal. Bueno [...], intentábamos hacer lo que nosotros habíamos entendido de lo que se nos enviaba de servicios de apoyo, pero muchas veces sin realmente pararnos y ver si aquello que estábamos haciendo estaba bien, no estaba bien... En nuestro caso, ¿esa teoría es aplicable? O puede haber el sentarnos y pensar [...] ¿esto es lo único que hay?, las pautas han ido cambiando todos los días.

El entorno también afecta, las noticias, los comentarios, las interpretaciones, etc.

Estás con miedo [...] hay mucha desinformación, por una parte, y demasiada información en la televisión, por otra. En todos los sitios te hablan de lo mismo. Te están hablando en todos los programas, cada uno te dice una cosa [...] yo creo que entras en un bucle.

Aunque las medidas de prevención y control de la infección se iban incorporando a la práctica

profesional y han llegado a estar más normalizados, la carga emocional y física que han generado en el día a día ha sido elevada. Las condiciones no han sido y todavía no son las óptimas.

[...] cuando me puse la mascarilla, que trabajamos en la UPSI (unidad de psicogeriatría), yo dije, pero esto es inhumano, la expresión no verbal es más importante que lo que estoy diciendo, porque normalmente solucionas mucho con una sonrisa, y ahora, te ponen un parapeto, así, y claro, ellos entre que no ven bien, estás con las gafas empañadas, la cara tapada, no nos escuchamos bien, y dije, ¡esto! ¿Vamos a trabajar así? Luego, cuando tuve ya la percepción de que esto es muy grave, la mascarilla es lo de menos, ahí yo pasé miedo de llevarlo a casa, de traerlo aquí, miedo por mí, con toda esa mezcla tuve una rebeldía interior, estamos haciendo las tareas como si no pasara nada, algo debería estar cambiando aquí, compañeras más van a desaparecer, si no soy yo, porque alguna se va a contagiar, faltan sanitarios en todos los sitios, en esta situación con gente inexperta, con el agobio que no duermes bien, ay dios mío, ¿están todos bien?, es muy duro trabajar como auxiliar y con los EPI cuando hay un sospechoso, muy duro es, yo sé que el equipo nos entienden muy bien, pero no es lo mismo entendernos que estar ahí, no es lo mismo hacer un aseo que hacer una cura. Meterse en el vapor de una ducha con una EPI completa, que te ahogas entre las dos mascarillas, las gafas, el plástico, aparte del trato humano, la situación física tuya está al límite, sales que me mareo, y esto se añade a todo lo demás, no puedes ir a ningún sitio, yo creo que nuestra labor ha sido muy dura.

Los cierres de algunos servicios como los centros de día y el servicio de valoración de la dependencia entre otros, han supuesto graves trastornos a las familias.

[...] situaciones angustiosas las que me están contando; hablaba ayer con una persona, estaba cuidando a su hermana con un tumor cerebral, a su madre con una hemiplejía, tiene dos críos pequeños, y su mujer que trabaja fuera, sin poder saber si van a tener acceso a algún tipo de ayuda, eso sí es angustioso, y viendo cómo se deterioran.

Es importante señalar la necesidad de incrementar los niveles de tolerancia, comprensión y empatía para bajar la exigencia y el sentimiento de culpa, otras dos grandes compañeras que generan angustia en el mundo de los cuidados.

Hubiéramos necesitado un poquito más de empatía de nuestros compañeros, pues, por ejemplo, sabiendo cómo andamos con los recursos, pues que se rebaje un poquito esta... y cómo está este caso, y qué va a pasar, que le quiero dar el alta... Oye, que ya te he dicho, ¡ayyyy! ¡qué mal!, son formas de trabajar diferentes, nos

retrasan, ellos no se adaptan a nosotras, somos nosotras las que nos adaptamos a sus formas de trabajar, y claro, es un cambio y depende con quien te pille, pues en fin...

Ante el sentimiento de incertidumbre, aparece la necesidad de certeza. Volver a vincularse a través de restituir la relación, vínculos donde poder reconocerse y, desde este reconocimiento, generar rutinas significativas.

En la desescalada comienza la tensión de nuevo, las personas quieren estar con sus familias, amigos, allegados, y a la vez temen por el contagio por la posibilidad de traerlo al centro. El conflicto interno continúa.

[...] yo quiero estar con mi familia, con mis amigos, tengo muchas ganas, pero si lo hago y ¿si lo pillas?, es el miedo a traerlo aquí, entonces esto a mí me genera tensión y sentimiento de culpa, bueno no es mi culpa, pero sí me siento responsable, es necesario tener el apoyo de los míos, pero también me parece una irresponsabilidad, es algo contradictorio que está dentro de mí.

Situaciones conflictivas en la toma de decisiones que se han superado gracias a la comprensión del momento, pero que pueden aflorar cuando se vuelva a la normalidad.

Ha habido conflicto [...] creo que no tenemos que estar pensando por qué esta no me cae bien, o que sea prejuiciosa. Yo creo que no tenemos que caer en eso, estábamos en lo que estábamos. Tenemos que pensar que si una persona te alza la voz es porque estamos todos en tensión, con miedo, y hay que entender lo que te pueda afectar, y que seguramente si estás delicada, te va a hacer llorar, pues igual también...

Los conflictos han sido una parte importante en la gestión de la frustración.

[...] aquí nos hemos enfadado todas, hemos llorado todos, todos hemos tenido un día de crisis, de buah, ¿qué es esto?, triste, de sentimiento de querer hacer bien mi trabajo pero no poder, ha sido muy duro, muy preocupados por los temas de los EPI, yo me iba a casa llorando casi todos los días, yo no puedo estar delante de todo el personal serena sabiendo que no tenemos material y que tenemos resultados positivos, andamos como andamos, mal, rabia, un poco todo, rabia, tristeza.

El apoyo entre compañeras, poder comentar los casos complicados, encontrar pequeños espacios de apoyo emocional en el equipo y ser escuchadas... Cada persona ha buscado sus propios mecanismos de integración, algunas en el entorno laboral, otras buscando ayuda profesional y muchas incluso en su entorno familiar. La experiencia se ha vivido

como una etapa de arduo aprendizaje personal y profesional.

En las situaciones de aislamiento preventivo por contacto estrecho con casos positivos, o por convalecencia por covid-19, se ha vivido desde la distancia con menor intensidad, pero con una gran ambigüedad. La frustración por no poder compartir la tarea con las compañeras que están en activo. A estas reflexiones se suma la convicción de poder contribuir a la vuelta con más fuerza.

[...] ya le he dado la vuelta a tener que estar aquí confinada y sé que voy a volver descansada para poder ayudar más a las compañeras que están ahí al pie del cañón.

El hecho de haber vivido esta situación de aislamiento genera una mayor empatía con la vivencia de las personas que están en los centros, una mayor capacidad de comprender.

Las personas mayores todavía lo tienen peor, ellos están cada uno en su habitación, unos con tele otros no, pasar las veinticuatro horas del día ahí solos, porque no podemos darles mucho apoyo, estamos a falta de personal para poder dar un buen servicio, lo que necesitan, muchísimas horas solos en las habitaciones, tiene que ser terrible, yo lo estoy viviendo y es horroroso, tendría que haber un refuerzo. Pasar la vida sin hacer nada [...] no quiero así una vejez, no quiero ese fin para mí, personas totalmente capacitados para hacer un montón de cosas están supeditadas a no hacer nada. ¿Qué más podemos hacer?

Las situaciones de final de vida han generado también estrés en los equipos profesionales. El final de vida se vive habitualmente en los centros con una participación de las personas que tienen relación con la persona que va a fallecer y su familia. Sin embargo, la situación de alarma cambió completamente las prácticas profesionales,

Creo que también llevamos mal la muerte y el mirar desde la puerta y no poder acercarse a dar la mano y esa personalización, esa incluso diría que en más de un momento dignidad, porque claro, cada cuánto tiempo me acerco yo a ver si esa persona siente frío, o está sudando y le tengo que cambiar las sábanas. [...] ¿Qué confort tiene esta persona?, teniendo una persona en situación paliativa en planta, no debe acercarse más allá, no debe tener una relación, pues complicado, complicado, y esto está saliendo poco, si está, pero cuesta hablar de ello. Esto es muy duro, muy duro, estas personas llevan años viviendo con nosotros. [...] Frustración, ¿cómo no vamos a tenerla?

Estamos acostumbrados a los fallecimientos, pero no tantos de golpe. Y de repente es tan impersonal, sin hacerles mucho caso [...] no hay tiempo para que las familias puedan venir, que

puedan estar todos de visita, que tú puedas ir a la habitación a estar con la familia, no sé, no hay.

Sí, hay dolor, hay lágrimas, hay sentimientos, hay silencios y una necesidad grande de poder acompañar todo esto y de ser acompañados.

¿Cómo estoy viviendo esto? [...] bueno, al principio, bueno al principio y ahora, esto está siendo muy duro, por lo que se vive, les ves a ellos que claro, echan de menos a sus familias, que no pueden estar, intentas dar todo el cariño posible, intentas hacerte la fuerte, pero sales de aquí y te derrumbas, ya me estoy empezando a derrumbar ahora contigo [...], más de una cuando salgamos de aquí necesitaremos atención seguro, atención psicológica seguro, porque todo te lo llevas a casa y llegas a casa y empiezas a llorar, y empiezas a llorar y te preguntan ¿qué te pasa? pero es difícil de explicar [...] que se te van [...] y [...] no puedes hacer nada. [...] y eso pues un día tras otro, tras otro, me duelen muchas cosas, me duele la forma en que se mueren, la forma en que tienes que sacarles de allí, es muy triste todo, intentas estar con ellos agarrándoles la mano y que no se vayan solos, se les llevan de aquí les clavan la caja y ya está, sin funeral ni nada [...]. Hay situaciones en las que se te rompe el alma, se te rompe el alma.

Y ahora, ¿cómo curamos el resto? ¿Cómo curamos el cansancio físico? Todo el estrés acumulado, toda esta tensión cuando empiece a relajarse...

Es difícil, como profesionales, ver partir a una persona a la que se ha acompañado durante tiempo; quizás haya que aprender que acompañar no es luchar, ni salvar. Acompañar con la intención de mejorar el bienestar, acompañar es estar al lado, disponible. Se requiere presencia, atención y escucha.

[...] hoy ha fallecido una que ya había superado la enfermedad y hoy se ha muerto, después de luchar y sacarla, nada, ves que no... te da muchísima rabia.

Otro vínculo roto como es la prohibición de visitas de familiares desplaza a los equipos la responsabilidad total del acompañamiento, con una incertidumbre acerca de cuál debe ser la actuación profesional en esos momentos, en los que, además, el riesgo de contagio es alto. El sistema de cuidados sin las familias no se sostiene.

[...] me parece muy duro que una hija no pueda venir, que te llame, que su madre ha sido trasladada a las cinco o seis de la mañana y que a las cinco de la tarde te llame y te diga, ¿sabes algo de mi madre?

Las decisiones de las Administraciones Públicas a veces contradictorias con respecto al cierre de servicios, la imposibilidad de derivación o de asignación de una plaza residencial, han

incrementado las situaciones de estrés profesional provocado por el conflicto interno entre lo que puedo hacer y lo que sé que quiero hacer porque es la necesidad de la persona. Conflictos con las familias, conflictos entre las profesionales.

En nuestro trabajo, por ejemplo, hemos visto que Osakidetza para nosotras ha respondido fenomenal, o sea de reorganizarse, de dar salida, de un hospital a otro, todo como muy bien explicado; sin embargo servicios sociales, han cerrado las puertas, o sea, no hay salidas, y para nosotras que nos toca orientar y derivar, está siendo de lo más complicado a nivel profesional porque es un conflicto importante, estando dando altas al domicilio cuando no son usuarios de volver al domicilio, eso nos está creando mucho conflicto personal y también conflictos con las familias.

Y esto mismo en cuanto a protocolos. Gestionar las fuerzas opuestas del sistema en un “tú a tú relacional”, no es fácil, menos en una situación de necesidad y urgencia. La pérdida de autonomía, la pérdida de la personalización. Cuando se está en la urgencia aplicando el protocolo es difícil ver al otro, estos protocolos, en ocasiones entran en contradicción con una filosofía de atención desde la personalización, la autonomía y la dignidad. También se evidencia la seguridad que da un protocolo que ha podido ser pensado por quien lo tiene que aplicar, un protocolo interiorizado.

No estamos acostumbradas a trabajar así, con esta rigurosidad así, de protocolos, de sectorizar, bajo esta campaña de... no médica, es que no sé cómo decirlo, de seguir al pie de la letra lo que nos están diciendo, cuando nosotros siempre cuestionamos todo, siempre discutimos todo, y vamos más allá [...]; esa pérdida de autonomía... ¿Hay que hacerlo?, pues se hace, pero... el protocolo te lo imponen, pero no se ha preguntado a ninguna persona si querían hacerse el test, vienen y hala, y todos al test [...]. ¿No podemos preguntar a las personas si quieren arriesgarse en la vida?

Hay miedo también a contactar con algo profundo que haga derrumbarse, perder el control, y no poder seguir “en la lucha”, como si hubiera resistencia a contactar con las propias emociones, ¿Cómo podremos entonces integrar la experiencia para seguir adelante? ¿Cómo podremos empatizar con otro si no lo hacemos con nosotros mismos?

[...] tengo miedo de llegar al fondo y quedarme allí sin poder reaccionar, así que, si tengo que llegar al fondo prefiero hacerlo después de que todo esto haya pasado, miedo a meterme en el fango y no poder responder ahora que se necesita.

Después de esta etapa, cuando se pueda parar, será necesario incorporar estrategias que permitan a las personas descansar, integrar, dar sentido a lo vivido,

restituir la relación en espacios para la reflexión y la comprensión, donde se puedan mantener conversaciones tan difíciles como necesarias que nos ayuden a restituir los vínculos, y restituir las rutinas, esta vez desde la calma. Parecen ser tiempos de oportunidad.

[...] trabajando con personas tenemos que estar bien, ahora toca estar más calmado que nunca, ahora no toca alterarnos, no toca alterarnos porque si no, no ayuda en un día a día que tu no estés bien, hay que trabajar, hay que sacar un servicio adelante trabajando con personas.

Para mí ha sido una película de terror, un baile de emociones dentro de mí, todo el rato diciéndome, no rumies, me he acordado mucho del programa de meditación, eso me ha valido para estar serena.

Nos hemos sentido solas abandonadas aquí arriba, las de abajo, la directora encerrada haciendo protocolos, que los tenía que hacer, ¿eh?

### 3.3. Cambio y adaptación

Al principio fue un *shock* para todos. Desde la comisión de crisis se elaboraron los protocolos que venían de diferentes administraciones, a veces contradictorios, con un objetivo común, salvaguardar la vida. Sin embargo, en organizaciones que trabajan en el marco de la ACP, donde cada persona es única y el abordaje es personalizado, no hay protocolo que sostenga este enfoque ni sistema formal que lo respalde. Se trabaja lo informal para fomentar el vínculo y la relación. Y es que en la gestión de la covid-19, y en aras de la seguridad, se ha desviado el foco de la personalización, del fomento de la relación, del vínculo, se han roto rutinas, sacando a las familias y voluntarios de ellas. La percepción de confianza y certeza disminuye, así como la percepción de bienestar.

Los primeros días dices, bueno vale, vamos a hacer, seguimos los protocolos, luego los nuevos los tenemos que estudiar, y cada vez los van cambiando de día a día. Vino Arantxa, nos dio la formación, súper bien, pero es que claro, desde la propia diputación y Osakidetza iban cambiando los protocolos porque ellos van también a ciegas. La sensación es que nosotros también íbamos un poco a ciegas [...], empezamos con una visita de una hora al día, llamamos a todo el mundo y de repente a la tarde recibimos un correo, que no, que las visitas se han cancelado. Vuelta a empezar, claro, hay que avisar a todas las familias, nos quedamos hasta tarde avisando.

En todas las conversaciones se hace referencia a la exigencia de adaptación en esta etapa de pandemia. Los profesionales han tenido que adaptarse a las circunstancias constantemente, y a ello ha ayudado

el paso del tiempo, el apoyo encontrado en el equipo, la información recibida, la percepción de certeza que ofrece todo lo anterior y que de alguna manera encamina la aceptación de la realidad. La adaptación al cambio se vive como un proceso en el tiempo.

Una primera etapa, en febrero-marzo, en la que empezamos con las medidas, se prohibió la visita a las familias. Hoy te lo pongo en color naranja porque veíamos el peligro, pero no sabíamos hasta qué punto iba a venir, qué iba a pasar luego, a la segunda etapa marzo-principios de abril. Las noticias tan terribles que hemos tenido, hoy te lo pongo de color rojo, rojo. La etapa de miedo ha seguido y ahora estamos en el color verde. Estamos viviendo una etapa de esperanza que vamos a recuperar, van a recuperar sus vidas, vamos a recuperar nuestras vidas y todo va a ser como antes. La siguiente etapa, azul, será la calma, la tranquilidad [...], la normalidad, la rutina, la vuelta a nuestras familias, un poco de visitas, la vuelta de nuestros voluntarios...

Cuando se suspendieron las actividades del voluntariado y las prácticas profesionales, se empezó a vivir una sensación de incertidumbre en los centros. Pero en el momento en que se prohibieron las visitas de familiares, se generó un miedo importante entre las personas residentes al no poder contar con ellas. Esta etapa dio lugar a una tercera en la que personas mayores y profesionales empezaron a adaptarse a las nuevas rutinas y a tener esperanza de recuperar sus vidas. La esperanza en la recuperación de la normalidad es un acicate que ayuda a seguir adelante.

Sí, sí, aguantamos, porque sabemos que pronto volverá la normalidad, eso queremos, que las cosas sean como antes.

La percepción del cambio es diversa, incluso se perciben cambios positivos, abriendo nuevos horizontes.

Nosotras hemos vivido más el cambio, veníamos de una unidad donde todos tenemos la misma filosofía y de repente tenemos que volver a subir que es de donde nos fuimos con una situación muy compleja, pero creo que ha sido positivo. Yo no estoy trabajando con mi equipo habitual, las echo muchísimo de menos, porque todas hablábamos el mismo idioma, el hecho de que el control esté en mitad de la planta hacía que el contacto con los pacientes fuera constante, solíamos tener tres y cuatro sillas para los pacientes que se sentaban allí, eso no ha sido así en esta nueva situación. No he tenido enfermeras del equipo conmigo, pero sí a todas las auxiliares y con ellas no me he sentido sola... cambios físicos, todos.

Los cambios han afectado también a los calendarios de los profesionales, derivados de las medias de adaptación y recomposición de los equipos, como de la necesidad de conciliación familiar. La vuelta a la

situación anterior es esperada y ayuda a tolerar los cambios.

Aquí hay muchas enfermeras que se les ha cambiado el calendario totalmente de arriba a abajo, y no ha habido la mínima protesta, porque es una situación especial, y todo el mundo entiende la diferencia que hay, sabemos que todos volveremos a la situación anterior y esto hace que todos toleremos bien los cambios que está habiendo.

Ha sido un periodo de cambios constantes, al principio centrados en la tarea, sin orden y con sensación de caos. Pero poco a poco, los equipos han ido adoptando los protocolos y se han adaptado a las nuevas rutinas. Las profesionales se han adaptado de una forma rápida, asumiendo diferentes roles tanto en la preparación de nuevos espacios físicos como en procurar mantener los vínculos que generan bienestar.

Estamos más centradas en videollamadas y en informar a las familias, nos dedicamos también a eso.

Se generó una unidad móvil en la primera planta. Entonces teníamos claro que la teníamos que vaciar porque ya teníamos tres habitaciones libres en esa unidad y se eligió esta porque había oxígeno en la pared [...]. Entonces era poco a poco ir vaciando esa zona. Es un pasillo largo, empezamos desde el fondo [...] y decíamos hoy a quiénes vamos a cambiar y qué movimientos podemos hacer, las rutas, mirando toda la casa y cómo lo teníamos que ir cambiando...

Todos estos cambios se han realizado gracias a la participación, buena voluntad y expectativas de volver a una normalidad, tanto de profesionales como de las personas que viven en los centros y sus familias.

La gente se ha adaptado muy bien, pero el mensaje no ha de quedar ahí, porque nos hemos dado cuenta de que se ha perdido mucho, quizás hay gente con más cinchas, porque la estructura física del módulo así lo requiere, que no esté cerrado genera problemas, que no vengan familiares es un añadido, ellos por su situación necesitan el contacto afectivo de los suyos. ¿A cuántos de ellos dejamos entrar, a uno, a dos, quién sé, quién no?, es un tema secundario al proceso que hay, pero hay que gestionarlo también. Toda la gestión de lo que se pierde y de los riesgos es una cosa que estamos asumiendo nosotros.

A esta reorganización de espacios se sumó la gestión de los fallecimientos. Personas que llevaban años viviendo en una habitación y tuvieron que ser trasladados en sus últimos momentos.

Y luego los positivos que iban saliendo se intentaban derivar, pero si no, había que ir



bajando a la primera. Mientras tanto, gente que falleció y entonces a esas personas también, por sus enseres, sus cosas, también nos interesaba vaciar esa habitación, desinfectar, y seguir vaciando...

Se limitaron los movimientos de profesionales del equipo interdisciplinar para evitar su rotación entre unidades y disminuir el riesgo de contagios cruzados.

Hemos estado ayudando a enfermería cuando hacía falta, porque se puso toda la casa a coger temperatura y saturación, con todo lo que eso supone. También se puso un refuerzo de enfermería, pero aun así se requería de mayor apoyo [...]. Lo que nos ayudó, creo, fue que a primera hora de la mañana nos reuníamos todos y veíamos qué había que hacer y nos repartíamos todas las tareas.

Destaca la capacidad de adaptación que han tenido las personas residentes, cumpliendo los protocolos y aceptando el devenir.

[...] ¡tienen un poder de adaptación! [...] un ejemplo a seguir, ellos los primeros, y luego las familias también.

La capacidad de cambio y la adaptación en la urgencia han sido posibles por la implicación de las personas. No obstante, esta adecuación abrupta que ha implicado cambios de rol importantes, largas jornadas y niveles de estrés elevados, ha de ser sostenible en el tiempo. Debemos pensar cómo normalizar en nuestro día a día esta situación para poder seguir trabajando en el acompañamiento a las personas para mejorar su bienestar.

### 3.4. Sentido de pertenencia, propósito y equipo

Se identifica el trabajo en equipo en torno a un propósito común como fuente de bienestar y reconexión con el para qué estamos aquí. Es también fuente de satisfacción al estrechar las relaciones humanas tanto dentro del equipo como con las personas residentes y sus familias.

Hay testimonios en casi todas las conversaciones del sentido del para qué estamos aquí, a qué nos dedicamos, el propósito de acompañar a las personas en su proceso para mejorar su bienestar, y ese contacto tiene que ver con poder ver a las personas, no a las personas como grupo, sino a cada una de ellas como tal para vincularnos.

[...] no sé realmente lo que ocurre ahí, sí que tengo muy claro en qué momento ocurre, dónde teníamos que atender a una persona y nadie lo hicimos, y ... ¡ostras!, si nosotros nos dedicamos a esto, [...] no nos dedicamos solo a lavar la ropa, o a atender solo a familias, a cambiar de habitación, a seguir el protocolo, no nos dedicamos solo a rellenar planillas, nos dedicamos a acompañar

a las personas, y a esta mujer le teníamos que haber sacado de esta habitación, o no, pero lo que está claro es que algo que todos y cada uno de nosotros entendíamos que es la prioridad para nosotros, las personas que viven en el centro, nadie pusimos delante de nuestra tarea y nuestra actividad, [...] cada uno estaba con lo suyo. Cuando ella entra en nosotros como ella, cuando la podemos ver, es cuando nos damos cuenta. Por supuesto que la encargada tiene que tener la ropa lista, la directora las planillas hechas y la enfermera las curas a tiempo, eso tiene que estar, pero... ¿qué está por delante, las personas o la tarea? Creo que como las auxiliares son las que atienden las necesidades en primer orden de las personas, nosotros como equipo despertamos, y nos dimos cuenta de que tenemos que priorizar más que nunca, a esta persona, a esta otra, a la que da positivo, a la que está en una situación paliativa y a su familia, a la que va a un hospital le tenemos que dar el móvil para que pueda hacer llamadas, y su neceser, la personalización, dejar de atender al grupo de personas mayores y atender a la persona.

Las personas han mostrado su lado más humano, lo mejor en aras de la tarea diaria.

Porque lo que necesitamos es estar todos juntos, unidos, y yo creo que lo hemos conseguido. Lo estamos consiguiendo a todos los niveles y creo que, gracias a eso, pues esto pasará pronto. Yo personalmente lo necesito.

Yo creo que la voluntad de todo el mundo se nota, aquí a muchas enfermeras se les cambió el calendario totalmente de arriba abajo y no ha habido la más mínima protesta. Y eso está bien, porque es una situación especial y todo el mundo entiende la diferencia que hay.

Los problemas que han surgido en cada momento se han resuelto hablando, buscando soluciones entre todos. Ha habido claras muestras de tolerancia, solidaridad y aceptación de las situaciones, respetando los ritmos de cada persona. Nuevos roles, nuevos equipos, soluciones distintas para nuevas necesidades.

Si es estar todos en la reunión y ¿qué hace falta hoy? Que todo el mundo estemos arrimando el hombro y decir que estamos. ¿Qué hace falta? ¿Qué hay que hacer? Que todo el mundo levante la mano ya.

La situación no solo unió a los equipos profesionales, sino que además embargó a todas las personas de una sensación de pertenencia a algo superior.

Lo que no se había visto antes. Porque antes igual hola y adiós. Y no conocías prácticamente a los vecinos muchas veces. Y ahora sales y todos juntos aplaudiendo. No por esta causa, por los sanitarios o por los cajeros, o por los

transportistas o por los médicos, los policías, es igual, pero estamos todos unidos.

No toco nada en el portal; por ejemplo, no utilizo el ascensor porque estoy pensando en mis vecinos a los que tengo que cuidar.

Pertenece todos a esto, o sea, estos son nuestros mayores, estos son nuestras familias y este es nuestro equipo, nuestro objetivo.

El sentimiento de pertenecer a algo en lo que cada uno tiene un sentido en sí mismo y lo tiene también para el equipo, para la unidad, donde lo que se da y lo que se recibe está en equilibrio.

[...] para el trabajador un cambio es lo mismo, es la sensación que tengas tú de estar en la fundación, cuál es mi sitio, cómo participo en esto, si soy más o menos importante o si quiero serlo o no [...]. Matia te da mucho, tú has elegido venir a trabajar y con sus cosas buenas y malas y si no vete a otro sector, no puedes trabajar amargado, si no, cambia...

Las personas que viven en los centros han demostrado también sus ganas de luchar, su necesidad de contribuir y sentirse útiles, contribuyendo al bien común. El propósito de los equipos profesionales ha sido mantener los vínculos con las familias y las actividades significativas para las personas usuarias recomponiendo sus rutinas.

Tenemos alguna señora que ahora, por ejemplo, estamos con el rosario, todos los días rezamos el rosario. [...] Otra nos ha dejado el piano, ella dice que se siente mejor porque estamos tocando su piano y gracias a ese piano, por la tarde, escuchan música los que quieren. También hacemos sesiones de cine y el otro día nos ayudó a elaborar una lista de películas de los años cincuenta y sesenta.

Profesionales de otros servicios han apoyado en la cobertura de necesidades en los centros residenciales donde ha habido contagio y más bajas del personal.

[...] el sentimiento de pertenencia [...], yo recuerdo algún comentario hace tiempo que personas de rehabilitación no sabían que aquí teníamos un centro, pues esta ha sido una oportunidad muy buena para conocer este centro, conocernos las personas, que aún tiene mucho más valor, de ponernos cara.

Se pone en valor la atención personalizada, en unidades pequeñas, los equipos pequeños, la no rotación, el rol de la profesional de referencia y la de la coordinación de módulo; en definitiva, se pone en valor todo aquello que propicie vincularse desde la relación.

Me gusta el trabajo de equipo, somos tres o cuatro en función de los turnos, pero también

me gusta individualizar los grupos, grupos más pequeños, para que puedas estar con menos personas, pero mejor; cuando esas horas muertas están por ahí colgando, estar con tres residentes haciendo algo que les gusta, y para nosotros es importante porque aportamos mucho más [...]. La gente rota cada vez menos, la rotación es un punto en contra, conocen a toda la casa, pero a la vez se pierde conocimiento del día a día, mucha información se pierde en el camino.

También está la importancia de conocer a las personas, de saber sus gustos, sus preferencias, su historia de vida, sus inquietudes, sus ideas, sus afectos, su necesidad de trascendencia.

[...] cuando estoy en la ducha, y le pregunto, ah, ¿qué perfume te gusta?, porque veo que tiene perfumes en la habitación, y me cuenta. Ellos saben de nuestra vida también, y nos preguntan, para mí es muy gratificante, y que me cuente, para ello hay que tener tiempo, [...] me acuerdo de un día que llevaba tiempo quejándose de la cena, y dos personas me decían que comerían un par de huevos fritos, que desde que estaban aquí no habían vuelto a comerlos, bueno, pues al día siguiente preguntamos si querían y preparamos la cena en la cocina de la unidad unos huevos fritos para quien quiso. Bueno, pues a mí cuando haga buen tiempo me gustaría ir a la Antigua, bueno pues lo preparamos también. A mí a misa, pero a la del pueblo, bueno pues con voluntarios lo hicimos. Tienes que indagar y compartir con el equipo esta información, y tener en cuenta que no a todo el mundo le gusta lo mismo, tienes que interesarte por su vida.

El apoyo del equipo se evidencia como una clave fundamental.

En el equipo siempre nos han aplaudido el trabajo que hemos hecho y eso me ha hecho sentirme muy bien.

Destaca así la importancia del equipo, el sentimiento de pertenencia a un equipo donde uno puede apoyarse y dar apoyo, contener y ser contenido, encontrar reconocimiento y ofrecerlo, preguntar lo que no entiende, encontrar otra visión y aprender.

[...] en todas las guardias un mensaje de todas, qué tal, qué tal vas, al final te anima, te ríes, hablas, ese apoyo, que es importante y lo hemos tenido.

### 3.5. Actitud positiva y confianza

La actitud positiva basada en la confianza en uno mismo, en el equipo, en la organización, en la vida, ayuda a superar el día a día, dando sentido a lo vivido.

Menos mal que me llevo lo positivo porque ha sido mucho más positivo y, de hecho, creo que se ha hecho un trabajo brutal desde todos los

departamentos. Yo también percibo que se ha hecho un trabajo increíble, increíble. Y los que están al pie del cañón...

Creo que en las crisis las personas se fortalecen [...]. Nos refuerzan estas situaciones, yo me lo planteaba así, como una etapa en la que hay que dar lo mejor de cada uno.

Bueno, pues a través de las noticias, todos los días intentas hacer una lectura del periódico contándole cómo están las cosas. Intentamos buscar buenas noticias positivas y siempre comparar con el día anterior. Luego hablan con sus familias, pues les dicen, bueno, ya estoy empezando a ir a trabajar, ya no estoy todo el día en casa.

[...] y siempre pensando en positivo, intentamos hacer reír, con algo de humor, que tengamos la mente ocupada, que no estén pensando en la covid todo el rato. Ahora nosotros somos su familia.

También hemos ganado en confianza, [...] estamos saliendo o hemos salido, no sé si airosos es la palabra, pero sí hemos tenido capacidad suficiente, creatividad, imaginación, recursos como para de alguna forma dar respuesta.

Destaca la actitud de las profesionales de servicios no residenciales, rehabilitación ambulatoria, valoración y centros de día, que han venido a apoyar a los centros donde se les ha necesitado.

Las ganas, la actitud que le están poniendo las profesionales de rehabilitación y valoración en el centro, este valor que decimos en nuestra organización que es la actitud positiva.

Preguntando directamente sobre las características de los equipos que se formaron en las unidades covid-19, destaca el compañerismo, el buen humor, las ganas de generar buen clima para que las personas que están allí viviendo estén mejor, mejorando el bienestar, pudiendo apreciar lo que sí es, mirada apreciativa.

[...] es un grupo, vamos, súper humano, súper divertido, nos divertimos mucho dadas las circunstancias, nos procuramos divertir mucho, somos muy pasayas todas, y todo esto también ayuda a unirnos, un poco de humor no quiere decir que sufras menos, cantamos y bailamos juntos con las personas que quieren hacerlo, y esto nos anima a todos. Yo estoy encantada, si no fuera por la situación yo me quedaría aquí toda la vida.

La necesidad de incluir la diversidad, la diferencia, de integrar lo positivo y también lo negativo, la carencia y el exceso, el conflicto y la calma, de ambos lugares se obtienen aprendizajes.

A mí me gustaría que reflejarías lo positivo, sí, pero también lo negativo, porque de todo

se aprende, y seguramente esto volverá y nos pillará con el trabajo hecho ¿no? [...] pensar en las carencias que hemos tenido y que eso se pueda subsanar en otra ocasión.

### 3.6. Información y comunicación

La comunicación se entiende como un elemento clave en el bienestar de las personas que viven en los centros; la comunicación también genera vínculo. Siendo algo bidireccional, para que sea comunicación es necesario el *feedback*.

Para mí la comunicación es un punto súper importante en cuanto al bienestar psicológico de nuestros residentes [...], porque si ella, que es de aquel pueblo, habla a las cuatro con su hija por teléfono, en la planta crea un ambiente diferente. No está gritando en la planta. Y la que está al lado, está más tranquila...

[...] veo que hay cosas que se han quedado, como la mascarilla que ya se ha quedado, y ya me da pena, porque ya le he dicho hoy al médico en la reunión general, que en plan sanitario, por supuesto que será buenísimo para evitar muchas cosas, pero en plan social, aquí, en nuestra comunicación con ellos, hemos dado bastante un paso para atrás, nos cuesta comunicarnos, y esto hace que te sientas peor en tu trabajo diario... me daban ganas de quitarme todo y decirles que soy yo, la de siempre, yo.

Los canales de comunicación, el WhatsApp, el correo electrónico, ante la escasez de contacto, se demanda el contacto también en el acto de comunicar.

[...] la comunicación no es fluida, y te dicen, ya hemos puesto en el correo, ya hemos puesto en el correo, pero no es en el correo, pero por favor, un poco de contacto, sube y coméntalo, una frialdad y no sé, no sé, en este estado no hemos trabajado nunca, que suban las enfermeras y no te miren...

La información, como base de la certeza y la confianza, también abarca al comité de empresa, como representantes de los trabajadores, como tractores ella, desde un lugar activo como agentes de información.

[...] mínimamente, teniendo en cuenta la excepcionalidad de la información, haber estado informados, yo puedo llamar, pero para seguir participando tengo que recibir del otro lado, tampoco nos hemos reunido nosotros.

En la transmisión de la información es importante la estructura informal y también la estructura formal, se pone en valor una figura comunicadora, trasmisora de información.

[...] hemos protocolizado mucho nuestro trabajo, la reunión del *office* es muy importante, antes ahí

hablábamos de cómo distribuirnos el trabajo y genial, qué bueno sería que hubiera una persona durante todo el turno, de *coaching*, como se dice ahora, hablando con todos, yendo por ahí ¿cómo vas?, alineando todo, diciendo cómo, siete horas con alguien que te ayude.

Un buen diseño del flujo de información, y la confianza en este flujo, ayuda a no generar cuellos de botella, malentendidos y “chascarrillos”; en definitiva, ayuda a mejorar la eficacia grupal.

Para poder trasladar a los equipos profesionales los continuos cambios en los protocolos de actuación se organizaron grupos de trabajo y reuniones informativas que generaron en algunos momentos sensación de descoordinación y, en otras ocasiones, las más, han sido fundamentales, produciendo bienestar.

A las cuatro y media o cinco de la tarde vamos a sentarnos para ver qué está pendiente de hacer de lo que hemos planificado y si eso aparentemente puede esperar o no puede esperar, porque los primeros días era hacer, hacer, hacer por hacer a las siete u ocho de la tarde, ya cansados, como pollos sin cabeza, mal...

En ocasiones se ha percibido el desconcierto de las familias por la información que desde el centro se daba, en contraste con las informaciones de los medios.

[...] con las familias, yo he tenido sentimiento de que a veces han tenido desconfianza de lo que les contábamos, porque la televisión y los periódicos nos han vendido que somos las residencias centros muy opacos, que no contamos la verdad; bueno, yo he estado en casa escuchando la televisión y me llevo las manos a la cabeza porque hablan con si fuéramos, vamos [...] y noto que me dicen sí, oye, pero ¿mi madre está bien?, ¿seguro?, ayer la encontré un poco apagada, es que me dijo que no merendó y bueno, así, notaba desconfianza, ya va cambiando la cosa.

Por otra parte, se evidencia cómo en los espacios pequeños hay más interrelación y cómo se va generando una cultura diferente en cada entorno.

Esas cuadrillas tan cerradas que había antes ahora están desapareciendo, se están abriendo, hemos generado dos entornos, primera planta y segunda... Los salones son los mismos en los que estaban, pero la cosa ha cambiado, ya que son entornos más pequeños.

Los profesionales, ante la pregunta de qué les ha facilitado tener una buena comunicación en el equipo, comentan que esta comunicación se relaciona con el estar, con la relación.

[...] yo creo que, en la organización, la comunicación, tanto con la directora como con

el resto del equipo y mis compañeras, siempre hemos tenido una buena relación y mucha comunicación, estamos constantemente, y eso no ha cambiado con la covid, si antes teníamos mucha comunicación, ahora simplemente más con todo este tema.

Se pone en valor la adecuada elección de los espacios físicos, temporales, así como la interlocución.

Entonces creo que estaría bien nombrar a una persona de la dirección, de manera que recoja toda la información, y hacer un pequeño resumen diario, con el cambio de procedimientos, otro de prevención, otro de no sé qué... Porque claro, estás haciendo un cambio de habitación y te llaman y estás hablando con la familia por teléfono, y te llaman... ¿es que no ves cómo estoy?

Se pone énfasis en la necesidad de una gestión estructurada y jerarquizada de la información para tranquilizar a los equipos profesionales en cada momento y mejorar la percepción de certeza.

La cuestión es que desde el primero hasta el último día se tenga como una estructura en que sepamos que todo el mundo se va a enterar de aquello que gestionamos, un flujo de información [...] que existieran un par de figuras, una figura por planta, que dé una buena información y que se preocupe del bienestar de los que están y que la que no ha podido venir por la mañana porque estaba de tarde sepa dónde o a quién acudir para decirle...

Y se destacan los canales de información, cuadernos de enfermería, grabaciones, WhatsApp, reuniones con todo el personal, etc.

En enfermería tenemos todos los protocolos puestos, y explicados; los escenarios, en cuanto se cambiaba de escenario se cambiaba todo y además se ponía en el parte, cambio de escenario que afecta a tal y los teníamos ahí a la vista.

[...] nos han ayudado un montón las reuniones con todo el personal, los archivos disponibles en las computadoras nos ayudan si no hemos podido estar en la formación, hemos grabado y enviado a compañeras que no estaban.

Una vez más el paso del tiempo y el contraste de la información van modulando y asentando la percepción de seguridad y confort, y reforzando el aprendizaje.

Los bulos que van corriendo fuera también ocurren dentro; por ejemplo, estás en la segunda y de repente baja una y dice, en la cuarta está todo el mundo con mascarilla, y dices, ¿cómo?, ¿y nosotros? Aquí no llevamos nadie, ¿qué ha pasado? ¿qué ocurre?, eso entra dentro de la información veraz que dice él, eso hace mucho

daño, luego con las explicaciones que nos daban abajo pues ya nos tranquilizábamos.

Con la formación continua, de cómo lavarnos la manos, cómo protegernos cuando estornudamos, cómo colocarnos las protecciones, compartir experiencias, uno se siente bien, nos sube la autoestima, porque nos sentimos apoyados también, nosotros también entendemos que no ha habido equipos, como en el caso de las mascarillas al inicio, que teníamos que usarla dos días, ahora ya por turno, como trabajador ya sabemos la situación, no podemos culpar, nos adaptamos a lo que tenemos, no es cosa del centro, no es cosa de un presidente, es a lo que venga, porque si vosotras nos cuidáis a nosotras, nosotras podremos cuidar a los residentes, es una cadena.

### 3.7. Reconocimiento

El reconocimiento de la diversidad se pone de manifiesto en la satisfacción de las necesidades de cada quien, incluso en cómo se ha vivido la crisis.

Hay personas que han querido estar en la habitación, más aisladas; otras que querían luchar contra el virus junto con nosotros, otras que querían ayudar, leían con quien no podía ver, rezaban el rosario, etc., de todo, como nosotros.

El reconocimiento también se evidencia en la contribución de cada uno.

Hay personas que necesitan sentir que son útiles también, yo diría que todas, ayudando, aportando lo que quieran; por ejemplo, ayer le dio un mareo a una residente y llamamos a la médica de guardia, y hay una persona en concreto que siempre está dispuesta a ayudar, y estuvo acompañándola todo el rato, y se lo decimos, tú ayudas mucho. Estamos con las meriendas y siempre ayudando, poniendo los zumos, y ayudando [...] ejerciendo su autonomía.

El reconocimiento a la persona a través de la escucha de su historia de vida, sentirnos reconocidos al sentirnos escuchados, al ser vistos en los ojos del otro donde surge la percepción de ser reconocido, y en este reconociendo estamos promoviendo la dignidad.

Cuando te cuentan su historia, una vida apasionante, y se motivan, se sienten como grandes, porque tú le estás escuchando y ha sido su vida, cada persona tiene su vida muy importante, y a veces se desconoce lo importante que es escucharlas, nosotros como sanitarios, como auxiliares, tenemos que saber escuchar. Escuchamos todo lo que podemos, pero no es suficiente, sobre todo cuando ves a alguien con los ojos brillantes que está motivada porque te está contando algo que para esta persona es

súper importante, se tiene que sentir importante, así que, si no te da tiempo a hacer algo, pues nada, ya lo harás más tarde.

Y aceptarnos con todo lo que somos, podemos ver “nos” y aceptar “nos” en las luces y las sombras, esta experiencia ha sacado lo mejor de nosotros mismos, y necesitamos dar cabida también a la otra parte menos luminosa, esto hay que acompañarlo también.

Ahora estamos muy unidas como equipo, y creo que cuando la cosa se calme, no sé si llegaremos a que la cosa sea normal, yo creo que al final esto se enfriará, yo no soy de las que pienso, aay esto lo vamos a mantener... no, las cosas se enfriarán, volveremos a tener una vida más normal, y eso hará que entonces aunque esto nos ha enseñado lo importante que es la salud, estar bien, pero soy relista y que tendrás que volver a venir a hacer cursos, para que los equipos nos llevemos bien, porque somos personas y tenemos nuestras cosas que salen en el trabajo, salen en casa, los conflictos volverán a salir.

El reconocimiento horizontal, entre pares del equipo, tan importante, surge como un gran valor en esta crisis. El reconocimiento profesional se asocia a la entrega total, a la generosidad con la que se han llevado a cabo las tareas del cuidado y a la capacidad de adaptación de los equipos profesionales a la situación de alerta permanente.

Mis compañeras también trabajan muy bien, y se lo digo cada día.

La gran mayoría lo han dado todo, lo mejor que tenían dentro... volver a la planta y ver al personal entregado, contentos de realizar el trabajo que están haciendo, implicados, atentos y que controlan muy bien todo lo que es la patología, el conocimiento de los familiares, el manejo farmacológico [...], para mí ha sido muy positivo. De lo que me doy cuenta es de que el trabajo de auxiliares y enfermería es el puntal más importante en esta unidad, el médico ajusta, pero el peso lo lleváis vosotras, la responsabilidad que asumís.

El día que vinimos, mantenimiento se lo curró toda la mañana para colocar el control de errantes, cosa que me habían dicho que era imposible; lo pusieron, hicieron lo indecible para poner las cámaras, que costó unos días, pero lo hicieron y la verdad es que todo este trabajo de ellos nos ha dado seguridad.

[...] la verdad es que estoy contenta con el trabajo que estamos haciendo, hemos hecho una piña, nos llevamos muy bien y te das cuenta de la calidad humana de muchas personas.

Después de esto, yo no sé ni quién, ni cómo, ni de qué manera, ni cuál es la forma, pero se debería

aplaudir a todo el mundo, a todos, a todos, desde el que más manda al último mono, de alguna manera, no sé cómo, hay que darle una vuelta. Yo creo que el ser humano necesita, y más cuando está dando tanto, necesita un reconocimiento, eso es muy bueno, el ser humano necesita que se le diga que está haciendo las cosas bien.

El reconocimiento se ha expresado en la oportunidad de conocer a cada persona, cuando en el día a día pueden pasar desapercibidas.

Estoy contenta por haber tenido la oportunidad de descubrir a las personas, pero, por otro lado, [...] que tengamos que pasar por esto para descubrir a las personas, qué digo, soy yo quien no ha tenido capacidad de ver esto y esto realmente existía.

El reconocimiento de los familiares a través de palabras de apoyo, de preguntar cómo estamos también, de verbalizar que compartimos los cuidados.

[...] hay familias que te animan mucho, que preguntan, ¿y qué tal estáis vosotros, cómo lo estáis llevando vosotros?, que te digan y vosotros ¿cómo lo lleváis?, mucho ánimo, y te dan las gracias, ¡jo, ¡lo estáis haciendo muy bien, hombre! Eso es un subidón, porque al final te están entendiendo, que en esto estamos todos.

[...] ahora que ha pasado ya mes y medio, la cosa va cambiando, en todas las llamadas y videollamadas los familiares nos han felicitado y han agradecido mucho nuestra labor, han cambiado la perspectiva porque han visto que ya ha pasado un mes y medio, y han visto que las cosas que hemos dicho que son así.

Se ha apreciado el reconocimiento social en forma de aplausos diarios a los equipos profesionales del sector sanitario.

La valoración que se les ha dado ahora a los sanitarios y que antes no tenían, que la gente valora más a los sanitarios, a la sanidad, se ha visto ahora de otra manera.

Finalmente, se reclama priorizar el reconocimiento social hacia las necesidades de las personas que viven en los centros. Las medidas de control del riesgo de contagio han estado por encima del bienestar de estas personas y del buen trato hacia ellas.

El trato social hacia la persona mayor no me ha gustado, esto me ha enfadado mucho. Se han visto las videollamadas en la televisión cuando nosotros llevábamos quince días haciéndolas, en la desescalada han sido los últimos, deberían haber sido los primeros en poder salir, por encima de los niños. Todos tenemos los mismos derechos. Nosotros hemos hecho lo que hemos podido para que estén bien, escuchando sus preferencias, observándolas.

### 3.8. Lugares de encuentro: construyendo vínculos

La palabra nos da significado a lo vivido, ayuda a elaborar la realidad. En todas las conversaciones ha salido esta necesidad, sentirse escuchado, darse cuenta de todo lo que hay para decir, para aportar, para construir con otros, para compartir. Poder darse cuenta de la conexión tan grande que se tiene con el propósito, con lo vocacional, de la fortaleza interna, poderse escuchar ayuda a comprender “nos”, a querer “nos” un poco más.

Me va a venir bien sentarme y reflexionar un poco, ¿cómo estoy viviendo esto?, porque me haces la pregunta y sin pararme a pensar no lo sé, lo primero que me surge decir es [...] centrados en la actividad, en la actividad, en el hacer, hacer, sin observarnos a nosotros mismos, el objetivo es estar, trabajar, hacer lo que hay que hacer, sin muchas veces sentarnos y pensar [...] algo que [...]he descubierto al cabo de una semana de empezar esta crisis. A las cuatro y media, cinco de la tarde, vamos a sentarnos para ver qué es lo que está pendiente de hacer de lo que nos hemos planificado y si eso que está pendiente puede esperar o no puede esperar.

[...] cuando me dijeron que ibas a venir y nos ibas a hacer unas preguntas, me pareció bien, y yo siempre estoy dispuesta a contestar y hablar del tema, pero no pensaba que iba a ser tan importante, que iba a ser tan bueno, esta conversación que hemos tenido aquí, que teníamos tanto para contar, que teníamos todas ahí todo lleno, y te quiero agradecer porque ha sido un sitio donde alguien que me escucha me va a comprender, porque fuera de aquí no puedes hablar de esto, entre compañeras bastante me entienden pero todas estamos viviendo lo mismo, entonces, desde alguien que no sea mi compañera, en el sentido del día a día, y que me pueda entender lo que le estoy contando a la primera, sin tener que dar muchas explicaciones, así que un aplauso, yo creo que esto lo tenemos que hacer de vez en cuando, es muy buena labor.

[...] este ratito me ha servido de mucho, me he desahogado un poquito, oye, me he dado cuenta de cosas que tengo buenas, hasta ahora sabías que estaban ahí, que ibas echando mano de ellas, pero que no te dabas cuenta de que me ayudan tanto, no pensaba yo que era tan fuerte.

También se recalca la bondad de poder hablar con alguien de “fuera”, al que no ves todos los días. Ayuda también ser escuchada libre de juicio y desde ahí poder pensar.

[...] hay cosas que tienes ahí y que las sueltas con tus compañeras, poder decirlo a alguien [...] de fuera, que todos los días comentas con tus compañeras, parece que mira pues me ha venido bien...

La necesidad de espacios para la escucha y la gestión de emociones se ha derivado de una sucesión de

cambios que obligaron a los equipos profesionales a una adaptación permanente y al procesamiento de situaciones que en muchos momentos han escapado de su control.

[...] sí que se ha dado la opción de lugares para expresarse, de solucionar dudas con el tema de los EPI, los martes cogimos ese foro de poder escuchar las preguntas, las intrigas, nos iban explicando por parte del equipo en cuanto a lo sanitario, cómo se hacían las cosas, nos ha venido muy bien y, bueno, los protocolos han ido cambiando a las tres de la tarde, a las nueve, eso peor, pues eso. La enfermera nos ha dado mucha seguridad, el perejil de todas las salsas.

A través de los espacios que nos damos, donde en el equipo compartimos la acción y la pensamos, vamos adquiriendo unas nuevas rutinas que nos va dando seguridad, certeza, es el proceso de aprendizaje.

[...] sí, vamos a reunirnos, vamos a pensar para poder coordinarnos, [...] con esto hemos podido coger una nueva rutina ¿no?, cada uno tiene su espacio, sabe cómo, ¿no?, tenemos una nueva rutina, [...] hemos cogido un nuevo orden.

También se trata el orden como necesidad en el caos, encontrándolo en los espacios para poder pensar, gestionar las emociones y transformar la acción.

Yo creo que capacidad de trabajo la tenemos todos, lo que pasa es que un poquito de orden, el orden, cada uno tenemos nuestra forma de trabajar, un poco de orden y de coger aire, vamos como caballos locos, estoy acelerada porque estoy enfadada, porque no puedo hacer mi trabajo, y no lo estoy haciendo bien, no tengo herramientas. Yo creo que ayudaría tener reuniones, tenemos el intercambio de información puntual. Cuadrar el trabajo de médico, enfermera, auxiliar, sí que estaría bien, sí. En su día teníamos las reuniones de equipo, pero llevamos mucho tiempo sin hacer, en algunas plantas sí, pero en otras no. Y no solo para hablar de trabajo, sino también para hacer lo que estamos haciendo ahora, ¿qué tal estáis?

Es importante el consenso o pacto en el equipo de cara a las actuaciones profesionales y a poder compartir la responsabilidad, comprender la información, dotando de significados comunes a lo que ocurre, generando un entramado relacional a través de la palabra pensada en colectivo, haciéndola nuestra, un entramado que da certeza, apoyo, seguridad. Generando vínculo.

[...] no, no, no, vamos a intentar consensuar, y esa incertidumbre que tú tienes... yo te apoyo. Porque si no, claro, me dejan a mí un marrón, que yo se lo paso a ella, entonces mejor consensuando en el equipo, y no es eximir las responsabilidades, que a veces se escucha eso, pero que nos digan en esta planta se va a hacer esto, en esta lo otro, pero consensuado con nosotros.

Durante el periodo de alarma ha sido muy difícil contar con estos espacios; la urgencia focalizada en el hacer, el miedo al contagio, la falta de medios en un inicio, nada de esto estaba contemplado en los protocolos. Sin embargo, se demandan como necesarios.

Habría que valorar qué tiempo dedicar al equipo [...]. Igual eso es lo que hace falta.

Se ponen en valor los espacios de aprendizaje que se han ido formado con anterioridad a la pandemia, y se los echa en falta.

[...] y estoy encantada con el equipo promotor que ha montado la directora del centro, el del Elder, estoy encantada, nos hemos abierto un montón, antes estábamos pensando, pero era tabú decirlo, no se podía hablar del tema, cómo puedo transmitirlo, cómo puedo mejorarlo, hemos mejorado nuestra manera de comunicarnos. Hemos puesto en práctica cosas muy importantes, hemos puesto encima de la mesa valores muy importantes, el respeto, ponerte en lugar del otro, pensar antes de hablar, no cotillear [...], conocernos y aprender a decirnos las cosas, compartir temas de la unidad, cómo hacer, problemas, dificultades, cómo dar lo mejor de nosotros mismos a los residentes. He aprendido a empatizar conscientemente, aceptar los malos días, míos y de los demás, a pedir ayuda.

Se ve la necesidad de ampliar a más personas estos espacios de aprendizaje.

[...] somos veinticinco en este grupo de aprendizaje, el Elder. ¿Sabes lo que es? Y más de cien en el centro. Las que estamos en este círculo estamos poniéndolo en práctica, es muy directo practicarlo, se aprende poniéndolo en práctica, pero necesitamos más personas en esto para que se quede.

Nos ayudan a encauzarnos, nos dan herramientas, estamos muy contentos, te sientes reconocida, te sientes bien, el hecho de transmitírselo a los compañeros también te reconforta, poder enseñarlo y que el compañero también lo ponga en práctica y le funcione, pues qué bien, entre todos vamos haciendo cositas enriquecedoras que nos hacen estar mejor con los usuarios.

Cuánto me he acordado de los espacios para pensar, lo he tenido muy presente.

Va apareciendo con fuerza la necesidad de “espacios para [...] volver a ser un todo”. Para ello es necesario entrenar una capacidad muy poco reconocida aún en las organizaciones y muy necesaria para apoyar una filosofía de cuidados centrados en la persona, la capacidad para acoger la diversidad, para crear y sostener espacios conversacionales en los que la diferencia se expresa completamente, y se valora como un elemento fundamental para alcanzar la sabiduría colectiva. Esta capacidad es especialmente

relevante cuando la diferencia viene revestida de tensión y conflicto. A su vez, en estos espacios se desarrolla el aprendizaje profesional, pensando entre todos la acción para ser transformada y ofreciendo así un descanso a los profesionales del cuidado.

A nivel individual, es una capacidad imprescindible para un liderazgo facilitador, consciente y transformador. A nivel organizacional, implica la creación y sostén de espacios seguros en los que las personas puedan expresarse en todo lo que son y con plenitud.

#### 4. Discusión

Un virus desconocido, con una alta letalidad en personas mayores y con una rápida propagación en centros residenciales, llevó a las autoridades públicas a extremar las medidas de control para reducir factores de riesgo de enfermar y morir por esta causa (McMichael, 2020). Algunas de estas medidas fueron la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social (Nussbaumer-Streit *et al.*, 2020), así como el uso de equipos de protección individual (Verbeek *et al.*, 2020; Chu *et al.*, 2020). Todas estas medidas, que han demostrado su efectividad durante la propagación del virus, se aplicaron con especial intensidad en los centros residenciales, sin tener en cuenta sus potenciales efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas mayores y de las profesionales que prestan cuidados. En este sentido, es esencial hacer una revisión ética y detallada de los procesos de atención, para que todas las personas que desempeñan su actividad en los centros residenciales tengan un marco de reflexión que las oriente en las decisiones sobre su práctica profesional (Leboni *et al.*, 2020).

Este trabajo pretende hacer una contribución en el contexto residencial, en el que apenas se dispone de evidencias sobre los efectos de la pandemia en profesionales que proveen cuidados (Hussein, 2020). En concreto, se presenta y analiza la experiencia vivida por profesionales de centros residenciales de personas mayores en los meses iniciales de la pandemia de la covid-19. La información obtenida ha de ser interpretada en el marco de una organización que aplica la perspectiva de la atención centrada en la persona.

En primer lugar, la presencia constante de familias y residentes en los discursos de las profesionales muestra el carácter global y holístico de los cuidados, así como de las repercusiones de las medidas de control aplicadas en relación con la pandemia (aislamiento de personas, restricción de acompañamiento de las familias, etc.). Por ejemplo, medidas como la restricción de vistas de familias afecta no solo a las personas residentes y sus allegados, sino también al resto del entorno de cuidados del que las familias forman parte y que configuran con su presencia y atenciones. Del

mismo modo, el miedo o la sobrecarga emocional experimentada por las profesionales afecta al bienestar de las personas residentes. Recíprocamente, cabe pensar que generar bienestar en las personas que se cuida solo es posible si este se experimenta por parte de las profesionales que cuidan.

Los discursos analizados muestran un impacto inicial caracterizado por una intensa carga emocional, miedo y una posterior y progresiva adaptación al cambio. A este proceso ha ayudado el trabajo en equipo en el marco de las unidades de convivencia como lugares donde ocurre la vida, ecosistemas vivos en los que personas usuarias, familiares, voluntarias y profesionales de referencia comparten los cuidados y cuidan del cuidado. El sentido de pertenencia, un propósito compartido y una actitud positiva y de confianza personal y en los demás han sido asimismo aspectos considerados importantes para el proceso de adaptación.

Se hace evidente en los discursos, por otro lado, la ruptura de los distintos vínculos que generan bienestar y hacen posible una atención personalizada (Prieto, 2014). Las personas entrevistadas apuntan algunas de las claves para restaurar esta esfera relacional. Señalan, en este sentido, la información, la comunicación, el reconocimiento y los espacios para el encuentro donde pensar juntas para transformar la acción, gestionar las emociones y comprenderlas. Estrategias que contribuyen a restaurar o mantener una estructura relacional que promueva el bienestar de las profesionales y, por ende, una atención personalizada.

Concretamente, capacitar en prácticas para el autocuidado, entrenar en resiliencia y establecer espacios para la gestión emocional y la reflexión sobre los valores organizacionales no solo pueden ayudar a afrontar las situaciones de emergencia sanitaria como la que estamos viviendo, sino que además son esenciales en los contextos habituales de cuidados (Kunzler *et al.*, 2020). Tomar conciencia de dónde se encuentra cada profesional consigo misma y en relación con los demás; abandonar actitudes de queja, de impotencia y de autojustificación en favor de la autorresponsabilidad y la prevención del cansancio constituyen competencias imprescindibles para el bienestar emocional y relacional de cuidadores profesionales.

En definitiva, la entrada de la covid-19 en las residencias conlleva efectos para la salud y bienestar de personas mayores, familiares y profesionales (Hussein, 2020). Las consecuencias de las medidas de control del virus suponen retos complejos para profesionales que están comprometidas en prestar cuidados ajustados a las preferencias y necesidades de las personas que los necesitan. En este trabajo, se han identificado recursos y estrategias que no solo pueden ser de utilidad en una situación de alerta sanitaria, sino que además pueden ser considerados para ser implantados en organizaciones comprometidas con el buen cuidado.



## 5. Conclusiones

El análisis del discurso de las personas entrevistadas ha contribuido a comprender cómo un cambio brusco, que pone en juego la supervivencia, afecta a todas las personas que configuran el sistema de cuidados en los centros residenciales, poniendo en el centro a las personas. A las profesionales les ha exigido afrontar la carga emocional provocada por el miedo a lo desconocido, la pérdida de percepción de control y autonomía, la tensión del conflicto interno derivado de la fricción entre la atención deseada y la impuesta, así como la pérdida de rutinas.

Contactar con el sentido y el propósito del cuidado se revela como un punto de anclaje y de autoestima. Es necesario responder internamente y en colectivo al “para qué” de la organización. Ligado al propósito, aparecen en el discurso de las personas entrevistadas los valores culturales de la organización: actitud positiva, confianza,

capacidad de adaptación, reconocimiento, colaboración y comunicación, a su vez, como fuentes de bienestar.

Surge también el equipo como lugar de encuentro donde aprender juntos, apoyarse y encontrar certezas y cuidados. Esto es posible en unidades pequeñas, con profesionales estables, que permiten la participación y la cooperación, dando paso a que la diversidad se exprese libremente.

El flujo de información se hace necesario para mantener el sistema vivo que es una organización de cuidados, tratando los bloqueos en la comunicación y las pérdidas de energía motivacional. Para entrenar y desarrollar estas capacidades se requieren espacios de encuentro y capacitación que, si bien se evidencian necesarios en situaciones de crisis como la actual, deberían ser considerados como acciones estables en organizaciones que apuestan por cuidados centrados en las personas.

## Bibliografía referenciada

- ARMITAGE, R. y NELLUMS, L.B. (2020): "COVID-19 and the consequences of isolating the elderly", *The Lancet Public Health*, vol. 5, nº 5, e256, <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)>.
- BEDFORD, J.; ENRIA, D.; GIESECKE, J.; HEYMANN, D.L.; IHEKWEAZU, C.; KOBINGER, G. *et al.* (2020): "Covid-19: towards controlling of a pandemic", *The Lancet*, nº 395, pp. 1.015-1.017. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)>.
- CHU, D.; AKL, E.; DUDA, S.; SOLO, K.; YAACOUB, S. y SCHÜNEMANN, H. (2020): "Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, <[https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)31142-9)>.
- DEUSDAD, B. (2020): "COVID-19 and Nursing Homes' crisis in Spain: Ageism and Scarcity of Resources", *RASP – Research on Ageing and Social Policy*, vol. 8, nº 2, pp. 142-168, <<https://doi.org/10.447/rasp.2020.5598>>, <<https://www.hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rasp/article/viewFile/5598/3092>>.
- HOUGHTON, C.; MESKELL, P.; DELANEY, H.; SMALLE, M.; GLENTON, C.; STAND, A.; CHAN, X.H.; DEVANE, D. y BIESTY, L.M. (2020): "Barreras y facilitadores para la adherencia de los trabajadores de la salud con las recomendaciones de Prevención y Control de Infecciones para enfermedades infecciosas respiratorias: una síntesis de evidencia cualitativa", *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013582/full>>.
- HUSSEIN, S. (2020): "Report: Impact of COVID-19 on Frontline Long Term Care Workers' Wellbeing", *LTCcovid.org*, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, <<https://lccovid.org/2020/03/31/report-impact-of-covid19-on-frontline-long-term-care-workers-wellbeing/>>.
- KUNZLER, A.M.; HELMREICH, I.; CHMITORZ, A.; KÖNIG, J.; BINDER, H.; WESSA, M. y LIEB, K. (2020): "Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 7, nº CD012527, <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>>.
- LEBONI, A.; GRIGOROVICH, A.; BARNED, C.; RODRIGUES, K.; KONTOS, P.; CHU, C.; ASTELL, A. (2020): "Ethical guidance for people who work in long-term care: What is the right thing to do in a pandemic?", *Dementia Isolation Toolkit Project*, UHN Toronto Rehabilitation Institute, <<https://brainxchange.ca/Public/Files/COVID-19/Ethical-Guidance-for-LTC-v1-4-23-20.aspx>>.
- LUPIÁNEZ-VILLANUEVA, F.; THERBEN, A.; ABADIE, F. y COAGNONE, C. (2015): *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS3). ETXEAN ONDO (Spain)*, Case Study Report, <<http://dx.doi.org/10.2791/180635>>.
- McMICHAEL, T.M. (2020): "Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington", *The New England Journal of Medicine*, <<https://dx.doi.org/10.1056%2FNEJMoa2005412>>.
- McCORMARCK, B. y McCANCE, T. (2017): *Person-Centred in Nursing and Health Care: Theory and Practice*, Wiley Blackwell, Oxford.
- NUSSBAUMER-STREIT, B.; MAYR, V.; DOBRESCU, A.; CHAPMAN, A.; PERSAD, E.; KLERINGS, I.; WAGNER, G.; SIEBERT, U.; CHRISTOF, C.; ZACHARIAH, C. y GARTLEHNER, G. (2020):

“Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, nº CD013574, <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>>.

PRIETO, D. (2014): *La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención Centrado en la Persona*, Matia Instituto, Donostia.

ROQUÉ, M. y COLL-PLANAS, L. (2020): ¿Cuáles son los efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores y las medidas para prevenirlos o tratarlos?, *Cochrane Library*, <https://es.cochrane.org/es/%C2%BFcu%C3%A1les-son-los-efectos-colaterales-del-confinamiento-para-evitar-la-covid-19-en-las-personas>

STACEY, G. (2020): “The place of person-centered care in an international response to the Covid-19 pandemic”, *International Practice Development Journal*, vol. 10, nº 1, p. 1, <<https://doi.org/10.19043/ipdj.101.001>>.

VERBEEK, J.H.; RAJAMAKI, B.; IJAZ, S.; SAUNI, R.; TOOMEY, E.; BLACKWOOD, B.; TIKKA, C.; RUOTSALAINEN, J.H. y KILINC-BALCI, F.S. (2020): “Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, nº CD011621, <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011621.pub4>>.



# La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19

**Julia Montserrat Codorniu**

Consultora, Red Europea de Protección Social  
jmontserrac@gmail.com

COVID-19aren ezteandak adineko pertsonentzako egoitza-zerbitzuen kudeaketan akats ugari daudela ohararaztea nabarmendu du. Osasun-larrialdiko egoera honetan, begi-bistakoak izan dira lan-prekarizazioaren maila handia eta Administrazio Publikoak zentro horietako arreta pertsonalaren kalitatea ziurtatzeko dituen akatsak edo kontrol-mekanismo eskasak. Artikulu honetan, adin handikoentzako egoitza-zerbitzuetako lan-prekarietatea eta langile-hornidura osatzen duten askotariko faktoreak aztertzen dira, betiere erakunde pribatuetan zerbitzu publikoak gero eta kanpora ateratzen eta egoitza-plazen eskaintza gero eta handiagoa den testuinguruan. Emaizak 2012-2018 aldiko bilakaeraren ikuspegitik azaltzen dira.

**GAKO-HITZAK:**

Adinekoen egoitzak, enplegua, kontrola, soldatak, arta-kalitatea.

El estallido de la covid-19 ha alertado de numerosas deficiencias en la gestión de los servicios residenciales para personas mayores. El elevado grado de precarización laboral y los fallos o insuficientes mecanismos de control de la Administración Pública para asegurar la calidad de la atención personal en dichos centros se han hecho evidentes en esta situación de emergencia sanitaria. Este artículo analiza los diversos factores que conforman la precariedad laboral de los servicios residenciales para mayores y la dotación de personal en el contexto de creciente externalización de los servicios públicos en organizaciones privadas y de aumento de la oferta de plazas residenciales. Los resultados se muestran desde la perspectiva de su evolución en el periodo 2012-2018.

**PALABRAS CLAVE:**

Residencias mayores, empleo, control, salarios, calidad atención.

## 1. La oferta de los servicios residenciales para mayores

Este apartado trata de poner en relación el crecimiento de plazas residenciales para mayores en los últimos años con indicadores demográficos, económicos y de políticas públicas que puedan haber influido en su evolución.

La primera constatación es que no existe una estadística “única” de centros y plazas residenciales para mayores, lo cual obliga a buscar en diferentes fuentes de información; no obstante, las cifras obtenidas, sin que coincidan exactamente entre ellas, son bastante similares. Las diferencias pueden ser debidas a la inclusión o no de otro tipo de alojamiento residencial como las viviendas para mayores, la consideración o no de algún tipo organización no lucrativa, o la diferencia en las fechas de recogida de los datos.

El Cuadro 1 ofrece información sobre la evolución de las plazas residenciales para mayores y de diversos factores demográficos y económicos que influyen en el crecimiento de su demanda. Se toma como referencia del número total de plazas la cifra ofrecida por el Imsero para 2018 y las cifras del CSIC para los años anteriores. El desglose entre plazas públicas y plazas privadas se realiza según el concepto de “financiación”, es decir, “quién es el responsable de pagar la plaza”, diferenciando plazas de responsabilidad pública<sup>1</sup> —financiación pública— y plazas privadas. No se incluyen como plazas financiadas públicamente las “prestaciones vinculadas al servicio” ya que la Administración realiza una transferencia monetaria a la persona beneficiaria para ayudarla a pagar el precio de una plaza en una residencia privada, no estableciendo una relación directa con el centro; en otras palabras, la Administración no es el “cliente”.

Según las estimaciones realizadas con los criterios señalados en el párrafo anterior, se obtiene que un 44,4 % de las plazas en residencias de mayores son de financiación pública. Sin embargo, el informe del Imsero señala un porcentaje mayor de plazas públicas, el 59,4 %, lo cual indica que posiblemente incluye las prestaciones vinculadas a servicio.

La oferta de servicios residenciales para mayores muestra un crecimiento importante, aproximadamente un 44,2 % entre 2005 y 2018, alcanzando un total de 381.158 plazas. Ello significa pasar de una cobertura de 3,7 a 4,2 por cada 100 habitantes de 65 y más años. Las causas del rápido crecimiento de la oferta residencial para mayores hay que buscarlas en el conjunto de factores sociales, demográficos, económicos y políticas públicas acaecidos en este período. El entorno familiar cambia su estructura tradicional; los padres ya no viven con los hijos y, a menudo, tampoco viven en el mismo municipio, dando lugar a un aumento del número de hogares formados por una pareja o unifamiliares con edades de más de 65 años. Las mujeres aumentan su participación en el mercado laboral y el “prototipo” de hijas/nueras cuidadoras se diluye.

La esperanza de vida de la población a los 65 años crece sin cesar. En trece años ha aumentado casi dos puntos porcentuales, alcanzando en 2018 los 19,24 años en los hombres y los 23,09 años en las mujeres. Ello incide en un incremento de la ratio de envejecimiento<sup>2</sup> y aumenta con mayor intensidad en el segmento de población de 80 y más años. Las proyecciones demográficas muestran un crecimiento continuado y se estima que, en 2050, más de un tercio de la población (37,5 %) tendrá más de 65 años y más de la mitad de ellos (57,2 %) tendrá más de 80 años.

Cuadro 1. Oferta de plazas residenciales para mayores y otros indicadores

Años	Número total de plazas	Plazas con financiación pública (%)	Plazas con financiación privada (%)	Porcentaje población de 65 y más años	Porcentaje población de 80 y más años	Pensión media jubilación. Reg. general (euros/mes)	Valor mediano activos (miles euros)	Tenencia vivienda principal (% jubilados)	Tenencia otros activos inmobiliarios (%)
2005	271.801	N/C	N/C	16,62	4,31	868,40	203,1	87,9	38,9
2008	308.930	26,8	73,2	16,54	4,60	1.029,95	229,2	90,7	43,2
2011	344.310	37,5	62,5	17,15	5,09	1.145,28	208,7	88,8	46,6
2014	359.035	38,1	61,9	18,05	5,67	1.152,28	189,7	90,4	52,9
2017	366.633	44,0	56,0	18,82	6,11	1.216,54	178,4	85,5	57,7
2018	381.158	44,4	55,6	19,07	6,15	1.252,66	Pendiente	Pendiente	Pendiente

Fuente: Elaboración propia.

<sup>1</sup> Se realiza una aproximación con los datos del SISAAD, calculando la media anual de usuarios de las personas beneficiarias de la prestación.

<sup>2</sup> Se mide como la población de más de 65 años sobre la población total.

El aumento de años de vida va ligado frecuentemente a pluripatologías físicas y psíquicas que aumentan las discapacidades de las personas. En 2006, la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDES, 1999) cifraba en 2,07 millones las personas de 65 años y más con algún tipo de discapacidades. Aunque no hay una correlación cierta entre estado de salud y edad, la evidencia muestra una propensión a aumentar la discapacidad a medida que aumenta la edad.

La situación económica de las personas jubiladas es uno de los factores más relevantes en las decisiones de las empresas proveedoras de servicios residenciales para mayores. La pensión media de jubilación de la seguridad social —régimen general— crece progresivamente desde 2005 (año del dato) hasta nuestros días. Si bien la pensión de jubilación ha aumentado en dicho periodo un 44,2 % (media interanual del 3,4 %), el factor más importante es la riqueza patrimonial de las personas jubiladas, con especial incidencia en la tenencia de la vivienda habitual, así como la tenencia de otros activos financieros.

Es obvio que más de la mitad de los pensionistas no podrían pagar el precio de una residencia<sup>3</sup> solo con el importe de la pensión pública, pero el hecho de disponer de un patrimonio hace que este pueda ser utilizado como suplemento financiero para cubrir el precio de la plaza en una residencia y, también, se utiliza para complementar el copago de una plaza de responsabilidad pública según la Ley de Promoción para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD).

La encuesta financiera a las familias realizada por el Banco de España cada tres años (se han escogido los años del cuadro de acuerdo con los años de la encuesta) muestra entre sus resultados el desglose de renta y riqueza de los hogares de las personas cuyo cabeza de familia es un jubilado. El valor del patrimonio que figura en la estadística es solo un valor de referencia, ya que no es el valor real de mercado debido a que está calculado según criterios de Hacienda (“valor catastral”), pero es significativo que dicho valor sea superior a la mediana de todos los hogares. Otro dato importante es que más de un 85 % de este segmento de población es propietario de su vivienda habitual y que casi un 60 % posee otros activos financieros (segundas viviendas, pisos, locales o plazas de garaje, entre otros) los cuales pueden proporcionar una renta suplementaria a la pensión, o bien son susceptibles de ser convertidos en liquidez en caso de necesidad. En la evolución del valor del patrimonio se puede percibir el efecto de la crisis económica del 2008, la cual incidió en una disminución de la riqueza de los jubilados.

La oferta “privada” de plazas en residencias para mayores es alentada no solo por los factores demográficos, familiares y la relativa buena salud económica de los potenciales “clientes”, sino también por la importante y creciente demanda de plazas del sector público para ofrecerla a las personas beneficiarias de la LAPAD. Se observa en el Cuadro 1 que, en 2018, casi la mitad de las plazas residenciales son de provisión pública, es decir, aquellas que la Administración tiene obligación de proveer a las personas en situación de dependencia reconocidas según la ley, de las cuales más de un noventa por ciento, aproximadamente, son gestionadas por empresas privadas según las estimaciones realizadas en este estudio.

La importante financiación pública de plazas en residencias privadas constituye un buen colchón económico para el sector privado, ya que, aunque el precio plaza acordado en el concierto pueda ser inferior al precio de una plaza privada, les permite asegurar durante todo el ejercicio económico un grado de ocupación elevado. Supone, a lo largo de todo el ciclo económico anual, cubrir los costes fijos y lograr un beneficio empresarial.

El crecimiento del sector de servicios residenciales para mayores está liderado por el sector privado lucrativo (empresas mercantiles), el cual ve la inversión en este sector como un “nicho de negocio” que atrae a grandes capitales y fondos de inversión, lo que se materializa en compras de establecimientos en funcionamiento y/o construcción de nuevos edificios bajo iniciativa propia, o a través de una “concesión” adjudicada por un poder público para la construcción de un establecimiento, ligada, generalmente, con la concesión de explotación del servicio. Se observa que la inversión privada en dichos centros se va concentrando en unas determinadas firmas configurando progresivamente un sector dominado por grandes *holdings* empresariales.

Según el informe *Proyectos geriátricos en España* (Alimarket, 2019), casi la mitad de las plazas (48,3 %) son gestionadas por empresas privadas, incluyendo tanto las de titularidad privada como las de titularidad pública cedidas a través de concesiones administrativas. Según el mencionado informe, el crecimiento del sector está liderado por el sector privado. El 40 % de los proyectos de creación de nuevas camas en 2019 —aproximadamente 25.137—, están en manos de los principales grupos empresariales y la explotación de dicho sector es un negocio, según el mencionado informe: “La industria geriátrica española está dominada por grandes grupos, por lo menos en lo que respecta a las empresas punteras del sector. El sector geriátrico sigue siendo una oportunidad de negocio para inversores, empresas patrimonialistas, inversores foráneos y para los principales grupos gestores de residencias”.

<sup>3</sup> Según diversas webs consultadas, el abanico de precio en las residencias privadas es muy amplio pudiendo oscilar entre 1.500 a 3.000 euros o más, dependiendo de muchos factores (instalaciones, ubicación geográfica o tipo de actividades, entre otros).

### 1.1. Provisión pública y externalización de la gestión de los servicios residenciales para mayores

La presión de la demanda social por el envejecimiento de la población y el aumento de las personas en situación de dependencia, la escasa estructura de establecimientos públicos en los primeros años de la democracia, la existencia de una red privada de oferta de servicios residenciales y la mayor facilidad de las organizaciones privadas para invertir en infraestructuras residenciales, junto con la menor agilidad de la Administración en la gestión de los servicios y las restricciones presupuestarias para invertir y ampliar la reducida red de establecimientos públicos existentes, así como la minusvaloración del concepto de “gestión pública *versus* gestión privada”, han influido en el desarrollo de la contratación externa de los servicios públicos con organizaciones privadas.

La externalización de los servicios sociales de responsabilidad pública se enmarca en lo que se denomina “economía mixta del bienestar”, en la cual coexisten el sector público y el sector privado, pero con roles diferenciados; se reserva la competencia de la financiación al sector público y la de gestión al sector privado, aunque a la Administración Pública, como órgano contratante del servicio y, a la vez, como poder público, le compete la obligación de controlar la ejecución del contrato e intervenir y sancionar en caso de que el organismo proveedor no cumpla con los requisitos establecidos en el contrato.

La externalización de los servicios del bienestar debe contextualizarse en el ámbito de las ideas neoliberales que se introdujeron con fuerza en el sector productivo en los años ochenta del siglo XX y que influenciaron la economía de los servicios sociales. La extensión de dichas teorías ensalzando las virtudes del sector privado y las deficiencias del sector público empujaron a una redefinición del rol del Estado de Bienestar. El Estado debía reducir su protagonismo en la provisión de la protección social mientras que el sector no-estatal (instituciones privadas lucrativas y no lucrativas) debía jugar un papel más importante en la oferta de servicios del bienestar. Esta concepción dio paso a lo que se llama economía mixta de bienestar o pluralismo del bienestar (*welfare pluralism*).

Algunos teóricos critican la irrupción del neoliberalismo en los servicios sociales señalando que al mismo tiempo que el pluralismo del bienestar ofrece una mayor y más variada oferta de servicios, también comporta un aumento de la desigualdad (restricciones en el acceso a servicios, selección adversa de los individuos, según complejidad de la discapacidad/ enfermedad, entre otros). El cambio del concepto de bienestar “centrado en el Estado” hacia el “pluralismo del bienestar” conduce a la privatización en la provisión de servicios reduciendo el rol del Gobierno a “proveedor del bienestar residual” (Mishra, 1995). Otros autores apuntan que la elección entre gestión directa y gestión indirecta

de servicios de responsabilidad pública no se hace tanto basada en un estudio riguroso sobre qué tipo de gestión es la más eficiente, sino en otro tipo de circunstancias, como puede ser la existencia de un reducido número de proveedores, o la influencia política de determinadas instituciones que empujan a un determinado tipo de elección (Kramer, 1987).

En España, la economía mixta del bienestar en el ámbito de los servicios sociales se extiende a partir de la democratización de los ayuntamientos<sup>4</sup> y toma forma cuando el modelo de servicios sociales tiende hacia la universalización de las prestaciones, en un intento de equipararlo al resto de ámbitos del bienestar social (salud y educación), pero con su propia especificidad de ir configurándose cada vez más claramente como un modelo de provisión mixta, donde las entidades privadas (tanto lucrativas como no lucrativas) siguen jugando un papel relevante (Rodríguez Cabrero, 2004).

La eficiencia económica es el principal argumento que sostienen los teóricos del neoliberalismo en el ámbito de la economía de los servicios del bienestar, pero el debate entre eficiencia económica y eficacia social, entre gestión pública y gestión privada, sigue abierto sin que haya, por el momento, suficiente evidencia empírica que justifique la mejor alternativa.

La descentralización de las competencias de servicios sociales en las comunidades autónomas y el desarrollo de las leyes de servicios sociales favorecieron la expansión de instrumentos de colaboración público-privada, reduciendo a mínimos la gestión directa de los servicios sociales. Actualmente, la externalización de los servicios de responsabilidad pública está ampliamente extendida en todos los niveles de la Administración Pública —local, regional y estatal—. Incluso, una de las leyes más relevante en el ámbito social, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), reconoce e impulsa la economía mixta del bienestar cuando en el artículo 6 configura una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

El progresivo aumento de la externalización de la gestión de servicios sociales no significa que no continúe existiendo la gestión directa en organizaciones públicas —especialmente en centros de la Administración local—, aunque actualmente suponga un porcentaje residual del total de plazas, tal y como se expone en el siguiente apartado. Una breve clasificación de los tipos de gestión es: gestión directa, cuando esta es realizada con medios y recursos de la propia Administración, aunque, en ocasiones, el financiador puede delegar la gestión en otros entes públicos (organismos autónomos administrativos, entidades mercantiles públicas, consorcios y fundaciones, entre otras) y gestión indirecta cuando esta es realizada a través de

<sup>4</sup> Primeras elecciones municipales en 1979.



organizaciones privadas lucrativas o no lucrativas (sociedades mercantiles, asociaciones, fundaciones y cooperativas, entre otras).

## 2. La calidad asistencial de las residencias para mayores desde la perspectiva del empleo

En las residencias de mayores, el principal factor de producción son los “empleados” que atienden a las personas usuarias. La calidad de la atención dependerá, en gran parte, de las condiciones de trabajo de su personal. Durante la crisis sanitaria de la covid-19 se han evidenciado las dificultades de atención en las residencias por falta de suficientes cuidadores y de profesionales cualificados, y también se ha hecho evidente la precariedad de las condiciones laborales de dicho personal.

El objetivo de este apartado es describir la calidad del empleo en el conjunto de las organizaciones proveedoras de servicios residenciales para mayores, analizando los tipos de contratos de sus empleados y las retribuciones salariales a partir de los datos de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) y de las bases de cotización de la Seguridad Social. Es un enfoque integral del empleo desde la perspectiva de las organizaciones que gestionan los servicios con independencia de si son plazas públicas o plazas privadas. En el Anexo se ofrece información de la base de datos MCVL utilizada para la realización de este estudio.

### 2.1. Número de empleados: empleo total y empleo efectivo

En el sector de los servicios residenciales para mayores, el elevado número de contratos de duración

determinada (temporales), con pocos días o pocas horas de trabajo, junto con los contratos indefinidos a tiempo parcial, muestra la incorrección de utilizar el indicador de número total de empleados para describir la “fuerza de trabajo” realmente empleada en un centro. Por ello, se ha recurrido al concepto de “empleo efectivo”, el cual mide el “personal equivalente a tiempo completo” de acuerdo con las horas anuales establecidas en el VII convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes. Para ello se tienen en cuenta tanto el número de días con contrato como el número de horas contratadas de cada uno de los trabajadores. La diferencia entre el “número total de empleados” y el “número total de empleo efectivo” es significativa. Aproximadamente, el número total de empleados al año se reduce en casi la mitad (42 %) al transformarse en “empleo efectivo”. En 2018, el número de empleados es de 153.625, mientras que el “empleo efectivo” es de 89.248.

El sector ha experimentado un crecimiento considerable entre 2012 y 2018, aumentando el número de empleos efectivos en 26.554,72, lo que supone un incremento de más de un cuarenta por ciento (42,36 %) distribuyéndose en 9.623,73 empleos entre 2012-2015, y 16.930,99 empleos entre 2015-2018. Los mejores valores del segundo intervalo pueden deberse a la recuperación económica después del largo periodo de crisis iniciada en 2008, en el que tanto las familias como las Administraciones Públicas disponen de mayores recursos económicos para contratar plazas en residencias para mayores.

El Cuadro 2 muestra las tres dimensiones del empleo: el número total de empleos en el año, el número de empleos a final del ejercicio y el empleo efectivo durante el año. Asimismo, muestra el porcentaje de mujeres empleadas cuyas cifras son similares tanto desde la perspectiva de empleo efectivo como desde

Cuadro 2. Número de empleos y empleos efectivos

		Nº total empleados en el año	Nº total empleados final año	Porcentaje empleados final año	Empleo efectivo en el año	Porcentaje empleo efectivo
2012	Hombres	11.775	7.725	11,0	6.803,74	10,9
	Mujeres	85.725	62.775	89,0	55.889,31	89,1
	<b>TOTAL 2012</b>	<b>97.500</b>	<b>70.500</b>		<b>62.693,05</b>	
2015	Hombres	15.625	10.225	12,2	8.468,48	11,
	Mujeres	103.500	73.475	87,8	63.848,29	88,3
	<b>TOTAL 2015</b>	<b>119.125</b>	<b>83.700</b>		<b>72.316,78</b>	
2018	Hombres	21.275	13.550	13,2	11.257,21	12,6
	Mujeres	132.350	89.325	86,8	77.990,56	87,4
	<b>TOTAL 2018</b>	<b>153.625</b>	<b>102.875</b>		<b>89.247,77</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

la situación a final del año, poniendo de relieve el elevado grado de feminización en estos centros.

### 2.1.1. Características generales del empleo

Los establecimientos residenciales para mayores se caracterizan por un elevado grado de feminización de los puestos de trabajo. Casi el 90 % de los trabajadores son mujeres, aunque su peso sobre el total del empleo muestra una “cierta” tendencia decreciente, del 89,10 % en 2012 al 87,40 % en 2018. El número de empleo efectivo femenino ha aumentado en 22.101 entre 2012 y 2018, lo que supone un incremento de casi el 40 % (39,54 %).

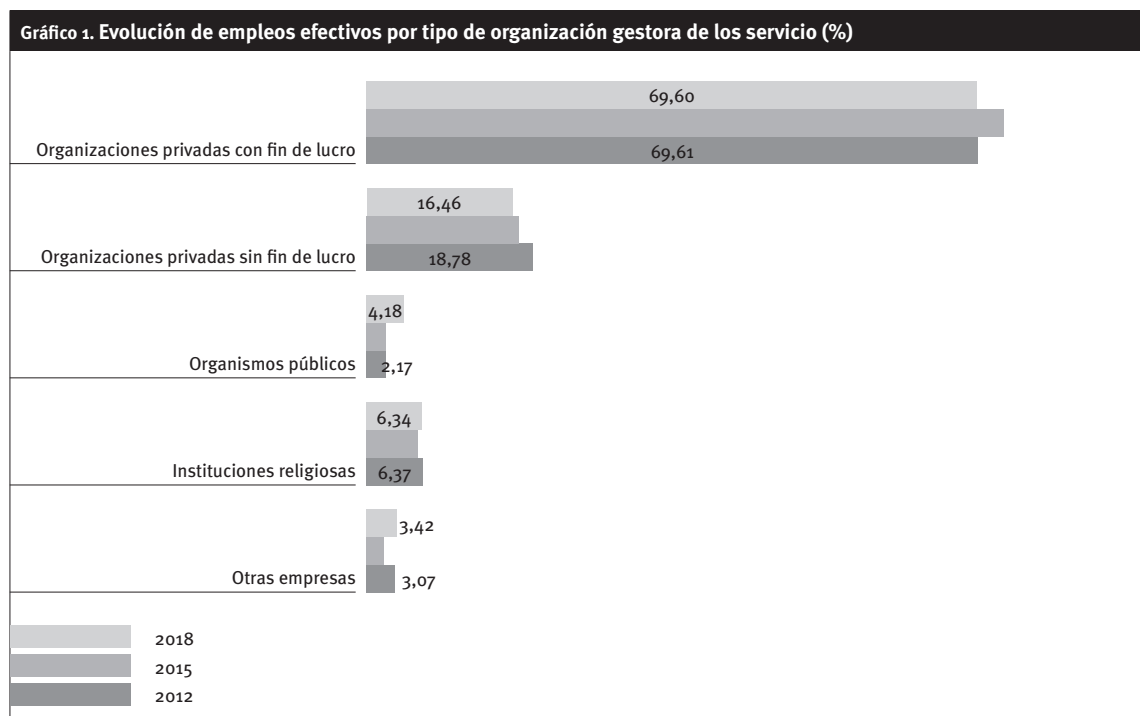
La proporción de mujeres en los diferentes tipos de organizaciones, que se analiza globalmente en el siguiente apartado, es bastante similar, entre un 86 % y un 87 %. Con una proporción mayor figuran las corporaciones locales, con el 90,7 %, y las Instituciones religiosas, con el 89,7 %.

La edad media del conjunto de empleados es de 41 años y se ha venido manteniendo casi constante a lo largo del periodo. Casi el 60 % de los trabajadores se sitúan en la franja entre 35 y 55 años. Algo menos del 60 % de los trabajadores tienen un nivel de estudios primarios incluyendo algún grado de formación profesional (EGB + FP1) y el resto se distribuye entre un 20,4 % con estudios secundarios (BUP + FP2) y un 22,6 % con estudios superiores.

### 2.2. Organizaciones gestoras de servicios residenciales para mayores

Las organizaciones gestoras de servicios se identifican según la forma jurídica del empleador y las agrupamos en: organizaciones privadas con fin de lucro —sociedades anónimas, sociedades limitadas y uniones temporales de empresas (UTE)—, organizaciones privadas sin fin de lucro —fundaciones, asociaciones y cooperativas<sup>5</sup>—, organismos públicos —corporaciones locales y otros organismos públicos—, instituciones religiosas y, por último, el grupo “otros” agrupa aquellas empresas no encuadradas en ninguno de los apartados anteriores y, también, aquellas situaciones de trabajadores que a lo largo del año hayan cambiado de empresa encuadradas en diferentes grupos. El Gráfico 1 muestra la evolución de los empleos efectivos anuales por tipo de organización “gestora” sobre el total de empleos efectivos expresada en porcentajes.

El Gráfico 1 muestra cómo el conjunto de las organizaciones privadas con fin lucrativo gestionan casi un 70 % de los empleados (empleos efectivos) del sector. La evolución muestra que dichas organizaciones mantienen la misma posición que en 2012. Se observa que en 2015 hay un incremento que no se mantiene en 2018. Una de las posibles explicaciones es que los trabajos de concesión de obra y gestión de servicios realizados por UTE finalizaran las obras y revirtieran a la Administración



Fuente: Elaboración propia con datos MCVL.

<sup>5</sup> Aunque no todas las cooperativas son sin finalidad de lucro, se considera que aquellas que reciben financiación pública cumplen dicho requisito.

tanto las obras como la gestión de los servicios. Ello tiene sentido si se observa que el porcentaje de empleados gestionados por los organismos públicos ha aumentado en 2018.

Las organizaciones privadas no lucrativas (Tercer Sector) ocupan la segunda posición del ranking, con la gestión del 16,4 % del total de empleos efectivos del sector residencial para mayores. Se encuentran muy alejadas de la posición ocupada por las organizaciones privadas lucrativas. Muestran una evolución decreciente respecto al año 2012, perdiendo más de dos puntos porcentuales (2,32) en dicho periodo. Ello induce a pensar que las nuevas formas de concertación con la Administración Pública para gestionar servicios personales de bienestar introducidas en la reforma de la Ley de Contratos del Sector Público en 2017 todavía no han dado sus frutos. Sin embargo, hay muestras de que este sector está en fase expansiva habilitando nuevos centros y ampliando el número de plazas en residencias para mayores tal como se puede apreciar en el siguiente texto.

La presencia del Tercer Sector, a pesar de su reducido tamaño en comparación con el grupo de “organizaciones privadas con ánimo de lucro”, está en una senda expansiva. En septiembre de 2020, la presencia del Tercer Sector supera las 91.000 camas, con más de 1.220 centros abiertos manteniendo, e incluso incrementando ligeramente su peso de años anteriores en el total de geriátricos de nuestro país. (Informe Alimarket/Sanidad, 2020)

Las organizaciones públicas, con un 4,2 % de empleos gestionados directamente, ocupan una posición residual en la lista. Este resultado contrasta con el hecho de que casi la mitad del total de usuarios de los servicios residenciales para mayores son financiados públicamente y que organismos de la Administración Pública son titulares de 5.457 centros residenciales para mayores (Imsero, 2019). Estos datos refuerzan la idea del elevado porcentaje

de servicios públicos contratados externamente con organizaciones privadas.

Las instituciones religiosas, con el 6,3 % de los empleos gestionados directamente, contrastan con el hecho de que son titulares del 39,77 % de las residencias del Tercer Sector y de aproximadamente 36.315 plazas, un 43,5 % del total del sector no lucrativo (Alimarket, 2020), lo cual indica que contratan externamente la gestión de la mayoría de sus centros.

### 2.3. La calidad de los contratos laborales

En 2018, una cuarta parte del empleo efectivo ha sido realizado por trabajadores con contratos de duración determinada y se observa una evolución creciente a lo largo del periodo 2012-2018, pasando del 23,3 % al 24,9 %. La proporción de este tipo de contratos es algo inferior en las mujeres que en los hombres, 24,8 % frente al 25,5 %. Se observa también un aumento de trabajadores que han estado en ambos tipos de contrato a lo largo del año, del 2 % en 2012 a casi el 5 % en 2018. Ello significa mayor movilidad entre contratos, de temporal a indefinido, o viceversa. La evolución del porcentaje de los contratos de duración determinada ha ido aumentando a lo largo de los años, pudiéndose apreciar un incremento de 1,6 puntos porcentuales entre 2012 y 2018 (Cuadro 3).

La proporción de contratos indefinidos, alrededor del 70 %, dista mucho de la cifra exigida en el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes<sup>6</sup>, el cual determina que los centros han de tener como mínimo un 80 % de personal con contratos indefinidos. El porcentaje de contratos indefinidos muestra una tendencia decreciente durante el periodo, pasando del 74,7 % en 2012 al 70,2 % en 2018, y dando paso, por tanto, a un mayor número de contratos temporales.

Cuadro 3. Evolución del empleo efectivo por tipos de contrato

	2012			2015			2018		
	Empleo efectivo (%)	Empleo efectivo hombres (%)	Empleo efectivo mujeres (%)	Empleo efectivo (%)	Empleo efectivo hombres (%)	Empleo efectivo mujeres (%)	Empleo efectivo (%)	Empleo efectivo hombres (%)	Empleo efectivo mujeres (%)
Contratos indefinidos	74,7	72,1	75,0	73,3	70,5	73,6	70,2	68,6	70,4
Contratos duración determinada	23,3	26,1	22,9	23,9	26,0	23,6	24,9	25,5	24,8
Contratos varios tipos	2,0	1,8	2,1	2,8	3,5	2,7	4,9	5,9	4,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>10,85</b>	<b>89,15</b>	<b>100,0</b>	<b>11,71</b>	<b>88,29</b>	<b>100,0</b>	<b>12,61</b>	<b>87,39</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL de los años 2012, 2015 y 2018.

<sup>6</sup> Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Resolución 11 de septiembre de 2018.

Cuadro 4. Empleo efectivo según dedicación de jornada

	2012			2015			2018		
	Empleo efectivo (%)	Empleo efectivo hombres (%)	Empleo efectivo mujeres (%)	Empleo efectivo (%)	Empleo efectivo hombres (%)	Empleo efectivo mujeres (%)	Empleo efectivo (%)	Empleo efectivo hombres (%)	Empleo efectivo mujeres (%)
Jornada completa	78,5	76,9	78,6	75,61	74,84	75,71	75,1	71,1	75,7
Jornada parcial	17,3	17,8	17,2	19,24	19,42	19,22	18,7	22,0	18,2
Varios tipos de jornada	4,3	5,3	4,2	5,15	5,75	5,07	6,2	6,9	6,1
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>10,85</b>	<b>89,15</b>	<b>100,00</b>	<b>11,71</b>	<b>88,29</b>	<b>100,00</b>	<b>12,61</b>	<b>87,39</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

Cuadro 5. Detalle de los principales contratos temporales

Empleos efectivos por tipo contrato temporal, en porcentaje (*)			
	2012	2015	2018
Obra o servicio	20,38	16,72	13,69
Eventual	39,94	40,42	41,06
Interinidad	35,80	37,44	39,57
<b>Empleos grupo/total contratos temporales</b>	<b>96,10</b>	<b>94,58</b>	<b>94,31</b>
Otros indicadores			
Media días contrato año "grupo"	127,46	116,1	112,72
Media contratos "grupo"	2,44	2,46	2,38

(\*) Los porcentajes se miden sobre el total de empleos efectivos con contrato temporal.

Fuente: Elaboración propia.

## 2.4. Empleo efectivo según dedicación jornada

En 2018, casi el 19 % de los empleos efectivos son de jornada parcial, habiendo experimentado un ligero incremento entre 2012 y 2018, del 17,3 % al 18,7 %. Es algo mayor la proporción de hombres con jornada parcial que la proporción en las mujeres (22 % *versus* 18,2 % en 2018), diferencia que se ha visto acentuada a lo largo del periodo analizado. Ello se debe a la mayor contratación de hombres que de mujeres en contratos temporales.

En correspondencia, casi el 76 % de las mujeres tienen jornada completa, mientras que en los hombres es el 71 %. Asimismo, hay un 6,2 % de empleados que han pasado de un tipo de jornada a otra, proporción que ha ido aumentando a lo largo del periodo (Cuadro 4).

## 2.5. Análisis de los contratos temporales en los servicios residenciales para mayores

Una de las principales características laborales es la elevada temporalidad del empleo y las características de los contratos temporales. En el Cuadro 5 se puede observar que casi un 95 % (94,31 %) del total de contratos temporales se agrupan en tres tipos: “obra o servicio”, “eventual” e “interinidad”, formando un grupo que denominamos “grupo soporte de la plantilla fija de la empresa”. Los contratos eventuales

y los contratos de interinidad<sup>7</sup> son los predominantes en el “grupo soporte”, distribuyéndose en 2018 casi en la misma proporción —41 % para los eventuales y 40 % para los de “interinidad”—. El resto de contratos temporales incluye contratos de formación, prácticas, inserción, persona con discapacidad y relevo, entre otros.

La elevada proporción de contratos de interinidad y su continuo crecimiento lleva a reflexionar sobre las condiciones laborales de los trabajadores en plantilla de las empresas. Se entrevistó una elevada tasa de “sustituciones” por bajas temporales de enfermedad. Asimismo, la elevada proporción de contratos de “obra y servicio” y contratos “eventuales” induce a pensar que la función principal de este personal es la de “complementar” las necesidades de personal de plantilla de los centros. El resultado final es que el porcentaje de contratos temporales incluidos en lo que se ha denominado “grupo soporte” apenas ha variado a lo largo del periodo analizado.

Es significativo que el indicador “tasa de estabilidad” definido en el Convenio marco estatal de servicios a las personas dependientes se construya excluyendo del cómputo los contratos de interinidad, además de los de prácticas y formación y aprendizaje. Así,

<sup>7</sup> En los contratos de interinidad se excluyen los de carácter administrativo por ser residuales.

siguiendo dicho criterio resulta que, como media, el sector cumple el porcentaje de estabilidad fijado en un 80 % en el mencionado convenio.

Otros indicadores a considerar de los contratos temporales incluidos en el grupo “soporte” son el elevado número de días de contrato por individuo y año, que alcanza una media de más 100 días, lo que equivale, aproximadamente, a casi cuatro meses. Además, el número de contratos por individuo y año es de 2,38 en 2018. Se observa, además, que un mismo empleado puede alargar los días trabajados al año enlazando diferentes modalidades de contrato temporal definidos en el grupo soporte.

Entre otras características de los contratos temporales, se destaca que la retribución salarial suele ser la mínima establecida por el convenio, no tienen derecho a pluses de antigüedad, ni horas de formación y que, por ejemplo, el contrato de interinidad no tiene derecho a indemnización cuando finaliza el contrato.

El conjunto de indicadores señalados en este apartado da idea de la elevada precariedad laboral de los empleos temporales en los servicios residenciales para mayores.

### 2.5.1. Tasa de temporalidad de los contratos

La tasa de temporalidad mide la proporción de contratos temporales sobre el total de contratos en el año. España se destaca por la elevada tasa de temporalidad laboral que duplica la tasa media de la EU 28, pero la tasa de temporalidad en los establecimientos residenciales para mayores triplica a la de España y es seis veces mayor que la de la media de la Unión Europea, mostrando la elevada precariedad laboral de este sector. Se observa, además, que dicha tasa de temporalidad ha aumentado considerablemente (4,6 puntos porcentuales) en el periodo 2012-2018 (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tasa de temporalidad

	2012	2015	2018
EU 28	10,7	11,1	11,2
España	19,2	20,7	21,9
Residencias mayores	62,4	65,8	67,0

Fuente: Elaboración propia con datos MCVL y Eurostat (tesem\_110).

## 3. Los salarios de los empleados en los establecimientos residenciales para mayores

La retribución salarial media anual en los servicios residenciales para mayores es de 17.813,31 euros en 2018. Dicho importe es inferior al salario bruto anual de 24.009,12 euros para el conjunto de la economía

en 2018 y, también, es un 24 % inferior al salario bruto anual del sector servicios, que según el INE<sup>8</sup> es de 23.325,64 euros para dicho año. Esta importante diferencia salarial es una muestra significativa de la precariedad laboral de los trabajadores en los servicios residenciales para mayores. A continuación, se realiza una exposición detallada de las retribuciones salariales desde diferentes perspectivas del empleo.

### 3.1. Los salarios desde la perspectiva de los tipos de contratos

El desglose del salario hora por tipo de contrato pone de manifiesto que no cobran igual los que tienen contrato indefinido que aquellos con contrato de duración determinada. En general, los asalariados con contrato de duración determinada perciben un 4,2 % menos que los que tienen un contrato indefinido. La diferencia es más pronunciada en los hombres que en las mujeres (13,3 % en hombres y 2,7 % en mujeres). Asimismo, la brecha salarial es más pronunciada en los contratos indefinidos (12,1 %) que en los contratos temporales (1,3 %), como se puede ver en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Salario hora y brecha de género por tipo de contrato (año 2018)

	Euros hora		
	2012	2015	2018
Hombres	10,21	10,31	10,55
Mujeres	9,05	9,36	9,84
Total	9,19	9,48	9,94
<b>Brecha género</b>	<b>-11,4 %</b>	<b>-9,2 %</b>	<b>-6,7 %</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

El salario hora<sup>9</sup>, en el periodo 2012-2018 ha aumentado un 8,2 %, incremento superior a la variación del IPC acumulado durante el mismo periodo de tiempo (3,21 %). Ello muestra un esfuerzo de las organizaciones para acercar salarios a los establecidos en el convenio laboral. La brecha de género muestra una progresiva disminución de 4,7 puntos porcentuales entre 2012, y 2018, aunque en el 2018 todavía las mujeres ganan en promedio un 6,7 % menos que los hombres.

<sup>8</sup> Encuesta de estructura salarial, INE, 2018.

<sup>9</sup> Se toma como unidad básica salarial el “salario hora”, teniendo en cuenta las bases de las cotizaciones anuales de los trabajadores en el CNAE 873 y tomando como referencia 1.792 horas anuales fijadas en el VII Convenio colectivo de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, aplicable desde 2015 y que a efectos de este estudio también se aplica en el 2012.

### 3.2. Los salarios desde la perspectiva de las categorías profesionales

Uno de los factores que muestra la baja calidad del empleo en los centros residenciales de mayores es la gran concentración de trabajadores en las categorías profesionales bajas. Se analizan los contratos desde la perspectiva de las categorías profesionales, identificadas en los grupos de cotización de la Seguridad Social, donde cada contrato se encuadra en un grupo determinado para su correspondiente cotización. Los grupos de cotización<sup>10</sup> se determinan en función de categorías profesionales y a cada categoría se le asigna una cuota mensual, que puede variar en función del salario y el tipo de trabajo que se desempeña. En este artículo se han agrupado las categorías profesionales en tres niveles: categoría alta, media y baja. Así, la categoría alta incluye los grupos de cotización 1 y 2, la categoría media incluye los grupos 3, 4 y 5 y la categoría baja, el resto de los grupos. Estas categorías son indicativas de las características del puesto que ocupan y de la retribución salarial que les corresponde, más que de la cualificación profesional de los trabajadores.

Los resultados muestran que, de promedio, el 80% de los empleos están encuadrados en las categorías profesionales más bajas. Ello da idea del nivel de titulaciones exigidas al personal para trabajar en dichos centros y de la escasa proporción de trabajadores con niveles profesionales, reconocidos, de grado medio o superior. El resto de los trabajadores se distribuyen del siguiente modo: un 13% en el grupo de categoría media —titulados de grado medio y cargos de responsabilidad media— y un 7% en el grupo de categoría alta —titulados superiores, directores y altos cargos—.

Se desglosa el salario entre bruto y neto para proporcionar una “foto” más precisa del alcance de las retribuciones salariales de los empleados en los servicios residenciales para mayores. El salario neto se obtiene aplicando una retención del 20%, que incluye la parte correspondiente de la cotización a la Seguridad Social y la retención del IRPF<sup>11</sup>. Cabe precisar que los porcentajes de retención utilizados como hipótesis pueden variar significativamente si cambia la normativa que los regula.

Los resultados obtenidos muestran que un 80% de los empleados perciben, como media, un salario neto mensual inferior a mil euros, no mostrando diferencias significativas entre hombres y mujeres en la categoría laboral “baja”. En cambio, se perciben diferencias más elevadas en la categoría alta y, probablemente superior a la reflejada en dicho cuadro teniendo en cuenta los “topes” de cotización en los salarios más elevados.

La comparación salarial entre hombres y mujeres dentro de la misma categoría profesional pone de relieve que la brecha salarial de los empleados encuadrados en la categoría baja es muy pequeña (1,5%). Se intuye que cuando los salarios son bajos no hay mucho margen para disminuirlos aún más, mientras que en las categorías media y alta la brecha de género aumenta, alcanzando cifras bastantes similares, 7,5% y 7,1%, respectivamente (Cuadro 8).

La media de las retribuciones salariales está dentro de lo estipulado en el convenio del sector. Sin embargo, está muy por debajo del salario medio del “sector servicios” tal como se ha expuesto anteriormente.

Cuadro 8. Salario bruto y neto por categorías profesionales y género (año 2018)

	Total individuos (%)	Brecha de genero	Salario bruto mes			Salario neto mes		
			Media euros/mes	Hombres euros/mes	Mujeres euros/mes	Media euros/mes	Hombres euros/mes	Mujeres euros/mes
Categoría alta	13,7	-7,1%	1.725	1.828	1.699	1.380	1.462	1.359
Categoría media	6,7	-7,5%	1.388	1.484	1.373	1.110	1.187	1.098
Categoría baja	79,6	-1,5%	1.184	1.201	1.182	948	961	946
<b>Total</b>		<b>-6,7%</b>	<b>1.272</b>	<b>1.350</b>	<b>1.260</b>		<b>1.018</b>	<b>1.008</b>

Salario año = salario mes por 14 pagas.

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

<sup>10</sup> Grupo 1: ingenieros y licenciados. Grupo 2: ingenieros técnicos, peritos y ayudantes titulados. Grupo 3: jefes administrativos y de taller. Grupo 4: ayudantes no titulados. Grupo 5: oficiales administrativos. Grupo 6: subalternos. Grupo 7: auxiliares administrativos. Grupo 8: oficiales de primera y segunda. Grupo 9: oficiales de tercera y especialistas. Grupo 10: peones. Grupo 11: aquellos trabajadores menores de 18 años, sea cual sea su categoría profesional.

<sup>11</sup> Se estima un 4,7% de retención por la cotización a la Seguridad Social y un 15% como valor medio de retención del IRPF, teniendo en cuenta que esta varía en función de las circunstancias familiares y del importe de la remuneración anual estimada.

### 3.3. Retribuciones salariales por tipo de organización

En este apartado se muestran los resultados de la media mensual de las retribuciones salariales por tipos de organización y por género. El resultado muestra que no hay diferencias significativas entre los grupos de organizaciones, excepto en el de “organismos públicos”, que muestra una diferencia salarial del 33 % por encima de la media. Entre las posibles explicaciones de dicha diferencia se apuntan las siguientes: que algunos organismos públicos gestionen “centros de referencia” que requieran una ratio de personal más elevado, o que realmente los salarios pagados sean superiores a los de otras organizaciones. Asimismo, cabe recordar que las organizaciones públicas gestionan un reducido número de trabajadores con relación al total.

Respecto a la brecha de género, los organismos públicos destacan por ser los que la tienen más elevada, siendo superior a la media en 8,2 puntos. En segunda posición se sitúan las organizaciones religiosas con 4,2 puntos superior a la media. Las “organizaciones con fin lucrativo y el grupo de “otras organizaciones” son las que muestran una brecha inferior a la media (cuadro 9).

Cuadro 9. Salarios brutos por tipo de organización (año 2018)

	Media (euros/mes)	Hombres (euros/mes)	Mujeres (euros/mes)	Brecha género
Organizaciones lucrativas	1.242	1.309	1.231	-5,9 %
Organizaciones no lucrativas	1.326	1.422	1.310	-7,9 %
Organizaciones públicas	1.689	1.947	1.657	-14,9 %
Organizaciones religiosas	1.231	1.362	1.214	-10,9 %
Otras	1.171	1.202	1.166	-3,0 %
<b>Total</b>	<b>1.272</b>	<b>1.350</b>	<b>1.260</b>	<b>-6,7 %</b>

Salario año = salario bruto mes por 14 pagas.

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

## 4. El empleo y su incidencia en la gestión de situaciones de la covid-19 en residencias para mayores

Es arriesgado ofrecer un balance de la afectación de la covid-19 en las residencias de mayores cuando en el momento de escribir este artículo (octubre de 2020) la crisis sanitaria todavía está en su apogeo. Algunas cifras aproximadas apuntan que, desde principios de marzo hasta el 27 de agosto, casi 20.000 personas mayores han perdido la vida a causa de la covid-19 y que alrededor de dos terceras partes de los fallecimientos relacionados con esta se habrían producido en establecimientos residenciales para mayores (CSIC, 2020). Sin embargo, estas cifras deben ser tomadas con cautela debido a sus potenciales

sesgos y limitaciones en las informaciones facilitadas por las comunidades autónomas (Zalakain, Davey y Suárez-González, 2020).

La (des)coordinación intersectorial en muchos lugares del territorio nacional ha demostrado ser una de las claves explicativas de la magnitud alcanzada por esta crisis, tanto en el ámbito político-administrativo (Ministerio y Consejerías), como en el organizativo (residencias y centros sanitarios). En algunas CC.AA. se han producido problemas de coordinación sectorial que han retrasado la protección de las residencias, a pesar de ser los lugares donde se han concentrado buena parte de los problemas más acuciantes. (Del Pino *et al.*, 2020)

Los escasos (débiles) controles ejercidos por la Administración para comprobar y exigir el cumplimiento de los requisitos establecidos en los contratos/conciertos para la gestión de plazas con financiación pública y, en general, de los requisitos exigidos para la acreditación de los centros, han puesto al descubierto deficiencias estructurales con repercusiones en la atención a las personas usuarias. Entre los principales problemas que han aflorado destacan los de insuficiencia de personal, así como la elevada precariedad laboral, la cual se ha expuesto a lo largo de este artículo. Las condiciones laborales y salariales existentes han dificultado encontrar personal dispuesto a realizar sustituciones en situaciones difíciles, dando lugar a plantillas de personal más infradimensionadas que las previamente existentes. Cabe recordar que, para suplir dicho efecto, algunas Administraciones optaron por permitir la contratación laboral aunque las personas solicitantes no dispusieran de la cualificación profesional pertinente.

La falta de recopilación de la información, o del adecuado tratamiento de esta, junto con una política de restricciones del gasto público para concertar plazas públicas, han incidido en una manifiesta relajación de la Administración en la exigencia a los centros en lo referente al cumplimiento de ciertas normas, destacando dos de ellas: el cumplimiento de la ratio de personal y la exigencia de unos determinados porcentajes de cualificaciones profesionales.

La ratio de personal/usuario fue definida a partir del Acuerdo del Consejo Territorial sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD<sup>12</sup> y publicado por resolución de 2 de diciembre de 2008, siguiendo lo preceptuado en el artículo 35.1 de la LAPAD “se establecerán estándares de calidad para cada uno de los servicios, previo acuerdo del Consejo Territorial”. El acuerdo determina una ratio global media para las residencias de mayores en situación de dependencia exigible a partir de 2011, desglosando la ratio en

<sup>12</sup> SAAD es el acrónimo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, mientras que SISSAD el de su sistema de información.

los siguientes mínimos: un 0,45 para las personas con un grado 2 de dependencia y un 0,47 para las personas con un grado 3 de dependencia, los cuales deben incluir un mínimo de personal “cuidador/gerocultor” de 0,27 y 0,28, respectivamente. La ratio se aplicará en cada centro con relación al número de usuarios valorados con el respectivo grado de dependencia.

El cumplimiento de la ratio de personal es uno de los requisitos exigidos para la acreditación de los centros, servicios y entidades privadas para su incorporación en la red pública de servicios del SAAD, pero también es exigible para aquellos otros centros que sean acreditados para acoger personas beneficiarias de las prestaciones vinculadas establecidas en la LAPAD.

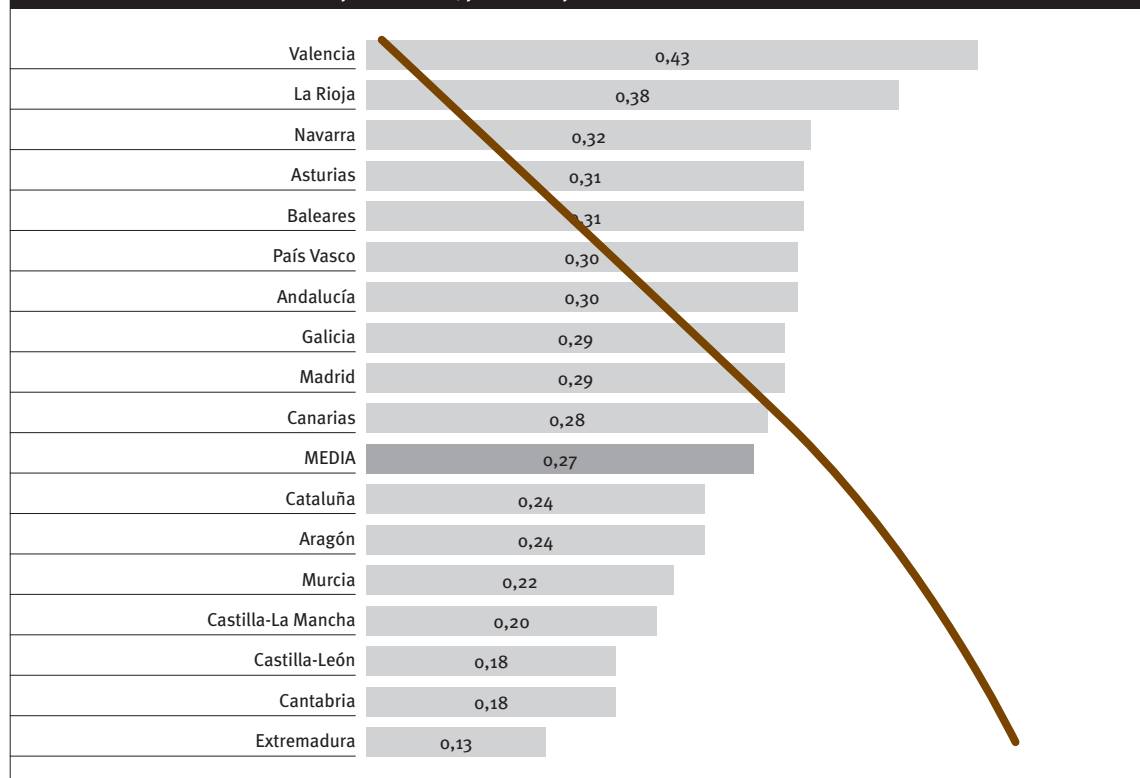
En cuanto al cumplimiento de las ratios de personal en los establecimientos de servicios residenciales para mayores, el Imsero no ofrece ningún tipo de información, ni en el SISAAD, ni en cualquier otro documento. Para suplir dicha falta de información, se ha realizado una “estimación”<sup>13</sup> a nivel de comunidades autónomas a través de la información de empleo efectivo obtenida a través de la MCVL y de

la información del CSIC sobre plazas residenciales de 2018, estimando una ocupación del 90%. Los resultados muestran que la media de la ratio de personal por plaza ocupada de 0,27 está muy lejos de la establecida en el acuerdo del Consejo Territorial entre 0,45 y 0,47. Solo la Comunidad Valenciana, con 0,43, se aproxima la mencionada ratio; otras comunidades, como La Rioja y Navarra se acercan a la ratio estándar (Gráfico 2).

Otra de las manifestaciones de la relajación de la Administración es el hecho de ir posponiendo la exigencia de unos determinados porcentajes de cualificaciones profesionales establecidos en el mencionado acuerdo. Dichos niveles debían alcanzarse a finales de 2015, pero sucesivos acuerdos han ido prorrogando dicha exigencia, actualmente, hasta el 2022 (Resolución 11 de diciembre de 2017 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad). Ello da lugar a una insuficiencia de perfiles profesionales adecuados para la atención a las personas usuarias.

La escasez de personal sanitario en las residencias ha incidido en la manifiesta incapacidad para actuar de forma rápida y adecuada ante los síntomas de la

Gráfico 2. Estimación de la ratio “Empleo efectivo/plazas ocupadas”



Fuente: Elaboración propia.

<sup>13</sup> Es una aproximación a la ratio personal/plaza, ya que se desconocen otros factores en qué proporción las plazas están ocupadas por usuarios de grado 2 y de grado 3 o en qué proporción hay usuarios que no están en situación de dependencia.



enfermedad y/o el tratamiento durante el proceso, y ante las restricciones para acceder a los centros hospitalarios o a los centros de atención primaria. La mayoría de las residencias atienden a personas en situación de dependencia y una gran proporción de ellas tienen pluripatologías que requieren control y atención médica continuada más o menos intensa. En cambio, los centros no suelen disponer, ya que no siempre es exigible según las normativas de las comunidades autónomas para la acreditación de centros residenciales de personal de sanitario, ni siquiera con contratos de algunas horas de atención semanales. Solo algunas de ellas, las más grandes o las más lujosas, disponen de este tipo de personal de forma permanente.

La coordinación sociosanitaria es uno de los objetivos más “codiciados”, pero todavía irresueltos a nivel nacional. Cada autonomía establece sus propias vinculaciones entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, pero el grado de éxito en esta crisis sanitaria no parece que haya sido excelente. El elevado grado de saturación de los centros de atención primaria, así como la selección adversa aplicada en algunos hospitales, ha incidido en que muchos de los residentes con covid-19 no tuvieran acceso a la atención sanitaria o al centro hospitalario en situaciones de gravedad extrema.

Una dotación insuficiente de personal social y sanitario repercute en una inadecuada calidad de atención a las personas usuarias. La dispersión normativa entre los diferentes niveles territoriales sobre centros residenciales y requisitos de autorización y acreditación, junto con un deficiente mecanismo de recopilación de datos, siguen dificultando el diseño de las estrategias más adecuadas para la atención residencial (Defensor del Pueblo, 2020).

## 5. Conclusiones

La crisis sanitaria de la covid-19 ha sido el revulsivo que ha aflorado numerosas deficiencias alrededor de la coordinación y gestión de las residencias para mayores. Se han producido problemas en el ámbito organizativo entre centros sociales y sanitarios que han afectado a la atención sanitaria de los residentes, pero sobre todo se ha puesto de manifiesto la precariedad laboral de los empleados y la insuficiente dotación de personal para atender a un colectivo muy vulnerable como es el de las personas mayores en situación de dependencia, así como los fallos de la Administración para controlar y garantizar la adecuada calidad de los servicios residenciales.

La precarización laboral y la insuficiente dotación de personal son dos de los hechos relevantes que han motivado situaciones de desatención extrema en el contexto de la crisis sanitaria. El convenio de personal que regula este sector establece unos salarios tan bajos que el resultado es una retribución anual bruta hasta un 24 % inferior a la

del conjunto del sector servicios, y todo ello en el marco de unas condiciones laborales agotadoras tanto física como mentalmente. La importante proporción de empleo con contratos de duración determinada y elevada tasa de temporalidad no son una garantía para ofrecer un servicio de calidad, ya que las empresas/organizaciones no pueden “fidelizar” a sus trabajadores; estos aprovechan cualquier oportunidad para moverse a otros lugares de trabajo mejor remunerados. Asimismo, las personas atendidas sufren emocionalmente los cambios incesantes de los trabajadores, no pudiendo establecer una relación continuada de confianza con la o las personas cuidadoras.

La Administración Pública ha fallado también en no establecer los mecanismos de control para asegurar el cumplimiento de los mínimos de dotación de personal —ratio personal/usuario— establecidos a través del acuerdo del Consejo Territorial para las residencias que atiendan a personas en situación de dependencia. La estimación de la ratio “empleo efectivo/plaza ocupada” para el conjunto de servicios residenciales, con un resultado de 0,27, está muy alejado del estándar mínimo fijado entre 0,45 y 0,47 acordado por el Consejo Territorial publicado en la Resolución de 2 de diciembre de 2008. Ello, sin lugar a dudas, tiene unas importantes consecuencias en la calidad asistencial.

Las técnicas utilizadas de concertación de plazas públicas a través de concursos públicos regulados por la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) han beneficiado a las organizaciones privadas lucrativas, excluyendo de facto a las organizaciones no lucrativas, las cuales no podían competir por las exigencias de solvencia económica y otros requisitos prácticamente inaccesibles para ellas. La reforma de la LCSP de 2017 abre la puerta a una nueva vía de colaboración entre las organizaciones privadas no lucrativas y las Administraciones Públicas. Se prevé que la diversificación y ampliación de los instrumentos de concertación junto con la incorporación de otros criterios, además del económico, en la adjudicación de las plazas repercute en la mejora de la calidad asistencial de los centros.

La externalización de servicios públicos es una realidad que ha venido para quedarse, ya que se constata un escaso nivel de gestión directa de los servicios públicos residenciales para mayores. En cualquier caso, los criterios de eficiencia y eficacia deben ser los referentes para la financiación de las plazas públicas a las organizaciones proveedoras de servicios residenciales. Las Administraciones deberían reforzar el control del cumplimiento de los requisitos para la acreditación de los centros en general y de aquellos otros establecidos en las cláusulas de los conciertos/acreditaciones acordados con ellas. La implementación de controles realizados por organismos externos independientes mediante la exigencia de presentación de auditorías de cuentas anuales incluyendo la auditoría salarial y la vigilancia de los ratios personal/usuario constituiría

un instrumento de ayuda para las Administraciones Públicas para verificar el cumplimiento de los requisitos de gestión exigidos a los centros.

Como conclusión final, cabe señalar como urgente la reparación de las deficiencias en la gestión

y organización del empleo observadas en las residencias para mayores, así como la dignificación de las condiciones laborales del personal de atención directa a los usuarios.

## Referencias bibliográficas

- ALIMARKET (2019): *Informe 2019 de Proyectos Geriátricos en España*, <<https://www.alimarket.edad/informe/293352>>.
- ALIMARKET/SANIDAD (2020): *Informe Septiembre/Octubre, 2020*, <<https://www.alimarket.es/sanidad/informe/319975/informe-2020-de-geriatricos-del-tercer-sector-en-espana/2/2188bb43d4bb58a07d20eefb93049b71>>.
- CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (2020): “*Envejecimiento en red*”. *Estadística centros residenciales mayores 2019*, <<https://www.envejecimiento.CSIC.es>>.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2020): Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019, Madrid, <[https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata\\_personas\\_mayores\\_centros\\_residenciales.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf)>.
- DÍAZ DÍAZ, B. (2012): “Estimación del coste de la atención a la dependencia en centros residenciales y de atención diurna o nocturna”, *Zerbitzuan*, nº 52.
- DEL PINO, E.; MORENO-FUENTES, F.J.; CRUZ-MARTÍNEZ, G.; HERNÁNDEZ-MORENO, J.; MORENO, L.; PEREIRA-PUGA, M.; Y PERNA, R. (2020): *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencia de Personas Mayores y COVID-19: Dificultades y aprendizajes*, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC), Madrid, <[http://ipp.csic.es/sites/default/files/content/project/mc-covid19\\_-296276/informe\\_residencias\\_covid-19\\_ipp-csic.pdf](http://ipp.csic.es/sites/default/files/content/project/mc-covid19_-296276/informe_residencias_covid-19_ipp-csic.pdf)>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2008): Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, <[https://www.boe.es/eli/es/res/2008/12/02/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2008/12/02/(2))>.
- (2017): Resolución de 11 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, <[https://www.boe.es/eli/es/res/2017/12/11/\(5\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2017/12/11/(5))>.
- IMERSO (2019): *Informe servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2018*, <[https://www.imerso.es/imerso\\_01/documentacion/estadisticas/ssppmm\\_esp/2018/index.htm](https://www.imerso.es/imerso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2018/index.htm)>.
- KRAMER, R.M. (1987): “Nonprofit social service agencies. Research considerations”, *The Nonprofit Sector and the Modern Welfare State, Political Science Quarterly*, Vol. 104, The Academy of Political Science.
- MARBÁN GALLEGU, V.; MONTSERRAT CODORNIU, J. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2021): “El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial”, *Ciencia & Saude coletiva*, enero 2021, pendiente de publicación.
- MISHRA, R. (1996): “The Welfare of Nations”, en BOYER, R. y DRACHE, D. (eds.), *States Against Markets*, Routledge, Londres.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Editorial Fundamentos, Madrid.
- TORTOSA CHULIÁ, M.A.; FUENMAYOR FERNÁNDEZ, A. y GRANELL PÉREZ, R. (2017): “Instrumentos de financiación y gestión en residencias de personas mayores”, *Informes Envejecimiento en red*, nº 16, p. 61, <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-finanresi-16.pdf>>.
- ZALAKAIN, J.; DAVEY, V. y SUÁREZ-GONZÁLEZ, A. (2020): “The COVID-19 on users of Long Term Care services in Spain”, *LTCcovid: International Long Term Care Policy Network*, CPEC-LSE, <<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>>.

## Anexo. Base de datos empleada en el estudio

La base de datos procede de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) de la Seguridad Social, que ofrece información de los afiliados desde una perspectiva multidimensional: datos personales, tipos de contratos, días de alta en cada contrato, bases de cotización, tipo de organización, entre otros. Se enlazan las características de cada individuo de la muestra con la identidad jurídica del empleador (empresa mercantil, organización no lucrativa, etc.), y el CNAE<sup>14</sup> al que está adscrita la empresa/organización. Para realizar el estudio cuyos datos se muestran en este artículo se toma el CNAE 873, que identifica a los establecimientos residenciales para mayores y con discapacidad física.

La MCVL no ofrece datos desglosados entre establecimientos residenciales para mayores (CNAE 8731) y establecimientos residenciales para personas con discapacidad física (CNAE 8732) ya que solo

proporciona información desagregada como máximo a nivel de tres dígitos. Se toma como hipótesis que las características laborales y el número estimado de la población son representativas de la de los empleados en los establecimientos residenciales para mayores ya que estos representan la mayoría sobre el total de ambos tipos de centros.

El registro de personas con estas características se recoge de la MCVL de los años 2012, 2015 y 2018, pudiéndose construir un conjunto de datos homogéneos para cada uno de los años. Las cifras se contrastan con otras estadísticas siempre que sean accesibles. Los resultados en valores relativos son representativos del sector objeto de estudio. Los resultados se muestran para cada uno de los años analizados. La muestra es representativa a nivel estatal y a nivel de comunidades autónomas.

---

<sup>14</sup> El CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas) es un sistema de numeración cuya finalidad es agrupar y clasificar todas las unidades productoras según la actividad económica que desarrollan. A cada unidad se le asigna un código numérico, y a este se le llama Código CNAE.

# Programas de respiro en el domicilio y acompañamiento a las personas cuidadoras primarias, una estrategia clave para humanizar la relación de cuidados en el ámbito familiar: el caso de Alkar Zaintzen

**Karin Yancen Rojas**

Psicóloga, Máster en Investigación consultoría e Innovación Social,  
Orue Auzolana Fundazioa  
kyancen@deusto.es

Artikuluak Alkar Zaintzen programak etxean duen eragina aurkezten du lagun egitearen ikuspegitik, lehen-mailako zaintzaileen bizi-kalitatearekin lotutako aldagaietan, hala nola, parte-hartze soziala hobetzea, familiaren lasaitasuna eta autonomiaren alde egitea. Horrez gain, erakusten du nola mendekotasuna duen pertsonaren ebaluazio integrala txertatzea eta norberaren autonomia mantentzea helburu duen arreta-planaren diseinua oinarrizko direla lehen-mailako zaintzaileen bizitza-kalitate handiagoa lortzeko. Modu honetan, bi pertsonen laguntza-harremana integratzen da. Programak mendekotasun-egoeran dagoen pertsonaren autonomia mantentzeko duen intzidentzia ere aurkezten da.

## **GAKO-HITZAK:**

Lehen-mailako zaintzaileak, atsedeen-programak, etxez etxeko laguntza, lagun egitea, bizitza-kalitatea, autonomia.

Este artículo presenta la incidencia que tiene Alkar Zaintzen, un programa de respiro en el domicilio desde la perspectiva del acompañamiento, en variables relacionadas con la calidad de vida de las personas cuidadoras primarias, tales como la mejora de la participación social, la tranquilidad familiar y el aumento de la autonomía. Además, muestra cómo la incorporación de una evaluación integral de la persona con dependencia y el diseño de un plan de cuidados orientado a mantener su autonomía personal es parte fundamental en el logro de esa mayor calidad de vida de la persona cuidadora primaria. Se integra de este modo el acompañamiento a ambas personas en la relación de cuidados. Se presenta también la incidencia del programa en el mantenimiento de la autonomía de la persona con dependencia.

## **PALABRAS CLAVE:**

Cuidadores primarios, programa de respiro, atención domiciliaria, acompañamiento, calidad de vida, autonomía.

## 1. Introducción

Escribimos este artículo con la intención de aportar, desde nuestra experiencia con la gestión de programas de atención a personas cuidadoras primarias o familiares, el conocimiento que hemos sistematizado con el programa de respiro en el domicilio Alkar Zaintzen —implementación, evaluación y seguimiento— y su incidencia en las personas participantes.

En este momento en que estamos afectados por la pandemia de la covid-19, hemos observado la dificultad de dar respuestas rápidas y eficientes desde el modelo de cuidados de larga duración actual. Por una parte, los fallecidos en residencias geriátricas hasta el mes de septiembre de 2020 habrían sido 20.476 personas, lo que significa 64,77% del total de las muertes notificadas oficialmente por el Ministerio de Sanidad de personas con coronavirus (rtve.es, 2020).

Por otra parte, desde el inicio del confinamiento en el mes de marzo, muchos servicios de atención a domicilio, servicios comunitarios y centros de día han cerrado o han tenido que limitar sus servicios para reducir los riesgos de contagio. Finalmente, muchos cuidadores y cuidadoras informales o precarios han quedado sin trabajo y sin la posibilidad de recurrir a los incentivos y apoyos públicos para complementar sus ingresos.

En este contexto, las familias quedaron aisladas en sus hogares y de un día para otro reabsorbieron todo el trabajo doméstico y de cuidados que durante las últimas décadas habían ido externalizando a través de distintos tipos de servicios, tanto públicos como privados. La importancia de los empleos de cuidados se hizo más visible que nunca mientras los hogares readaptaban cómo podían su organización de los cuidados (Moré, 2020).

En esta situación las personas cuidadoras, principalmente mujeres, confinadas en casa, son las que se han encargado de manera casi exclusiva de estas tareas, sin apoyo externo ni actividades de respiro. En un principio, en el momento más duro del confinamiento el programa de respiro Alkar Zaintzen pasa de la modalidad presencial al seguimiento en remoto con llamadas telefónicas y video llamadas.

Posteriormente, una vez iniciada la fase 3 de desconfinamiento en el mes de junio y cumpliendo normas de bioseguridad recomendadas por las autoridades, se inicia la atención en los domicilios. Nos encontramos con diversas reacciones, expresadas como angustia y temores ante la incertidumbre, pero sobre todo expresiones de profundo agradecimiento por el acompañamiento continuo y el inicio de las actividades con sus familiares con dependencia.

Envejecer en el domicilio, prolongar los cuidados en el domicilio, más que un deseo es la expresión de

la necesidad de mantener una adecuada calidad de vida el mayor tiempo posible; esta crisis acelera este deseo dadas las grandes dificultades que en principio se presentaron en los centros residenciales. Sin embargo, no debemos perder de vista que cuidar en casa tiene un elevado coste social (Fernández, 2020).

Es necesario revisar posibilidades y servicios que prioricen la permanencia en el domicilio, pero con un adecuado acompañamiento y atención profesional tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora primaria que suele ser un familiar en el 88,4% de los casos (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2014).

Una alternativa que puede insertarse dentro de una red de cuidados desde el domicilio y la comunidad y que complementa las prestaciones de atención en centros de día o atención residencial son los programas de respiro en el domicilio, gestionados en este momento por organizaciones del Tercer Sector que ofrecen un servicio público, con financiación y regulación públicas.

En Bizkaia, estos programas surgen con el apoyo del gobierno foral (BOB, 14/2007) que desde el año 2012 a través del Departamento de Acción Social estudia modalidades de atención que faciliten respiros sin que la persona mayor con dependencia deba desplazarse de su domicilio. Es así como da los primeros pasos hacia la creación de un programa de respiro para personas que cuidan de mayores con dependencia y de esta forma completar los subprogramas existentes dentro de Zainduz.

Para cumplir con este objetivo, se contactó con organizaciones del Tercer Sector, entre las que destaca en primer lugar Cáritas Diocesana de Bilbao, con la que se lleva adelante el programa Esku-Onetan, proyecto de respiro para personas que cuidan a familiares dependientes en su propio domicilio (elcorreo.com, 2012).

El objetivo principal de este tipo de programas es ofrecer apoyo en su propio domicilio a las familias con personas dependientes, proporcionándoles “tiempos de respiro” en determinados momentos, a través de la acción de personas voluntarias o contratadas. Esto posibilitaría que la persona cuidadora sienta más apoyo en el cuidado, permitiendo una mejor calidad de vida mediante la ayuda de personal profesional y voluntario (Diputación Foral de Bizkaia, 2014)

Otra organización que presenta un programa de respiro y que cuenta con esta línea de apoyo de la Diputación Foral de Bizkaia es Orue Auzolana Fundazioa, con el programa Alkar Zaintzen, servicio de respiro integral en el domicilio para personas cuidadoras de personas con dependencia (Diputación Foral de Bizkaia, 2014)

Resaltamos con esta información que la idea de mantener y fortalecer las ayudas a las familias que

presentan situaciones vulnerables como vivir con un familiar con dependencia siempre ha estado en el foco de las autoridades. Dada la nueva crisis de los cuidados generada por la covid-19, prolongar la permanencia en el hogar parece ser hoy una de las apuestas más importante de la Diputación Foral de Bizkaia, junto con centros residenciales lo más parecidos a un hogar y formación a profesionales sanitarios para mejorar la asistencia que prestan y la remuneración que reciben. También propone un cambio de modelo en los servicios sociales, que incluya “un sistema de apoyos y cuidados en el hogar basado en la tecnología, con monitorización permanente y combinado con servicios especializados en un centro de referencia próximo al domicilio que incorpore cuidados sociales y sanitarios y dirigido a las personas cuidadas y, también, a las personas cuidadoras” (declaraciones del diputado general Unai Rementeria).

Del mismo modo, contar con un sistema de apoyos tecnológico en el domicilio es una excelente vía de atención si se considera igualmente la atención a las personas cuidadoras primarias tomando en cuenta prácticas existentes dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas cuidadoras.

Una de estas prácticas son los programas de respiro en el domicilio, cuya sistematización aporta conocimiento en indicadores de gestión que luego pueden utilizarse en otras modalidades de atención integral, dirigidas a la atención de las necesidades tanto de la persona con dependencia como de la persona cuidadora.

En este artículo se presenta la sistematización de uno de estos programas. En primer lugar, se contextualiza la intervención y se describen brevemente los servicios disponibles en el sistema de atención a la dependencia para las personas cuidadoras primarias en Bizkaia, siendo los programas de respiro uno de estos servicios disponibles. Luego se explica la perspectiva del acompañamiento en este tipo de programas y se presenta el caso del programa Alkar Zaintzen.

El penúltimo apartado hace referencia a la crisis de la pandemia de la covid-19 y la respuesta que da el programa Alkar Zaintzen para garantizar la continuidad de atención domiciliaria en medio de las medidas de confinamiento durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020. Finalmente, se concluye la importancia de este tipo de programas de respiro en domicilio en el mantenimiento de las personas con dependencia en su hogar, así como la aportación que su sistematización puede brindar en el diseño de propuestas innovadoras de atención a la dependencia.

## 2. Contextualizando la intervención

Al hablar de cuidadores primarios nos referimos a aquellos que brindan cuidados desde la esfera de las relaciones primarias tanto familiares como

no familiares de convivencia, amistad, vecindad o reconocimiento (Fantova, 2018). Estos cuidadores suelen dedicar la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de una persona dependiente (Dwyer *et al.*, 1994).

Por lo general, la persona cuidadora primaria, que es quien asume las principales tareas del cuidado y las responsabilidades que estas implican, es percibida por los restantes miembros de la familia como la responsable del cuidado de la persona con dependencia, no es remunerada económicamente y lleva un tiempo prolongado cuidando de su familiar (Wilson, 1989).

De acuerdo con los datos recogidos en la investigación que estamos realizando en Bizkaia, las personas cuidadoras primarias son un 77,9 % de mujeres y un 21,2 % de hombres. El vínculo de estas y estos cuidadores con la persona que necesita cuidados para realizar actividades de la vida cotidiana es: 35,6 %, mujeres cuidando al marido; 24 %, hijas cuidando a su madre; 14,4 %, maridos cuidando a su mujer; 3,8 %, madres cuidando a su hija; y 22,2 %, otros vínculos.

Las personas que asumen el cuidado de un familiar dependiente son descritas habitualmente como el paciente oculto o desconocido que requiere de un diagnóstico temprano de su situación y una intervención inmediata, debido a que están expuestas continuamente a una gran sobrecarga tanto física como mental (Flores *et al.*, 2012).

Cuidar a un familiar con dependencia normalmente significa un cambio importante en la vida de la persona cuidadora, que suele experimentar falta de tiempo, agotamiento, relaciones familiares tensas, disminución o baja calidad de las relaciones sociales fuera de la familia y elevado estrés. Estos cambios traen con el tiempo una repercusión negativa en su salud (Pérez *et al.*, 2017) y hacen aparecer un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos a los cuales se denomina “síndrome del cuidador”.

Este síndrome se caracteriza por la presencia de cansancio persistente, problemas de sueño, disminución o abandono de las aficiones, desinterés por vivir nuevas experiencias, elevada irritabilidad, dolores o molestias sin tener ningún problema de salud aparente, aislamiento social, consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos, y niveles de estrés y/o ansiedad elevados (Villamar, 2014).

Cada síntoma referido es producto de la incidencia que una situación compleja como cuidar de una persona con dependencia tiene sobre las dimensiones fundamentales de la vida de una persona cuidadora, que son la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y familiares, la vida laboral y/o el desarrollo profesional, la economía y el tiempo libre y de ocio (Rubio y Madariaga, 2013).

Las dimensiones mencionadas componen las áreas del ciclo vital de las personas y promover su desarrollo integral es lo que garantiza que una persona se sienta empoderada y feliz (León, 2014). Ese desarrollo en el caso de las personas cuidadoras se ve afectado por un desequilibrio que está presente en la forma en que los cuidados se están gestionando en la sociedad.

Cuidar es parte de la vida, y garantiza su continuidad y sostenibilidad a lo largo de ese ciclo vital. Carrasco (2014-2015: 52) señala que es la vulnerabilidad física y psíquica de las personas, mujeres y hombres de todas las edades y condiciones lo que nos hace absolutamente interdependientes y nos obliga a establecer relaciones mutuas de cuidados. Afirma además que desde que nacemos, el trabajo de cuidados nos permite crecer, socializarnos, adquirir un lenguaje, unos valores y una identidad y autoestimas básicas, estando presentes aspectos afectivos y relacionales que nos permiten definir a los cuidados como bienes relacionales

De acuerdo a Ramírez Carro (2012), los bienes relacionales son aquellos que solo puedo “poseer” en un acuerdo con otro; aquellos bienes que tienen componentes afectivos y comunicativos; aquellos bienes que no tienen un precio de mercado sino que son valorados porque responden a una necesidad subjetiva de interacción, aquellos bienes que son coconsumidos y coproducidos al mismo tiempo por los sujetos involucrados; aquellos bienes que solo pueden ser disfrutados en la medida en que involucren potencial de reciprocidad; aquellos bienes en que la relación, por sí misma, constituye un bien. La definición de Ramírez Carro deja claro que los cuidados son bienes relacionales, pero también menciona que son aquellos bienes que solo pueden ser disfrutados en la medida en que involucren la reciprocidad. Esta reciprocidad es esencial, por lo que debe darse un equilibrio en el reparto de las tareas emocionales relacionadas con el vínculo y la preocupación por el otro (Brovelli, 2019).

Desde los aportes de la economía feminista se señala que este equilibrio necesario no se ha alcanzado y en su lugar estamos inmersos en la denominada “crisis de los cuidados”, en la cual se evidencia una agudización de las dificultades de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados. Dichas dificultades se manifiestan a raíz de una desestabilización del modelo tradicional de reparto de las responsabilidades sobre los cuidados y una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico, sin que se haya alterado por ello la división sexual del trabajo en los hogares ni la segmentación de género en el mercado laboral (Ezquerro, 2012).

En España, según la comparación entre la encuesta del empleo del tiempo de 2003 y la de 2010 (INE, 2010) Las diferencias existentes en el empleo del tiempo de hombres y mujeres continúan siendo significativas. Aunque la participación de las mujeres

en el trabajo remunerado ha aumentado tres puntos y el de los hombres ha disminuido cuatro, aún hay más de diez puntos de diferencia entre la participación masculina y la femenina en esta actividad (38,7% y 28,2%, respectivamente). Además, el tiempo medio diario dedicado al trabajo remunerado por los hombres supera en más de una hora al de las mujeres.

Por el contrario, aunque la participación masculina en las tareas domésticas (actividades de hogar y familia) ha aumentado en los últimos siete años en casi cinco puntos y el porcentaje de mujeres dedicadas a las tareas del hogar ha disminuido menos de un punto, sigue habiendo una diferencia de participación en el trabajo no remunerado de diecisiete puntos porcentuales a cargo de las mujeres (74,7% los hombres y 91,9% las mujeres).

Los datos también señalan que en el corto periodo de siete años, el tiempo dedicado en los hogares al cuidado no remunerado ha aumentado un 47%. Este enorme aumento se debe a varias causas: envejecimiento, mayor proporción de jubilados, desempleo, restricción de servicios públicos y rentas familiares, corrección política respecto al reparto de las cargas domésticas entre mujeres y hombres que conlleva un aumento del número declarado de horas dedicadas al hogar, y aumento real de la participación de los varones, especialmente de los jubilados y los jóvenes.

Hay una sobrecarga en los hogares que se evidencia en ese aumento del 47% de tiempo dedicado al cuidado no remunerado. No está remunerado, pero como todo trabajo, implica tiempo, conocimientos y relaciones sociales complejas. Su especificidad es la de estar basado en lo relacional, y su carácter obligatoria y pretendidamente desinteresado y amoroso le otorga una dimensión moral y emocional marcada por la relación de servicio y asistencia (Hochschild, 2012).

El tiempo aparece como un recurso necesario para realizar todas las tareas relacionadas con cuidar de otros y de nosotros mismos, y debemos disponer de ciertas cantidades de este para organizarnos adecuadamente. Pero el tiempo no es un bien infinito, disponemos de solo veinticuatro horas diarias, por lo que solemos solapar tareas o, simplemente, tener poca disponibilidad para hacer otras.

Según refiere Durán (2017), la escasez de tiempo y el sentido de pobreza de tiempo disponible son más acusadas en las mujeres que en los varones. La disponibilidad de tiempo para sí mismas es mínima en las mujeres de edades centrales debido a su doble jornada, y la diferencia entre el tiempo disponible para sí mismas entre hombres y mujeres es máxima en las edades avanzadas, porque el hombre abandona el mercado de trabajo sin incorporarse plenamente a la producción de servicios en los hogares.



Esta diferencia de disponibilidad en edades avanzadas no solo se debe a la falta de incorporación del varón a la producción de servicios en el hogar, sino que son en su mayoría hombres en edades avanzadas los que requieren de los cuidados en el hogar y este es suministrado principalmente por mujeres de la familia, principalmente su cónyuge. En edades más avanzadas son los hombres los que están comenzando a incorporarse al cuidado principalmente de sus mujeres, tal como muestran los datos recogidos en el trabajo de nuestra tesis doctoral.

La calidad de vida de los cuidadores primarios que cuidan a un familiar o persona en situación de dependencia está sujeta a diferentes limitaciones o barreras estructurales que limitan su posibilidad de desarrollar un proyecto de vida personal que esté claramente diferenciado de lo que implica cuidar de otro. En este sentido, Durán (2017) indica que las condiciones materiales de la existencia son muy importantes, pero no lo son menos otras condiciones como la disponibilidad de suficiente tiempo para la vida personal, el sentido de pertenencia, la posibilidad de hablar libremente con amigos o familiares y el sentimiento de sentirse querido.

Por consiguiente, resulta primordial avanzar hacia una responsabilidad social del cuidado y no verlo como un asunto privado que cada uno debe resolver como pueda. Hay que implicar la dimensión estatal, así como espacios comunes no estatales, mediante un diálogo abierto y continuo que establezca la vulnerabilidad como vínculo del cuidado (Mesto, 2018).

En este diálogo abierto como organización del Tercer Sector, Orue Auzolana Fundazioa busca crear un espacio de apoyo que incremente la disponibilidad de tiempo de las personas cuidadoras primarias de una persona con dependencia en su domicilio, a través de la gestión de un programa de respiro en el domicilio, brindándoles la posibilidad de mejorar su calidad de vida, sus relaciones interpersonales y sentirse valorados en su tarea de cuidar.

### 3. Servicios disponibles en el sistema de atención a la dependencia para las personas cuidadoras primarias en Bizkaia

En España, la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia dio reconocimiento al derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral a la persona en dependencia. Con esta propuesta legislativa se pretendía potenciar los servicios sociales para hacer que el cuidado familiar se convirtiera en algo excepcional. Sin embargo, en la aplicación práctica del sistema de atención a la dependencia, la realidad ha sido otra (Carral, 2015).

Los servicios sociales originalmente pensados para sostener el cuarto pilar del Estado de Bienestar han quedado en cierta forma relegados a un segundo plano. Parecen estar actuando como soporte de la familia como proveedor principal dado un modelo que según Daly y Lewis (citados en Carral, 2015) se ha fundamentado en el “catolicismo social” filosofía que se encuentra presente, en diferentes grados, en todos los Estados de Bienestar de la Europa continental y meridional (a excepción de los países escandinavos).

La principal consecuencia de esto es que se da lo que Sarraceno (citado en Carral, 2015) llama “familismo”, que define como una confianza permanente en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género, como proveedora de trabajo y servicios asistenciales y como integradora de medidas inadecuadas de apoyo a los ingresos.

Así, la gestión de los cuidados se continúa dando principalmente en la familia, a pesar del gran pasado con la promulgación de la llamada Ley de Dependencia, y es desempeñado por aquel miembro de la familia que se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosocial, siendo las mujeres las que han cumplido este rol con mayor frecuencia (Brovelli, 2015).

El esfuerzo que supone, tanto considerando la carga objetiva (tareas específicas que “por definición” conllevan actividades y tiempos) como la subjetiva (percepción y opiniones al respecto) es elevado. Con el fin de favorecer el bienestar de los cuidadores familiares de personas con dependencia en esta provincia y dentro del servicio de apoyo a personas cuidadoras que se encuentra recogido como un servicio social de atención primaria dentro del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, de acuerdo a lo establecido en el artículo 22.1.4 de la Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, los servicios y prestaciones que contemplan las Administraciones Públicas son (Rubio y Madariaga, 2013):

- a. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), destinado a “mantener en su domicilio habitual a las personas con dificultades, debido a limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales, que hayan sido valoradas como dependientes en alguno de los grados previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia” (Imsero, 2012: 505). La legislación de este servicio se basa en la ordenanza municipal del ayuntamiento vizcaíno competente.
- b. Centros de día para personas mayores dependientes. Estos centros diurnos establecen programas individualizados a personas mayores de sesenta años (o aquellas menores de esta edad pero que previo informe de la Comisión Técnica de Valoración de Personas Mayores, puedan equipararse a las personas de sesenta años o más) que necesiten ayuda para realizar sus actividades de la vida cotidiana.

- c. Residencias para personas mayores dependientes en estancia temporal. Ofrecen “una alternativa de respiro temporal a las familias, o personas cuidadoras de personas mayores dependientes, de forma que dicha familia o personas cuidadoras puedan seguir atendiendo y manteniendo a la persona mayor en su medio” (Imsero, 2012: 508) durante una estancia mínima de quince días y un periodo máximo de tres meses, exceptuando si está motivada por el periodo vacacional del cuidador, y otras situaciones reguladas.
- d. Además de estos servicios de apoyo formal o de respiro, también existe un programa denominado Zainduz, dirigido exclusivamente a personas mayores dependientes y a sus familias en el ámbito geográfico de Bizkaia. Puede clasificarse como un programa en el que se combinan distintos tipos de estrategias: intervenciones de carácter educativo o psicoeducativo, programas de autoayuda o ayuda mutua, e intervenciones psicoterapéuticas o *counseling* y multicomponente.

Además de los servicios mencionados, también se han diseñado y ofrecen los programas de respiro en domicilio. Estos programas, al igual que los del SAD se prestan en el domicilio, pero a diferencia de este se atiende por periodos de tiempo más largos y además se incorpora la atención a la persona cuidadora como parte fundamental en el cuidado. En relación con los centros de día o estancias residenciales para el respiro de los cuidadores, la diferencia principal es ofrecer el tiempo de respiro con la posibilidad de que la persona con dependencia permanezca en su domicilio.

El programa de respiro Alkar Zaintzen de Orue Auzolana Fundazioa ofrece tiempos de respiro y acompañamiento para las personas cuidadoras primarias mientras su familiar con dependencia es atendido por un profesional en su domicilio. En la crisis sanitaria producto de la pandemia se registraron cero contagios tanto de la persona cuidadora como de su familiar con dependencia, por lo que intuimos que este contexto puede haber sido un espacio de mayor protección.

Este tipo de programa de respiro en el domicilio puede incidir en la mejora de la autonomía y de la calidad de vida a través del incremento de tiempo para las personas cuidadoras primarias, ofreciéndoles la oportunidad de disponer espacios para su vida personal, mejorar sus relaciones interpersonales y, por tanto, el fortalecimiento de su proyecto de vida personal, todo ello con la tranquilidad de confiar en una atención profesional a la persona con dependencia.

#### 4. Programas de respiro desde la perspectiva del acompañamiento y la gestión en red colaborativa

En primer lugar, hay que definir a qué hace referencia la perspectiva del acompañamiento. A este respecto hay dos visiones convergentes: por una parte, el acompañamiento propio de una organización católica que trasciende fronteras como Cáritas, y, por otra, una visión de inspiración ignaciana. El acompañamiento es un pilar en los procesos de aprendizaje de la Compañía de Jesús, también católica. Ambas han demostrado una gran flexibilidad en la aplicación de su visión en cuestiones tan empresariales como el liderazgo o la gerencia (Lowney, 2004), así que partiendo de estas definiciones hemos incorporado esta estrategia en el programa de respiro Alkar Zaintzen de Fundación Orue.

En el proceso pastoral católico, el acompañamiento no es un término de moda, sino que expresa una forma de actuación que recoge la desarrollada por Jesucristo, tal como aparece en los evangelios. Con ella se expresa una actitud de escucha y de cercanía a todo hombre y a toda mujer, esté en la situación en la que esté, y sea cual sea su situación vital. Así lo recogen los numerosos ejemplos de las relaciones que Jesús lleva a cabo a lo largo de su vida pública, o se refleja en las parábolas que él cuenta (Ávila, 2018).

Para Martínez Ruipérez (2013: 9) en el curso 2008/2009 se empieza a gestar la idea de sistematizar el proceso de acompañamiento en los programas de Cáritas en España, con la finalidad de compartir un espacio de reflexión y aprendizaje que llevase a concretar las experiencias vividas y el recorrido formativo compartido. Definir qué se entiende por procesos de acompañamiento para el desarrollo integral de cada persona como impulso para la responsabilidad, la participación, la emancipación y la incorporación social.

La aproximación que se hace a cada persona atendida por Cáritas debe ser una manera de estar al lado de, que lleva a una toma de conciencia y a un cambio de mirada y de posición personal y ver al otro ser como un ser sagrado (Martínez Ruipérez, 2013: 10). Esta mirada exige una combinación de ciencia y arte, de rigor y creatividad, de razón y corazón. En esta forma de acción son formados todos los profesionales y voluntarios en esta organización.

En la explicación del proceso de acompañamiento queda claro que las palabras *acompañar*, *acompañamiento integral* o *proceso* son referencias constantes en el modelo de acción social de Cáritas Española, y se suelen utilizar para describir el compromiso con las personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social para facilitar que superen sus dificultades.

Para tener un conocimiento más claro de este proceso, en el Cuadro 1 se resume lo que es el acompañamiento diferenciándolo de lo que no lo es.

Cuadro 1. Qué es y qué no es acompañar

ACOMPañAR/NOS ES	ACOMPañAR/NOS NO ES
<p>Una relación vital entre personas Ir al lado, compartir un camino común Estar en un plano de mutuo apoyo, de cuidado, en una relación horizontal Abrir la mirada, la escucha, la comprensión Orientar, motivar, ofrecer nuevas perspectivas, nuevos caminos Un arte Un caminar descubriendo, aprendiendo juntas</p>	<p>Establecer una relación terapéutica Realizar un seguimiento Dirigir Aconsejar Decidir sobre su situación o proceso Aplicación “sin alma” de una técnica Una tutela</p>

Fuente: Cuadernos de formación. Acción Social. *El arte de acompañar/nos, procesos y metodologías* (2013).

De este resumen se puede concluir que acompañar es un diálogo permanente, no impositivo, que integra la experiencia de la persona como parte del diálogo, siendo ella la que toma sus propias decisiones en el proceso, desde un clima de empatía, escucha activa alejado de las nociones de seguimiento y tutelaje.

El acompañamiento al estilo ignaciano, por su parte, guarda total similitud con estas ideas expuestas, pero a diferencia de la construcción inicial a partir del intercambio con las comunidades, el proceso de acompañamiento ignaciano proviene de los Ejercicios Espirituales de san Ignacio de Loyola, cuando se refiere a “la persona que da a otro, modo y orden para meditar o contemplar” (Arroyo Lewin y Bermúdez García, 2020).

El acompañamiento desde una mirada estrictamente ignaciana se refiere a “acompañar a otras personas para que descubran la voluntad de Dios en su vida y en el análisis de la realidad”. Para esto, complementa Zatyryka (citado en Velasco, 2018), es necesario echar mano del llamado “sentir ignaciano”, que tiene tres referentes principales: el intelectual, ya que no se puede orientar sin entender; el afecto, ya que no solo basta entender, sino querer; y la paz y la armonía interior. Estos tres factores, añade, son fundamentales en el momento de tomar decisiones.

Intelecto, afecto y paz, lo que podríamos interpretar como formarnos y conocer, activar el afecto para ser empáticos y estar en equilibrio. Con estos tres elementos como referentes, acompañar es estar con el otro, apoyándolo con amor en el encuentro consigo mismo. Situarse al lado del otro como compañero de camino, estableciendo relaciones de diálogo y amistad, relaciones de compañía que permiten crecer y compartir recíprocamente, sin que cada uno deje de ser lo que es (Ramírez García *et al.*, 2004).

El proceso de acompañamiento es una metodología y una visión que está en la base de todo actuar en Cáritas y es igualmente parte fundamental de los procesos de aprendizaje y formación en la Compañía de Jesús. Partiendo de estos principios, un programa pionero en programas de respiro en domicilio con el acompañamiento como estrategia de apoyo a sus

beneficiarios es el programa Esku onetan de Cáritas Bizkaia. Otro de los programas pioneros, aunque menos conocido que también sigue los principios del acompañamiento a sus beneficiarios es el programa Alkar Zaintzen de la Fundación Orue Auzolana, cuyo objetivo es igualmente proporcionar un servicio de horas de respiro semanales a las personas cuidadoras a la vez que la persona con dependencia es atendida en su domicilio siguiendo un plan de intervención personalizado atendido por diferentes profesionales formados en el área de servicios de cuidados.

Brindar atención con una visión centrada en el acompañamiento permite que tanto la persona cuidadora como la persona con dependencia sientan el apoyo en el encuentro, a través de una escucha atenta que valida la experiencia vital de cada uno. Se crean espacios de compañía que fortalecen las relaciones interpersonales de los participantes, además de que la persona cuidadora dispone de unas horas para invertir en diferentes actividades que favorecen su participación social, propician la tranquilidad familiar y aumentan igualmente la autonomía de la persona cuidadora primaria y su bienestar.

Otro elemento fundamental de este tipo de programas es contar con una gestión colaborativa con los servicios sociales de base en cada ayuntamiento. En primer lugar, para identificar a aquellos grupos familiares donde los cuidadores presentan un nivel de sobrecarga elevado. Y en segundo lugar, para mantener una comunicación fluida ante las diferentes situaciones que puedan presentarse con el fin de dar una respuesta eficiente e integral a las personas usuarias.

Desde este tipo de programa también se busca diseñar acciones orientadas a favorecer una mayor participación de la comunidad; en este sentido, la intervención directa de los profesionales que están en el domicilio busca mantener contacto directo con la red comunitaria informal. Todas estas relaciones con los ayuntamientos, los servicios de base y la comunidad son lo que se denomina “gestión en red colaborativa”, que va dirigida a crear y fortalecer el trabajo en red.

## 5. Programas de respiro: Alkar Zaintzen, una experiencia en clave de acompañamiento

En un sistema público de bienestar incapaz de proporcionar ligeros cuidados o apoyos domiciliarios preventivos (desde los servicios sociales) que, sin embargo, incurre posteriormente en altos gastos hospitalarios, farmacéuticos o tecnológicos, en buena medida inducidos por la ausencia de esa intervención social más temprana (Fantova, 2015), revisten especial interés las experiencias y modelos que promuevan la prevención y la permanencia el mayor tiempo posible en los hogares de las personas con dependencia, pero con la posibilidad de contar con servicios y apoyos adecuados.

Un tipo de programa que favorece esa permanencia en los hogares de las personas con dependencia y que a su vez brinda un apoyo necesario a las personas cuidadoras primarias es el programa de respiro en el domicilio, que garantiza atención profesional para ambas personas en la relación de cuidados. Es importante orientar a la familia de las personas con dependencia en la distribución de las tareas de cuidados y al mismo tiempo insistir en la importancia de disponer de espacios de autocuidado que sirvan para reducir la carga percibida como cuidador.

Alkar Zaintzen se crea como un servicio de respiro en el domicilio para cuidadores primarios de personas con dependencia. Además del respiro y el acompañamiento, proporciona a la persona con dependencia y a la persona cuidadora un plan de atención personalizada en su domicilio, algo que continúa siendo de difícil acceso para la mayoría de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores.

Desde un punto de vista social y humano todas las personas son interdependientes y requieren de diferentes cuidados a lo largo de su vida (Carrasco *et al.*, 2011); por este motivo, este servicio de respiro tiene una doble funcionalidad y busca conseguir paralelamente objetivos de mejora en la calidad de vida de la persona cuidadora y mantenimiento de la autonomía personal de la persona con dependencia (Orue Auzolana Fundazioa, 2013). Los objetivos generales dirigidos a la persona cuidadora son los siguientes:

1. Permitir descansar a la persona cuidadora unas horas semanales de su labor, priorizando la permanencia de la persona con dependencia en su entorno y/o domicilio habitual.
2. Acompañar y orientar a la persona cuidadora primaria en su tarea, con la consiguiente disminución de la sobrecarga de esta. El logro de este objetivo se alcanza mediante los siguientes objetivos específicos:
  - 2.1. Favorecer el desarrollo integral de cada persona cuidadora orientándole en el uso y

gestión de las horas de respiro, fomentando su autonomía personal.

- 2.2. Fomentar una buena relación y uso de los servicios de apoyo de los que dispone.
  - 2.3. Generar un proceso de maduración individual que permita mejorar la gestión de los cuidados.
  - 2.4. Acompañar en la reflexión del proyecto de vida de cada persona cuidadora participante y de la atención a su familiar con dependencia.
  - 2.5. Brindar a la persona cuidadora, elementos que le posibiliten conocer mejor su realidad interior y exterior, de modo que pueda elegir en la vida con libertad, responsabilidad y autonomía.
3. Control y seguimiento de la sobrecarga del cuidador.  
Por otro lado, como hemos mencionado anteriormente, consideramos que este servicio de respiro cubre indirectamente otras necesidades importantes, relacionadas con la persona con dependencia, como es garantizar la calidad de cuidados prestados por las personas cuidadoras en el domicilio.
  4. Garantizar un seguimiento personalizado de la evolución de las personas con dependencia en el domicilio.
  5. Garantizar una atención integral, integrada y de continuidad, promoviendo una mejor calidad de vida para ambos.

### 5.1. Destinatarios y muestra inicial

El proyecto está dirigido a personas cuidadoras de familiares con dependencia sin límite de edad, que conviven en el mismo domicilio, que asumen ser el cuidador principal, beneficiarias de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar y que la persona con dependencia tenga una valoración de dependencia grado II o III.

En el año 2013, primer año del programa, participaron un total de 23 personas cuidadoras primarias; la selección se hace en colaboración con los Zainduz y los ayuntamientos (servicios sociales de base principalmente), los cuales identificaron a aquellas personas cuidadoras que presentaron la mayor sobrecarga en función de las valoraciones de sus equipos especializados.

Una vez identificadas las personas usuarias del programa, se realiza una presentación inicial y se planifican las sesiones de evaluación y resultados.

### 5.2. Metodología de la intervención

El programa ofrece a la persona cuidadora tres horas semanales de respiro y de acompañamiento por un psicólogo como profesional de referencia, mientras que la persona con dependencia es atendida por

profesionales en su domicilio, principalmente fisioterapeutas y auxiliares de geriatría, el tipo de profesional dependerá de las necesidades observadas en cada persona con dependencia. Es un programa que utiliza una metodología de observación y seguimiento longitudinal, se recopilan datos de la misma muestra repetidamente en diferentes momentos del programa; a la entrada estableciendo una línea base, al cabo de un año de atención y posteriormente se continúan las mediciones anuales para valorar los cambios tanto de las personas cuidadoras como de las personas con dependencia a lo largo de su participación en el programa.

La línea base se obtiene en un proceso de evaluación integral que incluye, evaluación del contexto, la situación global de la persona con dependencia y el nivel de sobrecarga de la persona cuidadora. Esta evaluación se realiza en dos momentos:

1. Diagnóstico del contexto: entrevista abierta a la familia, conformada por una batería de preguntas para conocer: el tiempo que tienen cuidando, recursos de apoyo de los que disponen (instituciones, otros familiares, cuidadores contratados, etc.), enfermedades preexistentes, tiempo diario que dedican al cuidado, valoración subjetiva de su sobrecarga y bienestar personal y sus expectativas del servicio.
2. Evaluación global de la persona con dependencia y nivel de sobrecarga de la persona cuidadora: la evaluación global es un proceso dinámico y estandarizado orientado a detectar, describir y aclarar el nivel físico, funcional, psicológico y socioambiental que la persona con dependencia presenta.

Para la obtención de este indicador global se aplican un conjunto de escalas respaldadas por diversas investigaciones (D'Hyver, 2017; Fernández y Estévez, 2013; Montenegro *et al.*, 2009) en la obtención de una valoración orientada a la identificación y explicación de los problemas del adulto mayor con dependencia. Se busca identificar las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia (Montenegro *et al.*, 2009).

Las valoraciones que se realizan son:

- a. Información de historia médica y valoración del estado nutricional con la aplicación de la escala MNI, a través de la cual se evalúa el riesgo de malnutrición en la persona con dependencia, favoreciendo el desarrollo de intervenciones rápidas que beneficien el estado nutricional y que reduzcan las consecuencias de un mal aporte calórico-proteico.
- b. Evaluación psicológica: esta se realiza para determinar trastornos de las funciones cognitivas y alteraciones de la esfera afectiva

que repercuten negativamente en las actividades de la vida diaria. Se aplican las siguientes escalas:

- MEC (mini examen cognoscitivo de Lobo), que proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental.
  - FAST (evolución funcional) y GDS (escala de deterioro global), que si bien se utilizan con mayor frecuencia para medir el deterioro funcional asociado al Alzheimer, sirven para tener un punto de referencia de la progresiva incapacidad de la persona con dependencia para el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria.
  - NPI (inventario neuropsiquiátrico): sirve para valorar los cambios de conducta experimentados en el transcurso de la enfermedad.
- c. Evaluación social: explora el ajuste y el apoyo social. Se aplican las siguientes escalas:
    - Gijón (valoración socio familiar): explora el riesgo social asociado a la situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.
    - OARS (escala de recursos sociales): Sirve para valorar el deterioro de los recursos sociales de las personas mayores con dependencia.
  - d. Evaluación funcional: permite conocer el desempeño en las actividades de la vida diaria, el cual es fundamental para dar sentido y orden a la vida de las personas. Las escalas utilizadas son:
    - Barthel (índice de independencia/ dependencia para actividades de la vida) mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia de la persona.
    - Lawton y Brody (escala instrumental): permite conocer el grado de independencia que tiene la persona con dependencia para valerse por sí misma en la vida diaria, complementa los datos obtenidos con el índice Barthel.
    - Tinetti (escala para el equilibrio y la marcha): mide el riesgo de caídas durante el año siguiente de su aplicación
  - e. Otros: para finalizar, se aplica la escala Charlson (índice de comorbilidad), con el objetivo de establecer las expectativas de vida de un paciente y de esta forma conocer posible evolución de las personas que atendemos.

Para conocer la situación de la persona cuidadora, además de la entrevista realizada en el momento inicial, se aplica la escala Zarit (sobrecarga del cuidador) para medir el grado de sobrecarga/ bienestar que tienen en el momento del inicio de su participación en el programa.

Una vez finalizado todo el proceso de evaluación, se diseña el plan de cuidados para la persona con dependencia, y se les presenta a la persona cuidadora y a la persona con dependencia siempre

que esto sea posible. Las horas de aplicación del plan son las horas de respiro de las que dispone la persona cuidadora y el horario se establece de común acuerdo con el equipo del programa. Antes de iniciar formalmente el respiro, la persona cuidadora se compromete a aprovechar dichas horas en actividades dirigidas a su autocuidado que pueden ser descanso, visitas médicas, retomar relaciones interpersonales y participar en actividades de ocio.

La persona cuidadora cuenta a partir de ese momento con un profesional de referencia que la acompañará en el proceso de gestión de tiempo y en el proceso de reflexión acerca de la necesidad del autocuidado y de retomar un proyecto de vida personal.

### 5.3. Resultados del programa en las personas cuidadoras primarias

Desde el año de inicio en 2013 hasta la actualidad, se han beneficiado un total de 84 personas cuidadoras, 69 mujeres, lo que representa un 82 %, y 15 hombres, que representan el 18% de las personas beneficiadas. El promedio de edad por sexo es de 70 años para mujeres y de 69 años para hombres, con un periodo promedio de permanencia en el programa de tres años.

El vínculo principal entre la persona cuidadora y la persona en dependencia es de cónyuge, representando el 46,43 % del total de personas

cuidadoras; 44,04 % son hijas e hijos cuidando a sus padres y un 10,71 % son cuidadores de otros parientes (sobrinas, hermanas y nieto).

El 48,80 % de las personas cuidadoras han reportado no tener ningún problema de salud, siendo las enfermedades musculares (16,67 %) y anímicas (14,28 %) las más frecuentes entre los que mencionaron alguna enfermedad.

En cuanto a los cuidadores atendidos por municipio, el 47,61 % han sido de la mancomunidad de Uribe Costa; el 33,33 % del municipio de Galdakao; el 15,47 % de Ermua; el 4,76 % de Santurtzi y el 2,38 % de Bilbao. En la Tabla 1 se detalla el número de personas cuidadoras por municipio, parentesco y sexo.

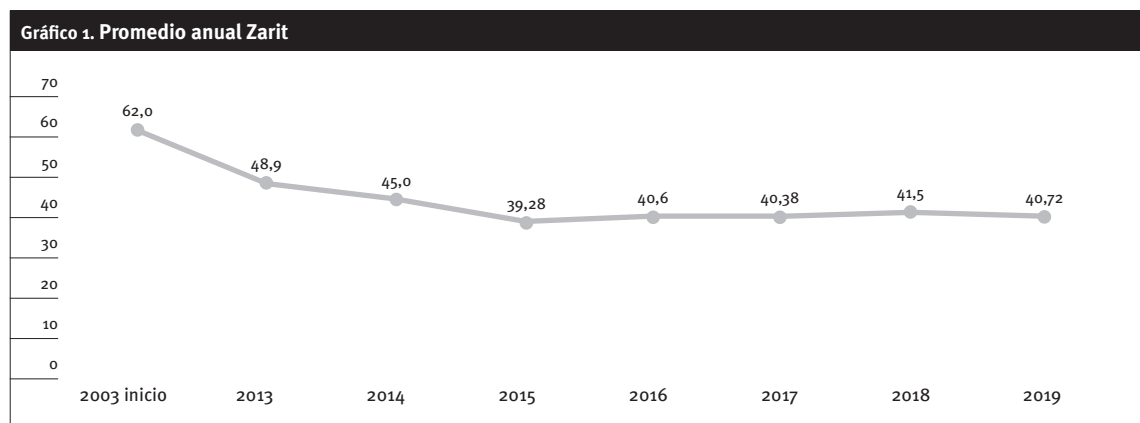
Al inicio del programa en el 2013, la medición que se realiza a las 23 personas usuarias en la escala de sobrecarga Zarit —cuyos valores de referencia indican que puntajes menores o iguales a 46 son no sobrecarga y que valores iguales o mayores a 56 indican sobrecarga intensa—. Da como resultado un valor promedio de 62 puntos, lo que indica que las personas cuidadoras tenían un nivel de sobrecarga intensa.

En la segunda medición que se realiza a las mismas personas al finalizar ese mismo año ya se observa un descenso de 13,1 puntos, por lo que el valor promedio ya se ubicaba en sobrecarga media. En los siguientes años se observan puntuaciones por debajo de 46, lo que ya indica niveles de no sobrecarga (ver Gráfico 1).

Tabla 1. Parentesco de la persona cuidadora por sexo y por municipio

	Cónyuge mujer	Cónyuge hombre	Hijo	Hija	Otro pariente	Total por municipios
Bilbao	1	1				2
Ermua	5	3	1	2	2	13
Galdakao	10	1	1	15		27
Santurtzi	2					2
Uribe Kosta	13	2	6	18	1	40
Total por tipo de vínculo	31	7	8	35	3	84

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos en las memorias del programa desde el 2013 hasta el 2019.



Fuente: Elaboración propia.

Esto puede explicarse por una mayor disponibilidad de tiempo que han dedicado a atender su salud, mejorar el uso de su tiempo de ocio y descanso, así como contar con profesionales con quien hablar y sentirse apoyados y valorados por estos.

Las 23 personas del año 2013 permanecieron todas hasta el final de ese mismo año, la permanencia de las personas va variando por diferentes situaciones, entre estas las más frecuentes son, muerte de la persona con dependencia, contratación de cuidadores internos o por horas, siendo las menos frecuentes la institucionalización de la persona con dependencia (estos datos los obtenemos de la movilidad anual de las personas en el programa).

Es importante señalar que cada persona cuidadora tiene una evaluación de entrada al programa y una segunda medida al completar un año de atención. En el gráfico reflejamos los índices Zarit promedios de las segundas mediciones al completar cada año la atención.

La satisfacción de las personas cuidadoras usuarias con el programa Alkar Zaintzen, se ha medido de manera cualitativa a través de una encuesta de preguntas abiertas orientadas a valorar su percepción con relación a la utilidad, calidad del servicio, beneficios para la persona con dependencia y sugerencias de mejora

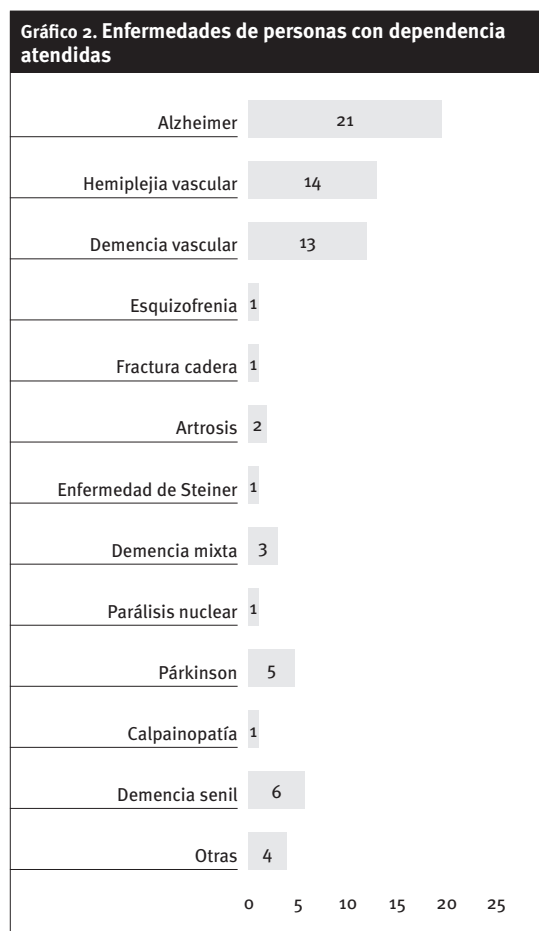
El resultado medido de los últimos dos años (2018/2019) indica un 100 % de acuerdo de valoración favorable entre 48 personas cuidadoras entrevistadas, en relación con los beneficios y la utilidad del programa, especificando los siguientes beneficios: tranquilidad familiar, incremento en la autonomía y aumento en su participación social (estos beneficios fueron mencionados por todas las personas cuidadoras entrevistadas esos años).

Hay también acuerdo del 100 % en que el programa beneficia a sus familiares con dependencia en mejor movilidad, mayor estimulación, mejoras en su socialización y mejor ánimo. El 100 % menciona estar de acuerdo en querer continuar con el servicio y el 100 % refiere que no han echado en falta nada en el programa. Finalmente, y de forma sistemática los últimos dos años, el elemento común a mejorar se refiere a aumentar el número de horas del respiro, incorporar turnos vacacionales y poder contar con el servicio algunos fines de semana.

#### 5.4. Resultados de personas con dependencia

Desde el año de inicio en 2013 hasta la actualidad, se han beneficiado un total de 72 personas con dependencia; 33 mujeres, lo que representa un 45,8 %, y 39 hombres, que representan el 54,1 % de las personas beneficiadas. El promedio de edad por sexo es de mujer de 87 años y hombre de 78 años, con un periodo promedio de permanencia en el programa de tres años.

Las personas con dependencia atendidas en el programa tienen valoraciones de dependencia grados 2 y 3, siendo un 52,7 % de grado 2 y el 47,3 % de grado 3. El perfil de enfermedades de las personas con dependencia se observa en el Gráfico 2, e indica que el 30,8 % presentan espondilitis anquilosante, el 20,58 % hemiplejia y el 19,11 % demencia vascular como patologías principales.



Fuente: Elaboración propia.

Para la valoración de los resultados de las personas con dependencia, presentamos dos cortes temporales de la intervención, el primero de 2013-2014/2014-2015 y 2015-2016 que representan 3 años de atención. El año 2017 fue un año de cambios en la coordinación, se mantiene la atención en el hogar, pero no se realizaron todas las evaluaciones de seguimiento, luego se retoman las mediciones longitudinales por lo que presentamos los resultados de 2018 a 2019, por lo que estos deben completarse con los que se obtengan al finalizar 2020 con posibles incidencias de la pandemia a valorar.

Los promedios de las escalas de valoración administradas en el año 2014 los comparamos con la valoración en 2016 de los mismos usuarios que se mantuvieron esos años. En el Gráfico 3 se observa que el funcionamiento social medido en las escalas

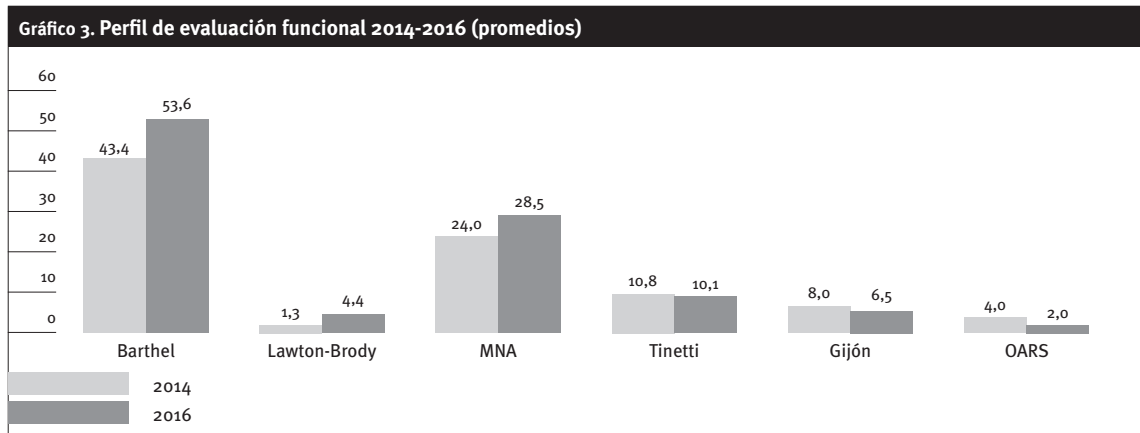
de Gijón y OARS hay una mejora en 1,5 y 2 puntos, respectivamente, lo que parece indicar que la familia al percibir apoyo reduce el riesgo social para la persona con dependencia. En los indicadores de la situación funcional (Barthel, Lawton-Brody y Tinetti) se observan puntuaciones levemente superiores en la segunda medición. Sin embargo, ambas puntuaciones representan nivel de dependencia moderado-severo, lo que se corresponde con lo esperado para la edad de la persona con dependencia en el programa (78-87 años) el aumento en los puntajes puede explicarse por la mejora en algunas actividades de la vida diaria en forma puntual como realizar tareas ligeras, trasladarse y reducir su riesgo de caídas. Los valores en la aplicación en la escala MNA suben 4 puntos, pero en todo caso se mantienen dentro de la categoría bien nutridos en sus hogares

En el Gráfico 4 presentamos los promedios de las escalas de valoración administradas en el año 2018 y los comparamos con la valoración del año 2019. Se puede observar que el área social medida en las escalas Gijón y OARS ha disminuido en 1,71 y 5,28 puntos respectivamente, lo que refleja, de acuerdo con lo que miden las escalas bajo riesgo social para la persona con dependencia, los recursos de apoyo social que provienen de sus familiares se mantienen.

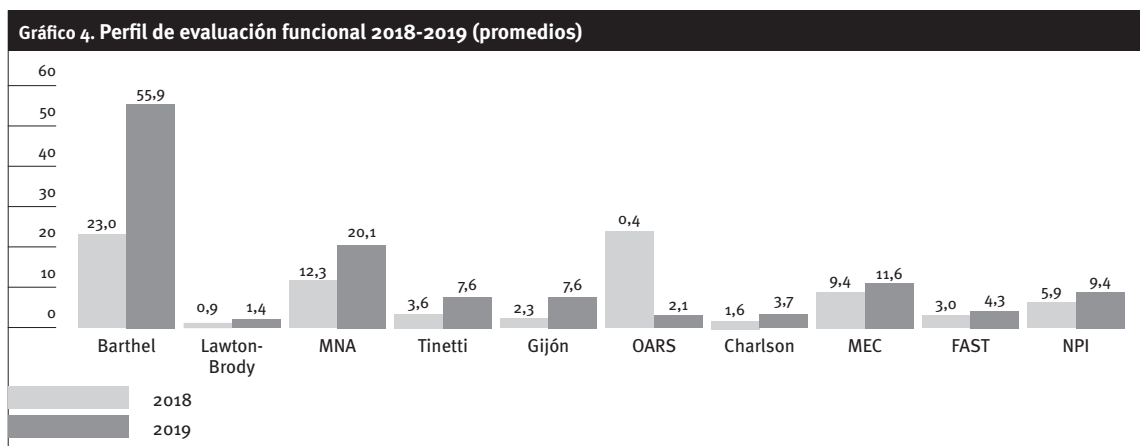
En cuanto a las escalas que indican el nivel de dependencia/autonomía, se observan puntajes más altos que indican que se pasa de la categoría de dependencia severa a moderada en el Barthel y lo mismo se observa en la escala Tinetti, un leve aumento en la gestión de actividades diarias tales como trasladarse y deambular pueden explicar estos resultados. Por su parte, los puntajes en la escala Lawton Brody se mantiene en la categoría de dependencia severa, ya que no logran gestionar actividades de la vida diaria un poco más complejas como marcar números telefónicos o administrar su economía. Su estado nutricional refleja mejores resultados que se relacionan con pasar de puntajes de riesgo a buen estado nutricional, pero no tenemos evidencias claras que expliquen este cambio.

Finalmente, en las escalas que indican el nivel de funcionamiento cognitivo (FAST, MEC y NPI) los puntajes se han incrementado lo que es reflejo de un deterioro cognitivo que cambia de un deterioro cognitivo moderado a severo con indicadores de alteraciones neuropsiquiátricas leves.

Estos resultados en dos momentos temporales del programa indican que hay evidencias de mejoría puntual en el perfil funcional, en los valores nutricionales y en el perfil social de la persona con



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.



dependencia. Sin embargo, el deterioro cognitivo y el leve aumento en el índice Charlson reflejan deterioro en estas áreas lo cual es esperado en adultos mayores con dependencia (Baracaldo *et al.*, 2018).

En aquellos casos en los que la dependencia es de grado III, se logra que la persona cuidadora exprese sentirse acompañada (esto es mencionado en las encuestas abiertas de valoración del programa) y con reducción de la sobrecarga lo que puede favorecer la permanencia en el hogar de la persona con dependencia.

La satisfacción de las personas con dependencia usuarias del programa Alkar Zaintzen se ha medido también con una entrevista de preguntas abiertas y concretas orientadas a valorar su percepción, siempre que esto fuera posible, con relación a la utilidad, calidad del servicio, beneficios para la persona cuidadora y para sí mismas, y sugerencias de mejora

El resultado medido de los últimos tres años indica un 100 % de acuerdo de valoración favorable entre las 12 personas con dependencia grado II entrevistadas en relación con la utilidad del programa para ellas. Los elementos más valorados son: activación, sentirse acompañados, sentirse más alegres, mejoras en sus relaciones y aumento en la frecuencia de paseos por su barrio.

Hay también acuerdo del 100 % en que el programa beneficia a sus familiares cuidadores indicando los siguientes cambios que valoran favorables: mejor salud, mayor confianza, más tranquilidad, más calma y mejor ánimo.

El 100 % manifiesta querer continuar con el servicio porque se relacionan con alguien diferente a la familia, refiere mejoras en su atención, estado de

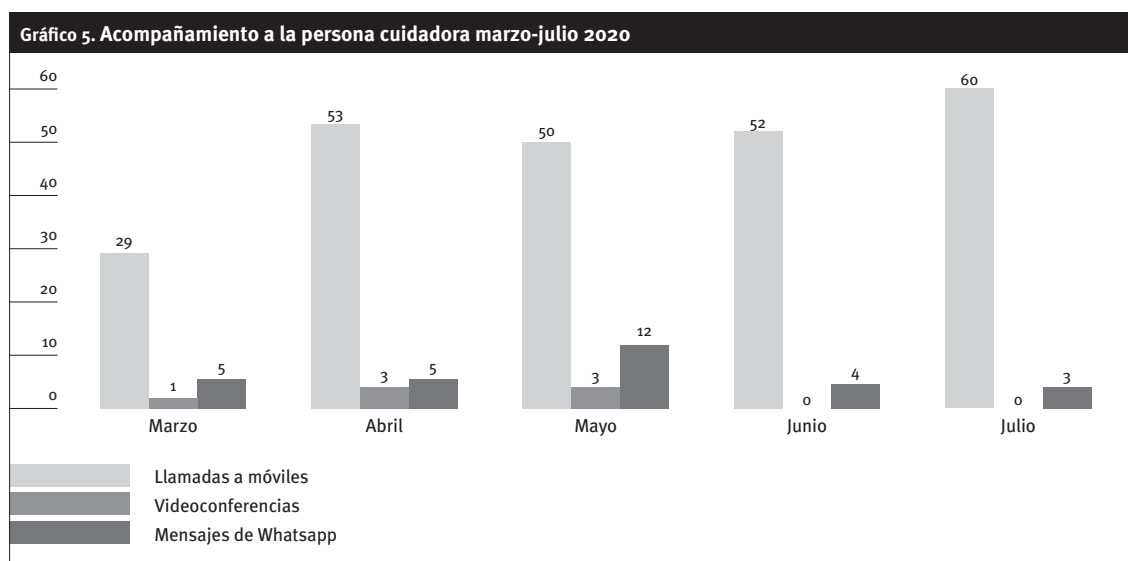
ánimo y que cuentan con alguien con quien hablar “esas cosas” que no hablan con la familia, y el 100 % refiere que no ha echado en falta nada en el programa. La única sugerencia que han comentado se relaciona con evaluar la posibilidad de aumentar el número de horas del programa.

## 6. Año 2020: nueva realidad, nuevos retos

La atención que se venía brindando de manera continua dio un cambio inesperado desde el 13 de marzo de 2020, día en que se decreta el estado de alarma por la covid-19 y con este el conjunto de medidas para dar frente a la expansión de la pandemia. Una de estas medidas que afectó de manera significativa el servicio de respiro fue el confinamiento total en los domicilios, ya que por diversas circunstancias<sup>1</sup> se decidió suspender el servicio a domicilio.

Consideramos importante continuar el acompañamiento, ya que ante este aislamiento parcial era necesario mantener algún tipo de vínculo que diera soporte socioemocional a las personas cuidadoras, que en un 45,23 % son personas mayores de 70 años en promedio y que cuidan en forma exclusiva a sus cónyuges, por lo que en casa estarían solos sin poder recibir visitas de hijos ni nietos.

Desde Alkar Zaintzen se decidió hacer seguimiento telefónico continuo con frecuencia semanal. En siete oportunidades se organizaron videollamadas individuales y grupales y, cuando se requería solo enviar información puntual (medidas del Gobierno, informaciones de Osakidetza y actividades de ocio digital) la comunicación se hizo por mensajes de WhatsApp. En el Gráfico 5 vemos el resumen de las comunicaciones mensuales realizadas desde el día 16 de marzo hasta el día 31 de julio.



Fuente: Elaboración propia.

<sup>1</sup> Temor de las familias a la atención en casa, seguimiento de la evolución de la pandemia y adaptación de protocolos de atención a medidas sanitarias, entre otros.

Resaltamos que todas las personas beneficiarias del programa, tanto cuidadoras como personas con dependencia, se han mantenido con buena salud general, es decir, no ha habido contagio del coronavirus.

Sin embargo, la salud relacionada con la condición de dependencia, así como el bienestar de la persona cuidadora, sí se vieron afectados en este periodo. Las medidas adicionales al confinamiento, como el cierre de los centros de día, la restricción de la atención primaria y el cierre de instituciones de atención especializada afectaron la movilidad y el funcionamiento cognitivo de aquellas personas dependientes que asisten a centros de día, así como a otras instituciones de fisioterapia o estimulación cognitiva y funcional,

La suspensión del programa de respiro afectó al área social y de movilidad de las personas en dependencia y la posibilidad de compañía o realización de actividades de no cuidado para las personas cuidadoras, esto incluso a pesar de que las mismas personas cuidadoras decidieron mantenerse con acompañamiento no presencial por el temor al contagio.

A pesar de entender la situación y elegir el no ingreso a los domicilios, las personas cuidadoras hacían énfasis en lo importante que era para ellas estar en comunicación con las responsables del programa porque mencionaron entre otros comentarios sentirse “acompañadas”, “tener con quien hablar”, “esperar nuestra llamada”, “agradecimiento”, “tener una persona para consultar dudas”, “nos mantienen informadas de las medidas”, “nos dan recomendaciones para cuidarnos”, “tener con quien quejarnos de todo esto”. El objetivo que nos planteamos de continuar en comunicación y que las personas cuidadoras y las personas con dependencia, se sintieran acompañadas y seguras en medio de toda esta situación, se ha cumplido satisfactoriamente.

En el mes de julio se dio inicio progresivo a la atención en los domicilios, siguiendo medidas de bioseguridad y atentos a las tendencias de contagio y desarrollo de la pandemia. Estamos atentos a los ritmos de las desescaladas, los nuevos contagios y la relativa estabilidad de la curva y nos damos cuenta de que es un momento de preguntas y reflexiones. Creemos que lo más importante es avanzar en propuestas que nos permitan pensar que modelo de cuidados de larga duración y atención a la dependencia queremos.

## 7. Conclusiones

El programa Alkar Zaintzen inicia como producto de un *living lab*<sup>2</sup> con personas cuidadoras que

<sup>2</sup> Espacio donde se producen procesos de innovación abierta centrada en los usuarios en donde pueden generarse nuevos modelos productivos. La novedad de los *living labs* es que nos ofrecen la

identificaron dos necesidades cruciales para el logro de una adecuada calidad de vida, por una parte, tiempo para ellos y su autocuidado y, por otra, una buena atención para sus familiares con dependencia que les hiciera sentir seguridad.

Esto se ha logrado y así lo muestran los resultados del programa en número de personas atendidas, en la reducción de la sobrecarga de la persona cuidadora hasta niveles que van de una sobrecarga intensa a niveles medio y bajos de sobrecarga, y en la satisfacción que reportan tanto la persona cuidadora como la persona con dependencia en todos los casos en que esta puede comunicarlo. Incluso el tipo de sugerencia que mayormente refieren nos deja ver con claridad que el tiempo y tiempo de calidad es el bien máspreciado, ya que nos solicitan incrementar el tiempo de atención, incrementar los días de atención, etc.

Para la persona cuidadora, las horas semanales y el acompañamiento del profesional de referencia les ha brindado tranquilidad familiar, incremento en la autonomía y aumento en su participación social (estos beneficios fueron mencionados por todas las personas cuidadoras entrevistadas esos años).

La disponibilidad de tiempo y el acompañamiento que les ha permitido planificar su autocuidado creemos que engloba el beneficio central. El tiempo valorado como un recurso equiparable al beneficio económico nos permite estar conscientes del verdadero valor de los programas de respiro en domicilio, programas que le permiten a la persona cuidadora disponer de horas de vida para sí misma incrementando su autonomía y mejorar su participación social.

Para la persona con dependencia, el programa ha incidido en el mantenimiento de su autonomía personal, con ejercicios tanto físicos como cognitivos y paseos por su comunidad, lo que le ha permitido mantener el contacto con sus vecinos y mantener actividades como tomar un café y dar paseos. Y en el caso de que la persona con dependencia está valorada como gran dependiente y tenga movilidad reducida, ha permitido mantener un espacio de cuidado y socialización en casa con personas complementarias al grupo familiar.

Hay un beneficio adicional que hemos podido valorar a raíz de la situación de emergencia de la covid-19 y es el valor de mantener la atención a la persona con dependencia en un contexto seguro y controlado, en este caso en el domicilio. Esto ha permitido monitorear tanto a la persona con dependencia como a la persona cuidadora, no presentando ningún contagio.

Todos estos beneficios reportados aportan satisfacción, pero aún quedan retos por delante;

oportunidad de tener un espacio físico para dar protagonismo a las personas en los procesos de innovación (Nieto, s.f.).

en momentos en los que se está revalorizando y se declara la importancia de prolongar los cuidados en el domicilio, creemos que ampliar el alcance de programas de este tipo, dados los resultados, es una propuesta a valorar. Para ello se requiere una mayor inversión que garantice la disponibilidad de recursos especializados para la familia y la atención a la persona con dependencia favoreciendo su permanencia en su domicilio y en su comunidad, pero profesionalizando esos cuidados y no dejando una vez más la carga solo a las familias.

Obviamente, la respuesta no está solo en programas de respiro en el domicilio y ampliar su alcance. Se trata de hacer una revisión innovadora, revisar el propio modelo de cuidados de larga duración, su gestión, la visión que tenemos de este en la sociedad y avanzar siguiendo lo propuesto por Dolors Comas (2020) a una democratización que promueva el reconocimiento del cuidado y su centralidad, que socialice las responsabilidades del cuidado

como problema social y político, potenciar los servicios públicos y articularlos con las cuestiones comunitarias, repartir el cuidado entre hombres y mujeres teniendo en cuenta los derechos y demandas de las personas que requieren los cuidados.

Finalmente cerramos tomando la propuesta del SIIS Centro de Documentación y Estudios (2020) en relación con la necesidad de dar pasos para desarrollar modelos que faciliten la personalización de la atención frente al fordismo asistencial, la búsqueda del bienestar y de una vida con sentido como objetivo prioritario frente al énfasis en la estandarización de los procesos y de la atención, buscando paralelamente ideas para optimizar el sistema de financiación de este sistema. Y nosotros agregaríamos la necesidad de dar a conocer las buenas prácticas que se están realizando para integrarlas a un sistema que promueva la innovación en el área de los cuidados de larga duración lo que nos motivó a presentar nuestra experiencia.

## Referencias bibliográficas

- ARROYO LEWIN, M.A. y BERMÚDEZ GARCÍA, J.A. (2020): “El acompañamiento ignaciano en el siglo XXI”, *Revista Ensayos Pedagógicos*, vol. XV, nº 1, <<https://doi.org/10.15359/rep.15-1.7>>.
- ÁVILA, B. (2018): *Acompañamiento Pastoral*, Madrid, GP Actualidad.
- BARACALDO, H.; NARANJO, A. y MEDINA, V. (2018): “Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca”, *Gerokomos*, vol. 30, nº 4, pp.163-166, <<http://gerokomos.com/revistas/>>.
- BROVELLI, K. (2019): “El cuidado: una actividad indispensable pero invisible”, en GUERRERO, G.N.; RAMACCIOTTI, K. y ZANGARO, M. (comps.), *Los derroteros del cuidado*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, pp. 31-44.
- (2015): “Cuando el cuidado no es un asunto de mujeres. Organización de los cuidados por parte de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial”, *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, Año 1, nº 1, pp. 20-27.
- CARRAL, C. (2015) “La responsabilidad de cuidar a personas en situación de dependencia, una propuesta teórica para la elaboración de políticas públicas”, *Encrucijada. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, vol. 10, a1005, <<https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79050>>.
- CARRASCO C.; BORDERÍAS, C. y TORNOS, T. (2011): “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”, en CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C. y TORNOS, T. (eds.), *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*, Colección Economía Crítica y Ecologismo Social, Madrid, Catarata, pp. 13-95.
- CARRASCO, C. (2014-2015): “El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores”, *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, nº 128, págs. 49-60.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (2014): Cuidados a Dependientes. Serie Estudios, núm. 3009, <[http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078)>.
- COMAS D'ARGEMIR, D. (2020): “Ética del cuidado”, en Curso de verano *El modelo de cuidados a las personas mayores: ¿qué nos ha enseñado la crisis del COVID-19?*, Universidad Pública de Navarra, <<https://www.youtube.com/watch?v=W43LEx7SbQ>>.
- D'HYVER, C. (2017): “Valoración geriátrica integral”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 60, nº 3, <<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=7068>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2007) Boletín Oficial de Bizkaia, núm. 14, martes, 19 de enero, <<http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/volumen%201.html>>.
- (2014): Memorias del Departamento de Acción Social, <[https://www.bizkaia.eus/home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem\\_Codigo=7058&idioma=CA&dpto\\_biz=3&codpath\\_biz=3%7C7058](https://www.bizkaia.eus/home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem_Codigo=7058&idioma=CA&dpto_biz=3&codpath_biz=3%7C7058)>.
- (2020): “Rementería: Este virus no va a vencernos”. Unidad de apoyo al Diputado General, 28 septiembre, <[https://web.bizkaia.eus/es/web/area-de-prensa/noticias/-/news/detailView/21217?\\_News\\_redirect=%2Fes%2Fweb%2Farea-de-prensa](https://web.bizkaia.eus/es/web/area-de-prensa/noticias/-/news/detailView/21217?_News_redirect=%2Fes%2Fweb%2Farea-de-prensa)>.
- DURÁN, M.A. (2017): “Tiempo y calidad de vida”, *Boletín Ecos 37*, <[www.fuhem.es/ecosocial](http://www.fuhem.es/ecosocial)>.

- DWYER, J.; LEE, G.; JANKOWSKI, T. (1994): "Reciprocity Elder Satisfaction, and Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid in the Family Caregiving Relationship", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 56, nº 1, pp. 35-43.
- EL CORREO (2020): "Bizkaia desarrolla nuevos programas de respiro para cuidadores de personas dependientes", *El Correo*, 08 de octubre, <<https://www.elcorreo.com/vizcaya/20120628/local/bizkaia-personas-dependencia-201206281540.html>>.
- EZQUERRA, S. (2012): "Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real", *Investigaciones Feministas*, vol. 2, pp.175-194.
- FANTOVA, F. (2018): "Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales", *Documentación Social*, nº 187, págs. 71-89, <<https://www.researchgate.net/publication/328041833>>.
- (2015): "Crisis de los cuidados y servicios sociales", *Zerbitzuan*, nº 60, pp.47-62, <<https://doi.org/10.5569/1134-714.60.04>>.
- FERNÁNDEZ CARRO, C. (2020): "¿Quiénes, cómo y por qué?" Cambios y continuidades en el cuidado informal a personas en edades avanzadas", en *Curso de Verano El modelo de cuidados a las personas mayores: ¿qué nos ha enseñado la crisis del COVID-19?*, Universidad Pública de Navarra, <<https://www.youtube.com/watch?v=W43LXey7SbQ>>.
- FERNÁNDEZ, E.; y ESTÉVEZ, M. (2013): "La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática", *Gerokomos*, vol. 24, nº 1.
- FLORES, E.; RIVAS, E.; y SEGUEL, F. (2012): "Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa", *Ciencia y Enfermería*, vol. 18, nº 1, pp. 29-41, <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0717-955320120001&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0717-955320120001&lng=es&nrm=iso)>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2006) "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-2006, pp. 44.142-44.156, <<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>>.
- GOBIERNO VASCO (2008): Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-2008, <<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/p43aBOPVWebWar/VerParalelo.do?cd2008007143>>.
- HOCHSCHILD, A. (2012): *The Managed Heart; Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- IMRSER (2012): *Guía de prestaciones*, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010): *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de empleo del tiempo*.
- LEÓN, C. (2014): "Secuencias del Desarrollo Infantil", Caracas, Ediciones UCAB.
- LOWNEY, C. (2004): "El Liderazgo al estilo de los jesuitas", Bogotá, Grupo Editorial Norma, Bogotá, Grupo editorial Norma.
- MARTÍNEZ RUPÉRES, M. (2013): "El arte de acompañar/NOS. Procesos y metodologías", colección La Acción Social, *Cuadernos de Formación*, nº 63. Madrid, Cárnicas Española
- MESTO, A. (2018): "Interdependencia y Crisis de cuidados" [Trabajo fin de Máster], Madrid Universidad Carlos III de Madrid, <<https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/27931>>.
- MONTENEGRO, L.; SALAZAR, C.; DE LA PUENTE, C.; GÓMEZ, A.; y RAMÍREZ, E. (2009): "Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores", *Acta médica peruana*, vol. 26, nº 3.
- MORÉ, P. (2020): "Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida", *Revista Española de Sociología*, vol. 29, nº 3, pp. 737-745, <[https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26488/More\\_P\\_2020\\_Cuidados\\_crisis.pdf](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26488/More_P_2020_Cuidados_crisis.pdf)>.
- NIETO, C. (s.f.): "Los living labs en los procesos de innovación", *Designthinking.gal*, <<https://designthinking.gal/los-living-labs-en-los-procesos-de-innovacion/>>.
- ORUE AUZOLANA FUNDAZIOA (2013): *Documentos justificativos Alkar Zaintzen: Programa de respiro a personas cuidadoras*, Amorebieta-Etxano.
- PÉREZ, R.; ÁLVAREZ, G.; MARTÍNEZ, B.; VALDIVIA, C.; BORROTO, C.; PEDRAZA, N. (2017): "El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzhéimer", *Gaceta Médica Espirituana*, vol.19, nº 1.
- RAMÍREZ CARRO, R. (2012): *La vida (buena) como riqueza de los pueblos. Hacia una socioecología política del tiempo*, IAEN, Quito.
- RAMÍREZ GARCÍA, G. et al. (2004): *El Acompañamiento Personal y Grupal "Cura Personalis"*, Colegio San Ignacio ediciones. Bogotá.
- RTVE.ES (2020): "Coronavirus: Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 20.900 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles", RTVE.es, 24 de octubre, <<https://www.rtve.es/noticias/20201014/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>>.
- RUBIO, I. y MADARIAGA, O. (2013): "Los servicios de asistencia a los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en la provincia de Bizkaia", *IV Congreso red Española de Política Social*, pp. 933-942, <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5723701>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2020): "Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España", *Zerbitzuan*, nº 72, págs. 77-90, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.72.06>>.
- VELASCO, E. (2018): "Acompañamiento Ignaciano: Escuchar para construir", en ZATYRKA, A.: *Conferencia Diálogos sobre el acompañamiento al estilo ignaciano*, CRUCE, Universidad Jesuita de Guadalajara, <<https://cruce.iteso.mx/acompanamiento-ignaciano-escuchar-para-construir/>>.
- VILLAMAR, P. (2014): "Presencia del 'síndrome del cuidador' en cuidadores de pacientes con esquizofrenia

ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG” [tesis grado psicología], Ecuador, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas, <<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>>.

WILSON, H (1989): “Family caregiving for a relative with Alzheimer’s Dementia: coping with negative choices”, *Nursing Research*, vol. 38, pp. 94-98.

# Estado de salud de las personas sin hogar en Cádiz y construcción de un instrumento de intervención social

## **Gabriel Robles Gavira**

Técnico de Gestión de Programas, Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cádiz y Tutor de Sociología, Centro Asociado de la UNED-Cádiz  
gabriel.roblesgavira@cadiz.es

## **Esther Hernández Fernández**

Trabajadora social, Cruz Roja Española-Cádiz

## **Mónica Cubiella González**

Educadora social, Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cádiz

Artikulu honen helburua Cadizen etxerik gabeko pertsonen osasun-egoera deskribatzea da, gizarte-eskuartze tresna bat egiteko. Lehenik eta behin, biztanleria horren osasun-arazoak erakusten dira. Bigarrenik, gizarte- eta osasun-baliabideekin ezartzen duten elkarrekintza. Ikerketa-metodologiak ikuspegi kuantitatiboak eta kualitatiboak konbinatzen ditu. Alde batetik, 2017ko Etxerik Gabeko Pertsonen Erroldako datuak erabiltzen ditu, baita funtsezko informatzaileei eta etxerik gabeko pertsonen egindako elkarrizketa sakonak ere. Azkenik, datuak, diskurtsoak eta kaleko ekintzak aztertzea da eskuartzeko tresna baten etapak egiteko oinarria. Tresna horren osagarriarekin kalean egiten diren eskuartzeek agerian uzten dute kalean bizitzearen arrisku soziosanitarioak murrizteko eta osasunerako duten eskubidea gauzatzeko laguntzeko eraginkorrak direla.

### **GAKO-HITZAK:**

Etxerik gabeko pertsonak, arriskuak murriztea, exigentzia txikia, gizarte-eskuartzea, osasuna.

El objetivo del siguiente artículo es describir el estado de salud de las personas sin hogar en Cádiz para elaborar un instrumento de intervención social. En primer lugar, muestra los problemas de salud de esta población. En segundo lugar, la interacción que establecen con los recursos sociales y sanitarios. La metodología de investigación combina los enfoques cuantitativos y cualitativos. Por una parte, utiliza los datos del Censo de Personas sin Hogar de 2017 y las entrevistas en profundidad a informantes clave y personas sin hogar. Por último, el análisis de los datos, los discursos y las acciones en la calle es el fundamento para elaborar las distintas etapas de un instrumento de intervención. Las intervenciones en la calle con el complemento de este instrumento demuestran su eficacia para reducir los riesgos socio-sanitarios de vivir en la calle y apoyar a quienes lo hacen en el ejercicio de su derecho a la salud.

### **PALABRAS CLAVE:**

Personas sin hogar, reducción de riesgos, baja exigencia, intervención social y salud.

## 1. Introducción

En las sociedades del bienestar existe un colectivo que está situado en la exclusión social extrema, las personas sin hogar. Son aquellas personas que no pueden conservar un alojamiento adecuado, estable y permanente. Es decir, según la clasificación ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), están ubicados en la categoría “Sin techo”, viven en la calle o en albergues y pasan la mayor parte del día en espacios públicos (Feantsa, 2017).

Esta situación de vulnerabilidad queda reflejada en su estado de salud. La Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 dedica un apartado a la situación sanitaria de las personas sin hogar (MSCBS, 2015:18-21). En ella, menciona tres aspectos relevantes; por una parte, la esperanza de vida de estas personas es de treinta años menor que la población general. En segundo lugar, las muertes de estas personas están asociadas a problemas crónicos de salud más que a la enfermedad mental o al consumo de sustancias. Por último, las personas sin hogar que muestran mayor mortalidad en comparación con el conjunto de la población son los jóvenes y las mujeres, quienes tienen, respectivamente, entre 5,9 y 10 veces más posibilidades de morir. Estos datos manifiestan la fragilidad del estado de salud de este colectivo.

La presente investigación tiene como objetivo general conocer la situación sociosanitaria de las personas sin hogar en la ciudad de Cádiz, entre finales de 2017 y la primera mitad del año 2019. Abarca los siguientes objetivos detallados:

1. Conocer el estado de salud de las personas sin hogar en Cádiz.
2. Analizar la relación entre la situación social de estas personas y la interacción con los recursos sanitarios.
3. Elaborar y presentar un protocolo sintetizado para la intervención sociosanitaria con esta población.

La investigación también propuso una hipótesis respecto al estado de salud de las personas sin hogar. Esta relaciona el deterioro de la salud de estas personas por el tiempo que acumulan en la situación de sinhogarismo, es decir, el tiempo como factor acumulativo en el empeoramiento de sus condiciones físicas y psíquicas, a más tiempo en la calle, mayor deterioro de la salud.

La metodología del estudio combina los enfoques cuantitativos y cualitativos (García, Ibáñez y Alvira, 1993; Alonso, 1998; Corbetta, 2010). En primer lugar, los datos del último censo en Cádiz (Ayuntamiento de Cádiz, 2017) aportan una radiografía cuantitativa de esta población. La información extraída muestra sus características sociodemográficas, así como preguntas específicas sobre su salud y la percepción subjetiva de esta. Además, estos datos relacionan

su estado de salud y el tiempo que llevan en la calle. La segunda parte recurre a las entrevistas en profundidad (Alonso, 1998; Valles, 2009) de dos colectivos. De un lado, los profesionales, informantes clave, asociaciones e instituciones que trabajan en este ámbito. Por otro, recopila y analiza la experiencia biográfica de las personas sin hogar.

Por último, la distribución de los datos cuantitativos y el estudio de la significatividad de los discursos constituyen la base para elaborar un protocolo de intervención sociosanitaria con estas personas. El protocolo incluye la descripción de las distintas fases, agentes y tareas concretas para desarrollar la intervención de caso. Además, queda complementado con los requisitos que deben seguir para que obtener la documentación personal que les permita acceder al derecho a la salud (documento nacional de identidad, documento de empadronamiento y tarjeta sanitaria).

## 2. Marco teórico y antecedentes

### 2.1. La inspiración de la reducción de riesgos y la baja exigencia

En esta intervención, el trabajo está unido a los conceptos y principios de la reducción de riesgos y la baja exigencia. Los orígenes de la reducción de riesgos están ligados a la epidemiología, cobrando mayor protagonismo a partir de la segunda mitad del siglo XX (Segura, 2014). Esta teoría considera la influencia de los factores socioculturales y los estilos de vida en los problemas de salud y que derivan en enfermedades graves o crónicas (Segura, 2014). Por otro lado, la reducción de riesgos adquiere popularidad en la década de 1980-90 a través de los programas de reducción del riesgo por consumo de drogas por vía parenteral y a la prevención del contagio del VIH-sida (García y Arévalo, 2015; Calvo *et al.*, 2017). La reducción del daño consiste en aquellos programas, acciones o políticas encaminadas a minimizar las consecuencias negativas asociadas al consumo de drogas (Marlatt, 1996; García y Arévalo, 2015; Calvo *et al.*, 2017).

La reducción de los riesgos implica mejorar en lo posible la vida y la salud de las personas, aunque permanezcan en la calle. El trabajo sociosanitario de reducción de riesgos abarca varias fases y objetivos. Primeramente, respeta los tiempos, los ritmos y los deseos de cada persona. A partir de ahí, propone la creación de un vínculo para lograr el acercamiento al sistema sanitario para conseguir, por ejemplo, la tarjeta sanitaria, tener un profesional de referencia o un centro de salud. En el siguiente paso, el sujeto obtiene el diagnóstico y le asignan un tratamiento. De vuelta a la calle, los profesionales hacen el seguimiento del tratamiento. En lo posible, obtienen las medicinas y las entregan. Por otro lado, supervisan la toma de medicamentos y las siguientes consultas que requiere el proceso terapéutico. Observan y registran la evolución general de la salud



del individuo y de las patologías que padece. En el caso de una situación grave, según el caso, gestionan con los servicios sociales las medidas de protección o de apoyo a la dependencia. Transversalmente, deben apoyar el trabajo con un acompañamiento constante y regular, pero siempre con la intención de conseguir progresivamente la autonomía del sujeto.

Paralelos a la reducción de daño están los principios de la baja exigencia. Cuando una persona está física y psicológicamente en un estado muy precario no puede brindar ningún tipo de esfuerzo a cambio de la ayuda (Marina, 2018). Es decir, la baja exigencia establece muy pocos requisitos o contraprestaciones para que las personas accedan a los recursos o servicios. En este caso, el programa de intervención sociosanitaria mantiene su apoyo en cualquier circunstancia. Con todo, también respeta la capacidad de decisión y los deseos de las personas. En ese momento, es obligatorio para la sociedad y las instituciones cubrir las necesidades básicas para la vida. Además, una característica de los recursos de baja exigencia es la proximidad a los usuarios (Marina, 2018), la versatilidad, la disponibilidad y el acceso, lo más rápido posible, para responder a circunstancias críticas, que en ocasiones implican la diferencia entre la vida y la muerte.

## 2.2. Salud y factores de riesgo en las personas sin hogar

La Organización Mundial de la Salud en su constitución define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946: 1). La utilidad de esta definición está en que describe la salud como un estado multidimensional, añadiendo la dimensión social a las circunstancias individuales. De ahí que las causas de los problemas de salud haya que abordarlas desde la interdisciplinariedad (Alcántara, 2008). La intervención multidisciplinar es necesaria en el trabajo con personas sin hogar debido a la complejidad de los procesos de exclusión y pobreza extrema. Las causas de la exclusión remiten a factores de riesgo que coadyuvan con la evolución hacia la situación de sinhogarismo, siendo los factores de riesgo aquellas características o atributos contextuales, relacionales o individuales que favorecen la aparición del problema (Becoña, 2002; Moncada, 1997).

El estado de estas personas es el resultado de la sinergia de factores estructurales, relacionales e individuales (Cabrera, 1998; Sánchez, 1999; Subirats, 2004 y 2005; Tezanos, 2008). Los primeros están relacionados con dificultades económicas, laborales, educativas y formativas, institucionales o residenciales. Los factores relacionales remiten a la pérdida de la red de apoyo y los vínculos interpersonales, familiares y comunitarios. Castel (1995) los define como: procesos de desafiliación. Es decir, un progresivo desligamiento y desapego

social que le aleja del contacto social. Por último, los factores personales incluyen tanto las características adscritas como las adquiridas. Las adscritas son variables como la edad, el sexo, la personalidad, una discapacidad, etc. Las adquiridas remiten a separaciones, divorcios, adicciones, delincuencia o sucesos vitales estresantes que hacen referencia a experiencias de profunda gravedad emocional que sufre el individuo (Cabrera, Malguesini y López, 2002; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003; Robles y Pérez, 2014; Matulič, De Vicente y Caïs, 2018).

Estos sucesos vitales traumáticos tienen una especial relevancia entre los sin hogar, sobre todo por la mayor frecuencia y el momento del hecho. La gravedad y la acumulación de estos acontecimientos provocan graves consecuencias físicas y psicológicas que acompañan la trayectoria de los sujetos. Además, la sucesión de estos incidentes constituye una causa significativa para que las personas entren en situación de sinhogarismo y para que perpetúen la permanencia en la calle (Roca *et al.*, 2019).

## 2.3. Desigualdades sociales en salud y personas sin hogar

En el ámbito de las desigualdades, las diferencias sociales marchan paralelas a las diferencias en salud (Escolar, 2013; Segura, 2014; MSPS, 2010; Llano, 2019). Estas últimas muestran los desniveles en la salud de una población con relación al continuo de las posiciones en la estructura social (Escolar, 2013; Segura, 2014). Las desigualdades en salud analizan la influencia que tienen en los distintos grupos de población variables como la clase social, los ingresos, la ocupación, la vivienda, el urbanismo, la educación, la edad, el sexo, etc. El mal estado de salud está asociado a peores condiciones socioeconómicas; por el contrario, un mejor nivel económico conlleva ventajas, como el acceso rápido a servicios médicos y a los especialistas, la adquisición de medicinas, pautas de prevención o estilos de vida saludables (Escolar, 2013).

En el caso de las personas que viven en la calle, las diferencias sociales y, por tanto, las desigualdades en salud, son relevantes. El hecho de no tener un hogar, un lugar estable y seguro donde pernoctar, los instala en el espacio de la exclusión social severa. Sus propiedades son las pertenencias que pueden transportar. Esta exposición a la intemperie hace que los problemas de salud empeoren y se cronifiquen.

Los problemas de salud entre las personas sin hogar coinciden, sobre todo, con dolencias respiratorias, infecciosas, músculo-esqueléticas y mentales. La investigación de Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) en Madrid destaca las enfermedades del sistema respiratorio (23,5 %), los problemas óseos o musculares (23,5 %), los problemas gastrointestinales (18 %) y los ingresos psiquiátricos (15,7 %). En Barcelona, Uribe y Alonso (2009) describen las dolencias músculo-esqueléticas

(67,6 %), las cardiovasculares (57 %) y los trastornos mentales (49 %). Por otro lado, analizando las causas de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en los hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla, los principales problemas que aparecen son los mentales (27 %), en segundo lugar, las enfermedades infecciosas (19,6 %) y en tercero, las respiratorias (18,4 %) (Torrero, Fernández y Charris, 2016).

Este último estudio, en relación con el consumo de sustancias, señala que el 77,6 % de las personas sin hogar ingresadas en el hospital consume alguna sustancia, ya sea alcohol, tabaco, opiáceos, cannabis o cocaína (Torrero, Fernández y Charris, 2016). En cambio, la encuesta estatal del Instituto Nacional de Estadística (2012) refleja que, en la población general, el consumo de alcohol es del 44 % (ligero, 30,5%; moderado, 9,5%; alto 1,1%; y excesivo 3%) mientras que los abstemios son el 56 %. El consumo de drogas tiene una presencia habitual en el colectivo (Panero y Muñoz, 2014) y existe correspondencia con los trastornos mentales (INE, 2012; Feantsa, 2015). Asimismo, está asociado a enfermedades graves derivadas de las prácticas de riesgo por consumo intravenoso, como la hepatitis B o C (40,2 %) y el sida —30,9 %— (Moreno, 2009). Para terminar, en cuanto a la mortalidad, las causas son la acumulación de problemas de salud, las muertes accidentales y las víctimas por violencia o suicidios (Carreras *et al.*, 2017).

### 3. Metodología

#### 3.1. Investigación-acción y el trabajo con casos

Esta investigación puede considerarse teórico-práctica o de investigación-acción (Fernández y Ponce de León, 2018). Por una parte, analiza las circunstancias que rodean a la persona, e indaga en las causas y en las trayectorias de exclusión hasta el momento actual. Igualmente, averigua cuáles son las necesidades inmediatas del sujeto para vincularlas a los objetivos de la intervención. Esta retroalimentación entre la experiencia biografía, las demandas personales y los fines de la intervención instauro una sinergia hacia la transformación a largo plazo de la vida del sujeto. Es un proceso de descubrimiento, reconstrucción y progreso. La investigación-acción recurre al marco de una metodología de trabajo social de casos, definido como:

[...] el proceso educativo y social que realiza el profesional con la persona objeto de intervención para que pueda superar las necesidades o problemas sobrevenidos con el objeto de desarrollar habilidades y destrezas que les permitan proseguir de forma autónoma con su proyecto de vida en la dirección marcada por su propia existencia. En otras palabras, lo que debe intentar el profesional es que el usuario modifique o vuelva a trazar un nuevo plan que le facilite conseguir sus objetivos [...]. (Fernández y Ponce de León, 2018: 50)

Todo esto sin olvidar que el análisis e intervención con casos genera regularidades que ayudan a la creación de un protocolo que guíe a los profesionales. Este instrumento quiere acompañar la acción sin limitar la flexibilidad y la adaptación que requieren las singularidades de cada historia. Es decir, que este protocolo es una orientación para la acción no una fórmula inamovible.

#### 3.2. Fases del proceso metodológico

La metodología de trabajo combina distintas técnicas. En primer lugar, los datos sociodemográficos del último censo de personas sin hogar en Cádiz del año 2017 (Ayuntamiento de Cádiz, 2017) sirvieron para escoger el perfil de las personas sin hogar a entrevistar. Segundo, la selección y la entrevista a los profesionales que trabajan directamente con personas sin hogar, ya pertenezcan a instituciones de la Administración Pública como al ámbito asociativo. En la siguiente fase, el equipo realiza las entrevistas en profundidad a las personas sin hogar. El trabajo de investigación se extendió desde finales de 2017 hasta los primeros meses del año 2019, desde la puesta en marcha del censo hasta la elaboración final del protocolo de intervención.

#### 3.3. Entrevistas a informantes clave

Los informantes clave son aquellas personas que tienen información relevante para los fines de la investigación y son escogidas por su rol preeminente en un determinado ámbito de estudio (Valles, 2009). Este apartado incluye una serie de entrevistas a profesionales e integrantes de organizaciones no gubernamentales que trabajan con personas sin hogar. Estos informantes son escogidos porque disponen de información inmediata, actualizada y una experiencia de largo recorrido con esta población. En muchas ocasiones, estos recursos son los primeros que observan el deterioro de la salud de las personas que frecuentan sus servicios. En esos momentos, realizan una labor de comunicación, acompañamiento o activación, según la gravedad, de los servicios sanitarios de emergencia. Sus discursos son un complemento a los testimonios de las personas sin hogar.

La entrevista persigue conocer la labor del recurso, del profesional entrevistado, su visión de la situación y la evolución sanitaria del colectivo. Una segunda parte dentro del ámbito social se centra en las necesidades que tienen, así como en los puntos fuertes y débiles de su intervención. Concluyendo, la entrevista aborda propuestas de mejora y alternativas de actuación contra el sinhogarismo. El número y selección de los informantes, dependiendo del ámbito en que trabaja y del número de entrevistas, es el siguiente:

- Profesional 1. Recurso de alojamiento.
- Profesional 2. Recurso de alojamiento.

- Profesional 3. Recurso de manutención.
- Profesional 4. Recurso de manutención.
- Profesional 5. Recurso de intervención en la calle.
- Profesional 6. Recurso de intervención en la calle.
- Profesional 7. Recurso sanitario de ONG.
- Profesional 8. Recurso hospitalario.
- Profesional 9. Recurso de centro de salud.
- Profesional 10. Recurso de salud mental.

### 3.4. Población sin hogar y criterios de selección

La población objeto del estudio comprende las categorías 1 y 2 de la definición ETHOS: “sin techo” y “sin vivienda” (Feantsa, 2017). Los resultados del censo de 2017 recogen 98 personas sin techo/sin vivienda en la ciudad. La distribución por sexos fue del 12,2 % de mujeres y del 82,6 % de hombres. El porcentaje que falta son “no sabe/contesta”, porque no se les molesta si están dormidos o no quieren participar. La muestra intencional es de diez sujetos a entrevistar, que corresponde a un 10 % de la población sin hogar, dos mujeres y ocho hombres, algo por encima de la proporción por sexos.

Teniendo en cuenta tanto la heterogeneidad del colectivo estudiado como los distintos perfiles, ha sido necesaria la selección de unos criterios de inclusión y exclusión para poder definir los sujetos del estudio. Los siguientes criterios definen los casos seleccionados:

- Criterios de inclusión:
  1. Personas que duermen en la calle de forma sistemática (cajeros, portales, playa, parking, etc.) y aquellas que frecuentan algún recurso asistencial.
  2. El tiempo en la calle, porque influye en el progresivo deterioro físico, psíquico y social de estas personas.
  3. El sexo, para mantener la proporción de varones y mujeres.
- Criterios de exclusión:
  1. Personas con un alto deterioro cognitivo.
  2. Personas que rechazan la entrevista.

Una vez seleccionada la población, la elección de los entrevistados queda compuesta por dos mujeres y ocho hombres organizados en función del tiempo sin hogar.

**Tabla 1. Selección de los entrevistados por sexo y tiempo en la calle**

Tiempo en la calle	Hombres	Mujeres
Menos de 2 años	2	1
Entre 2 y 6 años	2	1
Entre 6 y 10 años	2	0
Más de 10 años	2	0

Fuente: Elaboración propia.

### 3.5. Entrevista a las personas sin hogar

La entrevista es semiestructurada pero dinámica y flexible, con una duración de entre una hora y media. Son programadas con antelación para no invadir la intimidad de estas personas y para que puedan responder de manera voluntaria y abierta a las preguntas realizadas. Por este motivo, algunas preguntas son modificadas o adaptadas según el desarrollo de la propia entrevista ya que cada participante tiene un margen de tolerancia distinto o tiende a responder de manera personal.

Estas son las características de las personas sin hogar entrevistadas —las entrevistas están precedidas de las siglas PSH (personas sin hogar).

1. Hombre, 66 años, menos de 2 años en la calle.
2. Mujer, 49 años, menos de 2 años en la calle.
3. Hombre, 46 años, menos de 2 años en la calle.
4. Mujer, 55 años, de 2 a 6 años en la calle.
5. Hombre, 48 años, de 2 a 6 años en la calle.
6. Hombre, 60 años, de 2 a 6 años en la calle.
7. Hombre, 48 años, de 6 a 10 años en la calle.
8. Hombre, 60 años, de 6 a 10 años en la calle.
9. Hombre, 67 años, más de 10 años en la calle.
10. Hombre, 38 años, más de 10 años en la calle.

### 3.6. Intervenciones de calle

El proceso de investigación-acción ha realizado más de 80 intervenciones de calle. Estas salidas aportan información sobre la realidad cotidiana de este fenómeno, además de constituir una importante experiencia para incorporarla al estudio y a las intervenciones. Son avisos sobre casos de personas sin hogar que llegan a través de los canales entrada que recoge el protocolo (Figura 2).

A continuación, se ofrece la descripción cuantitativa de las intervenciones.

- Caso 1: mujer, 35 años, 3 intervenciones.
- Caso 2: varón, 60 años, 31 intervenciones.
- Caso 3: mujer, 58 años, 8 intervenciones.
- Caso 4: varón, 38 años, 20 intervenciones.
- Caso 5: varón, entre 50-55 años, 2 intervenciones.
- Caso 6: varón, 30 años, 1 intervención.
- Caso 7: varón, 59 años, 1 intervención.
- Caso 8: varón, entre 40-45 años, 2 intervenciones.
- Caso 9: varón, 40 años, 2 intervenciones.
- Caso 10: varón, 53 años, 3 intervenciones.
- Caso 11: varón, 35 años, 1 intervención.
- Caso 12: varón, 40 años, 5 intervenciones.
- Intervención comunitaria 13: Zona C/Doctores Meléndez, 2 intervenciones, asistencia a una reunión monográfica con vecinos y otras delegaciones municipales para programar una intervención con el objetivo de reducir los conflictos generados por la concentración de personas sin hogar en una calle.
- Intervención comunitaria 14: 5 rutas de calle.

## 4. Resultados

### 4.1. La salud de las personas sin hogar

Cada dos años, desde 2010, las entidades que trabajan en este campo realizan un censo coordinado y sistemático de las personas en situación de sin hogar en la ciudad de Cádiz. El recuento utiliza la categoría 1 de ETHOS, aquellas personas que viven en un espacio público o albergue y/o están forzados a pasar toda la jornada en un espacio público (Feantsa, 2017). El sinhogarismo constituye una realidad compleja y oculta que obliga a los profesionales a revisar los datos con una cierta periodicidad para tener una imagen lo más actualizada posible.

Los últimos datos disponibles de la situación sanitaria de las personas sin hogar en Cádiz quedan recogidos en el Censo de Personas sin Hogar de 2017. En la edición de 2017, el censo contabilizó 98 personas sin hogar. En 2015 fueron 115 personas, en 2013 se hallaron 107 personas y en 2010 fueron 83 personas.

La entrevista pregunta por el número de meses que llevan en la calle. Los estadísticos de tendencia central presentan indicadores altos de tiempo sin hogar. La media alcanza los 7 años y dos meses, la mediana supera los 3 años y las modas, hay dos, se sitúan en los 2 y los 3 años. Es una población con mucho tiempo en el sinhogarismo y envejecida. La edad media de edad está por encima de los 48 años y la mediana en los 50 años.

Agrupando en tramos el tiempo transcurrido en la calle, la población queda distribuida de la siguiente forma: de los 55 que respondieron, cerca de la

mitad de los encuestados están ubicados en los dos extremos, menos de un año y más de diez, son recién llegados o están cronificados.

El estado de salud subjetivo es el testimonio personal sobre la autopercepción que tiene un individuo sobre cómo se encuentran al margen de los datos objetivos de un diagnóstico médico. En él influye las enfermedades biográficas y el estado físico del sujeto pero también el entorno socioeconómico y residencial (Pérez y Abellán, 2018). Preguntando por el estado de su salud percibida, consideran que es de regular hacia mejor. Uno de cada tres declara que su estado de salud es “Bueno” y cerca de un 11,2 % dice que es “Muy Bueno”. En el lado contrario, entre “Malo” y “Muy Malo”, suman cerca del 13,2 %.

Al cruzar el estado de salud con el tiempo que llevan en la calle, puede apreciarse cómo influye la variable. Lógicamente, los recién llegados se sienten mejor, mientras que a medida que avanzamos descende la percepción positiva de la salud y crecen las opciones más pesimistas, “Regular”, “Malo” y “Muy Malo”, a partir de los tres años.

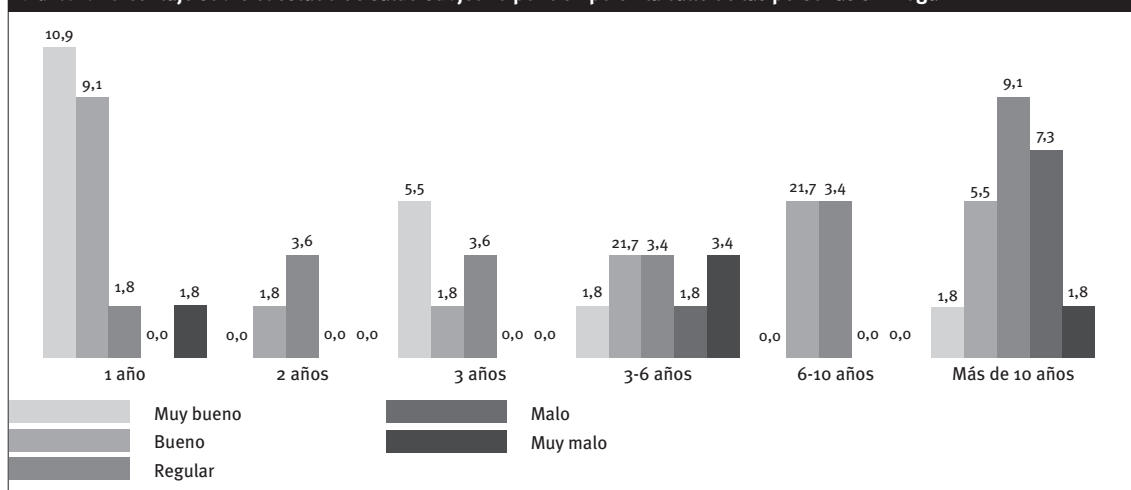
A las personas que contestaron que su estado de salud era “Regular”, “Malo” o “Muy Malo”, se les solicitó que identificaran la causa. De las 13 razones que mencionaron, un tercio tenía relación con la salud mental. Los síntomas que alegaron para describir su malestar son: depresión, ansiedad o, genéricamente, problemas mentales. Luego había una larga lista de dolencias muy diferentes que comprenden las siguientes: enfermedades digestivas; enfermedades mentales y del sistema nervioso; enfermedades óseas y musculares; enfermedades del sistema respiratorio; y alcoholismo y otras drogas.

Tabla 2. Tiempo como personas sin hogar

Censo	Perdidos	Válidos	Media	Modas	Mediana
2017	42 Casos	56 Casos	7,2 años	2 y 3 años	3,3 años

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Personas sin Hogar 2017, Ayuntamiento de Cádiz.

Gráfico 1. Porcentaje sobre el estado de salud subjetivo por tiempo en la calle de las personas sin hogar



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Personas sin Hogar 2017, Ayuntamiento de Cádiz.

Muchas de estas patologías están asociadas al estilo de vida y al tiempo que lleva una persona en la calle. En un principio, los problemas de salud relacionados con esta forma de vida comienzan siendo menores, pero, a largo plazo, si no reciben tratamiento derivan en patologías graves. Por ejemplo, la mala alimentación, el mal estado bucal o el consumo de alcohol propician la aparición de patologías gástricas como gastritis, úlceras, cirrosis, pancreatitis, etc.

Ha habido casos de personas que llevaban seis meses enfermas, decían que no tenían nada y al final tenían un tumor. Un hombre con un cáncer de próstata muy avanzado, que si se hubiese cogido a tiempo se hubiese salvado y, al final, la persona murió. (Profesional 11. Recurso intervención de calle)

En cuanto a al tratamiento y la medicación que reciben, de las 98 personas encuestadas hay que resaltar que un 45 % no responde. Mientras, un 33,7% manifiesta que no recibe medicación. Solo un pequeño porcentaje, una de cada cinco personas sin hogar, dispone de medicación.

En este sentido, hay que tener en cuenta que la prescripción y adquisición de la medicación por parte de estas personas es difícil y costosa. Por otra parte, en ocasiones el paciente hace un uso indebido, bien por abuso de su consumo, bien por olvido de

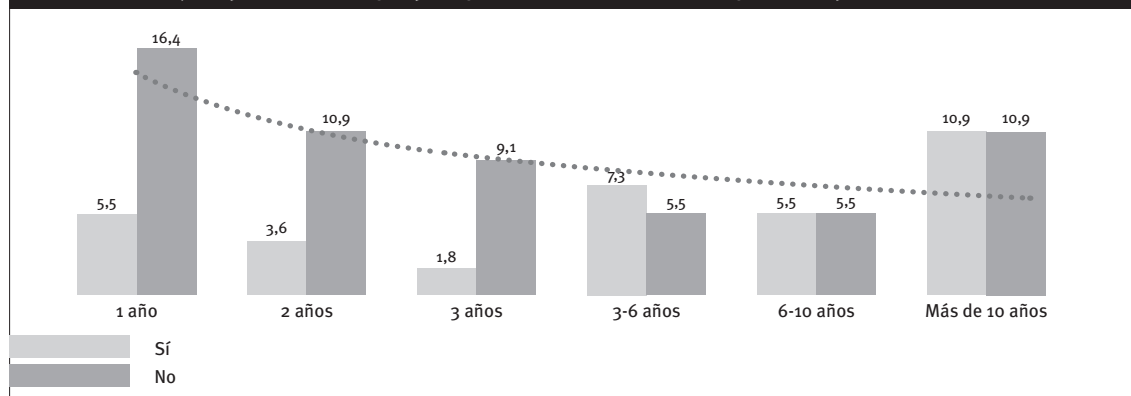
las tomas o por un abandono total del tratamiento. Asimismo, en conversaciones informales, hacen comentarios sobre “menudeo” con los fármacos para obtener beneficio.

A veces hay un control de la medicación, aunque ellos ya son mayorcitos y son un desastre. Ellos, los mayorcitos, porque a veces no se medican o lo hacen a destiempo. (Profesional 12. Recurso intervención de calle)

Por otro lado, la relación de estas dos variables, tratamiento médico por tiempo sin hogar, es más irregular. Entre los sujetos que siguen el tratamiento decrece, para luego aumentar con los años. Los que responden “No” muestran una curva inversa que remonta cuando pasan de los diez años. Es posible que empiecen a sentir limitaciones físicas y hacen un esfuerzo por recuperar las fuerzas.

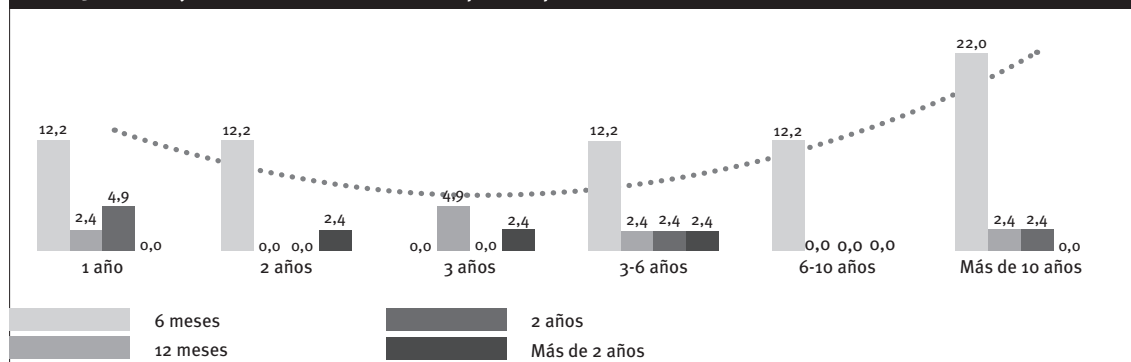
Según las respuestas, visitan al médico más o menos la mitad. La otra mitad no responde. De las 44 personas que contestaron, un tercio dijo que dentro de los últimos seis meses. Cerca del 35 % fue a consulta en el último año. La media de meses en acudir se sitúa cerca de los seis meses. La falta de control médico es otra causa que puede favorecer el deterioro de la salud por vivir en la calle.

Gráfico 2. Porcentaje de personas sin hogar que sigue un tratamiento médico según el tiempo en la calle



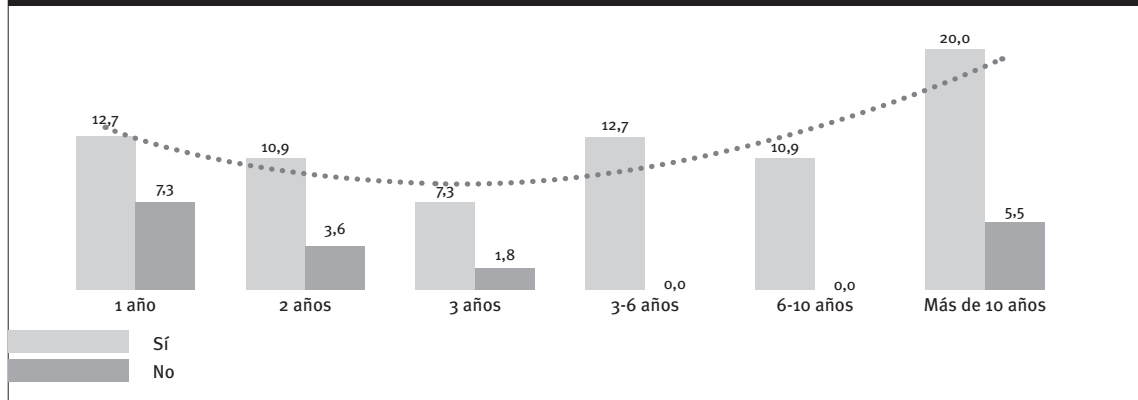
Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Personas sin Hogar 2017, Ayuntamiento de Cádiz.

Gráfico 3. Porcentaje de la última consulta médica por tiempo en la calle



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Personas sin Hogar 2017, Ayuntamiento de Cádiz.

Gráfico 4. Porcentaje de personas sin hogar con tarjeta sanitaria por tiempo en la calle



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Personas sin Hogar 2017, Ayuntamiento de Cádiz.

Con respecto a la tarjeta sanitaria, el documento identificativo de usuario del Sistema Andaluz de Salud, la mayoría de los encuestados la poseen y un 11,2 % no la tienen. Hay un porcentaje alto de no respuesta, cerca del 44 %. Hay que averiguar por qué no la tienen y facilitar la documentación a todos y todas, porque la cobertura sanitaria es un derecho social básico.

#### 4.2. La situación social de las personas sin hogar y el acceso a los recursos

La dinámica de las personas sin hogar con relación a su salud es que prestan mayor atención a prioridades como la alimentación y el alojamiento. Estas son necesidades básicas diarias. La experiencia con varios casos es que la salud adquiere importancia en el momento en que resulta físicamente limitante. Los profesionales entrevistados comentan al respecto que:

Cuando una persona se encuentra en situación de sin hogar, sus prioridades fundamentales son la búsqueda de un lugar seguro donde dormir y cómo alimentarse cada día, la salud es algo secundario, deja de tener importancia. (Profesional 9. Recurso Centro de Salud)

Por otro lado, las barreras y obstáculos que tienen que sortear para acudir a una consulta provocan que desistan. Los problemas en la adhesión y seguimiento del tratamiento están asociados a su condición de sin hogar. La vida itinerante apunta a que recurren a los servicios médicos de forma improvisada y a través de las urgencias, lo que dificulta la continuidad de la intervención.

El seguimiento estando en la calle es muy difícil; tienes que acudir a urgencias o al ambulatorio por desplazados si te encuentras mal, pero un seguimiento por un médico de cabecera sin tener domicilio fijo es muy complicado. (Persona sin hogar 2, hombre, 48 años, entre 2 y 6 años en la calle)

Por sus carencias de notificación, pierden las citas y no recuerdan las fechas programadas, por lo

cual casi siempre se salen del sistema sanitario. (Profesional 8, recurso hospitalario)

En relación con lo anterior, los efectos secundarios de un tratamiento errático o la automedicación conllevan una multiplicación de los riesgos que pueden agravar la enfermedad; especialmente problemático es el trastorno mental grave. Si a esto unimos el consumo de alcohol u otras sustancias, los efectos en su salud son manifiestos a nivel físico y psíquico.

Estuve tomando 25 miligramos de tranxilium y fui reduciéndolo hasta que me quedó el tranxilium pediátrico, que lo sigo tomando, que ahora no puedo dejarlo porque si no, no puedo dormir. (Persona sin hogar 2, hombre, 48 años, de 2 a 6 años en la calle)

La calle es muy mala, en el sentido de que la gente como no tiene nada que hacer, está siempre pensando en lo negativo, no en lo positivo y a consecuencia de esto hay tantos robos en la calle, la gente toma tanta droga y la gente está en el alcohol porque de algún modo tienen que pasar el día. (Persona sin hogar 8, hombre, 60 años, entre 6 y 10 años en la calle)

En el anterior comentario, una persona sin hogar muestra la funcionalidad del consumo de drogas. Las sustancias ayudan a conciliar el sueño y también a alejarse de la realidad de la calle. La utilización de ambas opciones combina los fines terapéuticos, evasivos y recreativos, todo en uno. El alcohol libera, los tranquilizantes relajan y, como cuenta un entrevistado, el cannabis es el sustituto ilegal para dormir: “Yo por las noches tengo que tener un par de porros en el bolsillo porque si no, no duermo, me pongo muy mal con los nervios” (Persona sin hogar 10, hombre, 38 años, más de 10 años en la calle). Un efecto asociado al consumo de drogas y medicamentos es el “trapicheo”, según relatan, como forma de ganarse la vida.

A nivel afectivo-sexual la tendencia generalizada es la discreción. Son muy reacios a expresarse

sobre este tema por razones de intimididad y pudor. Reconocen que tienen información sobre los métodos anticonceptivos. Sin embargo, las respuestas, huidizas y con monosílabos, reflejan la ausencia de consultas y/o controles sanitarios, ya sean ginecológicos, urológicos o programas de información y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, la mayoría de las personas sin hogar no tienen pareja. Los hombres confiesan que mantener una relación en la calle implica dificultades porque supone más riesgo y una responsabilidad para con la pareja.

En cuanto a los hábitos de salud cotidianos, los discursos muestran las dificultades para cubrir adecuadamente las necesidades de alimentación, higiene y sueño. La alimentación depende de los comedores sociales o de la solidaridad de la ciudadanía con las personas concretas con las que han establecido un vínculo. En caso contrario, la dieta está basada en bocadillos. La higiene la cubren los dos albergues para las personas alojadas. Además, el Centro de Acogida Municipal tiene un turno de duchas de mañana para los no alojados. En este recurso pueden ducharse y reciben el material para su aseo.

Utilizo las duchas del albergue de seis de la tarde a diez de la noche cuando voy a dormir, están muy bien te lo dan todo allí, maquinilla de afeitar, espuma, las toallas, todo. (Persona sin hogar 4. hombre, 46 años, menos de 2 años en la calle)

En el albergue no hay problemas, a cualquier hora te puedes duchar desde las seis hasta las once, incluso por la mañana para gente de la calle las pueden utilizar. (Persona sin hogar 3, hombre, 66 años, menos de 2 años en la calle)

Sin embargo, otras personas no recurren a los albergues por diferentes motivos. En esos casos, las limitaciones son más importantes y deben recurrir a las estaciones, al hospital, cafeterías, etc. El siguiente comentario es descriptivo al respecto: “Cuando no uso los albergues, tengo que ir a los lavabos de una estación y yo he cogido resfriados gordos por lavarme con agua fría y peinarme con agua fría; temo a los inviernos” (Persona sin hogar 2, hombre, 48 años, entre 2 y 6 años en la calle).

Hay personas sin hogar que no hacen uso de los recursos existentes para pernoctar, aunque se observa un incremento de la utilización de estos espacios durante la temporada de invierno. El hecho de dormir en la calle afecta al estado de salud de las personas. El descanso y el sueño son un factor más. El sueño es intermitente y no mantiene un patrón estable, con lo cual no es un sueño reparador. Por otro lado, el miedo a ser sorprendidos y que puedan sufrir una agresión significa que el estado de alerta está siempre activado. Asimismo, como se ha señalado anteriormente, las personas sin hogar recurren al consumo de alcohol y sustancias tóxicas para conciliar el sueño, lo que a la larga produce otros problemas.

Cuando duermes en la calle, tienes que dormir con un ojo abierto y otro cerrado, y si es con los dos abiertos pues mejor, porque no sabes quién puede llegar, y la policía siempre son tardíos para llegar, y eso afecta a tu estado de salud mental y físico. (Persona sin hogar 2, hombre, 48 años, entre 2 y 6 años en la calle)

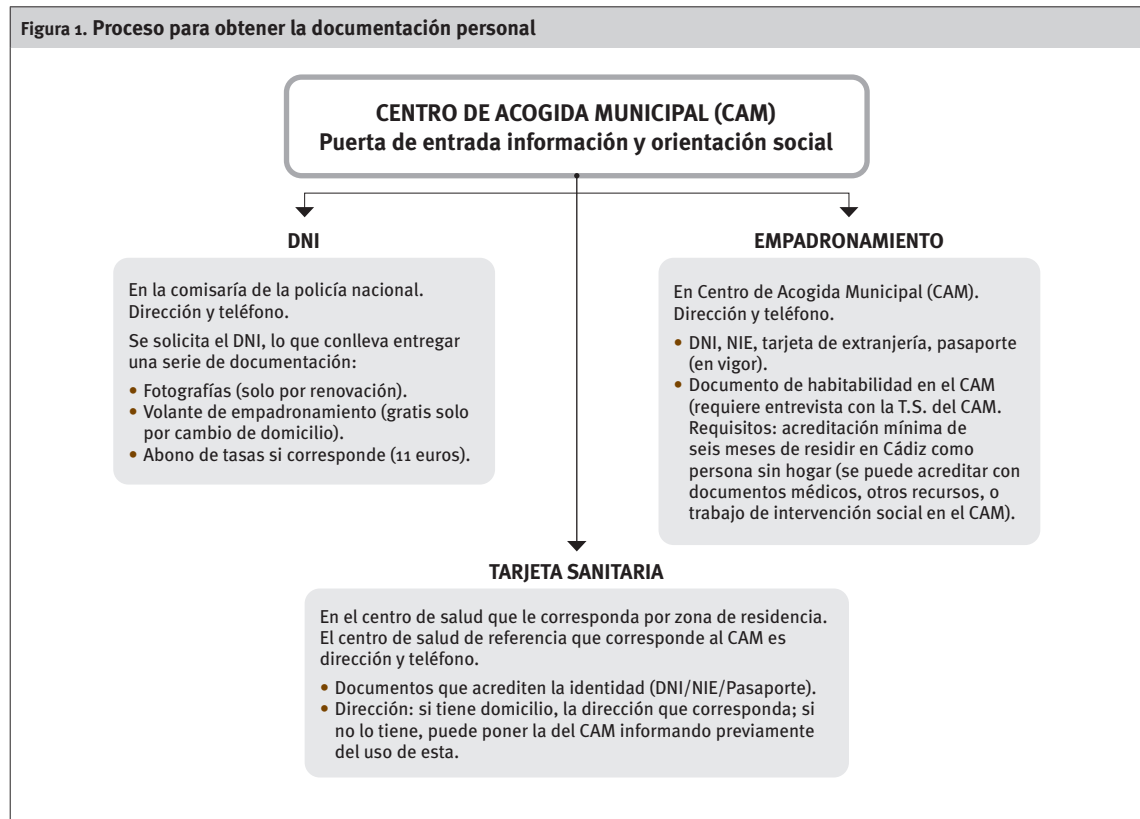
Por otro lado, existen dificultades para la intervención y tratamiento de las personas con enfermedad mental grave. Ante estas situaciones, hay un gran desconocimiento sobre cómo afrontarlas. El profesional de lo social no dispone de recursos de emergencia o apoyo en la calle que faciliten la intervención o la derivación, o que simplifiquen los procedimientos cuando la persona se niega rotundamente a colaborar. En ocasiones, los estados de enajenación son tan extremos que constituyen un riesgo para su propia salud y para los demás. Por el contrario, la opción judicial para incapacitar temporal o permanente es un recorrido a medio o largo plazo y como último recurso.

Otro aspecto es la coordinación entre los recursos, que resulta complicada. Los servicios corresponden a diferentes Administraciones; por esto, las prioridades son diferentes y la disponibilidad es limitada.

Hay falta de coordinación entre los servicios sociales; todos aportan cosas, pero de manera libre, no coordinada. (Profesional 1. Recurso intervención de calle)

Con todo, aunque los obstáculos están presentes, el desafío de los profesionales es enfrentarse a ellos. El reto es construir una red de recursos disponible, flexible y eficaz ya que la experiencia, los conocimientos y la voluntad están presentes. Es posible que la respuesta se encuentre en crear una unidad interdisciplinar que afronte la problemática de los casos *in situ*.

Por último, está el tema de la documentación personal. Un problema recurrente para una parte de las personas que viven en la calle es la falta de documentación (DNI, empadronamiento y tarjeta sanitaria). La ausencia de estos documentos dificulta el acceso sanitario, el diagnóstico precoz y, por tanto, el tratamiento, agravando su situación. El empadronamiento es fundamental para optar a la atención sanitaria en un centro de salud y la asignación de médico. En estos casos, el Centro de Acogida Municipal los empadrona para iniciar el acceso a sus derechos. Los requisitos son demostrar más de seis meses en la ciudad y entrevistarse con la trabajadora social de dicho centro. Las personas que no tienen empadronamiento ni tarjeta sanitaria reciben atención por un año (tarjeta de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria) con opción de renovación por el médico de referencia. El proceso sintetizado de obtención de la documentación personal queda recogido en la Figura 1.



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3. El protocolo de intervención sociosanitaria con personas sin hogar

El interés para realizar una investigación sobre las condiciones de salud de la población sin hogar de Cádiz arranca de las reuniones de preparación del Plan de Inclusión Social para Personas sin Hogar por parte de la Mesa de Trabajo sobre Personas sin Hogar. La mesa incluye a entidades sociales de este ámbito, instituciones públicas cuyo trabajo tiene relación con las personas sin hogar (salud mental, drogodependencias, centros de salud, hospital, etc.) y los partidos políticos con representación municipal. Entre las prioridades que incluye el plan hay un apartado que tiene como objetivo recabar información actualizada del fenómeno del sinhogarismo y su evolución en la ciudad.

A comienzos de 2015, el Centro Universitario de Enfermería Salus Infirmorum, adscrito a la Universidad de Cádiz, hace una propuesta de colaboración a la mesa para sondear la situación sanitaria de esta población. A partir de esta petición comienza un proceso que culmina con la inclusión de un apartado específico sobre salud en el censo de personas sin hogar de noviembre 2017. Este es el principio de la actual investigación.

De forma paralela al trabajo sobre salud, las discusiones de la mesa continúan hasta que logra aprobar el Plan de Inclusión Social para Personas sin Hogar 2018-2021 (Ayuntamiento de Cádiz, 2018),

en sesión de 10 de abril de 2018. Posteriormente, es ratificado en la Junta de Gobierno Local del Ayuntamiento de Cádiz celebrada el día 11 de mayo de 2018. El Plan está organizado en tres dimensiones o programas (relacional y comunitario; intervención socioeconómica y atención individual y sectorial) con sus respectivos proyectos y acciones. La dimensión relacional y comunitaria engloba el proyecto sobre diagnóstico e investigación. En cuanto a las acciones, primero recoge la realización bianual del Censo de Personas sin Hogar. En segundo lugar, propone investigaciones sobre aspectos específicos que profundicen en el conocimiento científico del sinhogarismo. En este apartado es donde encaja el estudio de la situación sociosanitaria de las personas sin hogar.

El plan también acuerda como objetivo implementar protocolos conjuntos con otras instituciones para agilizar la detección e intervención en casos de enfermedad física u orgánica así como con situaciones de enfermedad mental grave. El primero en coordinación con los trabajadores sociales de los centros de salud, y el segundo con la unidad de salud mental de la ciudad. La herramienta de intervención sociosanitaria resultado de esta investigación constituye la estructura sobre la que trabajar con ambas instituciones, incorporando las particularidades de sus distintos campos de estudio.

Este protocolo es el resultado de la formalización de la experiencia adquirida y del análisis de

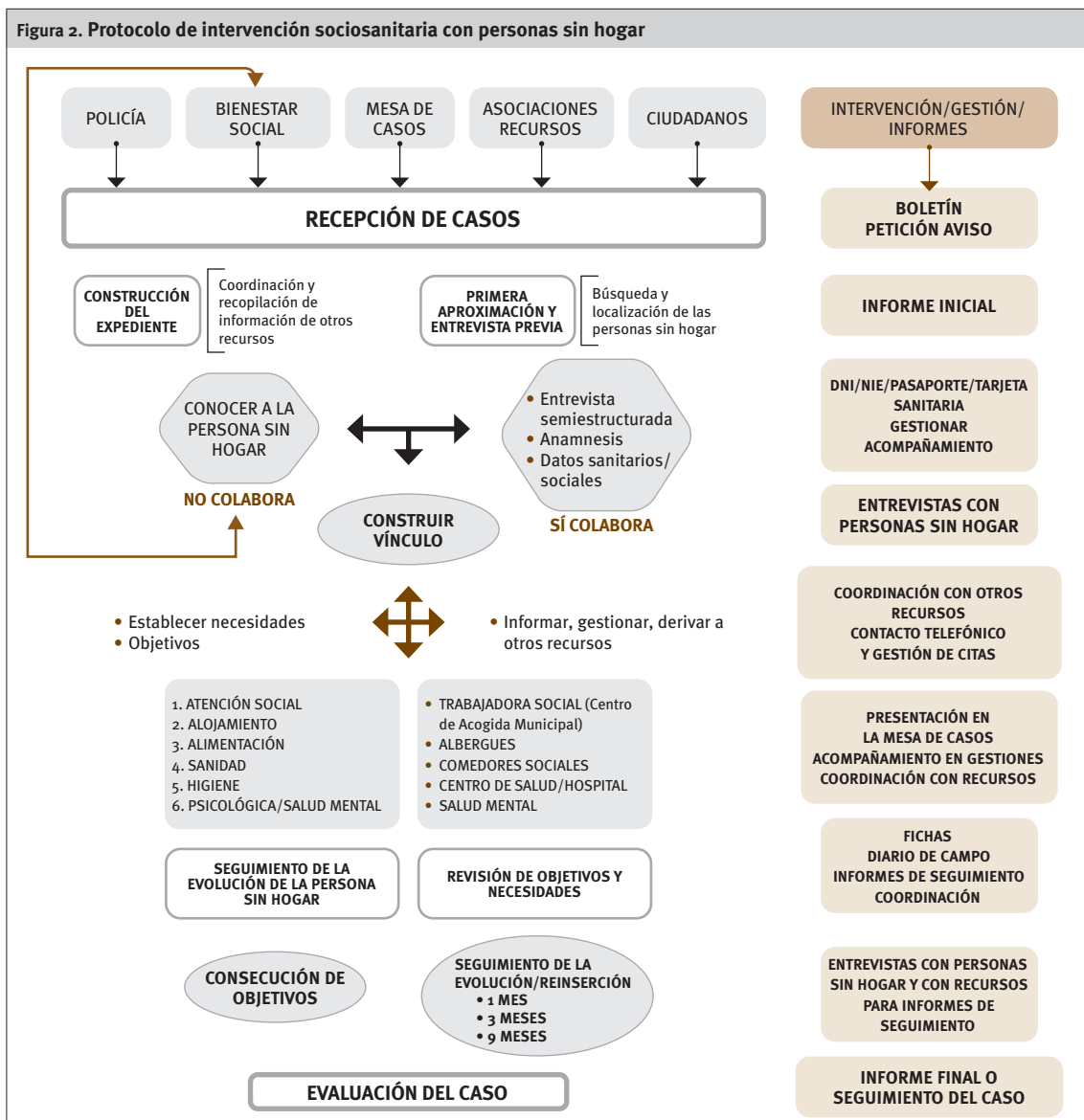


las entrevistas. Es una síntesis para guiar las intervenciones. La intervención comienza con la llegada de un aviso a través de diferentes cauces y agentes, tanto institucionales como por ciudadanos particulares. El aviso, según los datos disponibles, es recogido en un boletín informativo que sirve para programar la primera intervención. A continuación, se procede a la búsqueda y localización.

La primera aproximación es de toma de contacto, presentación y exploración de los datos más básicos. El esfuerzo en esta fase consiste en ganar la confianza de las personas y construir un vínculo. Los sucesivos contactos recaban toda la información posible sobre los aspectos biográficos, sociales y sanitarios. Además, se establece contacto con otros recursos sociales para, en caso de que dispongan de información, completar el expediente. Con toda la información comienza a establecerse un plan de acción con las necesidades y objetivos

de la intervención. A continuación, el expediente es presentado a la Mesa de Trabajo de Casos, compuesta por las entidades e instituciones que trabajan en el ámbito de las personas sin hogar en la ciudad, para la coordinación, participación o derivación a un recurso más adecuado.

Las siguientes fases son de acompañamiento y seguimiento del proceso. La revisión y adaptación de los objetivos y necesidades es constante para afinar el trabajo. En el caso de alcanzar los objetivos, la intervención pasa a fase de seguimiento, que comprenderá presentación de informes en la Mesa de Trabajo de Casos en la siguiente reunión propuesta, a los tres meses y a los nueve meses. Para terminar, la evaluación final y el correspondiente informe dan por concluido el caso. De no conseguirse los objetivos, debe continuar el seguimiento, modificarse los objetivos y reestructurarse la intervención. La Figura 2 condensa las diferentes fases.



Fuente: Elaboración propia.

Las dificultades que enfrentan las intervenciones en salud tienen dos vertientes. Primero, por el momento, debido a las contingencias provocadas por la pandemia, la formalización de los protocolos con los servicios sanitarios queda suspendidos. La sobrecarga que padecen los recursos fuerza su retraso hasta que reduzca la presión asistencial.

Por otra parte, después del confinamiento el equipo de calle comenzó a implementar paulatinamente el protocolo de intervenciones sociosanitarias. Entre julio y octubre la recepción mensual superó la media de los cien boletines informativos. Entre las distintas gestiones (de documentación, de ayudas económicas, de vivienda, laborales, demandas ciudadanas, etc.), los temas sanitarios alcanzan las cincuenta intervenciones para el total del periodo. Estas consisten en la solicitud de citas y acompañamiento al centro de salud, control del tratamiento, llamadas a emergencia ante situaciones de riesgo y visitas de seguimiento en el caso de ingresos hospitalarios.

Los datos recogidos hasta el momento y las evaluaciones de los profesionales no cuestionan la metodología, pero sí la extensión y la intensidad del trabajo de calle que es necesario llevar a cabo en estas intervenciones. La construcción y fortalecimiento del vínculo de confianza requiere muchas interacciones. Es una labor extensiva. En cuanto a su intensidad, los profesionales hacen una transición con estas personas desde un estado de aislamiento social hacia la adquisición de confianza y apertura con el profesional. Por otro lado, los tratamientos médicos son largos. Todo esto significa tiempo, esfuerzo y más recursos. Sin embargo, los procesos a largo plazo y los escasos recursos son obstáculos fundamentales para abordar el sinhogarismo.

## 5. Conclusiones

Los datos, los testimonios y las experiencias acumuladas durante esta investigación confirman que la vida en la calle es difícil. Además, cuanto más tiempo permanezca una persona soportando esas condiciones, mayor es el perjuicio para su salud. El paso del tiempo provoca un desgaste físico y psíquico evidente. Su salud percibida es peor con la acumulación de años en la calle. Aparecen dolencias que pasan a ser crónicas. Hay un peor diagnóstico de las enfermedades que puede derivar en problemas

graves. Las consultas médicas, las medicinas y/o mantener el tratamiento resulta complicado. La mala alimentación, los problemas de sueño, el descanso poco reparador o la falta de higiene minan las fuerzas y las defensas del individuo, aumentando los riesgos para su salud.

La vida en la calle es un factor de riesgo que afecta a diversas esferas de la vida de los sujetos. Esto se concreta, a nivel físico, problemas digestivos, óseos y musculares, respiratorios y de adicciones a sustancias. Relacionado con lo anterior, el impacto físico y el progresivo aislamiento al que están sometidos repercute en su salud mental y tiene impacto directo en sus capacidades cognitivas (Fundación Arrels, 2017).

La intervención en la calle demuestra ser un factor de protección valioso porque, en primer lugar, consigue información actualizada del estado de salud del sujeto; en segundo lugar, realiza una primera intervención *in situ* y obtiene datos inmediatos; y tercero, porque inicia el proceso de acompañamiento, derivación o coordinación con otros recursos en el momento de la intervención. Por último, con las intervenciones a medio o largo plazo el seguimiento del caso es sistemático, habitualmente de forma semanal. Gracias al apoyo del trabajo de calle reciben ayuda para acceder a la tarjeta sanitaria y a las consultas médicas. Las intervenciones de calle son útiles para conseguir su adhesión al tratamiento médico. Por último, mejoran la evolución de las enfermedades y su aspecto físico.

Por otro lado, la baja exigencia es un principio que guía toda la intervención. Sin embargo, la experiencia demuestra que no puede aplicarse por igual a todos los casos. Si bien la exigencia tiene que ser más estricta y constante en los casos de sinhogarismo más recientes, por el contrario, debe ser más relajada con los casos que presentaban una mayor precariedad ya que, para ellos, es difícil cumplir con los requerimientos o contraprestaciones de los diferentes recursos. La negociación y la flexibilidad son fundamentales para evitar el distanciamiento del vínculo creado.

Con todo, los resultados de la investigación-acción han sido positivos, mostrando avances en la recuperación de casos crónicos así como en la incorporación a los recursos y a los procesos de trabajo para la reinserción social de otros casos menos cronificados.

## Bibliografía referenciada

- ALCÁNTARA MORENO, G. (2008): “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), pp. 93-107.
- ALONSO, L.E. (1998): *La mirada cualitativa en sociología*, Madrid, Fundamentos.
- AYUNTAMIENTO DE CÁDIZ (2017): *Informe del censo de personas sin hogar en la ciudad de Cádiz de 2017*, Cádiz, Delegación Municipal de Asuntos Sociales (no publicado).
- (2018): *Plan de Inclusión Social para Personas sin Hogar*, Cádiz, Delegación Municipal de Asuntos Sociales, [no publicado].
- BECOÑA, E. (2002): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [disponible en: <[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf)>].
- CABRERA, P. (1998): *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar de Madrid*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- CABRERA, P.; MALGUESINI, G. y LÓPEZ, J.A. (2002): *Un techo y un futuro. Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*, Barcelona, Icaria.
- CALVO, F.; CARBONELL, X.; GIRALT, C.; LLOBERAS, À. y TURRO, O. (2017): “Reducción de daños asociados al consumo inyectado de drogas en población sin-hogar: Propuesta para una intervención grupal a través de WhatsApp”, *Pedagogía i Treball Social. Revista de ciències socials aplicades*, Vol. 6, Núm. 2, pp. 3-31.
- CARRERAS, B.; VALLS, J.; REGUEIRO, S.; MORILLA, I.; URIBE, J. y OCHOA, C. (2017): “Cuidados paliativos en personas sin hogar”, *Anuario de psicología*, nº 47, pp. 95-106.
- CASTEL, R. (1995): *Les metamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard.
- CORBETTA, P. (2010): *Metodología y técnicas de investigación social*, Madrid, MacGraw-Hill.
- ESCOLAR, A. (2013): “Las desigualdades sociales y la salud en España”, *Revista Temas*, 218-219, pp. 64-66.
- FEANTSA (2015): *End-of-life cares for homeless people*, Brussels, Feantsa [disponible en: <<https://www.feantsa.org/en/feantsa-position/2015/07/03/feantsa-position-end-of-life-care-for-homeless-people?bcParent=27>>].
- (2017): *ETHOS – European Typology on Homelessness and housing exclusion*, Bruselas, Feantsa [disponible en <<https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>>].
- FERNANDEZ, T. y PONCE DE LEON, L. (2018): *Trabajo social individualizado. Metodología de intervención*, Madrid, Ediciones Académicas.
- FUNDACIÓN ARRELS (2017): ¿Puede ser que vivir en la calle afecte a la capacidad neurológica de la persona? [disponible en: <<https://www.arrelsfundacio.org/es/puede-ser-que-vivir-en-la-calle-afecte-a-la-capacidad-neurologica-de-la-persona/>>].
- GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (1993): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social*. Madrid, Alianza.
- GARCÍA, S. y ARÉVALO, D. (2015): “La intervención con población drogodependiente en situación de calle”, *Documentos de Trabajo Social*, nº 56, pp. 94-112.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012): Encuesta a las personas sin hogar. [disponible en: <[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176817&menu=resultados&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=resultados&idp=1254735976608)>].
- LLANO, J.C. (2019): *La desigualdad en la salud*, Madrid, European Anti-Poverty Network (EAPN-España), [disponible en: <[https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937\\_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf)>].
- MARINA, P.A. (2018): “La baja exigencia: una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar”, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, vol. 15, nº 1, pp. 9-26.
- MARLATT, G.A. (1996): “Harm reduction: Come as you are”, *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.
- MATULIČ, M.V.; DE VICENTE, I. y CAÏS, J. (2018): “Relatos de vida de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: desafiliación y salud”, *Comunitania*, 16, pp. 141-157.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010): *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, Madrid, Gobierno de España, [disponible en: <[https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis\\_reducir\\_desigualdes.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf)>].
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2015): *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020*, Madrid, Gobierno de España, [disponible en: <<https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>>].
- MORENO, G. (2009): “Características y tipologías de las personas sin hogar en Bizkaia. Hacia un enfoque complejo de la realidad del sinhogarismo”, *Zerbitzuan*, 46, pp. 35-44.
- MONCADA, S. (1997): “Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas”, en *Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias*, Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, [disponible en: <<http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preven.pdf>>].
- MUÑOZ, M.; VÁZQUEZ, C. y VÁZQUEZ, J.J. (2003): *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*, Madrid, Témpora.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946): *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, en Documentos Básicos. 48ª Edición de 2014, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, [disponible en: <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>>].
- PANERO, S. y MUÑOZ, M. (2014): “Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar”, *Anales de psicología*, vol. 30, nº 1 (enero), pp. 70-77.
- PÉREZ, J. y ABELLÁN, A. (2018): “Envejecimiento demográfico y vejez en España”, *Panorama Social*, 28, pp. 11-47.
- ROCA, P.; PANADERO, S.; RODRÍGUEZ-MORENO, S.; MARTÍN, R.M. y VÁZQUEZ, J.J. (2019): “‘Puerta giratoria’ a la situación de sin hogar. Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar”, *Anales de psicología*, vol. 35, 2 (mayo), pp. 175-180.
- SÁNCHEZ MORALES, M. (1999): *La población sin hogar en España: un caso extremo de exclusión social*, Madrid, Sistema.
- SEGURA, J. (2014): “Las desigualdades en salud: un reto para las políticas públicas”, *Zerbitzuan*, 55, pp. 47-63.
- SUBIRATS, J. (Dir.) (2004): *Pobreza y exclusión social*, Barcelona, La Caixa.
- (2005): *Análisis de los factores de exclusión social*, Bilbao: BBVA.
- TEZANOS, J.F. (2008): *La sociedad dividida. Estructura de Clases y Desigualdades en las Sociedades Tecnológicas*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- TORNERO, S.; FERNÁNDEZ, A. y CHARRIS, L. (2016): “Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en Sevilla”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 90, pp. 1-11.
- URIBE, J. y ALONSO, S. (2009): *Personas en situación de sin hogar en Barcelona: perfiles, estado de salud y atención sanitaria*, Barcelona, Fundació Jaime Bofill.
- VALLES, M.S. (2009): *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid, Síntesis.

# Valor Social Integrado (VSI) del Hospital de Santa Marina en Bilbao: monetizando el valor social para los ‘stakeholders’

## Frumen Molinero

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

## Leire San-José

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

leire.sanjose@ehu.eus

## Álvaro Molinero

Health Business Consultant, Everis

Gaur egun, erakundeek haien burua legitimatzeko joera dute sortu ohi duten balio sozialagatik; ez soilik ekonomikoagatik. Osasunaren kasuan, ikuspegi hori agerikoa da, osasun-entitateek haien gaixoei eta ongizateari zor baitiote. Horretarako, interesdunek zein balio sozial lortzen duten adierazi beharko dute. Artikulu honetan harago joaten gara eta balio sozialak ezagutzeaz beste, aldagai ekonomikoen bitartez ere adierazi egingo dira. Horrela, ospitale batek, Bilboko Santa Marina Ospitaleak, sortzen duen balio soziala zein den jakin daiteke. Horrez gain, bere aplikazioan alderdi zailenak zeintzuk diren, zer ekarpen egin zien balio soziala islatzeak eta beste ospitale batzuetara nola hedatu daitekeen aztertzen da artikulu honetan, lana bereziki aberasten duen alderdia.

### GAKO-HITZAK:

Giza balioa, eragina, *stakeholder*, balio-sorrera, osasuna, efizientzia.

En la actualidad, las organizaciones tienden a legitimarse por el valor social que generan, y no solo por el económico. Para el caso de la sanidad, esta perspectiva es obvia, ya que las entidades sanitarias se deben a sus pacientes y a su bienestar. Para ello, será necesario saber qué opinan los *stakeholders* perceptores del valor social. Este artículo va más allá, y no solo se conocen los valores sociales, sino que se llegan a monetizar. Así se logra saber cuál es el valor social generado por un hospital, el Hospital de Santa Marina de Bilbao. Además, se analiza cuáles son los aspectos más complicados en su aplicación, qué les aportó y cómo es posible extenderlo a otros hospitales.

### PALABRAS CLAVE:

Valor social, impacto, *stakeholders*, creación de valor, sanidad, eficiencia.

## 1. Introducción

Hoy en día las empresas se preocupan cada vez más por el valor social que generan y no solo por el resultado económico (Harrison *et al.*, 2020), por lo que el aporte social ha dejado de estar en un segundo plano y podríamos decir que estamos ante un cambio donde las empresas quieren medir la función social que aportan a su entorno, en vez de preocuparse solamente de generar y lograr beneficios económicos. Por ello, actualmente cada vez es más importante apreciarlo y evaluarlo, bien para la reputación e imagen de la empresa, bien para establecer mejores comunicaciones con los diferentes órganos y entidades sociales y públicas, o bien para mejorar la estrategia empresarial hacia la creación de valor social.

Este trabajo tiene por objeto demostrar que es posible monetizar el valor social de un hospital mediante una contabilidad social y el logro de su valor social integrado (VSI en adelante). Seguiremos el modelo de contabilidad social desarrollada hace ya diez años por Retolaza *et al.* (2016), que ha sido aplicado en varios ámbitos, como lo son el de la economía social (Lazkano y Beraza, 2019; Lazkano y San-José, 2020), el de centros especiales de empleo (Retolaza *et al.*, 2014), el de la hostelería (Guzmán *et al.*, 2020) o el de universidades (Ayuso *et al.*, 2020). En este trabajo exponemos un nuevo ámbito, los centros sanitarios, y en concreto se aplica la contabilidad social a un hospital. Las razones para aplicar la contabilidad social en vez de el SROI, han sido fundamentalmente tres. En primer lugar, la contabilidad social es más idónea para analizar situaciones pasadas. En segundo lugar, una contabilidad social holística es más completa y global. Y, en tercer lugar, permite la construcción de ratios más allá del propio SROI. Así, con una contabilidad enfocada a lo social, como ocurre con la tradicional será posible obtener no solo el SROI, sino también otras ratios, como por ejemplo el SVAI (véase San-José *et al.*, 2019).

Para contextualizar, se debe señalar que desde que en 1983 se aprobara la ley de Osakidetza, el sistema sanitario público vasco se ha convertido en un organismo autónomo, financiado con presupuesto público, para prestar atención sanitaria integral a los ciudadanos y con el objetivo de formar un único sistema asistencial con todos los recursos públicos existentes. Este sistema sanitario público vasco está integrado por dos organizaciones, que son el Departamento de Salud y Osakidetza, y están presentes en los tres territorios históricos de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El Departamento de Salud<sup>1</sup> se encarga de regular y

<sup>1</sup> También se encarga de: la evaluación de los niveles de la salud de la población, las condiciones de acceso a los servicios sanitarios, establecer prioridades de política sanitaria, ampliar el catálogo de prestaciones básicas ofrecidas por el sistema nacional de salud y asumir las responsabilidades en lo que se refiere a derechos y participación ciudadana (Osakidetza, 2016).

financiar el sistema sanitario público, mientras que Osakidetza es un ente público con plena capacidad que se dedica a facilitar servicios sanitarios mediante las organizaciones sanitarias públicas.

Las organizaciones sanitarias integradas (OSI) son el elemento facilitador que permite agrupar centros y hospitales de referencia según su demarcación en la geografía vasca. Así, en Euskadi hay 13 OSI, (5 en Bizkaia, 6 en Gipuzkoa y 2 en Araba), 2 hospitales de crónicos (Santa Marina y Gorliz) y tres redes de salud mental (Araba, Bizkaia y Gipuzkoa). Además, existen tres organizaciones cuyo ámbito territorial se extiende a toda Euskadi: Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos, Emergencias y Osatek. Esta estructura se completa con la dirección general, que es la estructura directiva para el control, coordinación estratégica y apoyo en la gestión de las anteriores organizaciones de servicios.

Esta nueva organización de los centros de Osakidetza nace de la necesidad de dar una respuesta a las nuevas necesidades de la población, una población cada vez más envejecida. La población de 65 o más años podría aumentar en más de 110.000 personas hasta 2026, por lo que su peso llegará al 26,5% —casi 7 puntos más que en 2013—. De este total, 32.000 personas irían al grupo de más de 85 años, que pasará a suponer el 4,6% del total (Eustat, 2014).

La esperanza de vida para 2026 se prevé que llegue hasta los 82,6 años para los hombres y 88,4 para las mujeres, mientras que en 2010 se situaba en los 79,1 años para los hombres y 85,6 años para las mujeres (Eustat, 2014). Por lo tanto, continúa el proceso de envejecimiento de la población, haciendo que cada vez más personas y de edad más avanzada necesiten atención sanitaria y sociosanitaria. En este trabajo demostramos que la monetización del valor social es una dinámica útil y eficiente en los hospitales; es posible realizarla, pero es posible trasladarla más allá y aplicarla en diferentes hospitales. Para ello, en los siguientes apartados exponemos, en primer lugar, el caso objeto de análisis, el Hospital de Santa Marina de Bilbao, para posteriormente establecer cuáles han sido los pasos para exponer el valor social generado por el hospital. En un siguiente apartado se abordarán las reflexiones y utilidades de esta aplicación. Finalizaremos con las conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación.

## 2. Análisis de caso: Hospital de Santa Marina

En 1930 se procedió a construir el edificio Victoria Eugenia en la ladera del monte Artxanda en Bilbao, que serviría como base para la construcción del Complejo Sanatorio Santa Marina. Fue entonces cuando ingresó el primer paciente. Desde sus comienzos, el hospital atendía a personas con enfermedades respiratorias (sobre todo enfermos de tuberculosis). Nueve años después, se inauguró el edificio Briñas, que ayudó a pasar de 100 a 250 camas.

Con el objetivo de proporcionar atención sanitaria a los niños, en 1942 construyeron el edificio Víctor Tapia, con 100 camas. Poco después, en 1944, se inauguró el actual pabellón, denominando al conjunto Grupo Sanatorial Santa Marina, que contaba con 750 camas. El complejo llegó a tener 850 camas en 1958. En el año 1979 se procedió al cierre definitivo de los pabellones Briñas y Tapia, visto que bajó el número de enfermos de tuberculosis y, un año después, el hospital paso a las manos del Gobierno Vasco. Desde entonces, el hospital ha experimentado un cambio y ha pasado de atender a enfermos principalmente con patología respiratoria a atender a pacientes crónicos.

**2.1. Misión**

La misión del Hospital de Santa Marina consiste en ser el hospital de crónicos de referencia en la atención integral de personas, principalmente mayores, en fases avanzadas de sus enfermedades y al final de sus vidas. Trabaja de forma coordinada con otras organizaciones para garantizar su continuidad asistencial y el regreso al entorno más adecuado a sus necesidades.

**2.2. Visión**

En 2020 desea ser reconocido como un hospital monográfico de crónicos:

- Que da respuesta de calidad a las necesidades de las personas, atendiendo al reto del envejecimiento, la cronicidad y la dependencia.
- Que presta una atención humanizada, cercana, de confianza y adecuada a pacientes y familiares a través de la implicación de sus profesionales.

- Orientado a conseguir que los cuidados asistenciales sean los cuidados intensivos del trato y del confort.

**2.3. Pacientes**

En la Figura 1 se puede analizar la distribución de tipo de pacientes a partir del trabajo para estratificar el riesgo de pacientes desarrollado por kaiserpermanente.org en Estados Unidos.

La mayor parte de los pacientes del hospital son personas de edad avanzada, con patología crónica compleja, con quienes hay que trabajar desde la doble vertiente de la cura y el cuidado. Muchas de ellas son personas que muestran un nivel de fragilidad importante, ya que ante procesos intercurrentes se pueden enfrentar a una situación de pérdida de independencia, lo cual obliga a trabajar y atender sus necesidades de un modo coordinado con otros profesionales del sistema de salud y de los servicios sociales.

Un fenómeno creciente derivado del aumento de la esperanza de vida es la presencia de personas de edad avanzada con un aceptable nivel de salud y que, tras un episodio agudo, pueden ver modificada sustancialmente su nivel de autonomía. El Hospital de Santa Marina ofrece los recursos adecuados para la atención de este tipo de pacientes, debido a la experiencia acumulada, la especialización de sus profesionales y los servicios disponibles.

Finalmente, un colectivo importante para el hospital son los pacientes con necesidades de cuidados paliativos, a quienes destina una atención personalizada y específica dentro de la red.



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de riesgos estratificados desarrollado por kaiserpermanente.org en Estados Unidos.

Si se analiza desde un punto de vista cuantitativo, obtenemos los siguientes resultados económicos del hospital (véase la Tabla 1).

### 3. Monetización del valor social: el caso del Hospital de Santa Marina

El proceso del análisis del valor monetario generado por el Hospital Santa Marina, se inicia con la formación de un equipo de trabajo mixto, formado por profesores de la Universidad de Deusto y de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y personas del equipo directivo del hospital (gerente y director económico-financiero). En

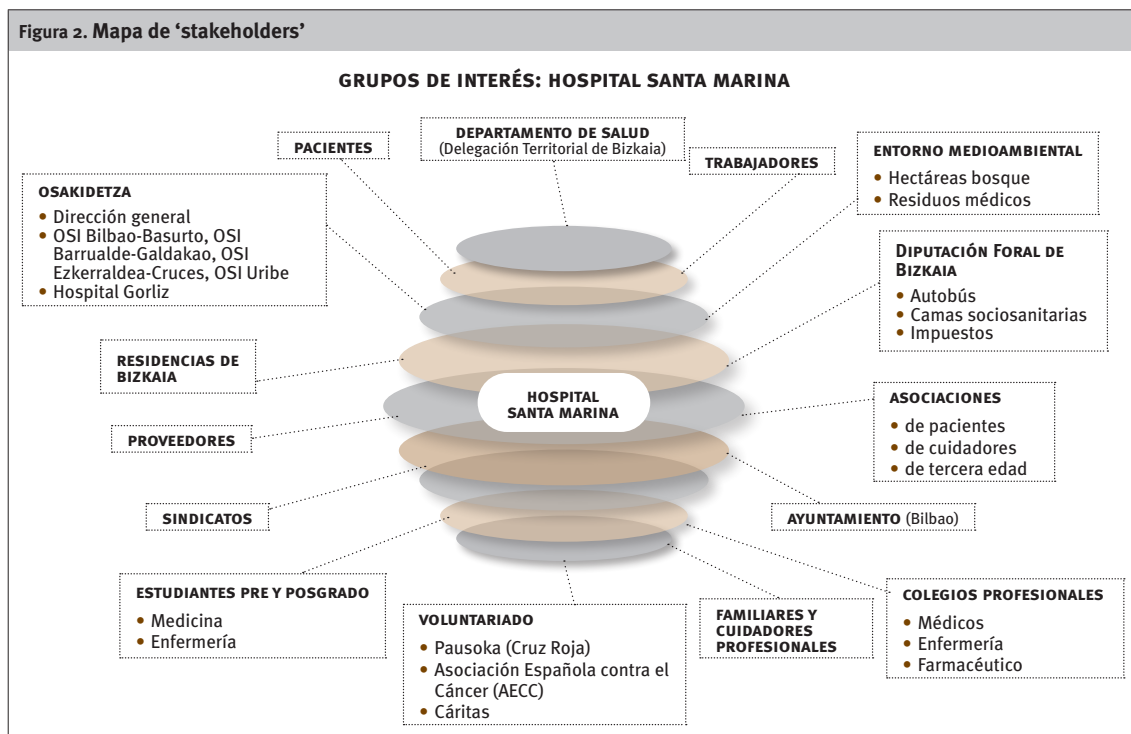
concreto, en 2017 estaba formado por un equipo de cinco personas, si bien posteriormente se incorpora un profesional más.

La primera fase del trabajo se centró en la elaboración del mapa de *stakeholders* desde la perspectiva del valor generado. Este mapa, en vez de exponer de forma estratégica a qué *stakeholders* se dirige la organización, muestra a quién le está generado valor. Es un cambio importante, aunque, obviamente, lo ideal sería que ambas perspectivas estuvieran totalmente alineadas. Este análisis del mapa solo es posible hacerlo con tiempo y a partir de comprobar qué resultados se han ido obteniendo (Figura 2).

Tabla 1. Datos económicos del Hospital Santa Marina 2014-2018 (cifras en euros)

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018
Gastos generados	22.992.249	23.467.654	23.431.566	24.216.411	24.650.634
Gastos de funcionamiento	3.033.173	3.033.761	2.872.318	2.963.790	3.104.474
Gastos de personal	19.959.076	20.433.893	20.559.249	21.252.620	21.546.160
% Trabajadores que tributan en la Diputación Foral de Bizkaia	92,84 %	92,97 %	—	—	—
Ingresos	22.867.421	23.416.915	23.490.462	23.890.120	24.652.567
Resultados del ejercicio	-124.828	-50.739	58.896	-326.291	1.933
Inversiones estratégicas	151.815	256.085	0	0	410.327
Reformas propias	125.838	194.917	227.290	0	542.986
Coste por estancia	397	378	448	476	472
Coste por ingreso	4.566	4.044	4.681	5.093	5.003

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.



El mapa queda formado por cada uno de los grupos de interés que aparecen en la figura:

- 1. Pacientes:** son la razón de ser del hospital. La mayor parte de los pacientes son personas de edad avanzada, con patología crónica compleja, con quienes hay que trabajar desde la doble vertiente de la cura y el cuidado.
- 2. Familiares de pacientes:** acompañan y cuidan a sus familiares, amigos o allegados.
- 3. Trabajadores:** se encargan del buen funcionamiento en el ámbito global del hospital.
- 4. Proveedores:** abastecen al hospital con los productos o servicios necesarios.
- 5. Administraciones Públicas:** este grupo lo componen la Diputación Foral de Bizkaia, el Ayuntamiento de Bilbao, el Departamento de Salud y otras organizaciones.
- 6. Cuidadores profesionales:** personas que tienen como objetivo acompañar y cuidar a los pacientes y son contratadas por los pacientes o familias.
- 7. Estudiantes pre/postgrado:** el Hospital es proveedor de prácticas de grados técnicos y estudios universitarios.
- 8. Entorno medioambiental:** el entorno medioambiental, aunque es difícil de personalizar como *stakeholder*, en múltiples trabajos recibe esta categorización. En nuestro caso, hemos identificado las variables de valor para el entorno medioambiental a través del resto de *stakeholders*; en este caso, actúa como *shapeholder* (Retolaza, San-José y Aguado, 2016) del medio ambiente. El hospital cuenta con una amplia zona forestal alrededor de sus instalaciones, la cual genera O<sub>2</sub> y fija el CO<sub>2</sub>; además de su impacto visual positivo. Asimismo, se reciclan los residuos sanitarios.
- 9. Residencias:** existe una colaboración y coordinación entre el Hospital de Santa Marina y estas para atender a los pacientes residenciados. Santa Marina es el centro de referencia para la atención de los pacientes crónicos de edad avanzada residenciados de la comarca de Bilbao y parte de la comarca de Berruolde, que requiere de un hospital de crónicos.
- 10. Sindicatos:** defienden los derechos y los intereses profesionales de los trabajadores del hospital.
- 11. Colegios profesionales:** colegios de médicos/as, farmacéuticos/as, enfermeras/os, etc.

Con base en el mismo mapa de *stakeholders*, se identificó una serie de entidades participantes en los grupos de interés para dialogar con ellas sobre el valor social percibido en relación al Hospital de Santa Marina; asimismo, se seleccionó a las personas de referencia para mantener una entrevista con ellas.

Siendo el objetivo el cálculo del valor social del Hospital de Santa Marina, en primer lugar se calculó el valor social generado por la actividad de

mercado de la entidad; en segundo, el valor social de no mercado. El sumatorio consolidado de ambas conforma el valor social integral.

### 3.1. Valor socioeconómico directo

Constituye el impacto económico que crea la organización en uno o varios territorios por la actividad económica. Estos valores pueden ser tanto directos como indirectos. El primero puede definirse como la suma de salarios, seguridad social, valor añadido, impuesto de la renta, IVA, otros impuestos y el resultado del ejercicio (véase la Tabla 2).

Tabla 2. Valor socioeconómico del Hospital de Santa Marina en 2017

Descripción	Indicador	Fuente	Resultado
Valor añadido	• valor añadido anual	Contabilidad	0€
Salarios	• sueldos netos	10T	13.588.369€
Seguridad Social	• SS empresa + s.s. trabajador	Contabilidad	5.533.120€
Impuesto sobre la Renta	• (retención IRPF)	10T	2.874.523€
Otros impuestos	• impuestos abonados	Contabilidad	0€
Resultado		Contabilidad	-326.444€
Amortizaciones		Contabilidad + Acuerdo junta	479.384€
Inversión	• fondos reserva	Contabilidad + Acuerdo junta	846.296€
IVA	• IVA devengado	Cálculo a partir de las facturas	625.864€

En la Tabla 2 se recogen los datos más significativos de la actividad económica, los cuales nos sirven para calcular con posterioridad el Valor Social Directo, y el inducido, en sus dos dimensiones: gasto corriente e inversión.

R-VES 8.407.642 €  
VES 21.669.567 €

Junto con el Valor Social generado para cada categoría —valor socioeconómico (VES)— que es la suma del salario neto más las retenciones de IRPF, las cotizaciones a la seguridad social y el resultado del ejercicio del hospital, se calcula la generación de flujos de caja que, de forma directa, indirecta, o como ahorro, son percibidos por la Administración (R-VES), en este caso cotizaciones a la seguridad social y retenciones de IRPF. Así pues, el Hospital de Santa Marina, a través de su actividad mercantil, generó en 2016 un valor para la sociedad de 21.669.567 de euros, y un retorno a la Administración de 8.407.642 de euros.

### 3.2. Valor socioeconómico indirecto: proveedores

El valor socioeconómico indirecto se refiere al impacto que el hospital genera a otras organizaciones y de forma indirecta al conjunto de la sociedad.

Según el trabajo realizado, el valor social generado de forma indirecta por la compra a proveedores es el que refleja la Tabla 3.

**Tabla 3. Valor inducido a proveedores del Hospital de Santa Marina en 2017 (en euros)**

Global	Descripción	Resultado
	Compra proveedores	2.759.870,88
	Gastos personal	566.889,66
	Resultados	97.561,84
	Impuestos	19.359,32
	Seguridad social	209.749,17
	Impuesto sobre la renta	75.835,49
	IVA	478.814,93
	Valor añadido	809.529,23

El valor generado de forma indirecta, mediante su efecto tractor, al conjunto de la sociedad asciende, en el año 2017, a 1.288.344, con un retorno a las diversas administraciones públicas de 783.759.

### 3.3. Valor socioeconómico indirecto: proveedores de inversión

El mismo resultado aplicado al valor indirecto generado a través de los proveedores de inversión, arroja las cifras que se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4. Valor a proveedores de inversión del Hospital de Santa Marina en 2017 (en euros)**

Global	Descripción	Resultado
	Compra proveedores	846.296
	Gastos personal	217.797
	Resultados	83.044
	Impuestos	13.965
	Seguridad social	80.585
	Impuesto sobre la renta	28.314
	IVA	38.787
	Valor añadido	328.236

El valor global generado por la inversión se calcula sobre los datos de la Tabla 4, con una distribución

similar a la de los proveedores de explotación. Los resultados obtenidos ascienden a 367.023 euros en lo relativo al valor social generado, y 161.650 euros de ingreso a la Administración.

### 3.4. Valor social de no mercado

Este apartado es el más relevante y novedoso del estudio, ya que en él se valora de forma objetiva la percepción que tienen los *stakeholders* del valor que les genera el Hospital de Santa Marina. Como consecuencia de un gran número de entrevistas llevadas a cabo con representantes de todos los *stakeholders* definidos por el hospital (anteriormente reflejados en su mapa) se ha obtenido una serie de variables a cuantificar, muchas de las cuales no son objetivamente cuantificables, por lo que se han descartado, pero las que sí lo han sido se han valorado en la Tabla 5, y como consecuencia de ello, se ha obtenido que el Hospital de Santa Marina genera un valor percibido por sus *stakeholders* de 21.725.168 euros.

### 3.5. Valor social integrado (VSI)

La Tabla 6 integra el valor social generado a través de la actividad de mercado (23.324.933 euros), con el valor social específico (21.725.168 euros) ascendiendo el valor social integral (consolidado) a la cantidad de 45.050.101 euros. Si tenemos en cuenta el valor emocional, está cantidad asciende a 55.434.731 euros. El valor emocional se ha calculado de la siguiente manera:

Se ha entendido que si el hospital obtenía un 5 en la valoración de las encuestas de satisfacción de usuarios (rango 0 a 10) significaba que su aportación a estos era nula, siendo positivas las valoraciones por encima de ese cinco y negativas las inferiores a él. Dado que Santa Marina ha obtenido una valoración media de 9,78, tiene una valoración positiva de 4,78 puntos. En consecuencia, si el valor social específico de 21.725.168 lo multiplicamos por 0,478, nos sale 10.384.630 euros, que sumados a los 45.050.101 euros de valor integral nos da el resultado de 55.434.731 euros de valor socioemocional.

En relación con el retorno socioeconómico sobre la financiación recibida (SROI.E), este es del 0,964 (23.324.933 euros). Por su parte, el valor social generado en relación con la financiación recibida (SROI.S) es de 0,898, y el retorno del valor social integral (SROI.I), asciende a 1,863, llegando al 2,292 si se tiene en cuenta el retorno socioemocional (SEROI).

Por su parte, el flujo de ingresos a la Administración asciende a 9.353.051 euros, siendo el montante de la financiación recibida del contrato programa con el Departamento de Salud de 24.184.002 euros, con un retorno económico sobre la financiación pública (ROI) del 0,387 (-14.830.951 euros) para la Administración (véase la Tabla 7).

Tabla 5. Valor Social de no mercado en el Hospital de Santa Marina en 2017

Nº	VARIABLES	INDICADORES	Output	Valor de referencia	Proxy (en euros)	Valor social (en euros)
1	Hospitalización	Nº estancias	41.146	Coste medio cama hospital Osakidetza	384,00	15.800.064,00
2	Hospitalización	Nº estancias paliativos	9.116	Coste medio cama hospital Osakidetza	270,00	2.461.320,00
3	Atención urgencias	Urgencias atendidas	5.664	Coste atención medica urgencias (pública/privada).	153,00	866.592,00
4	Liberar camas en otros hospitales	Pacientes procedentes de otros hospitales	20.658		44,85	926.511,30
5	Prácticas reales para alumnos	Nº horas curso académico alumnos en prácticas	4.872		18,00	87.696,00
6	Parking gratuito	Nº visitantes año / estancia media	10.039	OTA /parking	3,10	311.624,40
7	Liberación cuidador	Estancias de pacientes no residenciados (30%*)	16.798	10 euros/hora y una jornada de 8h	40,00	401.560,00
8	Apoyo a residencias	Estancias de pacientes cuyo origen es residencias	16.798		50,00	839.900,00
9	Ahorro emisión	o	23	Fijación Coz. Derechos por hectárea	1.300,00	29.900,00
					<b>Valor social específico total</b>	<b>21.725.167,70</b>

(\*) Dato facilitado por la asistencia social del Hospital

Tabla 6. Valor Social Integrado del Hospital de Santa Marina en 2017

Variables	Valor económico social (en euros)	Valor social específico (en euros)	Valor social integral (en euros)	Acrónimos
	VES	VASE	VASI	
Impacto directo de la actividad económica	21.669.567		21.669.567	VES
Impacto indirecto, proveedores	1.288.344		1.288.344	VES-IP
Impacto indirecto, proveedores de inversión	367.023		367.023	VES-IP.I
Valor social específico		21.725.168	21.725.168	VSE-F
Valor integral bruto	23.324.933	21.725.168	45.050.101	VASI-Bruto
Financiación pública	24.184.002	24.184.002	24.184.002	
<b>Valor integral neto</b>	<b>-859.069</b>	<b>-2.458.834</b>	<b>20.866.099</b>	<b>VASI-Neto</b>
Valor socioemocional		32.109.798	55.434.731	V-EMO
Ratio Retorno Caja. Financiación Pública				ROI
Ratio Retorno Económico. Financiación Pública	0,964			SROI.E
Ratio Retorno Social. Financiación Pública		0,898		SROI.S
Rato Retorno Social Integral (Social + Económico)			1,863	SROI.I
Ratio Retorno Socioemocional		1,328	2,292	SEROI

Tabla 7. Retorno económico a la Administración Pública del Hospital de Santa Marina (en euros)

VARIABLES para monetizar el valor social Perspectiva de la contabilidad social	Retorno económico Administraciones Públicas
Impacto directo de la actividad económica	8.407.642
Impacto indirecto proveedores	783.759
Impacto indirecto proveedores de inversión	161.650
Valor integral bruto	9.353.051
Financiación pública	24.184.002
Valor integral neto	-14.830.951
Ratio Retorno Caja. Financiación Pública	0,387

Fuente: Elaboración propia.

Este resultado se puede entender como que solo 3,87 de cada 10 euros invertidos por la Administración en el hospital retornan a ella por medio de la actividad económica del centro (cotizaciones a la seguridad social y pago de impuestos como retenciones de IRPF e IVA pagado a proveedores). Pero esta es solo una lectura parcial, pues a nuestro entender, caben, al menos, dos conclusiones más:

1. Realmente la Administración invierte a “fondo perdido” en el hospital solo 14.830.951 euros, ya que de los 24.184.002 euros que en 2017 aportó vía contrato programa, 9.353.051 euros se revierten de nuevo a ella como actividad económica generada.
2. La Administración invierte 24.184.004 euros/año en el hospital, pero este genera un valor anual de 45.050.101 euros sin contar el valor emocional. Es decir, el hospital prácticamente duplica el valor generado sobre la inversión en él realizada por los poderes públicos.

En la siguiente figura (véase la Figura 3) se refleja de forma sucinta el valor social generado por el Hospital de Santa Marina, para los diversos ecosistemas en el año 2017. El hospital recibe de la Administración 24,2

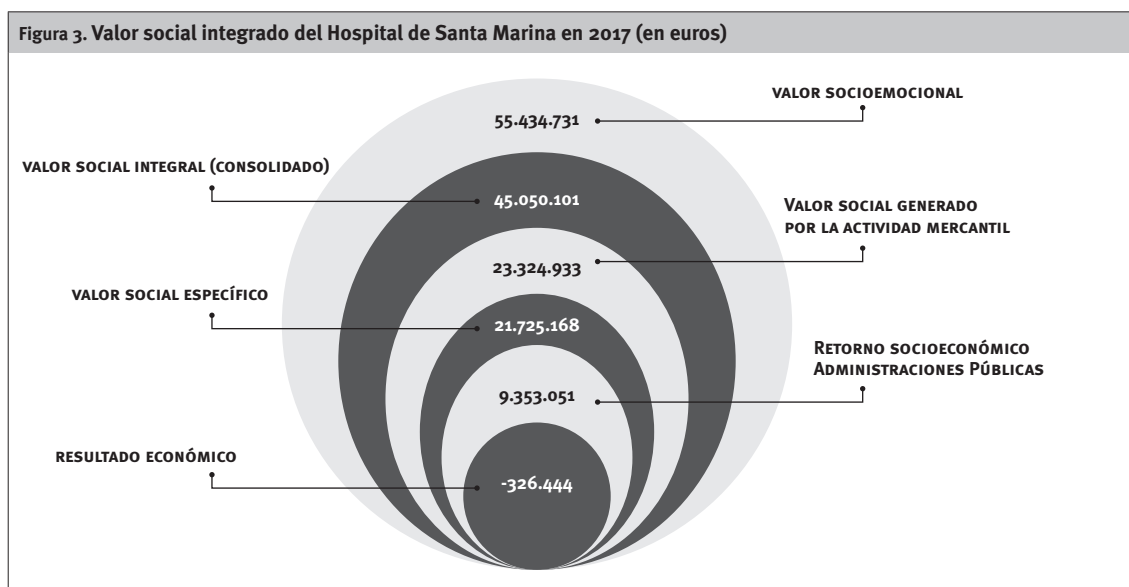
millones de euros y genera un valor social de 55,4 millones de euros, por lo que revierte 2,29 veces lo que recibe.

#### 4. Evolución: periodo 2014-2018

La evolución de los valores obtenidos por el hospital en los años 2014 a 2018 se puede apreciar en la Tabla 8.

Dado que no se ha hecho más que una entrevista a los *stakeholders* y que el presupuesto anual del hospital es muy estable, era de esperar una escasa evolución de los resultados interanuales, confirmándose que por cada euro recibido el hospital genera más de dos. No obstante, la evolución es claramente decreciente, por lo que el hospital debe plantearse su enfoque estratégico si pretende ser referente en la generación de valor social.

Por otro lado, es muy importante resaltar que la contabilidad financiera en sí misma puede no reflejar el verdadero valor generado de una organización. Si observamos el resultado del ejercicio de los cinco años, vemos que este siempre está cercano a



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 8. Evolución del periodo 2014 al 2018 (en euros)**

	2014	2015	2016	2017	2018
Resultado económico	-24.828	-50.739	55.896	-326.444	-280.759
Retorno socioeconómico Administraciones Públicas	8.501.186	8.994.364	9.059.853	9.353.051	7.492.900
Valor social act. mercantil	21.501.031	22.551.648	22.941.889	23.324.933	19.974.343
Valor social específico	24.639.000	23.745.496	22.228.295	21.725.168	22.668.295
Valor social integral	46.140.031	46.297.144	45.170.184	45.050.101	42.642.638
Valor socioemocional	58.336.336	57.766.219	55.684.167	55.434.731	51.256.590

Fuente: Elaboración propia a partir de San-José *et al.* (2019).

ceros. Esto es debido a que el centro cuenta con un presupuesto de ingresos y gastos muy rígido en el que tiene escaso margen de maniobra; por tanto, su cuenta de pérdidas y ganancias difícilmente reflejará adecuadamente sus procesos de gestión. Asimismo, este método novedoso de análisis (valor social generado para los grupos de interés), puede permitir a los gestores expresar un valor diferente de su organización que el que refleja la cuenta de pérdidas y ganancias. Esto puede tener especial relevancia en la gestión pública, donde la cuenta de resultados, en muchas ocasiones, tiende a cero (gastos = ingresos), y por tanto puede ser un buen punto de apoyo para la gestión pública que tantas veces es minusvalorada.

## 5. Discusión, reflexiones y aplicabilidad de la contabilidad social en otros hospitales

Con objeto de contribuir no solo a la reflexión académica, sino también a futuras aplicaciones de la contabilidad social en el sector sanitario, se han realizado una serie de reflexiones junto con los responsables del hospital. Así, a continuación, se exponen varias perspectivas que podrán resultar útiles al sector sanitario cuando decidan realizar aplicaciones y análisis del valor social que generan. De antemano, hay que recordar que el propio hecho de realizar un proceso de esta índole, inédito en el área, evidencia su interés para los directores de hospital. Por otro lado, cabe recalcar que, si bien el número final es de interés, el propio proceso y el sistema de reflexión permite lograr sinergias, realizar análisis y comunicar el interés y preocupación del hospital hacia sus *stakeholders*.

En definitiva, lo esencial de aplicar este proceso no puede ser el resultado, porque si no, estaríamos una vez más analizando las organizaciones desde su finalidad instrumental; en este caso el medio será el fin y lo que enriquecerá a la organización; eso y el uso que luego se dé a toda esta reflexión.

Así, se han realizado reflexiones en tres líneas. La primera desde una perspectiva *ex ante* o durante el proceso de ejecución; la segunda, el significado que el proceso ha tenido para el Hospital de Santa Marina, y por último una perspectiva *ex post* con objeto de aprovechar este trabajo para poder transmitir y trasladar a otros hospitales esta contabilidad social.

### 5.1. Dificultades durante el proceso de monetización del valor social del Hospital de Santa Marina

El proceso en sí mismo es lo que genera valor. No obstante, es importante no solo que el responsable lo interiorice, sino que también el resto del equipo lo comprenda y, además de saber de su existencia, lo considere parte de las acciones del hospital. Así que en este sentido transmitir al equipo directivo el interés por aplicar una técnica novedosa e inédita en los hospitales de medición de valor social no

fue tarea sencilla. Lo innovador no es, en general, recibido de forma entusiasta y el miedo hacia lo desconocido a veces hace que nos paralicemos. En palabras del director financiero, “ser capaz de transmitir el interés que podía tener para un centro hospitalario pequeño como el nuestro e intentar cuantificar el valor percibido por nuestros grupos de interés fue una de las tareas más complicadas”.

Otra de las principales dificultades fue el hecho de tener que replantear el mapa de *stakeholders* desde el valor percibido y no exclusivamente desde el proceso estratégico de la organización. Esta labor y reflexión, aunque teóricamente es sencilla, para algunas organizaciones es complejo pasar de pensar “a quién quiero generar valor” a “a quién genero valor”. Además, la reflexión suele generar el replanteamiento de otro punto de vista que hasta el momento no era central. Como positivo, se puede señalar que esto permite cambiar la perspectiva; se cambia y la centralidad la tienen los *stakeholders*. Es un gran reto y lograrlo no es siempre tarea fácil.

Por último, la comunicación de los resultados a los *stakeholders* (en especial a los trabajadores) tampoco fue tarea fácil; de hecho, es una de las partes que se considera desde la dirección del hospital que debería mejorar: “El proceso es excelente, los implicados lo interiorizan, pero no creo que fueran capaces de transmitir la importancia que tuvo para el hospital en su conjunto; al menos, los trabajadores no lo han comprendido de la misma forma. Posiblemente, sea necesario ser parte de un proceso para poder sentirse partícipe de él y poder hacerlo propio, y así comprender el valor social que realmente tiene un hospital”.

### 5.2. Aspectos gratificantes durante el proceso de monetización del valor social del Hospital de Santa Marina

El director del hospital destacaba que existen múltiples aspectos enriquecedores, entre los que señaló los más significativos. En primer lugar, fueron la cercanía y capacidad de entender las particularidades y necesidades del Hospital de Santa Marina. Sin duda, lo más valorado es poder transformar lo complejo que es el valor social generado en algo sencillo y más impactante aún, monetizado.

En segundo lugar, la propia contabilidad social, que da una visión diferente a la propia de la contabilidad financiera (la de la pura actividad económica), ya que aporta el valor percibido por los grupos de interés. Esto es fundamental en algunos sectores, pero en la situación en la que nos encontramos lo es en todas las organizaciones.

Por último, el sistema refuerza la gestión pública ante los usuarios y ante los políticos, ya que ofrece una visión del “negocio” desde varios puntos de vista, incluso el del retorno para la Administración.

En palabras del director, “este sistema legitima a la Administración Pública y permite realizar análisis de su eficiencia a futuro”.

### 5.3. Uso y aplicabilidad del proceso de contabilidad social

En cuanto al uso y la aplicabilidad de esta contabilidad social que permite conocer qué impacto social ha tenido un hospital en un periodo de tiempo, un año generalmente, cabe destacar al menos dos aspectos en términos generales:

1. El trabajo aporta información muy relevante ya que además de la propia información económico financiera se genera la visión del valor percibido por los grupos de interés o *stakeholders* en los que se encuentra la propia administración pública incluida. Así, permite ofrecer información sobre los retornos a la administración de la actividad lo que hace que se pueda ver el neto de la aportación pública.
2. La contabilidad social mediante el cálculo del Valor Social Integrado y la aplicación de la metodología SPOLY<sup>2</sup> permite complementar muy bien la visión que las organizaciones están ofreciendo sobre su responsabilidad social (por ejemplo, mediante el uso de memorias de la Global Reporting Initiative). Asimismo, a los gestores les da un nuevo enfoque de pensamiento sobre lo que sus grupos de interés esperan de ellos por lo que pueden cambiar/adaptar sus decisiones de gestión. Esto puede ser integrado, precisamente en sus planes de acción y en sus planes estratégicos, con objeto de dar respuesta a los intereses de los *stakeholders* de forma holística.

En términos particulares, y para el caso que presentamos, destacamos los tres principales aspectos:

1. Permite cifrar en unidades monetarias (euros) el valor social percibido por los grupos de interés. Esto ha sido muy relevante y útil, ya que se alinea con la contabilidad financiera y permite eliminar la subjetividad de lo social con entidad exclusivamente cualitativa. Es un paso más allá, debido a la transformación de lo cualitativo en cuantitativo, pero no solo eso, ya que se transforma en unidades monetarias. Esto permite análisis globales y holísticos.
2. El proceso de contabilidad está liderado por profesores universitarios, los cuales han conseguido establecer un modelo matemático avalado científicamente, lo que aporta mucha objetividad a los resultados y los puede hacer comparables con otros. Asimismo, una

<sup>2</sup> La metodología SPOLY, más conocida como el modelo poliédrico, es un modelo de monetización del valor social creado por el Grupo de Investigación ECRI de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) y la Universidad de Deusto (San-José, Mendizabal y Retolaza, 2020).

agrupación les da el soporte para impulsarlo y divulgarlo (GEAccounting).

3. Desde la dirección señalan que este proceso permite visibilizar el valor de lo público, el cual no siempre está adecuadamente reconocido.

### 5.4. Recomendaciones y sugerencias para futuros hospital con interés de aplicar la contabilidad social en sus entidades

Sin duda es posible que otros hospitales puedan aplicar este modelo. La experiencia es muy gratificante y da una visión completamente diferente a lo que los hospitales están acostumbrados en la gestión. Como parte de la Administración Pública, los gestores de hospitales deben ser los primeros interesados en medir el valor social, ya que el carácter de lo público ya les debe predisponer a crear/generar valor social, lo cual no siempre lo entienden así. Sin duda, si es público, debería ser entendido como bueno para la sociedad. En la actualidad, se han comenzado a realizar los primeros pasos para la estandarización, y para ello hay varios proyectos en marcha.

Por destacar algunas últimas reflexiones con objeto de trasladar la contabilidad social a otros hospitales:

1. El proceso en su conjunto se vería mejorado por las aportaciones de otros centros con sus particularidades, lo cual le permitiría ser más objetivo y contrastado.
2. La utilización de la contabilidad social en un mayor número de hospitales permitirá el *benchmarking* y una mejora colectiva hacia lo social. Sin duda, el proceso se enriquecerá con el análisis de otros hospitales.

## 6. Conclusiones, limitaciones y futuras líneas

Las entidades públicas se deben a la sociedad; de hecho, su existencia viene medida por el nivel de respuesta hacia el logro de cumplir las necesidades que los receptores de la organización tienen. En este sentido, un hospital claramente no tiene las mismas necesidades y obligaciones que una organización empresarial, y mucho menos que la mercantil. Así que los hospitales públicos deben exponer, o deberían exponer, qué valor social están generando. Ciertamente, parte de su valor social viene dado por su actividad económica, la cual se recoge en la contabilidad económico-financiera, pero existen muchas otras actividades y acciones que no se recogen en la contabilidad tradicional porque no suponen transacciones monetarias, aunque no por ello no podemos confirmar que no generen valor. Todo lo contrario.

Para realizar este trabajo se ha seleccionado un hospital, en este caso, el Hospital de Santa

Marina, de Osakidetza Servicio Vasco de Salud, por un lado, por ser un hospital con una tipología de paciente muy concreta, y, por otro lado, por ser un hospital de tamaño medio. Se ha aplicado la contabilidad social con objeto de conocer cuál es el valor social generado. Así, se ha determinado que es posible conocer cuál es el valor social generado por un hospital, y llegar a monetizarlo. El interés de aplicar la contabilidad social denota interés y preocupación de sus directivos en lo social, pero más importante aún, denota interés en mejorarlo. Más aún, este proceso es trasladable a otros hospitales, y aunque aún existen limitaciones, es destacable su aporte hacia lo social, su transformación de lo social en monetario para poder realizar comparaciones holísticas, y su sistematicidad y utilidad en los planes estratégicos a futuro. Sin duda, es uno de los sistemas de información social que más repercusión pueden

tener en el futuro para que los aspectos sociales no sean instrumentales sino centrales.

Existen varias limitaciones; una de ellas es el escaso número de hospitales donde se ha aplicado, y otra el hecho de no tener una estandarización que permita un traslado escalable a otros hospitales. Sin embargo, se espera que en un futuro cercano ambas sean futuras líneas de trabajo y así poder, por un lado, aplicar la contabilidad social a un mayor número de hospitales, consensuar variables y *proxys* comunes, y poder realizar el traslado a un grupo de hospitales para lograr la estandarización del sistema. En ese momento, se logrará una comparabilidad de estas entidades públicas en otros ámbitos que no son el económico, lo que permitirá una amplitud de conocimiento sobre lo que realmente están aportando a la sociedad y al bienestar de sus *stakeholders*. Sin duda, su razón de ser.

## Bibliografía referenciada

- BERNAL, R.; SAN-JOSÉ, L. y RETOLAZA, J.L. (2019): "Improvement Actions for a More Social and Sustainable Public Procurement: A Delphi Analysis", *Sustainability*, nº 11, 4069: 9; doi:10.3390/su11154069.
- EUSTAT (2014): Informe III EUSTAT 2014: Proyecciones de Población 2026 - Análisis de Resultados, ([https://www.eustat.eus/estadisticas/tema\\_163/opt\\_0/tipo\\_3/ti\\_Proyecciones\\_de\\_poblacion/temas.html](https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_163/opt_0/tipo_3/ti_Proyecciones_de_poblacion/temas.html)).
- GUZMÁN, B.; MENDOZA, J. y PÉREZ, V. (2020): "Informe del valor social del hotel Tigaiga", *CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa*, nº 100, pendiente publicación.
- HARRISON, J. S.; PHILLIPS, R.A., y FREEMAN, R.E. (2020): "On the 2019 Business Roundtable 'Statement on the Purpose of a Corporation'", *Journal of Management*, 46(7), 1.223-1.237.
- LAZCANO, L.; SAN-JOSÉ, L. y RETOLAZA J.L. (2019): "Social Accounting in the Social Economy: A Case Study of Monetizing Social Value", in Santos, C. *et al* (Eds.), *Modernization and Accountability in the Social Economy Sector*, IGI Global, pp. 132-151.
- LAZCANO, L. y SAN-JOSÉ, L. (2020): "Monetización del valor social: el caso Clade", *Gizarte Ekonomiaren Euskal Aldizkaria-Revista Vasca de Economía Social*, 16, 103-127, <<https://doi.org/10.1387/revs.20903>>.
- LAZCANO, L. y BERAZA, A. (2019): "Social Accounting for Sustainability: A Study in the Social Economy", *Sustainability*, 11 (24), 6.894-20.
- RETOLAZA, J. L.; SAN-JOSÉ, L., y AGUADO, R. (2016): "The role of shapeholders as a link between a firm and non-stakeholders: the pursuit of an economy for the common good based on stakeholder theory", en *Corporate Responsibility and Stakeholding*, pp. 31-48, Emerald Group Publishing Limited.
- RETOLAZA, J. L.; SAN-JOSÉ, L. y RUIZ-ROQUEÑI, M. (2016): *Social accounting for sustainability Monetizing the social value*. Cham, Springer.
- RETOLAZA, J.L.; SAN-JOSÉ, L.; RUIZ-ROQUEÑI, M. y BARRUTIA, J. (2014): "Cuantificación del valor social: propuesta metodológica y aplicación al caso de Lantegi Batuak", *Zerbitzuan*, 55, 17-33. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.55.02>.
- SAN-JOSÉ L.; MENDIZABAL, X. y RETOLAZA, J.L. (2020): "Social accounting and business legitimacy", en RENDTORFF, J. (ed.), *Handbook of Business Legitimacy*, Springer, <[https://doi.org/10.1007/978-3-319-68845-9\\_88-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-68845-9_88-1)>.
- SAN-JOSÉ, L.; RETOLAZA, J.L., y BERNAL, R. (en prensa): Índice de valor social añadido: una propuesta para analizar la eficiencia hospitalaria. *Gaceta Sanitaria*, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.011>



# El/la trabajador/a social forense en el marco de la Ley Orgánica 5/2000: la entrevista social forense como un encuentro dialógico-empático-emocional<sup>1</sup>

**Emiliano A. Curbelo Hernández**

Doctor y graduado en Trabajo Social,  
especializado en trabajo social forense  
emilianocur@gmail.com

Artikulu honek adingabearen erantzukizun penala arautzen duen 5/2000 Lege Organikoari buruzko zenbait gai jorratzen ditu, baita ondoren izandako aldaketak ere, Adingabeen Epaitegiari atxikitako talde teknikoko auzitegiko gizarte-langileak adingabeen epaileei eta fiskalei informazioa eta aholkuak emateko dituzten neurri judizialak azaltzearen bitartez. Ondoren, auzitegiko gizartelanaren agertokian, pertsonen arteko harremanetako gizarte-trebetasunei buruzko alderdi batzuk aztertzen dira, hala nola motak, taldeak, ezaugarriak eta haren aplikagarritasun praktikoa, auzitegiko elkarrizketa sozialarekin lotzen dena, elkarren arteko hiru ikuspegitatik: teknika gisa, prozesu gisa eta harreman gisa. Azkenik, ekarpen eta ondorio pertsonal batzuk zehazten dira.

## **GAKO-HITZAK:**

Auzitegiko gizarte-langilea, auzitegiko gizarte-elkarrizketa, gizarte-trebetasunak, pertsonen arteko harremanak, eskuartze dialogiko-enpatiko-emozionala.

Este artículo aborda algunas cuestiones sobre la Ley Orgánica 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal del menor y sucesivas modificaciones, haciendo referencia a las medidas judiciales que el trabajador y la trabajadora social forense del equipo técnico adscrito al Juzgado de Menores, disponen para informar y asesorar a jueces y fiscales de menores. Seguidamente, en el escenario del trabajo social forense, se afrontan algunos aspectos respecto de las habilidades sociales en las relaciones interpersonales como sus tipos, grupos, características y su aplicabilidad práctica, conectando con la entrevista social forense desde tres perspectivas vinculadas entre sí: como técnica, como proceso y como relación. Finalmente, se explicitan algunas aportaciones y conclusiones personales.

## **PALABRAS CLAVE:**

Trabajador/a social forense, entrevista social forense, habilidades sociales, relaciones interpersonales, intervención dialógica-empática-emocional.

<sup>1</sup> Para sintetizar, en el texto, se hará alusión al trabajador/a social forense entendiéndolo como un miembro más del equipo técnico adscrito al juzgado y a la fiscalía de menores.

La fuente fundamental de todos tus errores, sofismas y razonamientos falsos es un total desconocimiento de los derechos naturales de la humanidad.  
(ALEXANDER HAMILTON)

## 1. Introducción discursivo-reflexiva

Transcurridos veinte años desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (LORRPM), esta ha constituido una normativa que ha permitido concretizar el principio de oportunidad y adaptar la respuesta jurídica a los ilícitos penales cometidos por los/las menores de edad, considerando y atendiendo realmente a sus circunstancias, en aras de perseguir la reeducación y la ulterior reinserción social desde una visión no punitiva —donde no se habla de penas, sino de medidas— sino sancionadora y reeducativa, a través de la aplicabilidad del repertorio de medidas judiciales establecidas en el artículo 7 de la LORRPM.

Al hilo de lo expuesto, este principio de oportunidad permite al trabajador/a social forense promover el archivo y la conclusión de las actuaciones como medio para evitar judicializar los procedimientos penales, otorgándole la normativa además la facultad para proponer y desarrollar el oportuno proceso de mediación judicial, tratado prolijamente por Curbelo (2008) y Aragón y Curbelo (2004). A ello debemos añadir la trascendental aportación de las ciencias sociales y humanas al procedimiento penal de menores de edad (Curbelo, 2007; Curbelo, 2004a y (Curbelo, 2003b), la cual está orientada hacia un modelo penal juvenil educativo-resocializador en detrimento de otros planteamientos más punitivos y sancionadores, a fin de procurar que, el interés superior del menor, tenga su espacio en el campo jurídico y penal desde una perspectiva integradora (Gortázar, 2002).

En consonancia con lo indicado, Ruiz (2018: 5) señala que esta normativa destaca por “el principio del interés superior del menor; el principio de intervención mínima, el cual no penaliza conductas de escasa importancia; posibilita el sobreseimiento del expediente; y propone la suspensión condicional de la medida o sustitución durante su ejecución, y por último, el principio de no estigmatización”. Y este interés superior del menor que tiene su génesis en las diferentes normativas supranacionales, como señala Sampol (2014: 8) “es un concepto difícil de determinar pero que en esencia implica que la actuación de la justicia penal de menores sólo se produzca cuando sea realmente necesario o dañino para la sociedad y que la medida a interponer tenga un efectivo carácter rehabilitador y educativo”.

De este modo, hablamos de principios jurídicos que propician una oportunidad de cambio y transformación del/la menor al amparo de una práctica humanista o de enfoque de derechos, donde no se castiga, sino más bien, sin perder de vista la

naturaleza jurídica del ilícito penal cometido, como señala Gortázar (2002) se intenta la búsqueda reeducativa, resocializadora y la positivización del/la menor.

Y para que ello se pueda concretar, la LORRPM cuenta con un repertorio de medidas judiciales de carácter psicosocioeducativo que no pueden ser represivas sino preventivo-especiales, donde deben primar los derechos del menor o, dicho de otro modo, debe ser valorado con criterios técnicos y no formalistas por equipos profesionales especializados en el ámbito de las ciencias no jurídicas, formados por psicólogos/as, educadores/as y trabajadores/as sociales forenses. Entonces, atendiendo a Curbelo (2002b) podemos diversificar dichas medidas judiciales entre las privativas de libertad o de mayor restricción de derechos y las no privativas de libertad o de menor restricción de derechos, explicitándose seguidamente cada una de ellas, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Repertorio de medidas judiciales de la LORRPM

Medidas privativas de libertad	Internamiento en régimen cerrado.
	Internamiento en régimen semiabierto.
	Internamiento en régimen abierto.
	Internamiento terapéutico.
Medidas no privativas de libertad	Tratamiento ambulatorio.
	Asistencia a un centro de día.
	Permanencia de fin de semana.
	Libertad vigilada.
	Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo.
	Prestación en beneficio de la comunidad.
	Realización de tareas socioeducativas.
	Amonestación.
Privación del permiso de conducir ciclomotores o vehículos a motor, o el derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas.	
Inhabilitación absoluta.	

Fuente: Artículo 7 de la LORRPM y Curbelo (2002b).

Estas son las medidas judiciales, cuya aplicabilidad final se determinará por los jueces y fiscales de menores, tras la previa exploración y análisis de las circunstancias del/la menor por parte del/la trabajador/a social forense.

## 2. El trabajador/a social forense: interpelación en la práctica profesional a las habilidades sociales en las relaciones interpersonales

En este espacio, ámbito o contexto, aunque en otros escenarios se pueden concretizar otras más específicas, la disciplina del trabajo social despliega fundamentalmente tres dimensiones: la

lineal (función pericial forense), la transformadora (función mediadora) y la humanista (función desde un enfoque o perspectiva de derechos) siendo esta última la que debe permear sobre las dos anteriores.

Dicho esto, las habilidades sociales se pueden concretar con mayor exactitud como el conjunto de conductas que emergen en un determinado contexto o escenario en el que se explicitan sentimientos, actitudes, ideas, deseos, comportamientos y opiniones desde una mirada proactiva. Partiendo de un adecuado diagnóstico forense, desde un punto de vista asertivo y de derechos, se propicia la reeducación de los/las menores o, dicho de otra forma, como indican Gil y León (1998), se trata de conductas aprendidas que responden de manera adecuada a las exigencias y demandas de las situaciones sociales.

Efectivamente, debe entenderse que el/la trabajador/a social forense debe aplicarlas no solo desde su saber lógico-racional, sino desde un intercambio dialógico-empático-emocional. Y entonces, por esto último, la mayor parte de la intervención social participativa debe situarse en el ámbito de una comunicación a pares en la entrevista social forense que, junto a otras técnicas propias del trabajo social, permitan afrontar las circunstancias del/la menor, siendo imprescindible como señalan Gil y León (1998) valorar aquellos elementos conductuales, psicofisiológicos, cognitivos y psicosociales.

Asimismo, cabe expresar que la competencia social y las habilidades sociales, en algunos casos, se pueden considerar como conceptos igualitarios o sinónimos y en otros no (Garaigordobil y Peña, 2014). Por ello, el/la trabajador/a social forense debe promover un proceso de retroalimentación en la comunicación para que esta sea circular, transmitiendo información y recibéndola, dimanando dos enfoques, uno favorable entendido como aquel que refuerza la conducta social, y otro desfavorable, que debilita los talentos interpersonales.

### **3. El trabajador/a social forense y los tipos de habilidades sociales emergentes en la práctica profesional**

Cuando nos referimos a los tipos habilidades sociales, nos estamos refiriendo a las diferentes conductas que adoptamos ante una situación o circunstancia determinada o, como indica Ovejero (1990), la conducta socialmente competente depende del contexto social en que se circunscribe. En esta dirección, es importante estar al tanto de los escenarios en la que esta se produce, habida cuenta que en la entrevista social forense podemos encontrarnos ante personas que, en mayor o menor grado, expliciten un repertorio diferente de cada una de ellas. Por eso, surge la urgencia, si cabe, de abundar en los tipos tradicionales de habilidades

sociales, como son sustancialmente la conducta asertiva, la pasiva y la agresiva, que se abordan a continuación.

#### **3.1. La conducta asertiva en el intercambio dialógico**

Se trata de la conducta que más favorece lo dialógico-empático-emocional entre el/la trabajador/a social forense y el/la menor, sus padres o su tutor, habida cuenta que se basa en un intercambio comunicativo afectivo que permite a las partes explicitar sus demandas y necesidades, ser escuchadas e incluso mostrar su desacuerdo ante determinadas cuestiones, pero siempre desde el respeto, el amor y la consideración respecto a los derechos del otro/a.

De este modo, constituye un tipo de conducta que Kelly (2002) entiende como la capacidad de la persona para transmitir sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos sin sentirse incómoda, estableciéndose dos tipos distintos de asertividad, la oposición asertiva, donde la persona rechaza la conducta o comentario del otro/a y la aceptación asertiva, en torno a la cual la persona transmite calidez y expresa opiniones positivas hacia los demás, cuando la conducta positiva de estos/as lo justifica, siendo esta última nuestra obligación de cara a favorecer un aprendizaje significativo compartido mediante espacios de reflexión y sociabilidad.

Es más, a nuestro juicio, ser una persona asertiva o socialmente adaptada es sinónimo de presentar altas capacidades de inteligencia emocional, de pensamientos positivos y de resiliencia. De hecho, la perspectiva asertiva permite defenderse óptimamente en las relaciones interpersonales, habida cuenta que normalmente propician una finalidad resolutoria de consecuencias favorables para las partes implicadas, así como una concatenación de procesos que nos llevan a respetar los derechos de los demás, disminuyendo los conflictos, promoviendo un desarrollo social y una certera adaptación personal y social y ambiental.

#### **3.2. La conducta pasiva en el intercambio dialógico**

En la conducta no asertiva, la persona no defiende sus derechos e intereses personales, no haciéndose respetar, aunque sí respetando a los demás, por lo que, como expresan Eceiza *et al.* (2008) las causas de las dificultades en las relaciones interpersonales constituyen el resultado de un déficit en habilidades sociales. Ante esto, el/la trabajador/a social forense debe ser el baluarte de la defensa a ultranza de los derechos del/la menor, sus padres y su tutor. En el caso de detectar la existencia de este tipo de conducta, se debe suscitar un contexto de ayuda profesionalizada que fomente procesos conducentes a la sociabilidad, donde prime un horizonte de cambio y transformación.

A sabiendas de que los/las menores suelen ser incapaces de verbalizar y externalizar sus emociones, sentimientos, opiniones, puntos de vista y preocupaciones de forma adecuada, se debe reforzar su autoestima, entendida esta última, según Caballo y Salazar (2018), como los sentimientos de valía como persona, esa sensación de ser un buen ser humano. Entonces, procede enviarles mensajes positivos, a través de mensajes directos o metamensajes, en suma, prestarles la atención que se merecen y que, en ocasiones, debido a nuestra posición de poder en este contexto judicial, pudiera quedar un poco en el olvido.

Es más, nuestra prioridad debe ser ayudar al/la menor y sus padres o tutores a expresar honestamente sus sentimientos y pensamientos, incluso a reivindicar sus derechos si no están de acuerdo con algunas cuestiones dimanadas del proceso de intervención, cuestión algo difícil cuando el futuro de estos, en parte, depende del pronunciamiento del/la trabajador/a social forense que se trasladará a jueces y fiscales de menores.

### 3.3. La conducta agresiva en el intercambio dialógico

En este punto nos vamos a detener con un poco más de detalle, al ser un aspecto que debe ser adecuadamente canalizado y que suele producirse más habitualmente de lo que se piensa. La conducta agresiva es aquella que impone opiniones, creencias y pensamientos por encima de los/las otros/as, sin importar los efectos que cause dicha conducta, habida cuenta que lo que pretende es obtener sus objetivos sin miramiento alguno, derivándose una serie de elementos que favorecen que esta se intensifique o disminuya. Por ello, Garaigordobil y Peña (2014: 553) refieren que “estos problemas disminuirían significativamente mejorando la autoestima, desarrollando la empatía, aprendiendo a regular los impulsos y las emociones, ejercitando las habilidades sociales y mejorando la expresión de las emociones”, aunque, como señala Sampol (2014: 27) los menores de edad “en principio no tienen en su raciocinio capacidad suficiente para establecer la idea de lo que está bien y lo que está mal”.

Esto parece coherente, habida cuenta que en un marco judicial que opera más desde una lógica jurídica que humanista, a pesar que la LORRPM cuenta con un carácter no punitivo y sancionador-reeducativo, el trabajador/a social forense nutrido de utopías de cambio, transformación, desarrollo social y humano, en un mundo distópico, encuentre serias dificultades, retos y barreras para articular un horizonte desde un esquema alternativo de pensamiento, donde el/la menor entienda sus actuaciones disruptivas y sus padres y su tutor comprendan las acciones, conductas y comportamientos cometidos por este.

Ahora bien, como señala la profesora de Trabajo Social Loly Hernández, se debe prestar atención

al “dolor” de las personas; solo comprendiendo su origen y sus manifestaciones en la persona, se podrá adoptar una actitud empática entre almas. A modo de ejemplo, si un/a menor está inmerso en un procedimiento penal que, en el peor de los casos, puede llevarlo a una situación de privación de libertad, es absolutamente lógico que su miedo, desconocimiento, temor, ansiedad y el de sus padres o tutor se manifiesten en un repertorio de conductas agresivas, en un entorno desconocido y hermético, donde gestionar este tipo de emociones y estímulos se convierte en una misión casi draconiana.

Antes se hablaba implícitamente de la necesidad de educar en lo comunicativo, en lo asertivo, entendido como la prosecución de conductas socialmente adaptadas, dado que, como indican Del Prette y Pereira (2013: 68), “el aprendizaje de habilidades sociales y el desarrollo de la competencia social constituyen procesos que ocurren naturalmente por medio de las interacciones sociales cotidianas”. Llegados a este punto, a continuación, se hablará de las características de las habilidades sociales y su importancia para el/la trabajador/a social en diversas fases del procedimiento penal de menores de edad, con el objeto de constituirse como una figura referente que promueva un aprendizaje educativo que minimice la reincidencia delictiva.

### 4. Características de las habilidades sociales en la entrevista social forense

Tradicionalmente, de forma sucinta, las habilidades sociales se han diferenciado entre las básicas y las complejas. Sin embargo, López (2010) parece ir un poco más allá, describiendo una serie de características que deben ser asumidas, integradas y compartidas por todas las partes, encuadrándose en los grupos que se muestran en la Tabla 2.

La Tabla 2 describe aquellos criterios a los que el/la trabajador/a social forense debe prestar especial atención, nutriéndose de estos de cara a transmitir una adecuada educación y enseñanza del/la menor y sus padres o tutor para que estos puedan comunicarse desde una simetría dialógica-afectiva, bajo el fundamento del amor, fomentando actitudes que permitan la defensa de sus posturas, posiciones y derechos sin perjudicar al otro/a, es decir, intentar concienciar, mas no convencer, de que “hay que tener en cuenta la necesidad del otro y la interdependencia como factores de convivencia saludable” (Del Prette y Pereira, 2013: 70). Ello garantiza que el/la menor que ha cometido algún delito pueda empatizar y ponerse en el lugar de la víctima o perjudicado y entender su dolor y su sufrimiento.

De esta forma, atendiendo a lo expuesto, el/la trabajador/a social forense debe considerar dichas habilidades sociales en el marco de las relaciones interpersonales, al constituir el camino para un intercambio dialógico-empático-emocional en un

Tabla 2. Conjunto de habilidades sociales que debería asumir y externalizar el/la trabajador/a social forense

Características de las habilidades sociales		
Grupo I	Primeras habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escuchar, iniciar y mantener una conversación, formular una pregunta, presentarse y presentar a otras personas, dar las gracias, hacer un cumplido.</li> </ul>
Grupo II	Habilidades sociales avanzadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir ayuda, participar, dar y seguir instrucciones, disculparse, seguir a los demás.</li> </ul>
Grupo III	Relacionadas con los sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer los propios sentimientos y expresarlos y comprender los de otras personas, expresar afecto, resolver situaciones de miedo, auto-recompensarse.</li> </ul>
Grupo IV	Habilidades alternativas a la agresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir permiso, compartir, ayudar a los demás, negociar, autocontrol, defender derechos, evitar conflictos.</li> </ul>
Grupo V	Habilidades para hacer frente al estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular y responder a una queja, demostrar deportividad, resolver la vergüenza, responder al fracaso y a la persuasión, enfrentarse a mensajes contradictorios y a la presión del grupo.</li> </ul>
Grupo VI	Habilidades de planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar iniciativas, establecer objetivos, discernir sobre la causa de un problema, recoger información, tomar decisiones, resolver los problemas, concentrarse en una tarea.</li> </ul>

Fuente: López (2010: 4-6).

contexto desconocido y lleno de incertidumbres. Y es así como la finalidad debería ir encaminada a construir puentes y tender redes para conformar un escenario sembrado de amor, cordialidad, concordia, empatía, apoyo, respeto, sinceridad, fraternidad, emocionalidad y espiritualidad, de cara a asesorar con los suficientes elementos de juicio la medida judicial y la propuesta socioeducativa más adecuada al ilícito penal cometido por el/la menor, impregnando una mirada “senti-pensante” que garantice mezclar el corazón junto a la razón, todo ello en aras de garantizar los derechos sociales y humanos de estos menores.

Anteriormente se ha mencionado que las personas aprenden de las conductas de los demás y modelan aquellas actitudes que observan. Por ello, cuanto más cordiales, empáticos, amables y cariñosos, afectuosos seamos, cuanto más respuestas satisfactorias y estímulos positivos emitamos y recibamos, más educaremos inconscientemente en valores éticos y morales, sin perder la perspectiva de la exigencia de nuestras funciones como encargados de orientar y asesorar a los correspondientes órganos judiciales y fiscales sobre la medida judicial más acertada, siempre desde la imparcialidad y la neutralidad, y bajo el sometimiento del cumplimiento al imperio de la ley.

Así, hay que combinar la visión tradicional con el enfoque de derechos que Carballada (2016) señala que permite incorporar la noción de responsabilidad asentada en la necesidad de visibilizar los derechos humanos y sociales. Pero cabe recalcar que dicha perspectiva en absoluto debe justificar el ilícito penal cometido por el/la menor; objetivamente, como trabajadores/as sociales forenses, debemos buscar un equilibrio y equidad entre lo jurídico/legal/penal pero también en lo social/humano.

## 5. A propósito de la entrevista social forense: una mirada técnica, procesual y relacional desde una perspectiva reeducativa

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2019), establece que intervenir “es la acción y efecto de intervenir” y, según Carballada (2005), no solo trata de investigar, comprender y explicar, sino que va más allá y busca la transformación de la persona y las circunstancias, siendo la entrevista social en el ámbito que nos ocupa un elemento más de la intervención del trabajo social, conformada por el trabajador/a social, el/la menor, sus padres o tutor y un objetivo concreto, en este caso, la valoración de sus circunstancias para emitir el correspondiente informe pericial forense.

La entrevista, con carácter genérico, puede ser entendida y comprendida como un diálogo entre dos o más personas que acontece en un determinado momento y en un espacio, escenario o contexto para tratar un asunto concreto. Esta ha sido sobradamente tratada y abordada desde áreas del conocimiento relacionadas con las ciencias sociales y humanas, como el trabajo social. De ahí que, para nuestra disciplina no se trate de una simple acción comunicativa puntual sin más, sino más bien consiste en una intervención profesionalizada longitudinalmente que persigue un conjunto de finalidades.

De tal forma, como trabajadores/as sociales forenses, surge la necesidad de conocer en mayor profundidad los elementos epistémicos y metodológicos de la entrevista, desde una perspectiva dialógica-empática-emocional, al entender que, aunque esta supone una comprensión técnica, debemos considerar los procesos emocionales de los diferentes interlocutores/as de

este proceso transformador y por eso Monetta (2016) comparte que no es casualidad que el discurso de las personas en medio de una crisis no sea ordenado, mostrando un alto contenido emocional, plagado de silencios, de lo que no se puede decir, por lo que acompañar a la persona en el proceso es echar a andar la narrativa.

Ander-Egg (1982) explicita que la entrevista consiste en una conversación entre dos personas, en la cual uno es entrevistador y otro/s entrevistados/as que dialogan con arreglo a determinadas pautas respecto sobre una cuestión, teniendo un propósito profesional como obtener o facilitar información, influir sobre ciertos aspectos de la conducta o promover un efecto terapéutico. Así que Rossell (1998) señala que la entrevista es una situación interpersonal en la que se establece una relación entre el trabajador/a social y la persona, a lo que deberíamos sumar, “el arte de la conversación, aprendido de modo natural en el curso de la socialización humana” (Pérez et al., 2004: 147).

Dicho ello, es necesario indicar que la entrevista, retomando a Rossell (1998) puede considerarse desde tres ópticas diferentes pero interrelacionadas entre sí, pudiendo ser entendida como relación, como proceso y como técnica. Ahora bien, siguiendo dichos postulados y realizando una analogía con el ámbito que estamos tratando, como relación se traduce en un proceso que se explicita a través de un sentido dialógico-empático-emocional, procesualmente permite ordenar la intervención en una serie de fases, etapas o momentos que aportan coherencia a los objetivos que perseguimos y centrándonos en su aspecto técnico, constituye una técnica más del trabajo social para recabar información sobre las circunstancias del/la menor, sus padres y su tutor, de cara a poder emitir el correspondiente informe forense.

Tras lo enunciado, la entrevista social forense, a nuestro criterio, se puede definir como una sesión de exploración basada en un cuestionario semiestructurado y flexible en el que, mediante un encuentro dialógico-empático-emocional entre almas, mediante un aprendizaje madurativo y afectivo, las diferentes partes, desde una perspectiva de equidad sustentada en el amor fraternal, propician un proceso interpersonal y social basado en el respeto hacia el otro/a, sus relatos, narrativas, historias, experiencias y vivencias, desde un intercambio horizontal basado en un enfoque de derechos que permita un cambio y transformación social, siendo su finalidad la obtención de información veraz, clara y concisa, con el objeto de poder emitir el correspondiente informe forense que, con suficientes elementos de juicio, permita asesorar y orientar a jueces y fiscales de menores sobre la medida judicial y la propuesta socioeducativa más acertada a cada caso<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Se da por sentado que también cabe pronunciarse sobre la idoneidad de iniciar el proceso de mediación judicial o incluso proponer el archivo y la conclusión de las actuaciones.

A la vez, supone un intercambio de ideas, sentimientos, pensamientos, percepciones que reconozcan al/la trabajador/a social forense como agente de orientación y acompañamiento, aportar pautas educativas a las partes, para crear un espacio de aprendizaje conjunto que maximice un comportamiento asertivo que minimice o evite nuevas reincidencias delictivas.

Asimismo, cabe citar que, seguidamente, se integrará la visión técnica y relacional de la entrevista, mencionadas con anterioridad, dentro de las diferentes fases procesuales que, a nuestro criterio, conforman la entrevista social forense: la fase preliminar o de preparación, la fase de recepción, la fase de desarrollo o de exploración y la fase de final o de cierre. A continuación, se conocerá cada una de ellas:

### 5.1. Fase preliminar o de preparación

Consiste en estudiar el caso previamente, revisar la documentación existente, el expediente de reforma del/la menor y sus antecedentes policiales y judiciales si los hubiera, analizar la información dimanada de informes de organismos públicos y entidades, organizar el espacio y ajustar los tiempos para celebrar el encuentro, convirtiéndose en un encuentro que, como señalan Martorell y González (1997), es una reunión fijada y determinada de antemano en la cual hay claramente dos o más partes.

### 5.2. Fase de recepción

Consiste en dar la bienvenida al/la menor y sus padres o tutor o en el caso de menores insertos en el sistema de protección de menores, tanto nacionales como extranjeros, con el técnico correspondiente de la entidad de protección a la infancia. En este momento, a los implicados/as se les debe explicar brevemente en qué va a consistir el proceso a realizar y las normas básicas que se deben cumplir.

### 5.3. Fase de desarrollo o exploración

Consiste en realizar la recogida de información imbricándose en esta fase la perspectiva técnica y la relacional que se abordará a continuación:

#### 5.3.1. La entrevista social forense como técnica en el proceso de exploración

En este caso es necesario señalar que en la fase de desarrollo, técnicamente, primeramente se entrevistará al/la menor de forma individual para valorar su percepción de lo ocurrido y analizar sus circunstancias en función de sus verbalizaciones; posteriormente se procederá a hablar con sus padres o tutor para informarles de los hechos de los que es acusado su hijo/a en caso de desconocerlos, informen de sus circunstancias y de las de su hijo/a

y para además, conocer si tras los acontecimientos sucedidos han adoptado algún reproche o acción socioeducativa sobre este; y, finalmente, se entrevistará a todas las partes conjuntamente para contrastar toda la información que haya ido fluyendo durante el proceso de entrevista y constatar los diferentes puntos de vista.

Lo dicho implica para el/la trabajador/a social forense el reconocimiento de una capacidad teórico-práctica y el uso de estrategias que permitan identificar las circunstancias del/la menor a través de instrumentos que detecten las diferentes problemáticas, no solamente desde ese “ojo de buen cubero”, aunque es cierto que no se cuenta con muchos instrumentos debidamente homologados para realizar un adecuado diagnóstico forense, y por lo tanto, bajo estas deficiencias, se debe hacer uso de herramientas propias del trabajo social con carácter general como son la propia entrevista, el ecomapa, el genograma, las historias de vida, la visita domiciliaria, etc.

Seguidamente, con carácter general, se presentan algunos de los indicadores que deben ser objeto de exploración por parte del/la trabajador/a social forense en la entrevista social forense y que servirán de guía para identificar las circunstancias del/la menor y para la elaboración y emisión del ulterior informe forense (2004b): datos personales, familiares, sanitarios, de la vivienda, educativos, socioeconómicos, sociales, laborales, penales y policiales, ambientales, del entorno y de servicios sociales o del sistema de protección a la infancia.

Desde nuestra disciplina, en la entrevista social forense como técnica, el/la trabajador/a social forense utiliza una serie de conocimientos teórico-prácticos para recopilar información acerca de las circunstancias del/la menor y sus padres o tutor, constituyéndose como una pieza clave en este entramado dialógico, comunicativo y social. Efectivamente, se infiere que esta es una conversación formal que cuenta con una estructura propia para obtener la máxima información y lograr el cumplimiento de los objetivos preestablecidos (Fernández y Bracho, 2003).

Así, el/la trabajador/a social forense debe comparar la información obtenida en la entrevista social forense con el resto de documentación a su disposición dimanada de la solicitud a otros organismos o entidades. Si el/la menor está tutelado, además, el educador/a del centro de acogida, el representante de la entidad pública o bien la familia de acogida pueden aportar mayor luz respecto de sus circunstancias, para poder decidir la medida judicial más acorde a sus necesidades, buscando el equilibrio o la equidad entre una postura permisiva y una extrema, o incluso proponer el archivo y conclusión de las actuaciones cuando se detecten situaciones sociales que no sean susceptibles de abordarse desde el ámbito de la reforma, pero sí requieran su derivación a los servicios sociales o el sistema de protección a la infancia.

### 5.3.2. La entrevista social forense desde un punto de vista relacional en el proceso de exploración

En este encuentro entre almas se establece una reciprocidad entre el/la trabajador/a social forense y el/la menor, padres o tutor. Por ello, la entrevista no es solo una técnica mecánica en la que el entrevistador aplica los métodos científicos, sino que existe una relación humana y afectiva o dialógica-empático-emocional.

De esta forma, Rossell y Rodríguez (2017) exponen que la entrevista es una de las herramientas básicas en el campo de las ciencias sociales, si bien a menudo se olvidan sus aspectos psicodinámicos, que hacen referencia a los intercambios afectivos entre el entrevistado y el entrevistador, hablándose escasamente de las vivencias que emergen en este tipo de interrelación personal. En nuestra opinión esto supone una negligencia que puede dificultar el logro de objetivos, impidiendo delimitar con claridad las situaciones problemáticas y su ulterior proceso resolutivo; de ahí que Monetta (2016: 63) exprese que “todo acto dialógico como la entrevista tiene potencial de transformación [...] que permiten reconstruir historias de vida, acceder al impacto en la biografía del sujeto de los padecimientos sociales, inscribir este padecimiento en la trama social más amplia”. En este aspecto, en torno al/la trabajador/a social forense, este explicita numerosos roles en su actuación profesionalizada que, necesariamente, deben exhibirse en la entrevista social forense desde su perspectiva relacional, siendo los más importantes en este escenario los que muestra la Tabla 3.

**Tabla 3. Roles del trabajador/a social forense en la entrevista social forense**

<b>Empáticos y emocionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar especial énfasis en el proceso relacional al otro/a interpellando a la importancia de una base humana y empática-emocional. Promover el amor fraterno hacia sí mismo y hacia los/las demás reconociendo el poder de los valores en la vida como la sinceridad, igualdad, justicia social, libertad, responsabilidad, empatía, ayuda, comprensión, compasión, etc. Fomentar una perspectiva fundada en derechos.</li> </ul>
<b>Dialógicos y fomentadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar el diálogo, la comunicación y los procesos interpersonales, entre el/la menor, sus padres o tutor promoviendo sus potencialidades y fortalezas y no solamente teniendo en cuenta los aspectos negativos y las vulnerabilidades.</li> </ul>
<b>Educativos y reeducativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defensa de los derechos sociales y humanos.</li> <li>• Fomentar la participación y aportación activa del/la menor a la sociedad.</li> <li>• Concienciación de sus obligaciones y deberes individuales y sociales para el fomento de su responsabilidad personal.</li> <li>• Enseñar a adoptar conductas asertivas y constructivas de mejora individual, familiar y social.</li> <li>• Reflexionar sobre las multiexperiencias vitales del/la menor y su entorno.</li> <li>• Concienciar sobre el delito cometido hacia la víctima o perjudicado o contra la comunidad para qué empatice con el dolor ajeno.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Al hilo de lo señalado, el/la trabajador/a social forense debe hacer visibles todos y cada uno de estos roles para que, en cierto modo, permitan un crecimiento personal, social y emocional, evitando nuevos comportamientos delictivos o minimizar el impacto delictual. Así, se debe ayudar y concienciar al/la menor, sus padres y su tutor sobre la capacidad para diagnosticar o concretar las causas y el origen de los conflictos, sin pronunciamientos de culpabilidad, ni prejuicios, ni estigmatizaciones y dicha valentía debe realizarse desde el amor y conjuntamente entre todos/as. De la misma forma, se debe orientar en la búsqueda del mayor número posible de alternativas y soluciones, haciéndoles conocedores que cualquier situación de malestar social suele tener más de una salida.

En esta misma dirección, el/la trabajador/a social forense no solamente debe exponer las soluciones que pudieran subyacer ante una determinada situación, sino permitir que el/la menor, los padres o el tutor aporten las suyas propias y de forma conjunta, cumpliendo con el principio de libertad y autodeterminación, propongan aquella/as que consideren más adecuadas desde una mirada donde “cuatro ojos ven más que dos”.

A la misma vez, se debe enseñar al/la menor a anticiparse a los hechos, sucesos y acontecimientos, previendo las consecuencias; así, el/la trabajador/a social forense debe interpelar a una cosmovisión de futuro trasladándoles las posibles consecuencias de sus decisiones y actos, pero siempre respetando su libre albedrío a la hora de tomar el camino que consideren más oportuno, siempre que no entre en contradicción con el interés superior del/la menor.

Por otro lado, el/la trabajador/a social forense conjuntamente debe seleccionar el mejor camino o proceso para conseguirlo, a modo de equipo de trabajo y desde una visión de trabajo en equipo, lo que para Carballeda (2001) se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida en que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima de la imposición.

Por último, es vital ponerse en el lugar del otro/a, transitando el egocentrismo, comprendiendo la libertad de elección del ser humano en todas sus dimensiones. Ello supone adoptar en la intervención una mirada “senti-pensante”, es decir, sentir desde el corazón apelando al amor y la fraternidad, sin perder de vista el pensamiento y la perspectiva lógica-racional que emana de nuestros conocimientos disciplinares, respetando los derechos de la persona, pero haciéndole ver también sus deberes y los errores cometidos.

#### 5.4. Fase de final o de cierre

Se trata del proceso final de la entrevista, en la que el/la trabajador/a social forense informará sobre sus apreciaciones sobre el proceso y respecto lo que

acontecerá a continuación, es decir, en la siguiente fase procesal del procedimiento. Como profesionales deberíamos conjuntamente con el/la menor, sus padres o el tutor, sacar las conclusiones finales del camino dilógico, estando en nuestras manos, como técnicos forenses de lo social, el pronunciamiento final de lo que debe recogerse en el informe forense que se enviará a los jueces y fiscales de menores, siendo necesario consultar a todas las partes sobre las acciones que consideran deberían realizarse respecto al caso.

Hay que tener cierta precaución, habida cuenta que el/la menor, en algunos momentos, manifestará sus deseos de que se archive el expediente prometiendo que no volverá a reproducir ese tipo de conductas disruptivas y, en parte, puede ser así, si bien esto debe ser analizado con suma cautela, aunque, por experiencia como trabajador social forense, los padres suelen ser más objetivos y coherentes a la hora de pronunciarse al respecto, incluso recomendando medidas más restrictivas que sirvan de escarmiento a el/la menor que ha cometido un ilícito penal.

En cualquiera de los casos, la información facilitada deberá respetar y responder a los principios de confidencialidad y secreto profesional, no preguntando, ni indagando en cuestiones superfluas que nada tengan que ver directamente con nuestras competencias, ni con el objetivo de nuestra función.

No debemos olvidar que desde el momento de la entrevista social forense hasta la fecha de señalamiento del juicio oral puede transcurrir mucho tiempo. Por lo tanto, bien sea por la necesidad de actualizar la información por haber transcurrido más de tres meses desde la emisión del informe forense, bien por que el/la menor haya cometido un nuevo episodio delictivo o porque se solicite una comparecencia para la modificación o sustitución de la medida judicial impuesta, en cualquiera de los supuestos, se debe plantear un nuevo encuentro para volver a valorar las circunstancias, con el objeto de disponer de nuevos elementos de juicio que nos permitan mantener o modificar el contenido de nuestro informe forense.

## 6. Conclusiones para la discusión y debate: abundando en un proceso reflexivo

Después de todo lo señalado, poco queda por añadir, si bien se pueden presentar las siguientes consideraciones generales:

- La LORRPM es una de las más avanzadas del mundo en materia de reforma de menores, a través de su concepción sancionadora-reeducativa y por las características de las medidas judiciales de carácter psicossocioeducativo recogidas en el artículo 7 y desde nuestra mirada como expertos sociales forenses doctos en las ciencias sociales y humanas, todo ello constituye una oportunidad



- socio/jurídico/legal para promover verdaderos espacios reeducativos y resocializadores de los/las menores que han cometido algún tipo de ilícito penal. De este modo, se garantiza el cumplimiento de un enfoque humanista y de derechos dimanados de las normas nacionales y supranacionales de protección a la infancia, como indica Gortázar (2002) la Constitución Española, la Convención de los Derechos del Niño, las Reglas de Beijing, el Código Penal español, etc.
- La práctica profesional del/la trabajador/a social forense en este escenario necesita de un encuadre que, cumpliendo las funciones y competencias propias que nos atribuye la LORRPM, permita entender y comprender que cuanto más humanidad y amor imprimamos a nuestra práctica profesional, mayores beneficios compartidos, debiendo por ello transitar del paradigma del “amor por el trabajo social” al “trabajo social con y desde el amor” o parafraseando a Ander-Egg (2011: 148) “debiendo considerar que debemos confiar en las personas, comprendiendo que todos somos una mezcla de grandezas y miserias, de luz y de sombras”.
  - Las habilidades sociales en las relaciones interpersonales que se hacen presentes en la entrevista social forense constituyen la mejor arma del/la trabajador/a social forense para hacer frente a la multiplicidad de situaciones problemáticas. Promover y fomentar conductas asertivas supone una mayor garantía resolutive de éxito en los procesos de exploración de las circunstancias del/la menor. Y para que ello se pueda cumplir, debemos comprender a los/las menores, sus padres y tutor bajo el paraguas de sujetos protagonistas de sus propios procesos de cambio y transformación, apelando a cuestiones garantistas que cumplan con los derechos sociales y humanos legalmente reconocidos, pero sin que ello suponga necesariamente entrar en conflicto con nuestro quehacer profesional, habida cuenta que, como hemos indicado, estamos sometidos a principios como la imparcialidad, la neutralidad y el sometimiento al cumplimiento del imperio de la ley en nuestras valoraciones como trabajadores/as sociales forenses.
  - La entrevista social forense no solamente nos va a permitir diagnosticar las circunstancias del/la menor, su familia y su entorno, sino que además nos servirá como una oportunidad para promover un espacio educativo donde a todos/as se les haga entender las consecuencias de sus actos, las alternativas para afrontar sus diversas problemáticas, para poder concretar su origen, permitiendo que afloren la mayor parte de soluciones posibles y sean estas las que, cumpliendo con el principio de libertad y autodeterminación, propongan aquella/as que consideren más adecuadas, haciéndole sobre todo entender al/la menor las consecuencias de los hechos ilícitos cometidos y el sufrimiento y dolor causado a la víctima o perjudicado por lo ocurrido o de los daños producidos a la comunidad, todo ello desde la concienciación y nunca desde la imposición.
  - Es conveniente tener en cuenta que, antes que trabajadores/as sociales forenses, somos seres humanos y, por tanto, cargamos una mochila que nos hace percibir la realidad y el entorno que nos rodea conforme a nuestro modo de entender y comprender el mundo, estando influenciados por criterios políticos, ideológicos, filosóficos, políticos, personales, sociales, y profesionales; por esta razón, nace la imperiosa necesidad de dejar atrás todo tipo de prejuicios y juicios de valor innecesarios, para que nada de lo expuesto influya de modo alguno en nuestra toma de decisiones. De este modo, nace la urgencia de convertirnos en profesionales “senti-pensantes” unir nuestro corazón y nuestro conocimiento disciplinar, y ello no debe servir para justificar los actos delictivos cometidos por los/las menores de edad por el mero hecho de serlos, sino que significa reprochar su conducta de forma asertiva, debiendo en cualquier caso evitar su estigmatización por haberse visto insertos en la comisión de un acto delictivo, centrando el foco en una atención preventiva que preste especial énfasis a las circunstancias que pudieran haber servido de revulsivo para que dichos actos punibles fueran cometidos, intentando hacerle comprender que el camino delictual no constituye la mejor opción de vida.

## Bibliografía referenciada

- ANDER-EGG, E. (1982): *Técnicas de investigación social*, Alicante, Humanitas.
- (2011): “Humanismo y Trabajo Social”, *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social*, Vol. 1, nº 2, pp. 142-151.
- ARAGÓN y CURBELO, E. (2004): “Aspectos psicosociales de la función mediadora en la justicia penal juvenil española desde la Ley Orgánica 5/2000”, *Nómadas*, nº 9, pp. 1-6.
- CABALLO, V.; SALAZAR, I. y EQUIPO DE INVESTIGACIÓN CISCO-ESPAÑA (2018): “La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales”, *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, Vol. 26, nº 1, pp. 23-53.
- CARBALLEDA, A. (2001): “La interdisciplina como un diálogo. Una visión desde el campo de la salud”, *Revista Margen*, nº 23.
- (2008): “La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social”, *Revista Margen*, nº 48.
- (2016): “El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social”, *Revista Margen*, nº 82.
- CURBELO, E. (2002a): “El informe técnico desde la óptica del trabajo social en la ley 5/2000”, *Servicios Sociales y Política Social*, nº 57, pp. 129-134.
- (2002b): “Las medidas judiciales en la Ley Orgánica 5/2000; Instrumentos de reinserción social”, *Revista Trasfondo Social*, nº 2, pp. 1-12.
- (2003a): “Funciones específicas de los trabajadores sociales en el marco de la Ley penal del menor 5/2000”, *Servicios Sociales y Política Social*, nº 61, pp. 123-134.
- (2003b): “Aproximación al trabajo social forense en el ámbito de la Ley penal del menor 5/2000”, *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo social y acción social*, nº 29, pp. 115-131.
- (2004a): “Reflexiones socioeducativas acerca de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal del menor”, *Entorno Social*, nº 57, pp. 1-9.
- (2004b): “Circunstancias sociofamiliares y del entorno objeto de estudio para el trabajo social en la Ley Orgánica 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal del menor”, *Trabajo Social Hoy*, nº 42, pp. 33-50.
- (2007): “Indagando en la práctica profesional de los trabajadores y trabajadoras sociales forenses del equipo técnico de la fiscalía y el juzgado de menores”, *Acciones e Investigaciones Sociales*, nº 24, pp. 5-42.
- (2008): “Trabajo social y mediación judicial: el trabajador social forense como mediador en el contexto de la mediación penal de menores de edad”, *Humanismo y Trabajo Social*, Vol. 7, pp. 135-154.
- DEL PRETTE, A. y PEREIRA, Z. (2013): “Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales”, *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, Vol. 31, nº 3, pp. 67-76.
- ECEIZA, M.; ARRIETA, A y GOÑI, A. (2008): “Habilidades sociales y contextos de la conducta social”, *Revista de Psicodidáctica*, Vol. 13, nº 1, pp. 11-26.
- FERNÁNDEZ, T. y BRACHO, C. (2003): *Introducción al Trabajo Social*, Madrid, Alianza Editorial.
- GARAIGORDOBIL, M. y PEÑA, A. (2014): “Intervención en las habilidades sociales: efectos en la inteligencia emocional y la conducta social”, *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, Vol. 22, nº 3, pp. 551-567.

- GIL, F. y LEÓN, J.M. (1998): *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención*, Madrid, Síntesis.
- GORTÁZAR, E. (2002): “Los equipos técnicos en justicia de menores”, *Política Social y Servicios Sociales*, nº 57, pp. 119-128.
- LÓPEZ, E. (2010): “El desarrollo de las habilidades sociales”, *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, nº 31, pp. 1-9.
- MARTORELL, M. y GONZÁLEZ, R. (1997): *Entrevista y consejo psicológico*, Madrid, Síntesis.
- MONETTA, L. (2016): “Reflexiones en torno a la entrevista en Trabajo Social como instancia de intervención”, *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, Vol. 4, nº 1, pp. 91-101.
- OVEJERO, A. (1990): “Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial”, *Psicothema*, nº 2, pp. 93-112.
- PÉREZ, E.; GOMÁ, H.; VILLALTA, M. y TORRES, M. (2004): *Contexto y metodología de la intervención social*, Barcelona, Altamar.
- KELLY, J.A. (2002): *Entrenamiento de las habilidades sociales*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- ROSELL, T. y RODRÍGUEZ, P. (2017): *La entrevista en Trabajo Social*, Barcelona, Herder.
- ROSELL, T. (1998): *La entrevista en el Trabajo Social*, Barcelona, Euge.
- RUIZ, I. (2018): *La mediación en el ámbito penal de menores*, Trabajo de Fin de Máster, Valladolid, Universidad de Valladolid.
- SAMPOL, S. (2014): *Medidas aplicables a menores de edad según la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*, 4 GDRET, Islas Baleares, Universitat de les Illes Balears.

## Normativa y legislación

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal del menor.



## Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok.
- Artikuluak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarritzko 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 zenbatuko 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, haietako 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

Demarcación ética y jurídica entre la asistencia personal y la asistencia sexual en un contexto de vida independiente

Estudio de la ansiedad y el estrés en personas con trastorno del espectro del autismo en los procesos de inclusión laboral

Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados

La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19

Programas de respiro en el domicilio y acompañamiento a las personas cuidadoras primarias, una estrategia clave para humanizar la relación de cuidados en el ámbito familiar: el caso de Alkar Zaintzen

Estado de salud de las personas sin hogar en Cádiz y construcción de un instrumento de intervención social

Valor Social Integrado (VSI) del Hospital de Santa Marina en Bilbao: monetizando el valor social para los 'stakeholders'

El/la trabajador/a social forense en el marco de la Ley Orgánica 5/2000: la entrevista social forense como un encuentro dialógico-empático-emocional



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

BERDINTASUN, JUSTIZIA  
ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA  
DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,  
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES