RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

221 DICIEMBRE 2021

A fondo_ Conocimiento y actitudes respecto al documento de voluntades anticipadas en un centro residencial para personas mayores | Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia | Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19 | Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social
Compartiendo la práctica profesional_ Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social | Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia | El ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios de Cataluña. La experiencia Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2 | La intervención social en los CDIAP: una revisión continua

Directora: Rosa M. Carrasco Coria

Subdirectora: Susana Lara Navas

Equipo de redacción: Marta Arranz Montull, Yolanda Fierro Fidalgo, Matilde González Jiménez, José Antonio Langarita Adiego, Clara Santamaria Jordana

Soporte técnico: Jaume Ferrández Rubió

Consejo Asesor Editorial

Ana Alcázar Campos, Universidad de Granada. **Beth Bàrbara Sirera**, Ajuntament de Barcelona. **Maite Boldú Alfonso**, Universitat de Girona. **Annamaria Campanini**, Università degli Studi di Milano-Bicocca. **Cristina De Robertis**, autora i docent. **Teresa Facal Fondo**, Universidad de Santiago de Compostela. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Rosa Maria Ferrer Valls**, directora de l'RTS 2014-2018. **Josefa Fombuena Valero**, Universitat de València. **Maria Victòria Forns Fernández**, Universitat Rovira i Virgili. **Marga Garcia Canela**, Institut Català de la Salut. **Víctor Manuel Giménez-Bertomeu**, Universidad de Alicante. **Carme Guinovart Garriga**, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. **Francisco Idareta Goldaracena**, Universidad Pública de Navarra. **María Tereza Leal Cavalcante**, Universitat de Barcelona. **Silvana Martínez**, Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). **Miguel Miranda Aranda**, Universidad de Zaragoza. **Xavier Miranda Ruche**, Universitat de Lleida. **Carlos Montaño Barreto**, Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Laura Morro Fernández**, Parc Salut Mar de Barcelona. **David Nadal Miquel**, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Enrique Pastor Seller**, Universidad de Murcia. **Francina Planas Vilella**, Vincle, Associació per la Recerca i l'Acció Social. **Laura Ponce de León Romero**, Universidad Nacional de Educación a Distancia. **Esther Raya Díez**, Universidad de La Rioja. **Enrique Raya Lozano**, Universidad de Granada. **David Rodríguez Abellán**, membre de la Junta del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Vicenta Rodríguez Martín**, Universidad de Castilla-La Mancha. **Montserrat Rovira Jarque**, Ajuntament de Barcelona. **Emma Sobremonte de Mendicuti**, Universidad de Deusto. **Octavio Vázquez Aguado**, Universidad de Huelva. **Teresa Zamanillo Peral**, Universidad Complutense de Madrid.

Equipo de revisores externos de la RTS 221

Carlos Alarcón Zwirnmann, Ajuntament de Barcelona i Universitat de Barcelona. **Marta Bonilla Ibern**, Institut Català de la Salut. **José Francisco Campos Vidal**, Universitat de les Illes Balears. **Josefa Cardona Cardona**, Universitat de les Illes Balears. **Mercè Cívit Illa**, Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Ferran Cortès Izquierdo**, Universitat de Barcelona. **Javier Cortés Moreno**, Universidad de Jaén. **Maria Elena Cuartero Castañer**, Universitat de les Illes Balears. **Nuria del Álamo Gómez**, Universidad de Salamanca. **Yolanda Doménech López**, Universidad de Alicante. **Manuel Gutiérrez Pascual**, Consejo General de Trabajo Social. Revista Servicios Sociales y Política Social. UNED. **Mª Rosario Luis-Yagüe López**, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. **Sergi Martí Moreno**, Ajuntament de Barcelona. **Mario Millán Franco**, Universidad de Málaga. **Laura Moya Santander**, Universidad de Zaragoza. **Ariadna Munté Pascual**, Universitat de Barcelona. **Jesús Muyor Rodríguez**, Universidad de Cádiz. **Càndid Palacín Bartrolí**, Universitat de Barcelona. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Núria Prat Bau**, Universitat de Barcelona. **María Valeria Pérez Chaca**, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). **Miriam Sánchez Reyes**, Hospital Universitario del Sureste (Madrid) i Universitat Oberta de Catalunya. **Mireia Soler Boada**, Institut Català de la Salut. **Josep M. Torralba Roselló**, Universitat de Barcelona. **José Juan Zurro Muñoz**, Universidad de Valladolid

Diseño y maquetación: Carme Guri Feliu

Corrección y traducción: Núria Saurina Eudaldo y Miquel Saumell Santaeugènia

Traducción y corrección inglés: Nicholas G. Charles Colomina

Imprenta: Sprint Copy

Depósito legal: B-19535/1968

ISSN: 0212-7210 - **ISSNe**: 2339-6385

Edita: **Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya**

Portaferrissa 18, 1r 1a - 08002 Barcelona. Tel. 93 318 55 93 - Fax 93 412 24 08

Correo electrónico: rts@tscat.cat - **Web**: www.revistarts.com

Junta de Gobierno del Col·legi

Decana: Conchita Peña Gallardo. **Vicedecana**: Mercè Civit Illa. **Secretario**: David Rodríguez Abellán. **Vicesecretaria**: Meritxell Ortiz Conca. **Tesorera**: Laura Morro Fernández. **Vicedecana de Lleida**: Irene Gardeñes Ruz. **Vicedecana de Girona**: Mònica Franco Vallejo. **Vicedecana de Tarragona**: Emma Pérez Pla. **Vicedecana de Manresa y Catalunya Central:** Alícia Fernàndez Prieto. **Vicedecana de Terres de l'Ebre**: Neus Jové Edo. **Vocales**: Francina Planas Vilella, Àdam Benages Nozal, Judit Rodríguez Moreno y Paula Bertomeu Sancho.

El equipo de redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

Sumario

Editorial invitado

Diálogo sí, subalternidad de ninguna manera
Miguel Miranda Aranda 5

A fondo

Conocimiento y actitudes respecto al documento de voluntades anticipadas en un centro residencial para personas mayores
Núria Gallart Guivernau 11

Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia
Ana Marcela Bueno y Fernanda Torres Gómez 29

Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19
Antoni Llort Suárez y Tre Borràs Cabacés 49

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social
Irene Casadó Cardil 69

Compartiendo la práctica profesional

Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social 91
María Victoria Ochando Ramírez

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia
María Cristina Lopes Dos Santos 109

El ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios de Cataluña. La experiencia Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2
Núria Pujol Serna 123

La intervención social en los CDIAP: una revisión continua
Adela Rodríguez Civil, Jaume García Hernández, Gergana Dimitrova Aladzhova, Andrea V. Rodríguez Erazú y Sunsi Segú Colomé 139

Reseñas

Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinares de interés 155

La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria? 159

Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social 163

El Trabajo Social y su acción profesional 167

Normas para la presentación de artículos a la RTS 171

Compromiso ético de la RTS 179

Editorial invitado

Diálogo sí, subalternidad de ninguna manera

Miguel Miranda Aranda
Miembro del Consejo Asesor Editorial de la RTS. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza

Confesaré que el primer borrador escrito para este editorial lo he tenido que desechar por la simple razón de que me he dado cuenta de que estaba repitiendo las ideas expuestas por quienes me han precedido en este honor que nos ofrece la RTS como editorialistas invitados, y que también son mis obsesiones: la necesidad de seguir trabajando en construir una identidad profesional clara, la recuperación de la historia del Trabajo Social poniendo en valor las figuras de nuestras pioneras hasta no hace mucho ignoradas y despreciadas, poner en valor las numerosas buenas prácticas profesionales que en demasiadas ocasiones permanecen invisibilizadas porque no se comunican al colectivo profesional, no se escriben ni se publican (y esto incluye intervenciones a escala grupal y comunitaria, que son más abundantes de lo que parece a primera vista), el fomento de la investigación con la consiguiente teorización propia sobre nuestro propio terreno, el reforzamiento de las revistas científicas como esta, que facilitan la comunicación sin barreras geográficas, el convencimiento de que el conocimiento científico se construye globalmente y ello implica romper fronteras de todo tipo, incluidas las lingüísticas, para posibilitar ese diálogo que sí existe en otras profesiones, el necesario diálogo entre el ámbito académico y el ámbito de la práctica directa, la necesaria formación permanente en un mundo cambiante y complejo en el que el conocimiento científico no se detiene huyendo de un mero practicismo…

Cuando la RTS te ofrece esta posibilidad, un honor sin duda y una especie de cerrar un círculo en el tiempo, para quien la utilizaba como libro de cabecera en los inicios profesionales, allá por los 70, es comprensible que se trate de aprovechar la ocasión para trasladar al colectivo profesional las preocupaciones propias de un veterano enamorado de su profesión y de su disciplina. Pero, como digo, el lector encontrará todos estos temas en estas páginas magníficamente tratados por otros editorialistas y articulistas. En consecuencia, trataré de ser un pelín original e incluso provocador y sin duda molesto para algunos. Nunca me quedé callado, ni ante la perspectiva de posibles y certeras represalias que, por otro lado, me resultan insignificantes.

Sin duda nuestras pioneras nos aconsejaron mantener el diálogo con las ciencias afines. No hay más que leer a M. Richmond para ver cómo dialoga con la medicina, el derecho, la filosofía, la antropología… Sus notas a pie de página de su obra de madurez (*What is social case work*) son una invitación a conocer la obra de los intelectuales más sobresalientes del

momento. También son muy sugerentes las citas que pone al principio de *Social Diagnosis*: una de James Jackson Putnam, un médico neurólogo fundador de la primera clínica neurológica que más tarde fue el Departamento de Neurología de la Harvard Medical School, uno de los introductores del Trabajo Social en los hospitales, con Cabot, impulsor de la Sociedad de Higiene Mental y colaborador de las C. O. S. además de pragmatista, amigo de W. James. La segunda es de Cooley, más conocido, profesor de la Universidad de Michigan. Y la tercera es de Hans Gross, un jurista austriaco considerado padre de la criminalística, el estudio científico del delito, en la Escuela de Criminología de Graz.

Helen Harris Perlman en el prólogo de su magnífico libro *Social Casework* califica de brillante *Social diagnosis*, la monumental obra de investigación de Richmond al que califica como "el primer y más sobresaliente esfuerzo hacia una organización y ordenación de los procesos del *casework*, seleccionando y aplicando algunos de los sistemas operativos vigentes en leyes y medicina…". Si nos vamos de las C. O. S. a los Settlement, de M. Richmond a Jane Addams, es de cita obligatoria la obra de Mary Jo Deegan que tiene el significativo título de *Jane Addams and the Men of the Chicago School, 1892-1918*, en el que la socióloga canadiense, además de reclamarla como socióloga (por hacer investigación, como si las trabajadoras sociales no lo hubieran hecho desde el principio), la reconoce como la líder de todo el movimiento progresista, caldo de cultivo de los pragmatistas, interaccionistas y de tantos trabajos de aquella escuela donde los hombres (Park, Thomas), mandaban invisibilizando la contribución femenina a la que preferían solo en el ámbito de la intervención, reservándose para ellos el privilegio de pensar, de teorizar, incluso de ocupar la docencia universitaria.

Pues bien, es evidente que aquella práctica de diálogo interdisciplinar y aquella recomendación de Richmond a las siguientes generaciones se han cumplido sin género de dudas. M. Payne defiende que "las teorías de la acción social pueden ser entendidas relacionadas unas con otras como si fueran un cuerpo global de conocimiento" y dichas teorías que tratan de explicar, describir o justificar lo que hacen los trabajadores sociales son evidentemente compartidas con otras disciplinas y llegaron al Trabajo Social gracias a ese diálogo que se inició tan tempranamente con la filosofía (pragmatismo), la psicología social (el interaccionismo) y que continuó con el psicoanálisis en cuanto llegó a los Estados Unidos (Hamilton, Hollis, Robinson, Taft, Perlman) y en las siguientes generaciones. Y se siguió dialogando con el marxismo y la sociología crítica, con Bertalanffy y su teoría general de los sistemas, y con cualquier otra teoría que pudiera ser útil al Trabajo Social sin perder la identidad. Esto no lo hace solo el Trabajo Social, sino cualquier otra disciplina. Nadie puede permanecer en un compartimento estanco ignorando lo que se crea a su alrededor. El Trabajo Social, tampoco.

Ahora bien, y voy acabando, ese diálogo no significa sumisión, subalternidad frente a la hegemonía de otros (Gramsci). En ningún caso significa que el Trabajo Social sea una pista de aterrizaje para colonizadores, en

demasiadas ocasiones rechazados por sus ámbitos "naturales" que siguen pretendiendo liderar una profesión y una disciplina que no es la suya, y además con aires de superioridad y una pretendida innovación. Lo afirmo con contundencia en la presentación del volumen II de *Lo social en la salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría*. Estamos hartos, pero verdaderamente hartos, de la gente que, amparada en normativas irracionales, pretende colonizarnos, como si estuviéramos necesitados de sus grandiosas aportaciones que por lo demás pasan en gran parte desapercibidas, aunque, eso sí, se publiquen en revistas de mucho impacto que casi nadie lee. El Trabajo Social tiene ya una larga trayectoria, es una profesión en la que para ejercer hay que tener la acreditación académica que corresponda en cada país. Y es una disciplina que dialoga, pero no en una permanente minoría de edad que solo existe en la cabeza de aquellos que buscan su lugar en el mundo al amparo del discurso de la transversalidad. Y como es obvio… para enseñar algo hay que conocerlo previamente. Y choca encontrarte con gente que al amparo de esa legislación irracional pretende enseñar para el ejercicio de una profesión que ellos mismos no podrían ejercer. Si no se puede enseñar medicina sin ser médico, ¿por qué sí se puede ser profesor de Trabajo Social en cualquiera de sus modalidades? Esta realidad es una falta de respeto a la profesión que a muchos nos resulta intolerable y sobre la que los órganos corporativos, como harían otros en su caso, deben, a mi juicio, reflexionar y actuar.

No puedo acabar sin dedicar en estas páginas un recuerdo emocionado a la profesora Mercedes Vilas, recientemente fallecida en Barcelona, ciudad a la que se retiró tras su jubilación en la Universidad de Zaragoza. Una catalana que dejó huella en generaciones de alumnos y alumnas. Culta, sabia, templada, excelente supervisora, profesora querida. No fui alumno suyo, pero sí compañero y sucesor en sus asignaturas. Siempre te recordaremos.

A fondo

Conocimiento y actitudes respecto al documento de voluntades anticipadas en un centro residencial para personas mayores
Núria Gallart Guivernau

Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia.
Ana Marcela Bueno y Fernanda Torres Gómez

Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19
Antoni Llort Suárez y Tre Borràs Cabacés

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el trabajo social.
Irene Casadó Cardil

Conocimiento y actitudes respecto al documento de voluntades anticipadas en un centro residencial para personas mayores

Knowledge and attitudes concerning the advance directive document at a care home

Núria Gallart Guivernau[1]
ORCID: 0000-0003-4652-8890

Recepción: 10/06/21. Revisión: 16/07/21. Aceptación: 13/09/21

Para citar: Gallart Guivernau, N. (2021). Conocimiento y actitudes respecto al documento de voluntades anticipadas en un centro residencial para personas mayores. *Revista de Treball Social*, 221, 11-28. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.01

Resumen

En este estudio se pretende analizar el grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas (DVA) por parte de los trabajadores y de los residentes de un centro residencial para personas mayores, y su actitud hacia este documento. Con este objetivo, se propone una aproximación teórica a conceptos relacionados con el DVA: la prevalencia, la utilización, el conocimiento y la actitud hacia este documento por parte del personal asistencial y el rol del Trabajo Social en este aspecto. Se diseña el marco metodológico a través de entrevistas a varios profesionales del centro residencial y de un grupo de discusión con la participación de residentes del centro. También participan en el estudio, a través de entrevistas, profesionales del ámbito de acción socioeducativa en gente mayor, personas externas que se consideran referentes en este terreno. El análisis de los resultados pone de relieve el desconocimiento del DVA por parte de los profesionales y residentes del centro, a pesar de que tienen una actitud positiva hacia este, y la necesidad expresada por ambos colectivos de formación en este ámbito y de la incorporación del DVA en el

1 Grado en Educación Social y Trabajo Social (Universidad de Lérida), Máster Interdisciplinario en Atención Integral a la Cronicidad (Universidad de Barcelona). Trabajadora social en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lérida. nuria.gallart.guivernau@gmail.com

centro residencial como un aspecto determinante en la gestión del derecho a morir dignamente.

Palabras clave: Gente mayor, documento de voluntades anticipadas, Trabajo Social, entorno residencial, muerte digna.

Abstract

This study seeks to examine the level of knowledge concerning the advance directive document (ADD) that is held by the workers and residents of a care home, along with their attitudes towards it. To do this, a theoretical approach to concepts related to the ADD has been put forward. These concepts are: prevalence, use, knowledge and attitude in relation to the document on the part of care staff and the role of social work in this respect. The methodological framework is conceived around interviews with various professionals from the care home and a focus group with the participation of residents from the home. The study also engages in interviews with professionals from the sphere of social and educational action with the elderly, deemed as points of reference in this field. The analysis of the results highlights the lack of knowledge of the ADD shown by professionals and residents of the home, although they do exhibit a positive attitude towards the document, and both groups expressed a need for training in this sphere and for the ADD to be incorporated into the home as a decisive component in administering the right to die with dignity.

Keywords: Senior citizens, advance directive document, social work, care home setting, dignified death.

1. Introducción

En el campo de la medicina se empieza a dar importancia a las decisiones del paciente y a su autonomía, que se consideran valores esenciales de la persona, y para hacerlo hay que tener presentes los valores y deseos del enfermo, sobre todo en las decisiones que se toman al final de la vida, puesto que estas afectan los valores básicos de la persona y sus derechos fundamentales.

Actualmente, nos encontramos ante grandes avances científicos y tecnológicos que hacen posible mantener la vida de una persona más allá de su proceso natural a través de tecnologías de apoyo vital, pero hay que tener en cuenta que dichos avances alargan la vida de forma artificial, lo que en situaciones irreversibles puede implicar un aumento de la agonía. Es por eso por lo que hay que aceptar que todo el mundo tiene derecho a poner límites a cualquier actuación que se efectúe sobre sí mismo, y que todas las personas tienen derecho a anticipar estas voluntades para que se tengan en cuenta cuando no puedan expresarse personalmente (Velasco y Rayón, 2016). En este contexto es donde se inicia la idea de las voluntades anticipadas como un derecho para ejercer la autodeterminación en momentos de pérdida de decisión y de autonomía.

El testamento vital, o voluntades anticipadas, nace en los Estados Unidos en 1914, cuando se establece el derecho en la autonomía del paciente, y llega a su punto de máximo desarrollo en los años 70 con el nacimiento de la bioética. Ante el desarrollo de técnicas médicas surge la necesidad de crear un documento que permita expresar de forma anticipada la voluntad de negarse a recibir un tratamiento cuando sea necesario. Para dar la posibilidad de decisión al paciente nació el documento de voluntades anticipadas (Saralegui et al., 2004). Posteriormente, en 1990, a raíz del poco uso del documento, se creó la Patient Self-Determination (PSDA), una iniciativa que pretendía incrementar la participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas, y se planteó un cambio en la implantación del documento. En este sentido, las voluntades anticipadas se incorporaron como un proceso donde se valoran las voluntades expresadas como base de la comunicación entre paciente, familia y equipo sanitario, con el fin de que estas decisiones queden recogidas en la historia clínica o social de la persona, o en un DVA (a pesar de que este último no sea necesario con esta nueva visión).

Según la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica, el documento de voluntades anticipadas (DVA) es un documento dirigido al médico responsable, según el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones que deben seguirse cuando esta se encuentre en una situación en que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad. Dentro del documento también se puede designar un representante que ejerza como interlocutor válido con el equipo sanitario, porque

sustituya la persona firmante en el supuesto de que su voluntad no esté escrita.

2. Planteamiento teórico

2.1. El DVA en España y en Cataluña

Los derechos del paciente como protagonista de las relaciones asistenciales llevan a la ley estatal 41/2002, de 14 de noviembre, conocida como Ley de autonomía del paciente o Ley básica. Tiene el objetivo de reforzar y dar prioridad al derecho de autonomía y autodeterminación del paciente y regula el consentimiento informado de las voluntades anticipadas. En esta ley se establece el derecho a negarse a recibir tratamiento si hay una constancia por escrito que así lo consigne y establece la obligación de los profesionales sanitarios a respetar las decisiones que el paciente toma de forma consciente y voluntaria.

A escala catalana, nos regimos por la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña, donde en el artículo 20.2 consta lo siguiente:

> Todas las personas tienen derecho a expresar su voluntad de forma anticipada para dejar constancia de las instrucciones sobre las intervenciones y los tratamientos médicos (…), que deben ser respetadas (...) por el personal sanitario.

También por la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica, donde en el artículo 8 se reconoce el DVA como un documento legal, y por el Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas.

2.2. Conocimiento y actitudes de los profesionales respecto al DVA

Una de las barreras determinantes para el uso del documento de voluntades anticipadas es el desconocimiento de los profesionales, a pesar de que tienen el deber legal de aceptar los documentos, inscribirlos, tenerlos en cuenta en las decisiones, ofrecer información para elaborar el plan y dialogar sobre el contenido del documento (Comité de Bioética de Cataluña, 2010). Es evidente que el hecho de que el equipo médico aconseje redactar el DVA fomenta su formalización, pero se evidencia que la discusión se efectúa con poca frecuencia (Mouton et al., 1997).

El estudio de Aguilar-Sánchez et al. (2018) determina que el conocimiento de los profesionales sobre el documento en el Estado español es escaso: solo el 55,9% de los sanitarios encuestados conocía el DVA y tan solo el 22,2% afirma haberlo leído. Según Bachiller (2004), un 60% de los profesionales sanitarios conocen el documento de manera superficial, el 30% no conoce la legislación sobre el documento y solo un 10% están

informados de manera completa sobre esta cuestión. Además, consideran que no están suficientemente capacitados para orientar el paciente hacia la redacción del DVA (Hildén et al., 2004).

Actualmente, la comunicación entre el equipo médico y los pacientes se basa en el respeto y la participación de los pacientes en los procesos de salud propia. Se ha demostrado que este trato lleva a estados de salud más positivos y a una mayor adherencia al tratamiento (Martínez, 2007). También que las habilidades sociales y de comunicación del equipo médico influyen en la aplicación de modelos clínicos que propician las conversaciones entre pacientes y médicos en todas las fases de la enfermedad.

2.3. Rol del Trabajo Social en la planificación de las voluntades anticipadas

Siguiendo a Luptak (2004), la teoría y la práctica de la disciplina del Trabajo Social indican una fuerte relación con el apoyo a personas y a familias en la planificación de la atención al final de la vida.

En este sentido, Bern-Klug et al. (2001) identifican los roles que tienen los trabajadores social en el apoyo al final de la vida: trabajan con personas que se encuentran en la última etapa vital y con sus familiares con aspectos relacionados con valores, apoyo emocional, toma de decisiones y acompañamiento al luto; trabajan en equipo con otros profesionales de la salud; velan para que el pronóstico médico quede integrado en el contexto social; ayudan a los pacientes a que se respeten sus decisiones, preferencias y derechos; y son un apoyo para el paciente y para su familia para comunicar el dolor y los sentimientos, ayudando así a seguir un proceso de muerte digna. Según el autor, la plena integración del Trabajo Social como pieza valorada y respetada del equipo interdisciplinario es indispensable para la correcta intervención con personas en situación de final de vida y con su familia.

Según Colom (2008), el papel del profesional del Trabajo Social va más allá del apoyo en la elaboración del DVA y considera fundamental la tarea desde esta profesión para garantizar los derechos de los pacientes y encarar el documento desde una perspectiva social que tenga en cuenta las relaciones familiares y afectivas, las limitaciones de diagnóstico, la participación en las curas, la comunicación de noticias, el apoyo a la familia y el entorno y en la reorganización familiar que esto puede suponer. Además, los trabajadores sociales pueden ser, en la mayoría de los casos, un recurso idóneo para enfrentarse con los problemas éticos y con las decisiones durante procesos de atención anticipada en el envejecimiento y muerte (Luptak, 2004). Según Colom (2008), el apoyo social es básico en las situaciones de final de vida, y hay que tener en cuenta que este apoyo tiene una carga importante de toma de decisiones ante situaciones de últimos días de vida.

2.4. El DVA en las personas mayores

Según Batchelor et al. (2017), el proceso de planificación de las voluntades anticipadas tendría que empezar de manera previa a un ingreso residencial, desarrollándose en un entorno comunitario. Aun así, los autores exponen que el conocimiento de la planificación de voluntades anticipadas en la comunidad es escaso, por lo cual las personas mayores no se plantean redactarlo hasta que necesitan atención social o residencial.

Según los autores, los servicios residenciales para personas mayores ejercen un papel clave para dialogar con los residentes sobre sus valores y sus preferencias de manera independiente a sus capacidades, e involucrar a la familia en estos diálogos; facilitar la planificación anticipada de decisiones; y garantizar el intercambio de información con los servicios de atención médica en lo referente a los valores y preferencias de las personas.

Según el Comité de Bioética de Cataluña (2010), el DVA se basa en el respeto a la autonomía de la persona y es una herramienta para ejercerla cuando se presenta una situación de vulnerabilidad. La muerte está asociada a importantes dilemas éticos y las decisiones respecto a esta hacen referencia al valor de la vida y de la dignidad. Debemos tomar en cuenta que el principio de dignidad va íntimamente relacionado con el principio de autonomía personal y que hay que respetar las decisiones que cada persona toma. Por lo tanto, el DVA debe considerarse como una herramienta de intervención y de prevención de maltrato, de conocimiento, de información y de respeto de los derechos de las personas mayores.

3. Planteamiento metodológico

El objetivo de la investigación es determinar si los profesionales y residentes de un centro residencial para personas mayores conocen o no la funcionalidad del documento de voluntades anticipadas (DVA). También pretende identificar los factores que indican el conocimiento o no del DVA en el centro, las actitudes y creencias de los profesionales y residentes alrededor de este documento y analizar el rol del Trabajo Social en la divulgación del DVA y el acompañamiento a la hora de formalizarlo.

Autores como Taylor y Bogdan (1987) refieren que la investigación cualitativa es flexible y entiende el contexto y las personas desde una perspectiva holística y humanista. Así, se determina que es la metodología más adecuada para el estudio. Además, en el campo sociosanitario, Hanzeliková (2016) afirma que esta metodología es especialmente adecuada para conocer los valores, las creencias y las actitudes de la población, que es el objetivo que persigue el estudio llevado a cabo.

La presente investigación se ha desarrollado, en primer lugar, a través de la entrevista como instrumento de recogida de datos de los profesionales y agentes referentes en el ámbito a estudiar, y en segundo lugar a través de la técnica metodológica del grupo de discusión aplicado a un grupo de residentes del centro.

La población de referencia son los profesionales del centro residencial, que cuenta con 92 profesionales en su totalidad y los 109 residentes del centro. La población diana son los residentes de entre 70 y 97 años, sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve, escogidos de manera conjunta con el equipo técnico del centro, con quien se ha utilizado la técnica de grupo de discusión, y también 15 representantes de la mayoría de las profesiones del centro (profesionales con un mínimo de seis meses trabajados en el centro), a los que se ha entrevistado de manera individual. Por otro lado, se han escogido dos personas que se consideran referentes en este ámbito y en el DVA para integrar su visión y conocimiento en el estudio.

En relación con la entrevista, se ha seleccionado la tipología de entrevista de investigación social en versión no directiva. Esta entrevista es un instrumento de diseño propio que consta de 15 preguntas referentes al conocimiento y opinión de los profesionales sobre el DVA y a cómo su profesión puede contribuir a la extensión y formalización de este documento dentro del centro residencial.

En cuanto al grupo de discusión, Barbour (2013) define qué se utiliza como medio de expresión de creencias y valores sociales a través de las preguntas de investigación que surgen de los objetivos del estudio. Se considera que el grupo de discusión es una herramienta muy útil para el tratamiento de temas considerados sensibles socialmente, y además da voz a preocupaciones no expresadas hasta el momento, hechos por los cuales se ha decidido usar este método de investigación.

En el estudio, el grupo de discusión está compuesto por cinco residentes y dos asistentes de centro de día con deterioro cognitivo leve, cuatro de las cuales no han formalizado el documento de voluntades anticipadas. Las personas se sitúan entre los 77 y los 97 años, el sexo mayoritario es el femenino. De las personas participantes, tres tienen reconocido el grado I de dependencia, el resto no tiene reconocido ninguno de los grados. En cuanto al estado civil, todas las persones participantes son viudas.

Hay que tener en cuenta que la investigación se presenta con un sesgo de selección, puesto que la muestra escogida se limita a conocer la visión de un colectivo concreto y no una imagen real del conocimiento del DVA en todos los profesionales y residentes del centro, hecho que se ha descartado porque se ha considerado inalcanzable.

Durante el análisis de resultados para cada profesional entrevistado se crea un acrónimo a partir de su profesión, el sexo (M, H) y un número sobre el total de personas con las mismas características (001/002). Del mismo modo, se genera un acrónimo para cada persona del grupo de discusión con las dos primeras letras del nombre, la edad y el sexo. La recogida y explotación de datos parte de la conducción y transcripción de las entrevistas y grupo de discusión, posteriormente analizadas mediante el paquete software Atlas.ti para comparar, codificar, conectar categorías y construir la teoría. Se puede observar en las siguientes tablas las variables de estudio, con las correspondientes preguntas en las entrevistas y grupo de discusión.

Tabla 1. Variables del estudio para los profesionales / entrevistas

	ID	NOMBRE	TIPO	CATEGORÍAS	PREGUNTA	RECOPILACIÓN
Datos personales	1	Sexo	Dicotómica	Mujer/Hombre	-	Indirecta
	2	Estudios	Cualitativa nominal	Categoría profesional	¿Qué papel cree que juega su profesión en las voluntades anticipadas, la divulgación y la formalización de estas?	Indirecta y directa
Conocimiento y opinión del DVA	3	Conocimiento de la existencia del DVA	Cualitativa nominal	Abierta	¿Qué información tiene respecto al documento de voluntades anticipadas?	Directa
	4	Conocimiento de la utilidad del DVA	Dicotómica	Sí/No	¿Conoce el funcionamiento, la utilidad y la formalización de este documento? ¿Cuál cree que es el perfil mayoritario de las personas que formalizan un DVA?	Directa
	5	Conocimiento de la legalidad del DVA	Dicotómica	Sí/No	¿Qué información tiene respecto a la legislación vigente en lo referente a las voluntades anticipadas?	Directa
	6	Conocimiento del DVA en residentes	Dicotómica	Sí/No	¿Tiene información sobre si algún residente del centro (...) ha formalizado sus voluntades anticipadas? ¿Cree que es necesario saber si las personas residentes lo han formalizado o no?	Directa
Opinión	7	Opinión del DVA	Cualitativa nominal	Abierta	¿Qué opinión tiene sobre las voluntades anticipadas?	Directa
	8	Conocer el DVA de los residentes	Cualitativa nominal	Sí/No	¿Por qué cree que es necesario saber si las personas residentes lo han formalizado o no?	Directa
	9	Conversaciones sobre voluntades	Dicotómica	Sí/No	¿Ha tenido conversaciones con residentes y familiares de residentes sobre sus voluntades anticipadas?	Directa
	10	Factores de desconocimiento	Cualitativa nominal	1. Tabú 2. No competencia 3. No información	¿Qué factores cree que han incidido en el (des)conocimiento del DVA en el centro?	Directa
Equipo	11	Momento idóneo para proponer el DVA	Cualitativa nominal	1. Ingreso 2. Primeros días 3. Cuando se considere oportuno 4. Cuando lo considere el residente	¿Cuál cree que es el mejor momento para plantear esta cuestión a residentes y familiares? ¿Cree que se puede vivir de manera diferente el proceso de dependencia y de muerte si la persona afectada ha verbalizado o escrito sus voluntades anticipadas o si no lo ha hecho?	Directa
	12	Necesidad de incorporación del DVA en el centro	Dicotómica	Sí/No	¿Ve necesario que el centro incorpore la difusión y conocimiento del DVA entre profesionales y residentes? ¿Por qué? ¿Qué cree que aportaría de positivo el conocimiento del DVA a los profesionales y residentes del centro? ¿Y de negativo?	Directa

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Variables del estudio para los residentes / grupo de discusión

	ID	NOMBRE	TIPO	CATEGORÍAS	PREGUNTA	RECOPILACIÓN
Datos personales	13	Sexo	Dicotómica	Mujer/Hombre	-	Indirecta
	14	Estado civil	Cualitativa nominal	Casado/a, soltero/a o viudo/viuda	-	Indirecta
	15	Edad	Cualitativa ordinal	Entre 70 y 100 años	-	Indirecta
	16	Registro del DVA	Dicotómica	Sí/No	-	Indirecta
	17	Haber sido cuidador	Dicotómica	Sí/No	-	Indirecta
	18	Grado de deterioramiento cognitivo	Cualitativa ordinal	Leve, moderado, grave		Indirecta
Conocimiento	19	Conocimiento de la existencia del DVA	Dicotómica	Sí/No	¿Qué información previa tenía sobre el DVA? ¿Ha hablado alguna vez sobre cómo le gustaría ser tratado en caso de tener una enfermedad grave y no poder tomar decisiones por sí mismo? ¿Conocen alguna persona que lo haya formalizado?	Directa
	20	Conocimiento de la utilidad del DVA	Dicotómica	Sí/No		Directa
	21	Conocimiento de la legalidad del DVA	Dicotómica	Sí/No	¿Cree que el DVA tiene validez legal?	Directa
Opinión	22	Opinión del DVA	Cualitativa nominal	Abierta	¿Qué opinión tiene sobre las voluntades anticipadas? ¿Cree que se puede vivir diferente el proceso de dependencia y de muerte si la persona afectada ha verbalizado o escrito sus voluntades anticipadas o si no lo ha hecho?	Directa
	23	Importancia de formalizar el DVA	Cualitativa nominal	Grado de importancia	Después de la información recibida en lo referente al DVA, ¿cree que sería importante hacerlo? ¿Cree que lo podría necesitar en algún momento de su vida?	Directa
Centro	24	Conversaciones sobre voluntades	Dicotómica	Sí/No	¿Ha hablado con los profesionales de la residencia sobre sus voluntades? ¿Le gustaría tratar este aspecto con algún profesional de centro? ¿Con quién lo haría?	Directa
Equipo	25	Ayuda de profesionales	Dicotómica	Sí/No	¿Cree que los profesionales de la residencia le podrían ayudar con la elaboración del DVA en caso de hacerlo?	Directa
	26	Necesidad de incorporación del DVA en el centro	Dicotòmica	Sí/No	¿Ve necesario que el centro incorpore la difusión y el conocimiento del DVA entre profesionales y residentes? ¿Por qué? ¿Qué cree que aportaría de positivo el conocimiento del DVA a los profesionales y residentes del centro? ¿Y de negativo?	Directa

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones legales, se declara que se han respetado todos los derechos de autor mediante referencias bibliográficas de la documentación consultada.

Teniendo en cuenta el procedimiento para garantizar el respeto al principio de autonomía de los participantes, se entregan copias del documento de consentimiento informado y derechos de imagen, junto con un breve resumen del estudio. La participación es de carácter voluntario y puede ser revocada en cualquier momento. Los datos recopilados son confidenciales, teniendo en cuenta la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos.

En cuanto a los principios de bioética de Beauchamp y Childress (1979), hay que destacar que en el presente estudio se respeta la autonomía, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia como principios básicos. Que se promueven los derechos individuales de las personas, la protección y el respeto a estas, y que ante un conflicto ético se seguirán los principios establecidos en el código deontológico del Trabajo Social, siempre que no repercutan de manera negativa en las personas participantes.

Hay que tener presente que, en el estudio, la ética es un aspecto para tener en cuenta durante todo el proceso de elaboración. En este sentido, sigue los principios implícitos en el DVA, como por ejemplo el respeto a la autonomía, a la libertad, a la competencia y a la capacitación de la toma de decisiones de las personas y al derecho a la dignidad tanto de la vida como del proceso de la muerte, evitando así el paternalismo y las decisiones sustitutivas durante todo el procedimiento del estudio. Estos principios se aplican a través de la privacidad de los datos, la participación voluntaria y la implicación de profesionales del ámbito social, que durante todo el estudio (así como durante la relación de las entrevistas y el grupo de discusión) siguen los principios éticos implícitos en la profesión del Trabajo Social.

4. Resultados

El análisis de resultados se realiza a través de los dos instrumentos usados durante el trabajo de campo.

4.1. Profesionales del centro residencial

El objetivo general del estudio es determinar el grado de conocimiento del DVA que tienen los profesionales y residentes del centro residencial. La respuesta por parte de los profesionales ha estado mayoritariamente negativa. La trabajadora social (TSD001) sí que conoce la existencia del documento, para qué sirve y cómo se formaliza. La psicóloga del centro también afirma conocer el DVA, pero no cómo funciona ni la legislación que la enmarca. Otros profesionales del centro (DUID001, ESD001, PSD001)

afirman conocer el documento, pero no su aplicación, funcionalidad y formalización. El resto de los profesionales entrevistados afirman que no tienen conocimiento del documento.

En cuanto al conocimiento de la utilidad y formalización del DVA, solo tres de las personas entrevistadas afirman conocerlo, saber cómo se formaliza y qué utilidad tiene. En cuanto a la legalidad vigente vinculada al DVA, ninguno de los profesionales entrevistados tiene conocimiento de esta.

En este sentido, se puede confirmar la teoría que propone Bachiller (2004) planteada en el marco teórico, puesto que solo el 50% de los profesionales conocen el documento, y excepto en el caso de la trabajadora social, todos de manera superficial.

Constatando el escaso grado de conocimiento del DVA de los profesionales del centro, se pretende definir cuáles son los factores que determinan el desconocimiento general del DVA. La mayoría de las respuestas a esta pregunta se han referido al tabú de la muerte y de la dependencia. Atribuyen el desconocimiento a la poca formación personal y profesional en torno a la muerte, el luto y la planificación de voluntades anticipadas. Otros profesionales (SUPD001, FISIOD001, FISIOD002, GEROD001, GEROD002, TASOCH001, ADMD001) manifiestan que el DVA no entra dentro de sus competencias profesionales, y así justifican su desconocimiento.

Estos factores descritos por los profesionales coinciden con algunos de los que mencionan Simón et al. (2008). Estos autores destacan el tabú de la muerte en nuestra sociedad como una de las causas por las cuales el DVA no se extiende. El resto de las causas que señalan, como la relación profesional-paciente tradicionalmente paternalista, o la carga emocional que conlleva, no son mencionadas por ninguno de los profesionales, pero sí que las dos personas externas al centro hacen referencia a estas, refiriendo que la carga emocional que puede suponer el acompañamiento en la planificación del final de vida es un factor clave en el escaso tratamiento de dicha planificación.

A pesar del limitado grado de conocimiento que se hace visible en el análisis de resultados, la opinión sobre el DVA de las personas entrevistadas es positiva en todos los casos. Todas ven necesaria y provechosa la formulación y el registro del DVA, tanto para los residentes como para la mejora del ejercicio profesional.

Todos los profesionales entrevistados encuentran más aspectos positivos que negativos en el DVA, a pesar de manifestar factores negativos como un choque con los valores y creencias religiosas o sentimientos de angustia ligados al tabú de la dependencia y de la muerte. Además, otros profesionales añaden que, a causa de la poca formación en el centro, habría que hacerlo de una manera estandarizada, siguiendo un protocolo o una guía adecuada para abordarlo.

Sanz-Ortiz (2006) determina que los valores implícitos del DVA pueden suponer una contradicción con la voluntad o las creencias de las personas otorgantes, como también comentan algunos de los profesionales del centro residencial entrevistados. Añade que el DVA no tiene caduci-

dad, y que con el tiempo pueden surgir nuevas alternativas terapéuticas o cambios de opinión, y a pesar de que el DVA se puede modificar, este hecho puede condicionar de manera negativa.

En relación con la incorporación del DVA en el centro residencial, algunos profesionales hacen referencia al hecho de que no es una cuestión que se trate de manera directa en el centro, pero que a través del día a día pueden llegar a conocer los valores y creencias de la persona para abordar las voluntades anticipadas con ella y su familia. Todos los profesionales entrevistados coinciden en que es necesaria una formación sobre este tema para poder tratar las voluntades anticipadas de forma concreta. Según una de las personas externas entrevistadas (PRD001):

> hacer un DVA (…) es todo un proceso, que requiere información y ayuda, que tiene que venir dada por parte de las personas y/o la institución donde están acogidas.

Por eso se considera necesario que se incorpore este apoyo en la intervención cotidiana y pase a formar parte de un aspecto clave a abordar dentro de un centro. En este sentido, Morgan y Yoder (2012) concluyen que la formación de profesionales asistenciales alrededor de las voluntades anticipadas y la aproximación del concepto a los residentes del centro pueden mejorar asimismo la atención residencial y fortalecer el modelo de atención centrada en la persona en el centro.

Partiendo del interés teórico y práctico que supone la introducción del tratamiento de las voluntades anticipadas en un centro residencial para la tercera edad, se plantea la necesidad profesional de saber si las personas que se atienden en el centro han formalizado el DVA. Los profesionales coinciden en el hecho de que el conocimiento de este aspecto ayudaría a tratar temas como la dependencia o la muerte, muy presentes en el día a día en el centro. Aun así, hay que destacar que ninguno de los profesionales del centro sabe qué residentes tienen elaborado y registrado un documento de voluntades anticipadas.

Para abordar las competencias profesionales de las personas entrevistadas, se pregunta qué papel cree que tiene su profesión en las voluntades anticipadas, la divulgación y la formalización de estas voluntades en el centro. Las respuestas de la mayoría de los profesionales entrevistados (PSD001, SUPD001, FISIOD001, FISIOD002, DUID001, GEROD001, GEROD002, TASOCH001, ADMD001, TOD001) van encaminadas hacia el rol sanitario del DVA, y se cree que el equipo de profesionales que debe ejercer el rol de divulgación y acompañamiento tiene que ser el personal médico. Hay que destacar que otros profesionales (ESD001, TSDOO1, PSD001, TASOCH001, TOD001) hacen referencia a la función de la trabajadora social en el acompañamiento y asesoramiento en las voluntades anticipadas. Algunos profesionales entrevistados asumen parte de la tarea como compartida entre varios profesionales del equipo técnico como la psicóloga, la terapeuta ocupacional y la educadora social, que destacan que podrían realizar funciones de apoyo, información y tratar temas relacionados con

las actividades básicas de la vida diaria para poderlos incorporar en las voluntades anticipadas.

Podemos confirmar la necesidad del equipo sanitario en la formalización del DVA, pero hay que destacar la importancia de tener apoyo social, no solo por parte del entorno familiar de la persona, sino también por parte del equipo social del centro. Wenger et al. (2001) refieren como las variables psicosociales juegan un papel esencial en la formalización del DVA. Según Bern-Klug et al. (2001) y Luptak (2004), el rol del trabajador social puede suponer un apoyo determinante en un final de vida digno, que tenga en cuenta las preferencias y voluntades de las personas y los problemas éticos que puedan surgir a lo largo del proceso.

Viendo la importancia teórica del equipo técnico (tanto sanitario como social) en la difusión y acompañamiento para formalizar las voluntades anticipadas, se pregunta a los profesionales si han tenido conversaciones con residentes y/o familiares sobre sus voluntades anticipadas, en relación con observar qué profesionales asumen estas competencias. Contrariamente a lo que han expresado los profesionales anteriormente, los que han verbalizado haber tratado el tema con residentes y familiares forman parte del equipo social (ESD001, TSDOO1, PSD001). Los integrantes del equipo sanitario expresan no haber tratado nunca el tema con ningún residente ni familiar del centro.

Ante estas respuestas, se pregunta si se sienten preparados para plantear a los residentes y familiares cuestiones respecto al DVA. Todas las personas entrevistadas asumen la necesidad formativa alrededor de este ámbito para garantizar la calidad de la atención. También creen que poder tratar temas alrededor de la dependencia y la muerte va más allá de la profesión y entran en juego capacidades individuales. Proponen que sea una sola persona del equipo técnico la que se encargue y dirija esta acción pese a la formación conjunta.

Finalmente, puesto que las respuestas y actitudes de todos los profesionales alrededor de incorporar el DVA en el centro residencial han estado positivas, se pregunta cuál es el mejor momento para plantear esta cuestión y si un centro residencial es idóneo para hacerlo. La mayoría de los profesionales (PSD001, SUPD001, FISIOD001, FISIOD002, DUID001, GEROD001, ADMD001, TOD001) coinciden en que haría falta que las personas formalizaran el documento cuando se encontraran en un entorno comunitario y con plenas facultades cognitivas, tal como plantean también Batchelor et al. (2017). Aun así, los autores expresan que las personas mayores no se plantean hacerlo hasta que no necesitan una atención residencial.

En caso de que no sea posible plantear las voluntades anticipadas en un entorno comunitario, los profesionales entrevistados (PSD001, SUPD001, FISIOD002, GEROD002, TASOCH001, TOD001) expresan que el momento idóneo para plantearlo en el centro residencial es cuando se efectúa el ingreso. Otros creen que hay que introducir el tema en los primeros momentos de la estancia en el centro y que en el día del ingreso podría ser precipitado hacerlo, puesto que es un aspecto que hay que tratar con tiempo y confianza.

Según Batchelor et al. (2017), los servicios residenciales para personas mayores ejercen un papel determinante para hablar con los residentes sobre sus valores y preferencias, e involucrar a la familia en estos diálogos. Por lo tanto, a pesar de que no es el lugar ideal para formalizar el DVA, un centro residencial puede ejercer un rol clave a la hora de conversar con los residentes alrededor de sus preferencias y dejarlas establecidas.

4.2. Residentes del centro

En cuanto al análisis del grupo de discusión, tres personas del grupo conocen la existencia del documento y para qué sirve, pero solo una (TE87DON, que ha formalizado el documento) conoce los detalles. Hay que decir que en varios momentos las personas participantes han confundido el DVA con el testamento. Hay que destacar que todas las persones participantes han valorado de forma positiva recibir información sobre el DVA y han solicitado más información al acabar el grupo de discusión. A pesar del limitado conocimiento sobre el DVA, se puede afirmar que es de interés para las personas mayores dentro de un centro residencial.

Todos los participantes consideran muy importante el respeto hacia las preferencias de la persona en la atención que recibe, un hecho que queda recogido en el DVA. Hay que destacar que todos hacen referencia al hecho de que es importante para ellos que estas preferencias sean respetadas por su familia y que las personas de su alrededor no sean responsables de las decisiones tomadas. Estas afirmaciones van ligadas a lo que ya apunta Colom (2008): el apoyo social de la persona enferma tiene una carga importante de toma de decisiones en situaciones de últimos días. La formalización del DVA lleva a descargar la familia y/o el apoyo social de esta toma de decisiones.

Poniendo en evidencia la importancia que los participantes dan al respeto a sus valores, deseos y preferencias, se pregunta si lo han abordado con alguien de su entorno. Tres de las personas responden haberlo hablado con sus familiares próximos, otros no lo han hablado nunca con nadie. Ninguna de ellas lo ha hablado con ningún profesional, ni del centro ni externo. Aun así, contrariamente a lo que se puede considerar desde la opinión de profesionales, las personas mayores se muestran abiertas a hablar sobre el final de la vida y lo consideran un tema básico y esencial en su etapa. Quieren recibir información y ven la necesidad de que esta cuestión se aborde dentro del centro.

Se analiza también la opinión sobre el DVA de las personas participantes. Todas expresan una opinión positiva, puesto que verbalizan que el documento supone la garantía de sus derechos y voluntades. Y refieren la importancia de plantear sus voluntades, con la familia o con profesionales. Hay que destacar que todas las persones participantes en algún momento de su vida han estado cuidadoras de una persona que ha estado en una situación de dependencia y de final de vida. En este sentido, expresan la importancia de la formalización del DVA desde la visión de cuidador y de familiar. Este hecho se contradice con otras opiniones de los participan-

tes, que se muestran abiertos a dialogar sobre la muerte y las voluntades anticipadas, pero no se muestran tan abiertos a formalizar un DVA por escrito como a verbalizarlo, y consideran que expresando las voluntades a familiares o al equipo del centro estas se cumplirán.

En la dimensión que hace referencia al centro residencial, se pregunta la importancia de hablar de la muerte. Las persones participantes expresan querer hablar, tanto con compañeros como con profesionales del centro. Se puede determinar que se sienten preparados y con ganas de hacerlo, ya sea con los profesionales del centro residencial o con su familia, y ambos evitan en ocasiones abordar el tema con ellos.

En la última dimensión en lo referente al equipo interdisciplinario, se pregunta sobre la importancia de la relación de confianza con este equipo. Expresan que es importante confiar en el equipo del centro para abordarlo y todos consideran que desde el centro se les podría ofrecer apoyo en la planificación de las voluntades. Hay que destacar que las persones participantes hacen referencia a la necesidad de expresarlo a profesionales del centro como la psicóloga o la trabajadora social, porque han establecido con ellas un vínculo de confianza. Podemos considerar que el establecimiento de un vínculo entre profesionales y usuarios y el ofrecimiento de disponibilidad es la base para garantizar las conversaciones para abordar estos aspectos. Además, dan relevancia al hecho de ver la muerte próxima dentro del centro, expresan su conciencia de final de vida en el centro y, por lo tanto, observan la importancia de hablarlo con los profesionales que los atienden y que atenderán su final de vida.

5. A guisa de conclusiones

Se puede concluir de manera determinante, y como ya se apunta en el análisis de resultados, que el conocimiento del DVA por parte de los profesionales del centro es escaso y limitado, y lo mismo sucede cuando nos referimos a los residentes del centro.

Se han identificado los factores que los profesionales perciben como determinantes en el desconocimiento del DVA, haciendo referencia al tabú social asociado a la muerte y, en consecuencia, a la poca formación e información alrededor de esta. Se puede determinar, además, que pese al limitado conocimiento del DVA, las actitudes y creencias de los profesionales y de los residentes alrededor de este documento son en todos los casos positivas, con escasas observaciones negativas, que hacen referencia de nuevo al tabú de la muerte.

Se puede poner de relieve la importancia del rol del Trabajo Social en el apoyo en la planificación de las voluntades anticipadas, acompañado del resto del equipo interdisciplinario. En este sentido, el Trabajo Social puede desarrollar un rol fundamental en la divulgación del documento de voluntades anticipadas o en la elaboración de planes de decisiones anticipadas, aunque no acaben en la formalización de un DVA, y en el

acompañamiento y apoyo alrededor de la muerte, el luto y las voluntades anticipadas dentro de un centro residencial.

Una vez puesto de relieve el desconocimiento del DVA dentro del centro, se hace evidente la necesidad de información y de formación por parte de todos los agentes implicados en la elaboración de un DVA. En este sentido, y como expresan los residentes participantes, es necesario hablar del final de vida y de cómo se quiere abordar con la persona, con su familia y con los profesionales de referencia. Los residentes participantes se muestran abiertos a hacerlo, pero antes hay que llevar a cabo una tarea de sensibilización, tanto personal como colectiva, dentro del centro para poder integrar el final de vida de manera normalizada, y en consecuencia la formalización del documento de voluntades anticipadas. Se propone la elaboración de una guía adaptada a diferentes sensibilidades y circunstancias, para que sea utilizada con residentes, familias y profesionales. Una guía que aborde los procesos de final de vida dentro de un centro residencial y sitúe el DVA como la herramienta fundamental de garantía de asistencia centrada en los valores y preferencias de la persona.

Durante el estudio se ha podido observar que el final de vida es un aspecto importante dentro de un centro residencial para la tercera edad y que los residentes del centro tienen la necesidad de abordarlo con los profesionales de referencia y con su familia. En este sentido, se considera que hay que ir más allá de la aplicación del DVA dentro del entorno residencial, y que hay que encontrar espacios con los residentes, las familias y los profesionales (sean conjuntos o individuales), ya sea a través de conversaciones, actividades o la elaboración de material de apoyo, para abordar los procesos y los valores alrededor del final de vida, así como de la muerte digna.

Este estudio ha permitido consolidar cómo la práctica del Trabajo Social tiene un papel determinante como apoyo a la planificación de las voluntades anticipadas, y un deber ético con la garantía de la dignidad y la libertad de las personas en todos los momentos vitales. Es necesario que elaboramos una visión crítica hacia la gestión actual del comienzo del final de vida y tener como horizonte la planificación de las voluntades anticipadas como antesala del derecho a morir dignamente.

Referencias bibliográficas

Aguilar-Sánchez, J. M., Cabañero-Martínez, M. J., Puerta-Fernández, F., Ladios-Martín, M., Fernández-de-Maya, J., y Cabrero-García., J. (2018). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria, 32*(4), 339-345. Scielo. https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v32n4/0213-9111-gs-32-04-339.pdf

Bachiller, A. (2004). Testamento vital: la opinion médica en la provincia de Valladolid. *Metas de Enfermería, 7*(4), 24-7.

Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

Batchelor, P., Haralambous, B,. Nolte, L., Mackell, P., Fearn, M., Hwang, K. Detering, K. (2017). *Advance Care Planning: Aged Care Implementation Guide*. Austin Health, Melbourne. Recuperado 18 febrero 2020, de https://www.advancecareplanning.org.au/docs/default-source/acpa-resource-library/acpa-publications/advance-care-planning-in-aged-care-implementation-guide.pdf

Beauchamp., T. L., y Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.

Bern-Klug, M., Gessert, C., y Forbes, S. (2001). The need to revise assumptions about the end of life: Implications for social work practice. *Health & Social Work, 26*(1), 38-47.

Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario*. Siglo XXI.

Comité de Bioética de Cataluña. (2010). *Consideracions sobre el document de voluntats anticipades*. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. Recuperado 16 enero 2020, de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/V/voluntats_anticipades/documents/cdva2010.pdf

Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas. DOGC núm. 3665 (2002).

Hanzeliková, A. (2016). Introducción a la investigación sociosanitaria: Diseño de estudios cualitativos características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa. *Enfermería en Cardiología, 23*(68), 25-29. Enfermería en Cardiología. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/68_01.pdf

Hildén, H. M., Louhiala, P., y Palo, P. (2004). End of Life Decisions: Attitudes of Finnish Physicians. *Journal of Medical Ethics, 30*(4), 5-362.

Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. BOE núm. 172 (2006).

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294 (2018).

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica. DOGC núm. 3303 (2001).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 (2002).

Luptak, M. (2004). Social work and end-of-life care for older people: A historical perspective. *Health & Social Work, 29*(1), 7-15.

Martínez, K. (2007). Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 87-102.

Morgan, S., y Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centred care. *Journal of Holistic Nursing, 30*(1), 6-15.

Mouton, C., Teno, J. M., Mor, V., y Piette, J. (1997). Communication of Preference of Care Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. *Arch Fam Med. 6*(4), 7-342.

Sanz-Ortiz, J. (2006). ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. *Medicina Clínica, 126*(16), 3-620.

Saralegui, I., Monzón, J. L., y Martín, M. C. (2004). Instrucciones previas en medicina intensiva. *Medicina Intensiva, 28*(5), 61-256.

Simón, P., Tamayo, M. I., Vázquez, A., Durán, A., Pena, J., y Jiménez, P. (2008). Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria, 40*(2), 6-61.

Taylor, S. y Bogdan, R. C. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Velasco, T. R., y Rayón, E. (2016). Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Medicina Intensiva, 40*(3), 62-154.

Wenger, N. S., Kanouse, D. E., y Collins, R. L. (2001). End-of-life discussions and preference among persons with HIV. *JAMA, 285*(22), 7-2880.

Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia

Social work intervention involving rural families in the context of peacebuilding in Colombia

Ana Marcela Bueno[1]
ORCID: 0000-0002-5466-8845
Fernanda Torres Gómez[2]
ORCID: 0000-0003-1861-7191

Recepción: 16/07/21. Revisión: 08/09/21. Aceptación: 25/10/21

Para citar: Bueno, A. M., y Torres Gómez, F. (2021). Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia. *Revista de Treball Social*, 221, 29-47. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.02

Resumen

La ruralidad como escenario de intervención ha sido poco considerada en el marco de los campos del Trabajo Social. Pese a ello, al analizar sus condiciones sociales, económicas, culturales y políticas, se encuentran situaciones que requieren del estudio, seguimiento y aporte de las ciencias sociales que identifiquen en las familias y en las comunidades necesidades y formas de abordaje, especialmente en un país como Colombia, en el que los territorios rurales han sido de poco interés y atención. En el año 2016 el gobierno colombiano firmó un acuerdo de paz con el grupo Fuerzas Armadas Revolucionarias FARC-EP, y en dicho acuerdo uno de los puntos era "mejores oportunidades para el campo". Han pasado cinco años y aún falta bastante voluntad para superar los problemas sociales que aquejan a las poblaciones rurales. Desde el Trabajo Social se han venido proponiendo herramientas que forjen bases para la construcción de la paz desde ámbitos micro como son las familias.

1 Docente-investigadora en la Universidad de La Salle. Grupo de investigación Trabajo Social, equidad y justicia social. abueno@unisalle.edu.co
2 Docente-investigadora en la Universidad de La Salle. Grupo de investigación Trabajo Social, equidad y justicia social. mftorres@unisalle.edu.co

La investigación (Bedoya et al., 2016) de la que se deriva este artículo buscaba comprender escenarios y prácticas familiares para la generación de estrategias de educación para la construcción de paz territorial; se desarrolló con perspectiva cualitativa con familias rurales en el municipio de Guayabal de Síquima, con quienes se identificaron niveles de participación, capacidades y aportes como sujetos colectivos de derechos, con lo cual el presente artículo permite analizar las posibilidades de intervención desde el Trabajo Social para contribuir a la construcción de paz con la que soñamos en Colombia.

Palabras clave: Familias rurales, intervención de Trabajo Social, construcción de paz, sujetos colectivos de derechos.

Abstract

Rural life as an intervention setting has been scarcely considered within the context of the fields of social work. Even so, when analysing its social, economic, cultural and political circumstances, there are situations that call for study, monitoring and contributions from the social sciences to identify needs and means of approach among families and communities, particularly in a country such as Colombia where rural territories have received scant interest and focus. In 2016, the Colombian government signed a peace agreement with the group "Revolutionary Armed Forces FARC–EP", wherein one of the stipulations consisted of "better opportunities for the countryside". Five years have gone by and there is still a shortage of will to overcome the social problems impacting rural populations. From the field of social work, tools have been put forward that lay the foundations for peacebuilding from micro-spheres such as families.

The research project (Bedoya et al., 2016) from which this article stems sought to understand family practices and scenarios for creating educational strategies for regional peacebuilding. It was forged on the basis of a qualitative perspective involving rural families in the town of Guayabal de Síquima. This provided a range of levels of participation, capacities and contributions in their capacities as collective subjects of rights; accordingly, this article makes it possible to examine the scope for intervention from the field of social work to help build the peace about which we dream in Colombia.

Keywords: Rural families, social work intervention, peacebuilding, collective subjects of rights.

Introducción-contexto

Históricamente, la ruralidad en Colombia ha presenciado de manera directa la violencia del conflicto armado, lo que ha agudizado las problemáticas sociales en el escenario rural, tales como: pobreza, desigualdad, vulneración de derechos e inequidad en el acceso a tierras, entre otras. En este sentido, el acuerdo de paz (Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2018) se convirtió en un panorama esperanzador que prometía una superación de las barreras que a lo largo del tiempo han vivido las personas que habitan el campo, especialmente en el primer punto sobre "Política de Desarrollo Agrario Integral. Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral", en el que se priorizó la búsqueda del cambio estructural del campo a través del bienestar social para la comunidad rural. Dicha propuesta se promueve para dar alcance a la construcción de paz desde la erradicación de la pobreza extrema y el decrecimiento del 50% de la pobreza en la población rural (Presidencia de la República de Colombia, 2016).

Pensar en la construcción de paz desde la ruralidad implica abordar las problemáticas sociales que históricamente han constituido este escenario, como la falta de igualdad en el acceso a la tierra, la falta de inversión estatal en el desarrollo agrícola, la pobreza en la población rural, las brechas sociales en el área rural y urbana; elementos clave que conciernen el enfoque territorial que se pactó en el acuerdo de paz desde el primer punto de la reforma agraria. Siguiendo los planteamientos de Briceño (2016), la consolidación de relaciones sociales enmarcadas en el arraigo y la lucha por la formalización del derecho a la propiedad son asuntos clave a la hora de construir la paz en el escenario rural, los cuales se logran a partir de la superación de la no formalización de la propiedad de la población rural y de la identificación de las potencialidades de sus habitantes, con lo cual se puede iniciar la transformación de las relaciones cotidianas para el afianzamiento del tejido social y con ello el aporte a un nuevo contexto que camina hacia la construcción de paz.

En la medida que el proceso de paz con las FARC-EP se anunció en el país, se identificó la ruralidad como un escenario relevante para la intervención desde el Trabajo Social, situación que motivó la investigación "Familias rurales: Escenarios y prácticas para la construcción de paz en el municipio de Guayabal de Síquima-Cundinamarca, Colombia" (Bedoya et al. 2016), en un territorio cercano a la capital del país, con características de interés para avanzar en la construcción de estrategias para la recuperación del tejido social y con ello contribuir a la paz que se venía gestando desde el gobierno nacional. Con ello, nos acercamos al municipio correspondiente, ubicado en la parte noroccidental del departamento de Cundinamarca,[3]

3 Cundinamarca es uno de los 32 departamentos en los que se divide Colombia geopolíticamente y se encuentra en el centro del país.

conformado por 3.652 habitantes, de los cuales el 76,44% se localizan en la zona rural y el 23,65% restante en la cabecera municipal.

La elección de este municipio se dio porque su población constituye una identidad en conjunto, representada por ideologías políticas cercanas al conservadurismo ya que sus gobernantes han sido de derecha en los últimos periodos. Con este panorama se generó una apatía política frente al proceso de paz y pudo ser causa principal de que en las votaciones del plebiscito por la paz ganara el NO;[4] además de que hubiese falta de participación en dicha la votación (Registraduría Nacional del Estado Civil, 2016).

Se hizo un acercamiento al municipio de Guayabal de Síquima con el objetivo de conocer sus dinámicas como escenario rural, especialmente desde las familias y sus prácticas democratizantes para aportar en la convivencia comunitaria y con ello gestar procesos desde lo territorial para aportar a la construcción de paz nacional. En ese marco reconocimos que como Trabajo Social teníamos un papel fundamental en la reconstrucción de dinámicas pacíficas y el reconocimiento del *ethos* ciudadano, que desde los ámbitos micros requerían recuperarse para su afianzamiento y ponerlos al orden de los requerimientos del proceso de paz que se venía configurando. Para ello se tuvieron diálogos con algunas familias, madres, padres, niños y niñas en edad escolar, con quienes identificamos sus procesos de participación en el ámbito comunitario y la vivencia de sus derechos al interior de sus familias. Se obtuvieron elementos para su potenciación y armonización de la convivencia, asuntos clave para la reflexión del presente documento que dará cuenta de reflexiones sobre la intervención del Trabajo Social en la ruralidad a propósito de la construcción de paz.

Metodología

La metodología que se desarrolló en el estudio soporte de este artículo fue de orden cualitativo, con datos descriptivos a partir de las narrativas de los sujetos en comunicación oral y escrita e incluso a partir de la observación misma (Taylor y Bogdan, 1987). Se recogieron testimonios de los sujetos participantes para visibilizar sus voces y el significado de sus vivencias (Sampieri et al., 2010). Con ello se hizo uso de estrategias que permitieran la identificación de las características de las dinámicas familiares y la relación de los grupos familiares con los derechos colectivos, como posibilitadores para la construcción de la paz en el municipio de Guayabal de Síquima. Se acudió al uso de la memoria y la identidad colectiva cuyo fin se orientó a activar el vínculo social y la identificación de los participantes (Torres, 2011) con los procesos democratizantes que, asociados a la historia, se corresponden con sus dinámicas familiares,

4 En el resultado de las elecciones del plebiscito que se llevó a cabo el día 2 de octubre del 2016 para dar respuesta a la pregunta "¿Apoya usted el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera?", el SÍ obtuvo 750 votos, equivalente al 49,34%, y por otro lado el NO tuvo 770 votos, equivalente al 50,65%.

desde las cuales se deseaba rescatar elementos que pudieran aportar a la construcción de paz.

Este estudio no se desarrolló con un número amplio de personas, utilizó un muestreo básico guiado por un propósito[5] (Sampieri et al., 2010), el cual implicó que de un grupo del Programa "Familias en Acción"[6] desarrollado en el municipio, se eligiera un subgrupo de 20 familias en 7 veredas que contaran con integrantes entre los 7 y 12 años, y mujeres y hombres mayores de edad.[7] También se realizó revisión de literatura como una técnica que permitiera dar cuenta de aportes desde las ciencias sociales para el análisis de los fenómenos que hoy deben relevarse para comprender la vida rural y las emergencias que de ella se derivan, especialmente desde escenarios de investigación e intervención del Trabajo Social, ámbito desde el que se pretendió aportar en esta reflexión.

El ingreso al campo se realizó acudiendo a la secretaría social del municipio, definiendo unas consideraciones éticas que exigieron la realización de acercamientos previos para presentar el proyecto y negociar formas de participación de las familias, y la firma de un consentimiento informado para autorizar la recolección y adecuado manejo de la información tanto de la población adulta como de la población menor de edad, con total confidencialidad y devolución una vez culminada la investigación.

Con estas consideraciones se procedió al desarrollo de talleres de sensibilización, entrevistas en profundidad y actividades lúdicas de implementación de materiales didácticos logrando así información de las dinámicas familiares, con la vivencia cotidiana de los derechos y por ende de la democratización familiar, pero también de la posibilidad de construir con la población escenarios posibles para la construcción de paz, en un territorio que históricamente estuvo marcado por el conflicto, como pasa con la generalidad de los municipios rurales en el país.

Familias rurales y la construcción de paz

La familia como organización social, según Uribe (2012), se ha venido transformando debido a diferentes situaciones y acontecimientos sociales, políticos y culturales, entre los cuales se ubican el ingreso de la mujer al escenario laboral y educativo, el auge del modelo económico capitalista, el posicionamiento de movimientos sociales y las transiciones demográficas que cuestionan la familia tradicional compuesta por un matrimonio

5 La muestra estratificada por propósito implica segmentar la población de interés en estratos (esto se realizó al retomar únicamente las familias de estratos 1 y 2) y luego se seleccionó un subgrupo pequeño de casos para estudiarlos cuidadosamente.

6 "Es un programa de prosperidad social que opera en el país desde el 2000. El objetivo de este programa es complementar los ingresos de las familias beneficiarias, para que puedan acceder a la asistencia escolar, educación media y superior, revisiones de salud y medidas preventivas para el embarazo en los jóvenes" (Rivas, 2020, párr. 3).

7 El trabajo de campo contó con la participación de estudiantes que se encontraban realizando proyectos de investigación en el Programa de Trabajo Social de la Universidad de La Salle, Bogotá, durante los años 2016 y 2017.

entre un hombre, una mujer y sus hijos. Estas trasformaciones han entrado en lo íntimo, lo privado y lo público de las familias, modificando el ser y el hacer familiar, propiciando la reconstrucción de vínculos alternativos a los tradicionales, como lo menciona Palacios (2020), quien explicita la dificultad de unificar la lectura de familia por su diversidad toda vez que su comprensión posee "(…) una porosidad que contiene la interpretación y construcción social de marcos de referencia, prácticas y discursos en torno a la sexualidad, la procreación, la con-vivencia, la sobrevivencia y la co-residencia en este tiempo social" (p. 31-32).

En este marco, Jelin (2005) reconoce en las familias el principal espacio para la satisfacción de un conjunto de necesidades humanas universales, desde las cuales se generan y perpetúan relaciones de producción, reproducción y distribución bajo tensiones de poderes y fuerzas entre los componentes ideológicos y afectivos, puesto que no son grupos aislados del contexto social, sino que están íntimamente relacionados con los patrones culturales y políticos de cada momento histórico.

Por todo ello, la comprensión de la familia como una colectividad que se convierte en sujeto de derechos y responsabilidades (Galvis, 2015), a partir de la titularidad tanto a escala individual como en su consideración colectiva, implica la consagración de la igualdad en derechos y responsabilidades de los cónyuges y la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes, como características fundamentales de este concepto. De igual forma se considera que: "la familia representa, pero no oculta a sus integrantes, por el contrario, su tarea es hacerlos visibles como personas portadoras de sus atributos ontológicos y de sus derechos" (Galvis, 2011, p. 95).

Galvis (2015) afirma que para reconocer que la familia es sujeto colectivo de derechos se deben tener en cuenta los siguientes elementos: 1) partir de un principio orientador (gestión pública), para que haya una articulación entre los derechos individuales y colectivos; 2) las capacidades que posee permiten el agenciamiento de proyectos tanto de sus integrantes como del grupo en general; 3) está en el centro de la gestión integral del estado, ya sea como actora o beneficiaria. De acuerdo con la misma autora, desde la condición de la familia, como sujeto colectivo de derechos, la forma en que esta resuelve los conflictos se relaciona con los ejercicios de autoridad que plantean dos opciones: 1) familias democráticas y garantes de derechos; o 2) familias autoritarias propensas al maltrato (Galvis, 2011).

En este orden de ideas, la familia deja de tener una actitud pasiva ante el Estado y se constituye como sujeto activo, autónomo, responsable e interlocutor ante este y otras instituciones (Galvis, 2015 p. 618); todo esto desde el paradigma de los derechos humanos en correlación con el modelo democrático de Estado, que desde esta perspectiva promueve la igualdad y la responsabilidad. En esta vía, Patiño (2015) pone en escena las relaciones desiguales de poder que se dan en las esferas microsociales de las familias, producto de relaciones antidemocráticas que no reconocen la diversidad de subjetividades al interior de las familias, cuestionando el lugar que este grupo social ocupa como actor del desarrollo en la tran-

sición hacia la construcción del postacuerdo colombiano actual. En este sentido, reconoce el impacto que el conflicto ha generado en la sociedad, materializado en la tendencia a concebir lo diferente como enemigo, y a naturalizar las prácticas violentas de diverso orden.

De aquí se desprende cómo la comprensión de las familias que esboza Patiño (2015) reconoce su carácter propositivo, al concebirlas como "grupos con capacidad de actuación en los procesos sociales tendientes a generar otras formas de relación, sentido y enunciación que ayuden a fundar nuevos pactos de convivencia" (p. 11), en sintonía con los planteamientos de Castro (2012), quien indica que:

> (…) las familias rurales se caracterizan por vivir en territorios con densidad poblacional relativamente baja, con prolongada presencia de generaciones en este, por tanto, con importantes relaciones de parentesco asentadas en el lugar, con identidades ligadas al trabajo y relación con la tierra, extendida hoy a actividades de servicios como forma de integración a los procesos de modernización social (p. 185).

Ambos autores rescatan la conexión entre este grupo, su capacidad de agencia y el territorio donde desarrollan su trayectoria vital, coherente ello con lo planteado por Páez et al. (2016), que vinculan cuatro formas de asumirla, entre las cuales se ubica su estructura, dinámica, conflictos y autopercepción, concluyendo que:

> (…) la familia rural cree en ella cuando se nombra y se reconoce como tal, y que se sabe diferente y crítica de la urbana. Además, aprecia su condición rural con todo lo que el contexto ofrece, al tiempo que no anhela parecerse a la urbana. La familia rural también identifica que los valores para vivir con las demás personas inician en el hogar, que la primera educación es recibida en la familia, antes que la escuela y todo lo demás (p. 106).

Por lo anterior, en el contexto colombiano, es importante reconocer la diversidad y el papel fundamental que cumple la familia como constructora de ciudadanos en y para la paz en perspectiva territorial.

Sobre la noción de construcción de paz, Cárdenas et al. (2014) retoman autores como John Paul Lederach, Fundación CIND, Johan Galtung y Vicenç Fisas, los cuales se ubican en el campo de los estudios de paz, interrelacionando con la necesidad de articular factores estructurales de ejercicio de derechos y capacidad de agencia, con la mediación pacífica de conflictos, y la consolidación de la democracia, desde el cual las autoras reconocen que "(…) el término paz se relaciona con la justicia social, la equidad, la armonía, la satisfacción de las necesidades básicas, autonomía, diálogo, solidaridad e integración" (p. 8). Respecto a la cultura de paz, las mismas autoras plantean que para consolidar prácticas de paz es vital vivenciar una cultura pacífica de la no violencia, que articule los discur-

sos de actores como la familia, el Estado y la sociedad bajo el principio de corresponsabilidad y solidaridad.

Es compromiso de diferentes actores sociales reflexionar y actuar en la promoción de prácticas alternativas de mediación de conflictos, a partir de propuestas como las planteadas por Arias (2013) fundadas en: la prevención de problemáticas sociales como la violencia en el contexto familiar, escolar y social desde la protección de los derechos y el cumplimiento de los deberes estatales, la trasformación de la cultura patriarcal desde modelos democráticos de cuidado centrados en los vínculos familiares, la formación de ciudadanías para la paz en dinámicas familiares democráticas, la eliminación de prácticas violentas de abordaje del conflicto que vulneran la dignidad humana, el fomento de justicia, la compasión y la solidaridad en los ámbitos de la cotidianidad, y la construcción del tejido social para la paz de diferentes actores, a la luz de la educación ciudadana familiar y escolar.

En relación con el desconocimiento de las prácticas y significados vinculados a la construcción de paz, Cárdenas et al. (2014) resaltan la importancia de considerar los estilos que desarrollan los agentes corresponsables en la primera infancia como agentes constructores de paz, en contextos caracterizados por la naturalización de la violencia y la cultura patriarcal, de cara a la visibilización y promoción de niñas y niños como sujetos políticos capaces de participar en la trasformación de la connotación tradicional de vulnerabilidad, para lo cual es pertinente asumir en la infancia un ejercicio de cuidado fundado en el amor, el vínculo y el buen trato. En esta etapa vital, la familia juega un papel fundamental, en tanto los valores que allí se gestan se trasladan al ámbito público en las interacciones de los sujetos.

Hablar de construcción de paz en las familias rurales supone comprender el significado de conflicto y violencia, debido a las convergencias y divergencias que se interponen entre estos conceptos. Para consolidar la paz en la cotidianidad, Pérez (2016) propone asumir la cultura de paz como prerrequisito para la convivencia social, analizando variables como el capital social, expresado en la conciencia cívica, la resolución pacífica de los conflictos y la confianza, entre otros componentes. En este orden, la cultura de paz debe ser cultivada por las familias, la escuela, el mercado y el Estado: "transformar nuestra idiosincrasia violenta requiere la intervención en este dominio del sistema de creencias patriarcal, de modo que se logre la interiorización de nuevas creencias que reemplacen las que están configurando nuestro *ethos* conflictivo" (p. 22). Vivir esta cultura de paz es una oportunidad para re-construir el tejido social, puesto que apropiar estos compromisos nos mueven a aprender la reconciliación y el perdón en los diferentes actores permeados por la violencia.

A continuación, se presentan algunos hallazgos, en los cuales se retomaron los elementos centrales identificados en la investigación, recordando que el sentido de este documento es la reflexión de estos en clave de intervención. En este sentido, los elementos centrales responden a las siguientes categorías: familias rurales como sujetos colectivos de

derechos; prácticas de democratización familiar y aportes de las familias a la construcción de paz territorial.

Hallazgos

Las familias de Guayabal de Síquima como sujetos colectivos de derechos

Las relaciones que se establecen al interior de las familias guayabalunas participantes del proceso de investigación dejan ver algunas significaciones sobre sí mismas que vale la pena señalar. Lo primero que se denota es un espacio donde se construye el afecto y la autonomía de sus integrantes y fundamental para la satisfacción de necesidades económicas, atravesado por principios de unión y protección; de otro lado, se asume este como un lugar en donde se aprenden valores y principios que servirán para la vida, entre los que se encuentran compromiso, responsabilidad, honestidad, respeto, autoestima, paz, amor y diálogo (Mondragón et al., 2017).

En la generalidad, la familia sigue siendo un escenario en el que recaen toda una serie de principios, valores y responsabilidades, que se afianza además con el reconocimiento de una ideología patriarcal que marca la sociedad colombiana con mayor fuerza en el ámbito rural. Pese a ello, se reconoce que la autonomía y el afecto son elementos en la dinámica familiar que favorecen el tránsito hacia ejercicios democráticos. Tal como lo menciona Schmukler (2013), que las mujeres se constituyan en sujetos de derecho y los hombres en sujetos de afecto con capacidad para expresar y manifestar el amor, desde el respeto, el buen trato, las relaciones horizontales y la autoridad al interior de los grupos familiares, son signos de la democratización familiar.

Un elemento asociado a lo anterior tiene que ver con las pautas de crianza, las cuales incluyen normas y reglas familiares, autoridad, poder, principios y valores, desacuerdos y actividades en los tiempos de ocio, entre otros. En este escenario, para las familias priman la existencia de normas como referente de orden, especialmente para los niños y las niñas, pero también de control y protección de forma permanente, con la opción del reconocimiento respecto a las expresiones e ideas de ellos. Aun con estas consideraciones, la violencia es una situación que persiste en las familias guayabalunas, pues algunas refirieron acudir a manifestaciones como golpes o palmadas para castigar; y en voces de niñas y niñas, es la expresión más frecuente (Caicedo et al., 2017).

Prácticas de democratización familiar en Guayabal de Síquima

En cuanto a las prácticas de democratización familiar y construcción de paz territorial, las mujeres participantes manifiestan hacer uso de diversas formas de mediación de conflictos familiares. La primera referida a alternativas para enfrentar problemáticas de tipo familiar como la falta de comunicación entre padres e hijos de formas creativas, pacificas, no

violentas, por ejemplo, la importancia de hablarles sobre aspectos que conlleven a posibles tensiones sin la necesidad de recurrir a actos violentos. Estas prácticas se pueden conceptuar a partir del fortalecimiento de la comunicación al interior de la familia, tomando conciencia de que existen otros métodos de educación diferentes al grito o al golpe, reconociendo las potencialidades de cada uno de los miembros de la familia, específicamente de los hijos, que están en proceso de aprendizaje. De la misma manera, existe un aspecto importante y es que, para construir procesos de democracia y paz, se parte de la aceptación y reconocimiento del error, lo que permite superar la problemática de la violencia y fortalecer las relaciones familiares basadas en la igualdad de derechos y deberes.

La segunda forma de mediación de conflictos familiares hace referencia a las estrategias de afrontamiento, es decir, desarrollar acciones y medidas para el cambio de situaciones y problemáticas que generan malestar al interior de la familia, como por ejemplo el fortalecimiento de redes sociales, en este caso institucionales, como apoyo significativo para sus vidas, generar relaciones y vínculos con el colegio, comisaría de familia, servicios de psicología, pues las mujeres expresan la necesidad de acudir a otras instancias u orientaciones que intervengan para el mejoramiento de las relaciones y situaciones al interior de sus familias.

La tercera forma se refiere a la resignificación por parte de los padres acerca de hechos vividos en su infancia, adolescencia y juventud para no reproducirlos en sus familias, lo que implica dar nuevas significaciones y características a estos acontecimientos, logrando así relaciones armónicas al interior de la familia. A partir de estos aprendizajes se crean otras prácticas para la crianza, mejorarlas y fortalecer el desarrollo de las relaciones familiares.

Por último, se encuentra la toma de decisiones por parte de las mujeres que deciden independizarse con sus hijos debido a las dificultades que se presentaban con sus cónyuges, ya que estos interferían en la condición de paz y tranquilidad familiar, por lo que separarse les permitió sentirse más tranquilas y estables en su hogar, además que, como ejemplos para sus hijos, es una forma de proyectar armonía y una forma pacífica de resolver los problemas. Ahora son familias con jefatura femenina.

Aportes de las familias rurales a la construcción de paz territorial

Entendiendo que la democratización familiar aporta a la construcción de paz, en términos de promover relaciones armónicas que se dan a partir de la relación con otras personas, se identifica que la paz territorial se nutre de las formas como aportan las familias a la convivencia en escenarios comunitarios. En esta medida, la paz territorial se construye a partir de dos dimensiones: desde el hogar, elemento que da cuenta de la cotidianidad, de lo íntimo-privado; y desde el entorno comunitario entendido como lo público, es decir son dos ámbitos en los cuales las familias interactúan y crean significados.

Desde el hogar se denota que se construye paz a partir de lo micro para lograr una incidencia en el territorio, pero se empieza desde el hogar como referente simbólico. Es decir, a partir de las relaciones que se construyen entre los miembros de la familia, en sus casas o viviendas, entienden el hogar como un ámbito privado en el cual cada sujeto se construye y aprende. Por otro lado, relatan que la paz se construye a partir de procesos de concertación en los cuales las decisiones y opiniones se desarrollan de forma equitativa tanto para hombres como para mujeres e hijos y especifican la noción de espacio referida a lo íntimo, su espacio propio, es decir, las relaciones que solo se construyen en su ámbito familiar.

Respecto a la dimensión de paz más claramente ubicada en el ámbito comunitario, las informantes consideran que su cotidianidad en el municipio se da en condiciones de seguridad y tranquilidad, en tanto no se visibilizan situaciones de riesgo en el contexto. Pese a ello, existe inconformidad con la poca intervención del Estado, el cual no responde a las necesidades que se tienen en el territorio; tampoco garantiza el cumplimiento de derechos fundamentales como la salud y la educación. Dicha situación se evidencia a partir del no funcionamiento de los servicios de urgencias del hospital, generando que sus habitantes deban acudir a otros municipios. El caso de la educación se manifiesta en que sus hijos no tienen garantizada la educación universitaria o profesional y esto conlleva que los jóvenes se tengan que ir de Guayabal, es decir, la relación con las instituciones a escala municipal es débil.

Por otra parte, cuando se hace referencia a la paz desde el entorno y el bienestar que manifiestan los y las habitantes del municipio, es importante recordar el fortalecimiento de los lazos y relaciones con las instituciones a escala municipal, adicional a esto las veredas tienen una gran significación para las familias en cuanto a construcción y relaciones de paz, pues en estas las familias sienten mayor tranquilidad que en el casco urbano.

A partir de lo anterior, existe una relación de estos aspectos con las familias rurales del municipio Guayabal de Síquima, pues frente a la democratización se llevan a cabo ciertas prácticas para la mediación de conflictos familiares, entre estas las alternativas para afrontar problemáticas. Efectivamente se propone el diálogo, la importancia de hablar al interior de la familia, fortaleciendo las relaciones entre padres e hijos, generando relaciones armónicas al interior de las familias, llevando hacia el exterior aportes que contribuyen a la sana convivencia. Por otro lado, se desarrollan reglas para procesos de democratización que permiten la reflexión colectiva sobre las relaciones familiares, también relaciones horizontales en las cuales a pesar de que los adultos estén a cargo, por la participación de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos y adultas es primordial llegar a acuerdos, lo que favorece y afianza la confianza al interior de la familia.

Intervención de Trabajo Social con las familias rurales para la construcción de paz

La construcción de paz desde la convivencia familiar armónica con otros contextos y ámbitos posibilita un trabajo mancomunado referido en las intencionalidades de la política pública nacional de apoyo y fortalecimiento a la familia, orientado a la coherencia entre la educación al interior del hogar y las instituciones en torno a la conciliación de los tiempos laborales, familiares y las jornadas escolares. En dicha articulación es pertinente la formación y puesta en práctica de la convivencia, la autonomía y la autorregulación de las relaciones intersubjetivas, desde las cuales se reconoce al otro como un legítimo, activo en la comunicación, a través de la cimentación de experiencias de vidas cotidianas respetuosas y responsables entre las generaciones y roles en los contextos familiares y sociales, según Galvis (2011), en cuatro aspectos fundamentales: "la titularidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes; el ejercicio de la autoridad; destrezas para fijar los límites y el manejo del riesgo" (Galvis, 2011, citado en Universidad de La Salle, 2013, p. 139).

Las familias, como aliadas estratégicas en la construcción de paz desde la convivencia, deben aportar en la consolidación de actitudes culturales democráticas, a partir de prácticas democráticas cotidianas que permitan a niños, niñas y adolescentes formarse en escenarios de aprendizaje realmente democráticos, donde puedan aprender sobre la garantía y titularidad de derechos, la autonomía y la importancia del cuidado, a través de estrategias que reconozcan el valor y el papel de cada sujeto, la importancia de la participación y la expresión de opiniones, sentimientos y emociones, la escucha activa y propositiva, el diálogo permanente como herramienta de mediación de conflictos, y la generación de ciudadanías comprometidas con la reconciliación y la justicia social que tanto requiere nuestra sociedad para transformarse en pro de la paz, asuntos en los cuales desde el Trabajo Social se puede aportar en su construcción y afianzamiento.

Recapitulando, las familias rurales son sujetos colectivos activos que cultivan la paz al poseer una relación y apropiación particular con el territorio, en el marco de las trasformaciones que este posee, y los impactos sociales, políticos, culturales y ambientales que atraviesan la coyuntura actual en la ruralidad y nueva ruralidad colombiana. Bajo este panorama, se asumen como organización social que conectan el escenario de lo privado y lo público desempeñando roles de afecto, protección, cuidado, educación, sostenibilidad, subsistencia y producción, entre otros, matizados por las dinámicas culturales que devienen de la identidad campesina, las disputas entre tradición y modernidad, y las brechas socioeducativas y económicas que deja el histórico abandono estatal.

En estas familias, desde los rasgos culturales e ideológicos predomina la distribución de tareas de proveeduría en hombres y mujeres, sobrecargando a estas últimas en el tema del cuidado, quedando la autoridad y el poder generalmente en los hombres, dando cuenta de dinámicas

patriarcales en las que los hombres participan en la escena de lo público y las mujeres en el marco de lo privado. Tales relaciones se transmiten por medio de los procesos de socialización y las pautas de crianza autoritarias que en algunos casos perpetúan la violencia al interior del grupo familiar, a pesar de la emergencia de pautas más democráticas en otras familias que buscan transformar aquellos modelos intergeneracionales hacia el diálogo y la resolución alternativa y pacífica de conflictos. Llama la atención como se establecen relaciones solidarias y cooperativas en los ámbitos comunitarios de estas familias, producto del conocimiento y la confianza construida en el marco de los intercambios locales de orden productivo, social y educativo, entre otros, entrelazados a partir de vínculos como redes sociales para afrontar las múltiples carencias que viven en términos de acceso a derechos básicos como la salud, la vivienda digna, la educación y servicios públicos, entre otros.

Es oportuno indicar, como lo menciona Falla (2014), que en el énfasis de la intervención como en la investigación focalizada en los contextos socioculturales, es necesario relevar la centralidad de los sujetos sociales como líderes y protagonistas del quehacer. En este sentido, desde el Trabajo Social se ameritan diálogos articuladores entre investigación e intervención, para ahondar en los rasgos característicos de las familias rurales desde la construcción de paz, situando el contexto histórico, cultural y social de estas. Con dicho diálogo disciplinar-profesional, se llega a comprender desde la alteridad las condiciones, problemáticas y afrontamientos que han consolidado las familias rurales, al resistir los embates de la pobreza, la desigualdad y el conflicto armado interno, propiciando escenarios de acompañamiento y fortalecimiento de la capacidad de agencia de las familias. Con lo anterior, es posible incidir en los determinantes sociales que afectan las dinámicas de las familias rurales, para transformar sus dinámicas violentas hacia apuestas democráticas de interacción, y la transición a relaciones diferenciales y de género equitativas, que conllevan un trabajo profundo en el sistema de creencias y prácticas familiares.

De otro lado, es vital promover la participación de las familias en la consolidación de las políticas públicas de los escenarios rurales, lo que implica el fortalecimiento de la cultura ciudadana con la población rural a través de la exigibilidad de sus derechos, la participación en temas de la agenda pública que favorezcan y estén en sincronía con el fortalecimiento de su bienestar social, comunitario y gestión económica, justamente: "la sociedad civil debe organizarse en diferentes instancias para identificar, construir y cambiar espacios para la práctica de la democracia participativa" (De Souza y Vega, 2001, p. 44, citado por Samperio y Bracaglioli, 2004, p. 7-8). En este sentido, las y los profesionales de Trabajo Social promueven una formación participativa que permita la activación reflexiva, postura crítica y fortalecimiento de autonomía de los actores sociales en las decisiones que afectan a su misma comunidad.

Añádase a esto una serie de focos en la intervención profesional con familias rurales asumiendo como intención la construcción de paz, entre los cuales se ubican: el fortalecimiento de las redes primarias y secundarias

de dichas familias para incidir en el buen vivir en perspectiva territorial; resignificar las pautas de crianza fundamentadas en lógicas patriarcales, de dominación y subordinación a través de la violencia a partir de la transición a la socialización democrática y el manejo alternativo de los conflictos; deconstruir las prácticas de machismo e inequidad de género predominantes a partir del posicionamiento de las mujeres y sus aportes a la ruralidad, que dan cuenta de liderazgos alternativos y democráticos a resaltar; y acompañar la reconstrucción de proyectos de vida individuales y familiares en el territorio rural que contribuyan a superar las situaciones y afectaciones que el conflicto armado interno conlleva, principalmente el de las y los jóvenes que carecen de oportunidades para continuar habitando el territorio desde la continuidad de su vocación e identidad campesina.

Ahora bien, es importante contar en dichos procesos de intervención profesional con la interacción y diálogo interdisciplinar y participación de las familias, para comprender y transformar tales tensiones de forma integral y completa en el escenario rural. Todo ello para fortalecer la capacidad de agencia de las familias rurales como sujetos colectivos que pueden exigir sus derechos, el respeto de sus saberes y las prácticas de su diario vivir que, a su vez, aportan a la construcción de paz (Bueno y Torres, 2018).

En términos del posicionamiento de la intervención profesional en las prácticas sociales democratizantes al interior de las familias rurales que apuestan a la construcción de paz, es necesario tener en cuenta el contexto cargado de infinidad de conflictos que han conllevado la violencia en diferentes factores y como ello puede incidir en la sociedad en general del municipio de Guayabal de Síquima, lo que permite comprender que hablar de paz implica también hacer referencia al conflicto.

La paz se conforma por aquellos escenarios de no conflicto antagónico, de no exclusión, de no intolerancia, de no violencia, de no discriminación y de no abusos (Sandoval Forero, 2016). De ahí se puede deducir que las herramientas para construir paz no solo se centran en apostar a un conflicto constituido por dos o varias partes, aquí el papel fundamental está en las familias rurales como sujeto colectivo de derechos y garantes de un ambiente de paz para las futuras generaciones, a partir de una sana convivencia donde se respete y no se vulnere la diferencia al interior de esta organización social.

En este orden, las herramientas que influyen para dar sentido a esta construcción es el diálogo, la mediación y la transformación pacífica de los conflictos a partir de este, las normas, las leyes, los derechos humanos y el reconocimiento de todas las diversidades culturales, étnicas, religiosas, políticas y sociales que permitan el fortalecimiento de las instituciones encargadas de garantizar y promover el bienestar social (Sandoval Forero, 2016).

Para tal fin, es oportuno trabajar en la mediación familiar como estrategia para el abordaje de los conflictos, que para la trabajadora social Zapata implica (2012):

> (...) definir y reconocer el conflicto, analizar las consideraciones y significados que otorgan las partes comprometidas en el mismo, así como la forma en que afecta o compromete la relación entre ellas y buscar, con los participantes, nuevas alternativas coherentes con los significados compartidos que puedan transformar favorablemente su relación o la relación con el conflicto (p. 90).

Además, construir paz significa evitar o destruir todas las expresiones de violencia, la injusticia, el desencuentro, la miseria, la explotación, la incomunicación, la sumisión y la desigualdad. Estas maneras de entender la paz se originan en el rechazo a la violencia física y a la inclusión de la población civil en la confrontación, garantizándole los derechos humanos, es decir en proyección de lo que los expertos denominan "paz positiva" (Sandoval Forero, 2016, p. 43).

Construir paz al interior de las familias rurales, en un país que ha sido violentado por más de medio siglo, no es tarea fácil. Guayabal de Síquima, una población que ha sido directamente damnificada por este conflicto armado, permite repensarnos la forma de lograr instaurarla en el territorio. Se puede decir que, para tal hecho, es necesario formular estrategias de paz que cambien o modifiquen las causas estructurales que se manifiestan en la población. Es necesario comprender que la paz no solo es el cese del conflicto bilateral y el término de la guerra, la paz es bienestar, estabilidad.

Finalmente, es imperante avanzar en la construcción disciplinar que vincule la intervención familiar y la construcción de paz, como lo expresa Loaiza (2015), toda vez que: "(...) existe innumerable bibliografía sobre lo que los profesionales pueden 'hacer', pero todavía no se ha construido conocimiento sobre aquello que puede facilitar la construcción de paz y en cómo esta puede configurarse como objeto de conocimiento" (p. 103), destacando entonces como ruta para este fin el posicionamiento como profesión mediadora y generadora de alternativas al conflicto en diferentes escalas.

Conclusiones

Pese a que los ámbitos rurales son escenarios en los cuales es evidente la necesidad de la intervención por parte del Trabajo Social, desde los microcontextos como las familias o en mesocontextos como las comunidades, es relevante alertar que este momento es oportuno en tanto se trata de un momento en el que el llamado a la construcción de paz nos convoca como profesionales de una profesión que promueve la defensa de los derechos humanos, la justicia social y la convivencia armónica en los diversos territorios, por lo que vale la pena seguir desarrollando procesos de investigación e intervención que visibilicen cada vez más la ruralidad como escenario de intervención profesional.

Desde el Trabajo Social, la recuperación de elementos como la democratización familiar que aporta a la construcción de paz promueve relaciones armónicas que se dan a partir del vínculo con el otro; la paz territorial nutrida a partir de los aportes que las familias hacen a la convivencia en escenarios comunitarios. En esta medida, la paz territorial se construye a partir de dos dimensiones: el hogar que da cuenta de la cotidianidad, de lo íntimo-privado; y el entorno comunitario entendido como lo público, es decir dos ámbitos en los cuales las familias interactúan, se crean significados y se revierten en la convivencia comunitaria.

En cuanto a la construcción de paz desde el hogar, esta se desarrolla a partir de las relaciones que se tejen entre los miembros de la familia en sus viviendas, en donde cada sujeto se construye y aprende de forma equitativa y será lo que luego revierta en sus demás contextos. Por otra parte, cuando se hace referencia a la paz desde el entorno y el bienestar que manifiestan los y las habitantes del municipio, es importante recordar el fortalecimiento de los lazos y relaciones con las instituciones a escala municipal. Adicional a esto, las veredas tienen una gran significación para las familias, en cuanto a construcción y relaciones de paz, pues en estas las familias sienten mayor tranquilidad que en el casco urbano.

Finalmente, es necesario mencionar que, aun cuando las prácticas democráticas son positivas, es importante seguir avanzando en este tipo de procesos, pues en algunas familias se siguen evidenciando relaciones de poder mediante la adquisición de dinero, es decir, que en algunos hogares quien provee genera acciones de relegación hacia los otros. También esto puede evidenciarse en las manifestaciones de las desigualdades de género que se presentan, en las cuales las mujeres siguen siendo principalmente quienes se encargan de labores domésticas en las que los hombres tienen poca incursión. Por tanto, es de suma importancia manifestar los aspectos positivos, pero en esta misma vía potenciar el cambio de los escenarios tradicionalistas que no permiten la construcción de relaciones más democráticas al interior de la familia. Por esta situación, la formación en temas como la perspectiva de género, la memoria sobre el conflicto, la construcción de paz y los procesos comunitarios rurales, entre otros, son clave para el abordaje de estos territorios y poblaciones, con quienes se deben crear estrategias de intervención acordes a los contextos mismos, sus costumbres y sus intereses.

Referencias bibliográficas

Arias, R. (2013). Derechos y deberes para la prevención de la violencia y la construcción de la paz en el contexto familiar. *Revista Impertinente*, 1, 73-87.

Bedoya., Bueno, M., López, J., y Torres, F. (2016). *Proyecto de investigación Familias rurales: escenarios y prácticas para la construcción de paz en el municipio de Guayabal de Síquima-Cundinamarca*. Universidad de La Salle.

Briceño, L. H. (2016). Lo rural en los programas regionales de desarrollo y paz. En L. H. Briceño, M. C. Torres, Á. F. Córdoba, J. Le Blanc, y D. F. Maldonado, *Construcción de desarrollo y paz: aprendizajes y recomendaciones desde los territorios* (p. 21-43). Redprodepaz. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cinep/20161102012014/20160707_Contruccion.pdf

Bueno, A. M., y Torres Gómez, M. F. (2018). Las familias rurales, sujetos colectivos de derechos: el caso de Guayabal de Síquima. *Revista Palobra, palabra que obra*, 18, 52-65. https://doi.org/10.32997/2346-2884-vol.0-num.18-2018-2159

Caicedo, C. Román, D., Mora, D., Raigosa, L., Ortiz, M., Arias, N., y Guerrero, V. (2017). *Construcción de paz con los niños y niñas entre 7-12 años del municipio de Guayabal de Síquima* (Investigación en el marco de la asignatura Desarrollo de proyectos de investigación social en el Programa de Trabajo Social). Universidad de La Salle, Bogotá.

Cárdenas, N., Parra, Y., y Rico, S. (2014). *Significados y prácticas de construcción de paz desde la primera infancia*, Ed. Universidad de Manizales-CINDE.

Castro Ríos, Ana. (2012). Familias Rurales y sus Procesos de Transformación: Estudio de Casos en un Escenario de Ruralidad en Tensión. *Psicoperspectivas, 11*(1), 180-203. https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue1-fulltext-172

Falla, U. (2014). *La investigación en el Trabajo Social contemporáneo*. Editorial Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Galvis, L. (2011). *Pensar la familia de hoy*. Ed. Aurora.

Galvis, L. (2015). Una mirada a la familia a partir de la Constitución Política de Colombia. *Anuario de derecho constitucional latinoamericano. Fundación Konrad*. Año XXI, 605-626. http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconstla/cont/2015/pr/pr36.pdf

Jelin, E. (2005). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas. En I. Arriagada (Ed.), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales* (p. 61-69). Naciones Unidas, CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6801/S05683_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Loaiza, A. (2015). Investigación para la paz y Trabajo Social: construcción de una cultura para las paces con perspectiva de género. *Revista Eleuthera*,12, 89-111.

Mondragón Carabalí, J., Rodríguez, M. V., Ruiz Roa, M. C., y Vásquez Bernal, L. L. (2017). *Características de las familias rurales guayabalunas, una lectura desde la construcción de paz 2017*. (Trabajo de Grado - Pregrado, Universidad de La Salle, Bogotá). https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/270

Páez, R., Ramírez, M., Idárraga, M., Gutiérrez, M., y Ramírez, M. (2016). *La familia rural y sus formas de diálogo en la construcción de paz en Colombia*. Universidad de La Salle. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?id_libro=1184&pageNum_rs_libros=2&totalRows_rs_libros=1150

Palacios, M. (2020). *La familia. Meditaciones sociológicas en tiempos ambiguos.* Sílaba.

Patiño, J. (2015). Procesos de democratización familiar: posibilidad para construir condiciones de transición hacia una sociedad del posconflicto armado en Colombia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 62-79.

Pérez, T. (2016). Aprender a convivir en la diferencia, la clave para construir cultura de paz. *Boletín Virtual, 6*(3) 34-71.

Presidencia de la República de Colombia (2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Jurisdicción Especial para la Paz. Recuperado 4 noviembre 2021, de https://www.jep.gov.co/Marco%20Normativo/Normativa_v2/01%20ACUERDOS/Texto-Nuevo-Acuerdo-Final.pdf?csf=1&e=0fpYA0

Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2018). Tomo II: Instalación de la mesa de conversaciones, inicio de los ciclos de conversaciones y la discusión del punto 1: Hacia un nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral. Jurisdicción Especial para la Paz. Recuperado 11 noviembre 2021, de https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Documents/tomo-2-proceso-paz-farc-mesa-conversaciones-reforma-rural.pdf

Registraduría Nacional del Estado Civil. (2016). Plebiscito 2 de octubre de 2016. https://elecciones.registraduria.gov.co/pre_plebis_2016/99PL/DPL15127ZZZZZZZZZZZZ_L1.htm

Rivas, A. (2020, marzo 24). *Cómo acceder al programa Familias en Acción* Boletín]. Colconectada. https://www.colconectada.com/familias-en-accion/

Samperio, E., y Bracaglioli, G. (2004). *El Trabajo Social en la zona rural. Compartiendo una experiencia que se realiza desde la Práctica de Formación Académica en la licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la participación del Servicio Social del Sindicato y Obra Social de los trabajadores rurales – UATRE. OSPRERA de Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina*. Escuela de Trabajo Social. Recuperado 4 noviembre 2021, de http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-059.pdf

Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Sandoval Forero, E. A. (2016). *Educación para la paz integral. Memoria, interculturalidad y decolonialidad*. Arfo Editores E Impresores LTDA.

Schmukler, B. E. (2013). Democratización familiar como enfoque de prevención de violencia de género: experiencias en México. *Revista latinoamericana de estudios de familia*, 5, 199-221.

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Torres, A. (2011). Activación de memoria e identidad colectiva desde la recuperación colectiva de la historia. En P. Páramo (Comp.), *La investigación en Ciencias Sociales: estrategias de investigación* (p. 299- 306). Universidad Piloto de Colombia.

Universidad de La Salle. (2013). *Propuesta de diseño del observatorio distrital de las familias. Secretaría Distrital de Planeación Convenio N° 185/2013*. Secretaría Distrital de Planeación. Recuperado 11 noviembre 2021, de http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/informe_final_propuesta_diseno_observatorio_d_c_.pdf

Uribe, P. (2012). *Aprender a ser familia. Familias monoparentales con jefatura femenina: Significados, realidades y dinámicas*. Ediciones Unisalle.

Zapata, B. (2012). *Trabajo Social Familiar*. Universidad Nacional de Colombia.

Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19

Changes and healthcare adaptation of the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital in the face of the Covid-19 pandemic

Antoni Llort Suárez[1]
ORCID: 0000-0002-9754-7453
Tre Borràs Cabacés[2]
ORCID: 0000-0002-4052-0938

Recepción: 20/07/21. Revisión: 04/09/21. Aceptación: 25/10/21

Para citar: Llort Suárez, A., y Borràs Cabacés, T. (2021). Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19. *Revista de Treball Social*, 221, 49-68. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.03

Resumen

En este artículo hemos querido describir el proceso de adaptación del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus durante el confinamiento derivado de la pandemia por la covid-19. En primer lugar, de qué manera se produjeron los cambios técnicos a la hora de poder ofrecer teleasistencia (psicoterapia, seguimiento médico y social) a los pacientes que lo necesitaban, así como evaluar la idoneidad de estos sistemas —susceptibles de tener continuidad después del confinamiento— de teleasistencia y la valoración por parte de los pacientes y

1 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de Acciones sobre Drogas de Reus). Medical Anthropology Research Centre (MARC) de la Universidad Rovira i Virgili. antoni.llort@salutsantjoan.cat
2 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de Acciones sobre Drogas de Reus). Medical Anthropology Research Centre (MARC) de la Universidad Rovira i Virgili. tborras@grupsagessa.com

los profesionales. Para poder llevar a cabo este estudio, se reconvirtieron los itinerarios truncados de prácticas de once estudiantes para habilitarlos como encuestadores y formar parte del equipo del diseño de los cuestionarios del trabajo de campo.[3] El equipo del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus también puso en marcha un dispositivo telefónico de apoyo emocional para todos los trabajadores del hospital, sobre todo pensando en aquellos que estaban en primera línea. Ante la inmediatez que la situación requería, la poca preparación y experiencia en este tipo de situaciones y un contexto de pandemia psicológica, queremos destacar, describir y compartir los elementos que han llevado a nuestro servicio a convertirse en un ejemplo de resiliencia organizacional, respuesta adaptada y rápida a las necesidades de nuestros pacientes, de los propios profesionales y de los estudiantes en prácticas con un enfoque interdisciplinario.

Palabras clave: Pandemia psicológica por la covid-19, teleasistencia, Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus, resiliencia organizacional, enfoque interdisciplinario.

Abstract

In this paper we aim to describe the adaptation process that the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital underwent during the lockdown declared due to the Covid-19 pandemic. First of all, we examine how these technical changes take place with regard to being able to deliver telecare (psychotherapy, medical and social monitoring) to patients who needed it, as well as assessing the suitability of these telecare systems – which are likely to remain in use after the lockdown – and the assessment by patients and professionals. In order to carry out this study, the truncated training placements of eleven students were transformed in order to train them as interviewers, allowing them to form part of the fieldwork questionnaire design team. The team from the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital also launched a telephone helpline for emotional support for all hospital workers, especially those who were on the frontline. Given the

3 Queremos agradecer la gran tarea y capacidad de adaptación del alumnado en prácticas que ha colaborado con este estudio durante el confinamiento: Anna Tost Soler (Máster en Psicología General Sanitaria), Maria Moreno Rufilanchas (Grado en Psicología, URV), Judit Escudero Abella, Cristian Cabrera Marchante (Máster en Psicología General Sanitaria), Paul Labrador Villalba (Grado en Psicología, URV), Emma Parrilla Fumadó (Grado en Educación Social, URV), Rafael Juarez Leon (Grado en Trabajo Social, URV), Rocío Vallejo Hernández (Grado en Psicología, URV), Marc Homedes Llorca (Grado en Psicología, URV), Marc Piñol Gilbert (Grado en Psicología, URV) y Joaquim Roig Jofré (Grado en Psicología, Universidad Blanquerna). Queríamos agradecer también y de manera especial a las personas del equipo del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus que trabajaron presencialmente durante todo el periodo del confinamiento.

urgency the situation called for, the scant preparation and lack of experience in these situations coupled with the psychological pandemic context, we sought to highlight, describe and share those elements that have led our service to become an example of organizational resilience, delivering a swift, adapted response to the needs of our patients, professionals and students on training placements by means of an interdisciplinary approach.

Keywords: Covid-19 psychological pandemic, telecare, Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital, organisational resilience, interdisciplinary approach.

Introducción

El Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, impuso el estado de alarma en Cataluña y el confinamiento de la población a causa del SARS-CoV-2 y su enfermedad asociada, la covid-19. Este confinamiento duró del 14 de marzo al 20 de junio de 2020. Los servicios públicos asistenciales de la salud y sociales continuaron ofreciendo servicios mínimos de atención presencial y desplegando dispositivos de teleasistencia (dispositivos móviles, ordenadores personales, teléfonos, videoconferencias, correo electrónico, plataformas de comunicación...) para poder continuar atendiendo a los usuarios.

La cadena de acontecimientos puso en evidencia las dificultades en la preparación (*preparedness*) y la contención para afrontar este tipo de nuevas situaciones (Bedford et al., 2020; Carinci, 2020). Aun así, la imposibilidad de intervenir cara a cara con los pacientes provocó que el despliegue de la teleasistencia fuera necesaria y nueva para muchos profesionales. El miedo al contagio, la separación prolongada entre cuidadores y dependientes, sentimientos de aislamiento, dolor y pérdida de los seres queridos, el trabajo y los hábitos del día a día, pérdida de control e impotencia, así como la incertidumbre sobre el futuro, describen una situación psicosocial aguda y compleja. El contagio infeccioso se refleja en contagios simbólicos emocionales y conductuales, es decir, el surgimiento de una "pandemia psicológica" (Evangelidou, 2020). Desde la asistencia pública lo tenemos que afrontar y debemos aportar los elementos de apoyo necesarios. La covid-19 ha propiciado un cambio en el contexto cultural y social, y también en el ámbito asistencial, donde los roles y las relaciones de la ciudadanía y los profesionales de la salud se están modificando.

El Trabajo Social en el ámbito hospitalario, según Andaluz et al. (2020), se ha visto reforzado en esta situación de crisis, en que se ha puesto a prueba su capacidad de rápida adaptación a la organización del trabajo a nuevas necesidades, lo cual, en muchas ocasiones, ha sido la puerta de entrada para las propuestas que llegan desde el exterior y puente de comunicación y enlace, por lo tanto, entre el hospital y la comunidad, hecho del que queremos presentar un ejemplo en este artículo. En la práctica, el Trabajo Social en el campo de la salud mental y las adicciones, así como otros, comparte espacios e interviene conjuntamente con otros profesionales —como es nuestro caso— de medicina, psicología, educación social, enfermería... procurando la integración de las diferentes disciplinas (Garcés Trullenque, 2010) tanto en el trabajo cotidiano como a la hora de emprender nuevas intervenciones.

Ante este escenario, el Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (a partir de ahora, SAySM-HUSJR) afrontó un doble reto, el de continuar dando asistencia a sus pacientes, adoptando metodologías de teleasistencia, y el de dar respuesta al hecho —que como hospital universitario apela a nuestra responsabilidad docente— de tener once alumnos en prácticas (siete del Grado de Psicología, dos

del Máster de Psicología General Sanitaria, uno de Educación Social y uno de Trabajo Social). Hacía falta, pues, como denominan algunos autores, aplicar cierta resiliencia organizacional. Definimos *resiliencia* como un proceso dinámico que alcanza la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa. El término *resiliencia* se ha utilizado en el ámbito organizativo para describir las características inherentes a aquellas organizaciones que pueden responder y recuperarse más rápidamente, o desarrollar formas más inusuales de seguir su actividad bajo coacción (Sutcliffe y Vogus, 2003; Vogus y Sutcliffe, 2007, citado por Linnenluecke, 2017). Otro ejemplo de la adaptación positiva a la fenomenología de los hechos se materializó con la puesta en marcha desde el SAySM-HUSJR de un servicio de apoyo emocional (telefónico) para el resto de los trabajadores del centro hospitalario para atender las demandas derivadas de la mencionada pandemia psicológica, que impactó fuertemente y especialmente en el personal sanitario de primera línea (Shanafelt et al., 2020).

Desde este punto de vista, la resiliencia organizacional es un factor prioritario para aquellas organizaciones cuyo objetivo es intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas y las dinámicas de exclusión/inclusión, garantizando que las respuestas y los recursos de la organización se adecuen a la demanda de los clientes y/o destinatarios de servicios (Pacheco Mangas et al., 2020). Hay que destacar también que durante el periodo de confinamiento se continuó atendiendo a personas vulnerabilizadas, usuarias del Servicio que acuden al Centro de Acogida y Actividades La Illeta, gestionado por el propio SAySM-HUSJR. La respuesta de carácter comunitario desde la perspectiva de la disminución de daños y riesgos derivados del consumo de sustancias psicoactivas es también una expresión de resiliencia comunitaria y organizacional, centrada en la premisa de la atención universal a personas sin recursos básicos, que han sufrido más profundamente la crisis generada por la pandemia de la covid-19 (Llort, 2020).

Hay que destacar la rapidez con la que se pusieron los medios indispensables (teléfonos móviles sin conexión a internet, conexión remota con el hospital y dos ordenadores portátiles para videovisitas que han utilizado principalmente el equipo de enfermería, Trabajo Social y el equipo médico tanto para la atención a los pacientes como para reuniones de coordinación y de equipo) para la intervención psicoterapéutica a pesar del factor de excepcionalidad.

Antes de proceder a esbozar los principales resultados de la encuesta, nos parece necesario introducir qué sustancias han generado la demanda de tratamiento de nuestros pacientes en porcentajes del 2019, para tener una idea general del total de la población de la que hemos extraído la muestra.

Tabla 1. Demandas de tratamiento por sustancia principal

	Heroína	Cocaína	Cánnabis	Alcohol	Tabaco	Otras	Total
N.º demandas %	52 (8,9%)	182 (31,2%)	70 (12,0%)	227 (38,9%)	38 (6,5%)	15 (2,6%)	584 (100%)

Fuente: Datos extraídos del Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (Subdirección General de Drogodependencias, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Departamento de Salud, 2020).

De acuerdo con un enfoque del Trabajo Social basado en el contexto de intervención, más allá de la relación asistencial con las personas usuarias, McCoyd y Schwaber Kerosm (2016) definen tres dimensiones que interactúan de manera significativa en la calidad asistencial, poniendo énfasis en el manejo de nuevas (o no tan nuevas) formas de comunicación. En primer lugar, debemos analizar el tipo de política social y de salud que nos afecta directamente. Esto definirá los tipos de servicios que las personas pueden recibir, quién debe proveerlos, en qué condiciones y cómo deben evaluarse. En segundo término, las instituciones/organizaciones a las que estamos subscritos son las garantes de las estructuras y definirán la naturaleza de los servicios, a menudo, por orden de las personas que toman decisiones políticas. Y, por último, la tecnología aplicada a la información. En una era donde el significado de la comunicación continúa expandiéndose de manera compleja, las tecnologías y las formas de comunicación actuales impactan sobre los servicios, los profesionales y las estructuras ofreciendo nuevas oportunidades comunicativas y formas de establecer una nueva relación asistencial satisfactoria por ambas partes, hecho que intenta ilustrar este texto. Los cambios en la manera de recoger la información, los diferentes canales de comunicación existentes, nuevas posibilidades de análisis de datos, las posibilidades que acoge el acceso a Internet e inherentemente una distinta manera de gestionar el tiempo y la calidad asistencial.

Con esta idea, y para combinar y reforzar la tarea docente y atender nuestro *pull* de pacientes en condiciones de pandemia, se puso en marcha un estudio para conocer la situación de los pacientes en confinamiento y la percepción de la respuesta e idoneidad de los métodos empleados de seguimiento sanitario, psicoterapéutico y social a distancia, ya sea telefónico o con videovisita, por parte de los pacientes y los profesionales. Este estudio se puso en marcha con este doble objetivo, de manera rápida y con poco tiempo de reflexión metodológica. El grupo de estudiantes en prácticas, coordinado por el equipo de Trabajo Social, participó tanto en el diseño de las preguntas como en el total del proceso de entrevista telefónica y en reuniones de reflexión sobre los resultados que iban emergiendo durante las cuatro semanas que duró el plazo abierto para pasar los cuestionarios. Con sentido de responsabilidad, cierta improvisación, sin esperar a recibir instrucciones y con muy pocos recursos, muchos servicios se han adaptado a la excepcionalidad del momento y lo han hecho de manera casi universal,

con independencia del tipo de centro (urbano, rural, docente, grande o pequeño) y del tipo de servicio que ofrecían.

Por otro lado, han sido necesarios ciertos procesos de creatividad e innovación, que, de manera conjunta, han permitido que las ideas lleguen finalmente a materializarse. Este aspecto basado en la innovación espontánea y la rápida toma de decisiones ha estado determinante para la consecución de nuestros objetivos. En este sentido, también hay que introducir el concepto de enfoque transdisciplinario o interdisciplinario, que pide disponer de espacios de discusión sobre estrategias, lo que permite la resolución de problemas complejos que superan el dominio monodisciplinario y que requieren de la integración del conocimiento (Matus Sepúlveda, 2020). La interdisciplinariedad, según García López (2004), no la podemos concebir como una suma de conocimientos, ni como un conglomerado de actuaciones de un grupo. Hace referencia al modelo de trabajo. Se trata de poner en común diferentes formas de conocimiento, de entender y/o abordar una problemática o fenómeno determinado.

Cabe mencionar que todo este proceso adaptativo se ha podido materializar gracias al trabajo presencial al Servicio durante todo el confinamiento del equipo de Trabajo Social, de administración, secretaría y atención al cliente, así como los servicios mínimos presenciales del equipo médico y de enfermería, que han evitado el cierre del Servicio.

El artículo que a continuación presentamos está estructurado en los siguientes apartados: esta introducción inicial con base teórica y descriptiva del estudio, los objetivos y la metodología empleada, los resúmenes de los resultados de los cuestionarios practicados a personas usuarias del Servicio y a sus profesionales, y un último apartado de conclusiones donde se discuten los resultados confrontados con las ideas presentadas y dos anexos con los cuestionarios pasados a las personas atendidas y a los profesionales.

Objetivos

El objetivo del artículo es describir la adaptación hecha tanto desde el punto de vista asistencial como docente durante el tiempo del confinamiento por la covid-19 por parte de los profesionales con los pacientes y con los estudiantes en prácticas del SAySM-HUSJR, así como la idoneidad de los métodos empleados de teleasistencia.

Metodología

Para llevar a cabo el estudio descriptivo, se seleccionó una muestra aleatoria de 290 pacientes del SAySM-HUSJR, a los cuales se hizo seguimiento o intervenciones psicoterapéuticas, de atención social y a la salud telemáticamente, durante el periodo del 14 de abril de 2020 al 30 de abril de 2020. Se trata de un estudio descriptivo transversal, un diseño básico en epidemiología. Se caracteriza por la ausencia de seguimiento y da una

visión instantánea de lo que ocurre en una población o una muestra suya en un momento dado. El proceso que se estudia (enfermedad o un determinante de salud) se mide una sola vez (Almazán et al., 2002).

La técnica utilizada ha sido la encuesta mediante dos cuestionarios de preguntas cerradas, uno dirigido a las personas usuarias del Servicio y otra a los profesionales que trabajan en este. Hemos seleccionado este instrumento puesto que no solo es un conjunto de preguntas más o menos organizadas, sino que lo que nos permite es: obtener y explotar datos cuantitativos para su tratamiento y análisis estadísticos, preguntando de manera estructurada a un conjunto determinado de personas que representan una población determinada (Meneses y Rodríguez, 2011). Según Casas Anguita et al. (2003), el objetivo que se persigue con el cuestionario es traducir variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas. Todos los estudiantes de prácticas se encargaron de pasar la totalidad de los cuestionarios por vía telefónica. Según López y Deslauriers (2011), este tipo de entrevista es la más estructurada. Se utiliza un cuestionario estandarizado con preguntas redactadas por adelantado, con un orden que el encuestador debe respetar, y la respuesta es con una elección limitada.

Para la confección de los cuestionarios se contó con un equipo de profesionales del SAySM-HUSJR coordinado por el equipo de Trabajo Social y la colaboración de estudiantes de Trabajo Social (uno), Psicología (nueve), y Educación Social (uno) en prácticas. Las entrevistas las condujeron los mismos estudiantes, vía telefónica, durante el periodo del 4 de mayo de 2020 al 29 de mayo de 2020, hecho que permitió para muchos iniciar el periodo de prácticas o acabarlo una vez truncado su itinerario formativo por el confinamiento, garantizando al colectivo de estudiantes el mantenimiento de toda la actividad programada, que, además de la docencia, incluye las prácticas, así como los procesos de evaluación.

En cuanto a garantizar la confidencialidad y la dimensión ética de este estudio, nos hemos amparado en la declaración firmada de todas las personas usuarias de nuestro servicio a ceder sus datos para favorecer la investigación y la formación de profesionales, siempre bajo las rigurosas medidas que la ley de protección de datos exige. Cómo señala Román (2013), es capital tener en cuenta los aspectos éticos en estos tipos de investigación, puesto que no siempre se tienen en cuenta estos factores a la hora de diseñar y desarrollar investigación en el ámbito social.

De la muestra de 290 personas seleccionadas, se han obtenido 158 respuestas, un 51%, el resto no ha contestado (a pesar de haber aceptado participar en el estudio previamente) o bien no se ha podido localizar. Al mismo tiempo, también se ha distribuido una encuesta de autocumplimiento a trece profesionales del SAySM-HUSJR con el objetivo de conocer la percepción de la respuesta e idoneidad de los métodos empleados de seguimiento psicoterapéutico a distancia. El vaciado y análisis de las encuestas lo ha llevado a cabo el equipo técnico interdisciplinario del SAySM-HUSJR.

Resumen de resultados de la encuesta hecha a personas usuarias del SAySM-HUJSR

En cuanto al perfil de pacientes encuestados del SAySM-HUSJR, hay que destacar de la muestra (de 158 personas), que un 70,9% son hombres ante un 29,1% de mujeres con una media de edad de 43,5 años. El 48,7% de las personas son solteras. Un 89% de nacionalidad española. Un 22% viven solas y un 81% no tienen personas a cargo.

El 63,9% de las personas encuestadas han hecho un confinamiento total, es decir, solo han salido de casa para ir a adquirir productos de necesidad básica. Del total, un 45,6% viven en un piso con balcón o terraza y un 88% han tenido un espacio donde relajarse o estar tranquilos durante el confinamiento.

El 37% de las personas encuestadas han mantenido el trabajo, mientras que un 33% no tenían antes del confinamiento. Un 13,29% perdieron el trabajo durante el confinamiento y el resto, un 16,71%, estaban en paro, estudiaban o estaban de baja laboral.

De todas las personas encuestadas, un 37,08% manifiestan tener enfermedades orgánicas y un 61,4% reconocen tener un diagnóstico de salud mental. En cuanto a su estado de ánimo durante el confinamiento, hay que destacar que las que ya presentaban un estado de ánimo bajo antes del confinamiento han empeorado después de este.

Un 88% han manifestado tener alguna persona que se preocupaba por ellos durante el confinamiento y un 56% han podido hablar con alguien de sus problemas personales. El 32,3% han recibido apoyo de los servicios sociales durante el confinamiento.

Cuando se les ha preguntado sobre el consumo de sustancias psicoactivas durante el periodo del confinamiento, el 42% de los pacientes han manifestado haber consumido con más cantidad que antes del confinamiento y un 44,3% lo han hecho en menor medida, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias más consumidas.

Cuando los encuestados valoran la atención recibida por parte del SAySM-HUSJR durante el confinamiento, un 97% creen sentirse muy satisfechos o satisfechos por la atención recibida, ya sea telefónica o con videovisita. Un 80,37% han manifestado que han tenido la sensación de tener más posibilidades de contactar con el Servicio en caso de urgencia, por el hecho de tener contacto directo telefónico o vía correo electrónico con su psicoterapeuta de referencia.

De todas las atenciones, hay que destacar que el 86% han estado de cariz telefónico y del 14% restante mediante el sistema de videovisita. Del total de personas encuestadas, el 53,1% no conocían el método de la videovisita, un 34,1% conocían el método por no lo usaban y el 12,8% sí que lo conocían y sí habían hecho uso de este.

En cuanto a la confidencialidad de las conversaciones en el ámbito de convivencia relacionadas con las visitas telefónicas o videovisitas, un

75,94% han manifestado que no les han supuesto problemas de confidencialidad respecto a su núcleo de convivencia.

El 60,75% de las personas encuestadas valoran que tanto las visitas telefónicas como las videollamadas presentan ventajas en comparación con el tipo de visita presencial, y verían positivamente intercalar en su rutina presencial habitual las visitas e intervenciones telefónicas o videovisitas, sobre todo por el hecho de no tener que desplazarse y evitar posibles contactos con el SARS-CoV-2, pero también por el simple hecho de la comodidad de hacer la visita desde casa. Aun así, un 58,22% han manifestado que han echado de menos el contacto presencial.

Resumen de resultados de la encuesta a profesionales del SAySM-HUSJR durante el confinamiento

Este tipo de encuesta ha permitido recoger la sensibilidad de estos profesionales relacionada con la aplicación de las técnicas de teleasistencia. En cuanto a los principales inconvenientes que se han encontrado han estado perder "el lenguaje no verbal" en un 24% de las respuestas. Las interrupciones inesperadas fruto de la convivencia, tanto en el domicilio de los profesionales como de los pacientes, 20%, y los problemas tecnológicos, 20%. En menor medida, un 12% declaran no haber tenido un espacio adecuado de trabajo y la carencia de proximidad con los pacientes, 12%, conciliar la vida familiar y profesional, 4%, la dificultad de contactar con pacientes que no conocían, por ser la primera vez, 4%, y la dificultad de mantener unos horarios, 4%, han sido otras dificultades detectadas.

Sobre la consideración general de si el confinamiento ha dificultado su trabajo, un 84,7% creen que no lo ha dificultado o lo ha dificultado mínimamente, y el 15,3% creen que sí lo ha dificultado. Cuando se les pregunta sobre cómo puede afectar a los pacientes recibir atención de forma telemática, un 69,23% opinan que puede afectar positivamente a los pacientes, un 7,7% piensan que les afecta negativamente y un 23,07% que depende de cada paciente. Los motivos para pensar que afecta positivamente son principalmente que el proceso terapéutico mejora, facilita la comunicación en tiempo de confinamiento y que muchos pacientes se muestran agradecidos por los contactos con los profesionales. Los que creen que afecta negativamente a los pacientes es porque piensan que aprecian más la presencialidad.

También se les ha preguntado sobre si la situación de confinamiento puede afectar los progresos de los pacientes. Un 69,2% consideran que pueden empeorar, un 27,8% creen que mejoran y un 3% creen que no afecta los progresos terapéuticos.

Cuando se trata de pacientes nuevos, los profesionales valoran que la toma de contacto de forma no presencial tiene algún efecto, pero no la

dificulta, un 76,9%, y un 23,1% piensan que puede dificultar la toma de contacto.

Un 69,2% de los profesionales creen que ha aumentado la asistencia a las sesiones gracias a los sistemas de teleasistencia, un 23,1% creen que se ha mantenido constante y un 8,7% que los pacientes fallan más a las visitas. Especialmente un 84,6% creen que por lo que refiere a los pacientes que acostumbraban a ausentarse ha aumentado la asistencia. En relación con estos datos, hay que destacar que un 92,3% de los terapeutas piensan que con la posibilidad de hacer consulta por teléfono o videovisita puede aumentar la frecuencia de las visitas o el número de llamadas entre la actividad programada.

Un 83,3% de los profesionales encuestados creen que este tipo de asistencia se mantendrá después del confinamiento, puesto que puede ser que la situación se alargue y pacientes y profesionales se pueden adaptar a estos cambios. Aun así, un 46,1% piensan que la situación de confinamiento ha afectado el buen seguimiento del paciente. Un 92,3% creen que la relación terapéutica que se había establecido con sus pacientes no se ha visto afectada por el confinamiento o si se ha visto afectada ha estado positivamente. Y un 92,3% creen que los pacientes han tenido un apoyo profesional adecuado.

En cuanto a los perfiles de pacientes que se pueden ver beneficiados o perjudicados por las medidas adoptadas durante el confinamiento, un 53,8% piensan que no hay un perfil determinado pero que las personas con trastornos mentales graves o de la personalidad se pueden ver más perjudicadas por los cambios de dinámicas. Un 76,9% creen que durante el confinamiento se ha contado, gracias a los teléfonos y a la conexión remota facilitados por el hospital y a la disponibilidad de recursos tecnológicos de algunos profesionales, con los recursos necesarios para mantener la interdisciplinariedad del equipo (siendo la llamada telefónica, el correo electrónico y el servicio de mensajería WhatsApp los medios imprescindibles para mantenerla). Un 53,8% piensan que la situación de confinamiento ha afectado el trabajo en red con otros servicios, centros y/o entidades.

Sobre la preferencia de tipología de visita a hacer, un 46,2% manifiestan la prioridad por la visita presencial, un 15,4% la videovisita o la llamada telefónica, y un 46,2% la combinación de las tres.

La totalidad de los terapeutas y profesionales encuestados, el 100%, consideran interesante incluir la videovisita y las llamadas telefónicas en su práctica habitual. Y un 92,3% consideran que el trabajo telemático puede favorecer u optimizar la productividad/eficacia de las intervenciones.

Conclusiones

Ante los cambios impuestos por el virus SARS-CoV-2 y su enfermedad derivada, la covid-19, en este artículo hemos querido explicar cómo se han superado los problemas de carencia de preparación y contención ante los nuevos y radicales acontecimientos que evidentemente han afectado

la práctica asistencial del SAySM-HUSJR. Así, queda patente, tal como apuntábamos en la introducción, la capacidad de adaptación a nuevas necesidades del Trabajo Social hospitalario, sobre todo liderando la intervención en momentos de crisis y facilitando el apoyo psicosocial necesario, como apuntan Andaluz et al. (2020), desde una planificación ágil y dinámica que permite priorizar intervenciones, seleccionar colectivos prioritarios y adaptar los servicios a las necesidades.

Cómo mencionábamos en la introducción, el impacto simbólico emocional y conductual, es decir, el surgimiento de la "pandemia psicológica" que Evangelidou (2020) describe, hace que desde la asistencia pública tuviéramos que afrontar y aportar los elementos de apoyo necesarios para acompañar a las personas usuarias del Servicio. En este sentido, se destacan los siguientes resultados: de la muestra del estudio, aumentaron el consumo un 40%, más del 60% reconocían tener un diagnóstico de salud mental y cerca de un 13% habían perdido el trabajo durante la pandemia. Estos datos evidencian que nos encontrábamos y encontramos ante una población en situación de vulnerabilidad.

El principal objetivo de los cambios adaptativos se concretó al intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas (Pacheco Mangas et al., 2020), hecho que ejemplifica la capacidad de resiliencia organizacional, que ha sido un factor clave para garantizar que las respuestas y los recursos de la organización se adecuaran a la demanda de los destinatarios del SAySM-HUSJR en tiempo de pandemia y confinamiento. Principalmente, las personas usuarias del Servicio manifestaron, en más de un 80%, la sensación de tener más posibilidades de contactar con el Servicio en caso de urgencia, por el hecho de tener contacto directo telefónico o vía correo electrónico con su psicoterapeuta de referencia.

Durante este periodo, tal como se ha constatado, se hizo mucha más atención telefónica que videovisitas, puesto que los medios que se pusieron al alcance fueron mayoritariamente teléfonos móviles sin conexión. La respuesta se vio muy mediatizada por este tipo de apoyo. Las videovisitas llevadas a cabo se pudieron hacer en muchas ocasiones gracias al hecho de que los profesionales pusieron a disposición sus dispositivos personales cuando estaban teletrabajando. Es capital destacar la importancia de los servicios presenciales de los equipos de servicios mínimos, que permanecieron en sus puestos de trabajo de manera ininterrumpida durante el confinamiento de la población. La creación simultánea de un equipo de apoyo emocional para el resto de los trabajadores del centro hospitalario y la puesta en marcha del estudio con la colaboración de los alumnos en prácticas acaban de configurar la respuesta, rápida, creativa y necesaria, para afrontar las dificultades sobrevenidas.

Técnicamente, uno de los medios más importantes para poder continuar atendiendo eficientemente a nuestros pacientes ha estado poder trabajar con la historia clínica telemáticamente y también las medidas implementadas por el Departamento de Salud en relación con las facilidades para gestionar la receta electrónica. Estos han sido unos hechos muy relevantes para poder mantener una atención de calidad.

El apoyo y el servicio asistenciales se han visto afectados por las condiciones de no presencialidad, pero han resultado coherentes con el momento de la pandemia. Las videovisitas, aunque minoritarias, han permitido una intervención más próxima que las presenciales, y han abierto una puerta a la flexibilización de la presencialidad en el futuro. La modalidad telefónica también ha sido útil para realizar tareas de apoyo y una intervención psicoterapéutica orientada al cambio.

Toda esta experiencia acumulada, además del retorno progresivo a la presencialidad, nos permite hacer una apuesta por un apoyo técnico (cámara en la consulta) para mantener este ritmo de atención y estudiando la posibilidad de compaginar rapidez y celeridad con la puesta en marcha de los sistemas telemáticos.

Ponemos, pues, en evidencia algunas dificultades de este sistema (telemático) y el reclamo de la presencialidad por parte de ambas partes (profesionales y pacientes), puesto que en conclusión no es sustituible (un sistema virtual no puede superar la calidad humana). Aun así, lo que ahora se denomina "era covid" plantea la sostenibilidad de estos recursos en el tiempo. Por ejemplo, hay pacientes a los que, porque viven a muchos kilómetros de los servicios asistenciales, los nuevos sistemas telemáticos les facilitan mucho la atención y la accesibilidad. También hay que pensar desde un punto de vista ecológico las ventajas que la implementación de la teleasistencia también puede aportar, como la sostenibilidad y el aprovechamiento de los recursos cuando son necesarios.

En general, desde el punto de vista de los profesionales hay la sensación de que la productividad y la dedicación horaria ha aumentado con el teletrabajo dado que la gestión de los horarios en el teletrabajo requiere una reflexión a partir de esta experiencia nueva. En tiempo de confinamiento, en muchos casos, ha ido a favor de atender más, perdiéndose los límites de la jornada laboral, puesto que se han efectuado un número mayor de visitas. Este hecho, sin embargo, plantea que hay que estar atentos a analizar muy bien esta relación, porque no tendría que comportar perder la calidad asistencial de las intervenciones. Los cambios de las relaciones sociales y culturales acontecidos y también en la relación asistencial hacen que la relación de la ciudadanía y los profesionales de la atención sociosanitaria se transformen continuamente. Es necesario, pues, que el Trabajo Social, como disciplina, sea capaz de adaptarse a estos cambios, pero más importante todavía, que pueda ser un agente integrador de las diferentes disciplinas profesionales que reúnen servicios sociales y de atención a la salud en un ámbito tan complejo como es el de las adicciones. En síntesis, se hace evidente más que nunca, ante el SARS-CoV-2, que los medios telemáticos serán imprescindibles para adaptarnos de manera flexible a las necesidades colectivas.

ANEXO 1. CUESTIONARIO ADMINISTRADO A PACIENTES

ID numérico:

1. Edad:
2. Género:
3. Nacionalidad:
4. Estado civil:
5. Tipo de vivienda:
   - Vivienda con jardín/patio
   - Vivienda sin jardín/patio
   - Piso con balcón o terraza
   - Piso
   - Piso compartido
   - No tengo vivienda fija
   - Otros:
6. Metros cuadrados de la vivienda (aprox.):
   - Menos de 30 m^2
   - Ente 31 y 50 m^2
   - Entre 51 y 70 m^2
   - Entre 71 y 100 m^2
   - Más de 100 m^2
7. ¿Tiene espacio para relajarse, habitación individual, donde estar tranquilo?
8. ¿Con quién vive actualmente?
9. En caso de tener hijos/as indique qué edades tienen. (Ejemplos: *uno/a hijo/a de 4 años, dos hijos/se, uno/a de meses y uno/a de 2 años.*)
10. ¿Tiene a su cargo a personas mayores? En caso afirmativo, indique cuántas y de qué edad. (Por ejemplo: *Tengo una persona mayor a cargo de 80 años*; o *Tengo dos personas a mi cargo de 77 y 74 años.*)
11. ¿Tiene a su cargo personas con necesidades especiales? En caso afirmativo, indique cuántas y su condición.
12. ¿Ha perdido el trabajo a causa de la crisis del coronavirus?
    - Sí
    - No
13. Ejercicio:
    - Practico algunos días por semana
    - Practico todos los días
    - No practico
14. Yoga/meditación:
    - Practico algunos días por semana
    - Practico todos los días
    - No practico
15. ¿Toca algún instrumento?
    - Sí, algunos días por semana
    - Sí, todos los días
    - No
16. Juega a videojuegos/móvil/tablet?
    - Sí, algunos días por semana
    - Sí, todos los días
    - No
17. Mira la televisión / Netflix u otras plataformas /películas o series en línea?
    - Sí, todos los días
    - Sí, algunos días por semana
    - No suelo hacerlo
18. Tiempo que dedica a mirar/escuchar noticias sobre el coronavirus:
    - No suelo hacerlo
    - Lo hago todos los días
    - Lo hago algunos días por semana
19. ¿Sufre alguna enfermedad? En caso afirmativo, indique cuál.
20. ¿Tiene algún problema psicológico diagnosticado? En caso afirmativo especifique cuál.
21. Grado de confinamiento
    - Total
    - Funcional
    - Teletrabajo
    - Soy personal esencial
22. Antes del confinamiento su estado de ánimo era...
    - Muy bajo
    - Bajo
    - Bueno
    - Muy bueno
    - Normal
23. Durante el confinamiento su estado de ánimo es...
    - Muy bajo
    - Bajo
    - Bueno
    - Muy bueno
    - Normal
24. Después del confinamiento su estado de ánimo se prevé...
    - Muy bajo
    - Bajo
    - Bueno
    - Muy bueno
    - Normal
25. ¿Ha recibido apoyo por parte de los servicios sociales?
    - Sí
    - No
26. ¿Le han multado por haber salido a la calle cuando iba a hacer tareas permitidas (compra de alimentos, ir a la farmacia, salir con algún familiar con necesidades especiales)?
    - Sí
    - No

27. ¿Está trabajando de cara en el público? Indique sí o no y de qué tipo de trabajo se trata.
    - Sí
    - No
28. ¿Ha sufrido enfermedad por coronavirus?
    - Sí
    - No
29. En caso afirmativo, ¿ha sufrido algún tipo de estigma por haber sido contagiado?
    - Sí
    - No
30. ¿Alguien de su entorno ha enfermado por coronavirus? En caso afirmativo explique quién (hermano/na, padre, madre...).
    - Sí
    - No
31. ¿Ha muerto alguna persona de su entorno por coronavirus? En caso afirmativo explique quién (hermano/na, padre, madre...).
    - Sí
    - No
32. ¿Está consumiendo alguna de estas sustancias durante el confinamiento?
    - Alcohol (cerveza, vino, ron, vodka, whisky...)
    - Tabaco
    - Cánnabis
    - Cocaína
    - Heroína
    - Anfetaminas
    - Medicación
    - Otras:
33. Durante el confinamiento, ¿está consumiendo más de lo normal, o menos de lo normal, alguna de las sustancias anteriores?
34. ¿Cuenta o ha contado con personas que se preocupan por lo que le pase? Sí o no y, en caso afirmativo, indique cuántas.
35. ¿Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares?
    - Sí
    - No
36. ¿Cómo se ha sentido con la atención que se le ha dado?
    - Satisfecho/a
    - Muy satisfecho/a
    - Insatisfecho/a
    - Muy insatisfecho/a
37. Ha mantenido contacto...
    - Mediante videovisita
    - Telefónico
    - Por correo electrónico
38. ¿Conocía o utilizaba la videovisita anteriormente?
    - Sí
    - No
39. Le ha resultado útil?
    - Sí
    - No
40. ¿Le ha parecido adecuada la duración de las sesiones?
    - Sí
    - No
41. Ventajas de recibir atención telefónica:
42. Ventajas de recibir atención mediante videovisita:
43. ¿Qué desventajas considera que tienen las anteriores opciones de atención (videovisita o llamada telefónica)?
44. ¿Cree que de este modo tiene más posibilidades de contactar con el Servicio en caso de urgencia? Conteste sí o no y por qué.
45. En cuanto a la confidencialidad:
    - Me condiciona
    - No me condiciona
46. Cuando se comunica con el Servicio, ¿las personas de su entorno saben que está haciendo una visita terapéutica? En caso afirmativo, indique de qué manera esto le condiciona.
47. ¿Cree que el método de videovisita facilitaría el seguimiento terapéutico? Indique sí o no y los motivos.
48. ¿Qué le parecería que se intercalaran en su rutina de visitas habituales intervenciones de este tipo (videovisita)?
49. ¿Le facilitaría este método su actividad habitual por el hecho de no tener que desplazarse?
    - Sí
    - No
    - Otros:
50. Cree que la videovisita o la llamada telefónica:
    - Facilita la entrevista
    - Se echa de menos el contacto presencial
51. ¿Podría definir qué aspecto ha ido mejor con la implementación de estos métodos de comunicación durante el confinamiento?

ANEXO 2. CUESTIONARIO ADMINISTRADO A PROFESIONALES DEL SAySM-HUSJR

Edad:

Sexo:

Profesión:

1. ¿Cuáles son los principales inconvenientes que ha encontrado a la hora de teletrabajar?
    - Falta del lenguaje no verbal
    - No tener un espacio de trabajo
    - Falta de proximidad con el paciente
    - Problemas tecnológicos
    - Interrupciones inesperadas (familiares, médicas...)
    - Otros:
2. ¿Sus condiciones horarias se mantienen igual que antes del confinamiento?
    - Sigo el horario establecido
    - Los horarios son más flexibles
    - Me adapto a las necesidades de los pacientes
    - Me adapto a los ritmos de la vida doméstica
    - Otros:
3. ¿Cree que la situación de confinamiento dificulta su trabajo?
    - Sí, mucho
    - No mucho
    - Lo facilita
    - No lo afecta
    - Especifique:
4. ¿De qué manera cree que puede afectar a los pacientes recibir terapia de forma telemática durante el confinamiento?
    - Positivamente porque así el proceso terapéutico mejora
    - Negativamente porque valoran más la atención presencial o directa
    - Negativamente porque así el proceso terapéutico empeora
    - No les afecta
    - Otros:
5. ¿Cree que la situación de confinamiento puede afectar a los progresos de los pacientes?
    - Sí, mejoran
    - Sí, empeoran
    - No afecta
    - Motivos:
6. En pacientes nuevos, ¿cree que la toma de contacto de forma no presencial puede tener una influencia relevante en la compilación de información?
    - Tiene efecto pero no la dificulta
    - Tiene efectos perjudiciales
    - No tiene efectos significativos
    - Otros:
7. ¿Cree que en general ha aumentado la asistencia a las sesiones?
    - Ha aumentado la asistencia
    - Se mantiene constante
    - Los pacientes fallan más
8. ¿Y, en concreto, en personas que acostumbraban a ausentarse?
    - Ha aumentado la asistencia
    - Ha disminuido la asistencia
    - No ha afectado
    - Motivos:
9. En lo referente a la posibilidad de hacer la consulta por teléfono; ¿cree que puede aumentar la frecuencia de visitas o el número de llamadas entre la actividad programada?
    - Sí
    - No tiene efecto
    - Motivos:
10. ¿Cree que esta situación se mantendrá después del confinamiento?
    - Sí
    - No
    - Motivos:
11. ¿Cree que la situación de confinamiento puede afectar el seguimiento del paciente? ¿Por qué?
    - Sí, lo mejora
    - Sí, lo dificulta
    - No, todo es igual / no hay ningún efecto
    - Motivo:
12. ¿Cree que la relación terapéutica que se había establecido con sus pacientes se ha visto influenciada por el confinamiento?
    - Sí, positivamente
    - Sí, negativamente
    - No
    - Motivos:
13. ¿Cree que los pacientes tienen un apoyo profesional adecuado en estos momentos?
    - Sí en general
    - No en general
    - Depende de cada situación
    - Especifique:

14. ¿Cuál es el perfil de paciente que se puede ver más afectado en la hora de hacer la terapia de forma telemática?
    - Pacientes psicóticos (especifique)
    - Pacientes neuróticos (especifique)
    - Trastornos de personalidad (especifique)
    - Pacientes jóvenes
    - No hay ningún perfil determinado
    - Otros:
15. ¿Cuál cree que es el perfil de paciente que se puede ver más beneficiado a la hora de hacer la terapia en línea?
    - Pacientes psicóticos (especifique)
    - Pacientes neuróticos (especifique)
    - Trastornos de personalidad (especifique)
    - Pacientes jóvenes
    - No hay ningún perfil determinado
    - Otros:
16. ¿Cree que en la situación actual de confinamiento hay los recursos necesarios para poder mantener la interdisciplinariedad?
    - Sí
    - No
    - Otros:
17. ¿Cuáles serían los medios imprescindibles para poder mantener la interdisciplinariedad?
    - Llamada
    - Videollamada
    - Correo electrónico
    - WhatsApp
    - Otros:
18. ¿Cree que la situación de confinamiento puede afectar el trabajo en red con otros centros y/o entidades? (Por ejemplo: servicios sociales, centros penitenciarios…)
    - Sí
    - No
    - Motivos:
19. ¿Qué tipo de visita prefiere hacer?
    - Presencial
    - Videovisita
    - Llamada
    - Combinación entre las tres
20. ¿Qué herramientas o técnicas terapéuticas usa con los pacientes en este medio?
    - Las mismas que presencialmente
    - Puedo usar menos que presencialmente
    - Otra diferente: ¿cuál?
21. ¿Considera que sería interesante incluir esta opción de llamadas/videovisitas en la práctica habitual?
    - Sí
    - No
    - Motivos:
22. ¿Cree que el trabajo telemático puede favorecer u optimizar la productividad/eficacia de las intervenciones?
    - Sí
    - No
    - Motivos:

Referencias bibliográficas

Almazán C., Espallargues M., Oliva G. (2002). Dissenys d'estudi en recerca clinicoepidemiològica. Part I: estudis descriptius. *Pediatria Catalana*, 62, 196-205. Annals de Medicina. http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=1490

Andaluz, L., Cid Outeirño, M., Mosquera Vázquez, A. M., Rodríguez Sierra, M., Vázquez Pombo, A., y Vilar Pumares, M. (2020). Evolución de la intervención social en el ámbito hospitalario en contexto de Covid 19. Experiencia y transformación en el Servicio de Trabajo Social del CHUAC. *Servicios Sociales y Política Social*. XXXVII (monográfico especial), 169-175. Servicios sociales y política social. https://www.serviciossocialesypoliticasocial.com/evolucion-de-la-intervencion-social-en-el-ambito-hospitalario-en-contexto-de-covid-19-experiencia-y-transformacion-en-el-servicio-de-trabajo-social-del-chuac

Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D. L., Ihekweazu, C.; Kobinger, G., Clifford Lane, H., Memish, Z, Myoung-don, O. Alpha Sall, A., Schuchat, A., Ungchusak, K., y Wieler, L. H. (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 395(10229), 1015-1018. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5

Carinci, F. (2020). Covid-19: Preparedness, decentralisation, and the hunt of patient zero. Editorial. *British Medical Journal*, 368. https://doi.org/10.1136/bmj.m799

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria, 31*(8), 527-538.

Evangelidou, S. (2020). Imperatives of self-care and idioms of resilience during the covid-19 outbreak: An insight from psychiatric anthropology. En S. Evangelidou y A. Martínez-Hernáez (Eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (p.67-69). Publicacions Universitat Rovira i Virgili. http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/448/465/1046-1?inline=1

Garcés Trullenque, E. M. (2010) El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.

García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287. Universidad Complutense de Madrid. https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110273A

Linnenluecke, M. K. (2017). Resilience in business and management research: A review of influential publications and a research agenda. *International Journal of Management Reviews, 19*(1), 4-30.

López, R. E., y Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, 61, 1-19. Margen. http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf

Llort, A. (2020). Outsiders: subalternidad inconfinable. En S. Evangelidou y A. Martínez-Hernáez (Eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (p.151-153). Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

Matus Sepúlveda, T. (2020). Innovar la innovación: una propuesta para trabajar lo social. *Revista de Treball Social*, 219, 13-52. https://doi.org/10.32061/RTS2020.219.01

McCoyd, J. L. M., y Schwaber Kerosm, T. (2016). *Social Work in health settings: Practice in context*. Routledge.

Meneses, J., y Rodríguez, D. (2011). *El cuestionario y la entrevista*. Editorial UOC.

Pacheco Mangas, J., Palma García M., y Hombrados Mendieta, I. Resiliencia y cultura organizacional de los servicios sociales en la era de la digitalización. *Revista Prisma Social*, 29, 123-137. https://revistaprismasocial.es/article/view/3603

Real Decreto 436/2020, de 14 de marzo, por el que declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67 § 3692 (2020).

Román, B. (2013). La importancia de la Ética en los Servicios Sociales. *Bioètica & debat, 19*(69), 3-6. Dialnet. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6080598

Shanafelt, T., Ripp, J., y Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Association, 323*(21), 2133-2134. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893

Subdirección General de Drogodependencias, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Departamento de Salud. (2020). *Sistema d'Informació de Drogodependències de Catalunya: Informe anual 2019*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 8 noviembre 2021, de http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-SIDC-2019_ok.pdf

Sutcliffe, K. M., y Vogus, T. J. (2003). Organizing for Resilience. En K. Cameron, J. E. Dutton y R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship* (p. 94-110). Berrett-Koehler.

Vogus, T. J., y Sutcliffe, K. M. (2007). *Organizational resilience: Towards a theory and research agenda*. Ponencia presentada en IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics, Montreal.

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social

Psychosocial effects on children and teenagers due to a situation of family mourning. A social work circumstance

Irene Casadó Cardil[1]
ORCID: 0000-0002-2738-1793

Recepción: 10/06/21. Revisión: 22/07/21. Aceptación: 29/10/21

Para citar: Casadó Cardil, I. (2021). Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 221, 69-88. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.04

Resumen

La muerte de un miembro de la familia es un factor estresor muy importante que afecta a la estructura familiar y a su equilibrio respecto a la dinámica funcional de esta. Puede provocar consecuencias muy distintas en cada uno de los miembros de la familia extensa, así como interferir en la evolución típica de sus miembros.

El presente artículo trata sobre la experiencia del duelo familiar desde el punto de vista de los niños y adolescentes, haciendo especial énfasis en los efectos psicosociales que se pueden observar en su desarrollo tras la pérdida. Se destacan las formas de intervención desde el Trabajo Social con los niños y adolescentes para volver a restablecer el equilibrio familiar y evitar consecuencias negativas en su vida inmediata y futura, así como el papel que el Trabajo Social desempeña.

Palabras clave: Trabajo Social, Trabajo Social sanitario, duelo, sistema familiar, crisis.

1 Trabajadora social del proyecto de acompañamiento sociolaboral a personas migradas de la Fundació Guné. irenecasadocardil@gmail.com

Abstract

The death of a relative is a major stressor that affects the family balance and its structure in terms of its functional dynamics and, indeed, it may trigger very different consequences on each of the members of the extended family, as well as impacting their normal development.

This paper addresses the experience of family grief from the standpoint of children and teenagers, with particular emphasis on the psychosocial effects that may be observed in their development in the aftermath of their loss. It highlights the types of social work intervention conducted involving these children and teenagers in order to restore the family balance and prevent negative impacts on their immediate and future lives. The article also describes the role that social work plays.

Keywords: Social work, social healthcare work, grief, family system, crisis.

1. Introducción y planteamiento teórico

La familia es un elemento determinante en el desarrollo de las personas y tiene diferentes funciones, entre las que destacan la función interna de protección biopsicosocial de sus miembros y la función externa de acomodación y transmisión de la cultura.

> La familia tiene como objetivo ofrecer seguridad emocional y económica, generar patrones de comportamiento sanos, facilitar la adaptación a los cambios, superar conflictos, satisfacer necesidades, conseguir una emancipación positiva y establecer pautas y normas de convivencia familiar y social adecuadas (Ponce de León Romero y Fernández García, 2008, p.141).

Durante el desarrollo familiar han de superarse una serie de etapas en las que pueden ocurrir acontecimientos desestabilizantes del equilibrio familiar y que conducen a la familia entre periodos de estabilidad y periodos de cambio. También ocurren hechos accidentales que no tienen que ver con estas etapas y que generan crisis no transitorias (Herrera Santi, 2012), siendo la muerte de uno de sus integrantes uno de estos acontecimientos. La muerte de un miembro de la familia nuclear es un factor estresor que afecta al equilibrio y a la funcionalidad de la familia y que puede provocar efectos psicosociales en los niños y adolescentes cuando la persona que fallece es uno de los progenitores.

La investigación que se expone en este artículo pretende profundizar sobre estos efectos, sobre la forma de intervención para volver a restaurar el equilibrio perdido y evitar la aparición de un duelo patológico, así como sobre el papel que juega el Trabajo Social y su metodología durante la intervención ante estas situaciones, centrando el foco de atención en la población infantil y adolescente.

Crisis y estresores familiares. Factores de riesgo y familias disfuncionales

Las situaciones de riesgo familiar suelen derivarse de una crisis o de un conflicto acontecido como puede ser la enfermedad o muerte de alguno de sus miembros, una situación laboral precaria, vivir en entornos desfavorecidos o tener una situación de ilegalidad en el país, entre otras (Martínez et al., 2015).

Cuando se habla de la disfuncionalidad de la familia se hace referencia a familias que no pueden solucionar los problemas que surgen durante su desarrollo y cuyos miembros no cumplen con las funciones del sistema familiar (Ponce de León Romero y Fernández García, 2008). Así, la familia funcional es capaz de redefinir las demandas del entorno para adaptarse y seguir evolucionando y así poder buscar soluciones y superar las crisis. Por otro lado, las familias disfuncionales tienen una dinámica relacional en la que las estrategias de resolución son muy poco efectivas, se culpabiliza a algún miembro de la familia como foco del problema o incluso se llega a negar. La capacidad que tenga la familia es un elemento básico a la hora

de afrontar las situaciones que pueden desestabilizar el sistema incluso a la hora de buscar ayuda en recursos externos.

La familia genera sus propios recursos para adaptarse y emerger de la crisis de forma eficaz y lo menos traumática posible. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta estos recursos familiares al hacer un análisis holístico de la afectación que puedan generar los acontecimientos familiares en la salud familiar (Herrera Santi, 2012). Las familias funcionales cuentan con mayores recursos como son organización, apoyos externos, comunicación entre sus miembros o roles bien definidos, entre otros. Además, el subsistema parental desempeña un papel clave en este proceso, por lo que la ausencia de uno de sus miembros puede provocar una situación de alto riesgo (Cánovas et al., 2014).

Características del duelo en la infancia y adolescencia

El duelo puede presentarse de diferentes formas: el duelo funcional, en el que las personas se ajustan y adaptan a la pérdida, el duelo complicado o patológico, en el que el proceso no empieza o se detiene en alguna de sus fases. En este sentido, según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* —DSM-5— (American Psychiatric Association, 2014), el duelo es un estresor de suficiente entidad como para desencadenar un episodio depresivo mayor en una persona vulnerable, definiéndose, este tipo de estados, como "trastorno por duelo persistente". También existe el duelo anticipatorio, que suele darse en casos de enfermedad grave y que se produce en el momento del diagnóstico y, por último, el duelo aplazado, que se da, sobre todo, en adolescentes que deciden retrasar el duelo.

Los duelos del adulto, del adolescente y del niño presentan importantes diferencias dado el carácter evolutivo del fenómeno. Lewis (citado en De Hoyos López, 2015) afirma que la mayoría de los niños perderán a alguno de sus abuelos a lo largo de su infancia y hasta el 3,5-4% a uno de sus progenitores o hermanos, según las estadísticas a escala mundial.

Se pueden observar tres etapas diferentes en las que las vivencias del duelo son lo suficientemente homogéneas: niños de 6 años, de 6 a 12 años y adolescentes (Colegio de Médicos de Bizkaia, 2017).

En la primera de ellas, hasta los 6 años, los niños no entienden la idea de universalidad de la muerte, piensan que sus seres queridos y ellos mismos vivirán para siempre y no comprenden que la muerte es irreversible. Creen que el cuerpo del fallecido de alguna forma sigue funcionando y predomina un sentimiento "mágico" que permite que esa persona fallecida vuelva si lo desean con todas sus fuerzas. Este pensamiento "mágico" puede ser determinante de los sentimientos de culpa que pueden surgir en estas edades. La muerte se relaciona con la vejez y con la enfermedad y, cuando ocurre, la omnipotencia del adulto se rompe y se activan y actualizan antiguos terrores (miedo a la oscuridad, angustia por separación, etc.). También son características la gran curiosidad que tienen y la gran cantidad de preguntas que hacen.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son llantos constantes, incapacidad para realizar cosas que se hacían de forma autónoma, ansiedad por separación que no cesa, síntomas de depresión, negativa a comer, miedos incapacitantes, insomnio prolongado y pesadillas recurrentes.

De los 6 a los 12 años se cuestionan la muerte, aunque no se da una aceptación de la propia muerte. A partir de los 7 años ya tienen claro que el cuerpo no funciona y que la muerte es irreversible y desaparece el pensamiento "mágico". Siguen manteniendo una enorme curiosidad y la necesidad de razonarlo todo, siendo su grupo de amistades fundamental y angustiándose por miedo a que se les estigmatice.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son aislamiento familiar y social extremo, aparente anestesia emocional, excesiva responsabilidad o colaboración tras el fallecimiento, síntomas de ansiedad que no cesan, malhumor constante, bajada drástica de actividad y rendimiento escolar, incapacidad para integrarse de nuevo en el ámbito académico, etc.

En los adolescentes, la comprensión de la muerte y la elaboración del duelo es similar a la de los adultos y tienen mucho interés en saber qué sucede tras la muerte. Hay que tener en cuenta que es una etapa de cambios por lo que hay más conflictos con los progenitores, pudiendo darse sentimientos de culpabilidad si ocurre su muerte. Son conscientes de su propia muerte y fantasean con ella, incluso puede aparecer la idea del suicidio. Es frecuente que no se compartan con los adultos las emociones tras la pérdida por no querer mostrarse vulnerables y tienen una preocupación especial en no querer parecer diferentes de su grupo de iguales, al que dan mucha importancia, por lo que a veces renuncian a vivir el duelo.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son irritabilidad, agresividad y cambios de humor extremos, ira incontrolada, pensamientos negativos sobre la muerte, conductas de riesgo, sintomatología depresiva y culpa que no cesa, bajada importante del rendimiento académico, consumo de sustancias adictivas, incapacidad para retomar sus rutinas, asunción de responsabilidades que antes no asumía, etc.

El Trabajo Social en la intervención en duelo

En la mayoría de los casos, la intervención en el duelo desde la disciplina se enmarca dentro del Trabajo Social sanitario. La etapa de la atención al final de la vida comprende tanto la intervención en cuidados paliativos como el proceso ligado a la muerte y el apoyo a la familia durante la enfermedad y el periodo del duelo.

La *Guía de Intervención del Trabajador Sanitario de la Comunidad Valenciana* (Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública, 2012) indica que el diagnostico social sanitario permite concretar la acción que se realizará con el paciente y su entorno, identificando las situaciones de riesgo social que les afectan y estableciendo un plan de intervención individualizado que se comparte con el equipo multidisciplinar para proporcionar al enfermo y la familia los apoyos necesarios.

Así, la práctica del Trabajo Social sanitario toma como referente el propio método de Trabajo Social para establecer una metodología (García Ledesma et al., 2015):

- Estudio sociofamiliar que empieza por una investigación y estudio de las distintas áreas de la dimensión sociofamiliar y pretende identificar las variables que condicionan la problemática del paciente y familia y conocer sus expectativas, circunstancias y dificultades sociales. Se realiza a través de entrevistas, observación directa, registro de datos, análisis y valoración de las necesidades y los apoyos sociales.
- Diagnóstico social que es un juicio técnico de la situación-problema y que debe realizarse con un enfoque globalizador e integrador que valore causas, orígenes, circunstancias desencadenantes e interrelaciones. Se identifican situaciones en los órdenes familiares, el apoyo social, familiar y económico.
- Plan de intervención social en el que se establecen objetivos, actividades, grados de actuación, métodos y recursos. Hay dos grupos de acciones diferenciados: tratamiento psicosocial e información y tramitación de recursos. El primero pretende fomentar que ellos mismos sean agentes de su propio cambio y potenciar habilidades necesarias y se realiza a través de entrevistas, principalmente. La tramitación de recursos sirve para facilitar el acceso a los recursos sociales y sociosanitarios y se lleva a cabo informando, asesorando y apoyando en los trámites.

Por todos estos se puede afirmar que la incorporación del trabajador social en un servicio de estas características facilitará profundizar en los todos los ámbitos de la persona, de forma precisa, ajustándose a la realidad.

Tabla 1. Ámbitos de influencia del trabajador social en situaciones de final de vida

Equipo	Enfermo y familia	Comunidad	Investigación
Aportación de conocimientos sociales y culturales asociados al proceso de enfermedad.	Atención para mantener la calidad de vida.	Información, sensibilización y optimización de recursos comunitarios.	Aportación de datos para la mejora de la atención global.

Fuente: Instituto Catalán de Oncología (2004).

Durante sus intervenciones, los profesionales necesitan una formación muy específica y el principal objetivo es facilitar la información, ayudar con los asuntos inacabados del fallecido, incrementar la realidad de la pérdida, colaborar en dar una despedida adecuada, facilitar la expresión emocional o ayudar a reajustarse tras la pérdida (Worden, citado en González Calvo, 2006). Las técnicas para alcanzar estos objetivos son la entrevista, la observación, el uso de símbolos, escribir cartas o dibujar,

el *role playing*, etc. Es necesario el conocimiento de la situación familiar y de las necesidades de los niños y adolescentes y del resto de componentes para poder realizar un buen diagnóstico social.

Existen algunos aspectos que hay que tener en cuenta para que la intervención sea lo más adecuada posible, como son: estar sentado al dar malas noticias, suministrar informaciones claras, reconocer que el sufrimiento es natural y que cada persona tiene su ritmo, estar disponible para escuchar sin juzgar, ya que hablar libera el estrés, dar espacio para el silencio y el contacto físico para hacer un acogimiento no verbal (Campos Toledo, 2015).

2. Planteamiento metodológico

El objetivo principal es corroborar la hipótesis de que la muerte de una persona de la familia, sobre todo de la familia nuclear, es un factor estresor y desestabilizador en el desarrollo psicosocial de los miembros más jóvenes, ya sean niños o adolescentes.

Los objetivos específicos que se han definido son los siguientes:

- Identificar la muerte familiar como un factor estresor para la funcionalidad familiar y el equilibrio de esta.
- Definir los principales problemas desde el punto de vista psicosocial en los niños y adolescentes.
- Conocer las diferentes formas de afrontar el duelo según el momento evolutivo de la persona.
- Definir la forma de intervención en niños y adolescentes en situación de duelo familiar.
- Conocer cómo se desarrolla la práctica profesional del trabajador social en el ámbito del Trabajo Social sanitario y la intervención en los ámbitos de enfermedad y duelo. Definir la metodología que siguen y las principales técnicas.
- Establecer los ámbitos de mejora para la práctica del Trabajo Social en el proceso del duelo a escala familiar.

En cuanto a la metodología utilizada para alcanzar el objetivo, se ha trabajado con dos técnicas diferentes: la revisión bibliográfica y la entrevista. Ambos métodos forman parte de la investigación cualitativa, que tiene como objetivo identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica. Se centra en la fenomenología y la comprensión, es subjetiva, exploratoria, inductiva y descriptiva. Además, está orientada al proceso, es holista y trata la realidad como un fenómeno dinámico. Por el contrario, la investigación cuantitativa determina la correlación entre variables, la generalización y la objetivación de los resultados. Cabe destacar que en la investigación cualitativa los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan en las personas objeto de estudio y valoran todas las perspectivas, siendo todos los posibles escenarios dignos de estudio.

Revisión bibliográfica

Este instrumento de análisis se compone, principalmente, de dos elementos: los documentos elegidos para la revisión, que en este caso han sido libros, artículos de revistas científicas, actas de diferentes congresos específicos sobre la disciplina y tesis doctorales y, por otra parte, el resultado del análisis de todos ellos. En este proceso hay que tener en cuenta los diferentes tipos de documentos con los que se puede trabajar: los primarios, que son originales y transmiten información directa; los secundarios, que ofrecen descripciones de los primarios; y, finalmente, los terciarios, que sintetizan los primarios y secundarios (Pedraz, 2004). En el caso de esta investigación se han utilizado, principalmente, primarios y terciarios (como es el caso de directorios de bases de datos, por ejemplo).

Dentro del proceso de investigación, la revisión de la bibliografía se encuentra, inicialmente, en el proceso de justificación de la investigación para mostrar cuáles son las metas, los objetivos, el alcance y la exposición de motivos que fundamentan la investigación. Del mismo modo, la revisión también incluye una exploración de la metodología utilizada para poder contestar la pregunta de investigación, y aporta una fundamentación para los enfoques metodológicos y diseños de investigación utilizados.

Entrevista

La entrevista nos permite recoger información sobre los hechos y aspectos subjetivos de las personas y conocer su opinión en relación con estos hechos.

> La entrevista forma parte de las técnicas de investigación social cualitativa, cuya función es interpretar los motivos profundos que tienen los agentes a la hora de actuar o presentar de determinado modo con respecto a distintos problemas sociales. Para ello, a través de una serie de preguntas estructuradas y un contacto directo, el entrevistador interpreta los aspectos más significativos y diferenciales de los entrevistados (Taguenca Belmonte y Vega Budar, 2012, p. 60).

Muestra

Tal como afirman Gutiérrez y del Val (citado en Gallego y Tomás, 2016), una entrevista como las que se presentan en este estudio se realiza sobre un panel de informantes reducido que es representativo, cuantitativa y cualitativamente, de la población que deseamos observar. Se ha comenzado haciendo un diseño teórico de los sujetos a entrevistar que en la mayoría de los casos pretende ser un reflejo de los sectores sociales relevantes para el objeto de estudio.

Esta investigación se ha realizado con un muestreo integrado por 18 profesionales de la intervención en situaciones de duelo en diferentes puntos de España. Sus perfiles son, principalmente: trabajadores sociales de centros hospitalarios o de entidades que trabajan con enfermedades graves, psicólogos expertos en duelo y académicos que han desarrollado una intensa carrera como autores de diferentes publicaciones y docentes de formación especializada en el tema. Los profesionales participantes

ejercen principalmente en unidades de cuidados paliativos de diferentes entes públicos y privados, asociaciones de enfermedades crónicas, grupos de duelo, gabinetes de psicología especializados y universidades de distintos puntos del territorio.

La búsqueda de estos se ha llevado a cabo a partir de directorios de grupos de duelo, de hospitales y también a través de los autores de las obras referenciadas en la bibliografía. De los 35 contactos iniciales seleccionados para hacer la entrevista se ha llevado a cabo con 18 de ellos, siendo los perfiles de los entrevistados los siguientes:

- 8 trabajadores sociales pertenecientes al ámbito hospitalario o a asociaciones que trabajan con enfermedades graves y terminales.
- 9 psicólogos expertos en procesos de duelo de los cuales 4 podemos catalogarlos como profesionales reconocidos a escala estatal por la cantidad de profesionales que se han referido a ellos, el volumen de bibliografía publicada y por ser referentes en el ámbito académico.
- 1 educadora social que ha hecho varios trabajos y publicaciones en este ámbito específico.

Tabla 2. Composición de la muestra

Entrevistado	Ocupación y competencias	Años de experiencia duelo familiar
E1	Terapeuta de duelo en un hospital de referencia	6 años
E2	Trabajadora social en asociación oncológica referente a escala nacional	5 años
E3	Psicóloga en asociación oncológica referente a escala nacional	12 años
E4	Psicóloga de equipo de cuidados paliativos en hospital de referencia	5 años
E5	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	20 años
E6	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	10 años
E7	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	12 años
E8	Trabajadora social en asociación oncológica referente a escala nacional (coordinadora del equipo social)	10 años
E9	Trabajadora social en hospital de referencia	13 años
E10	Docente especializada en duelo infantil y juvenil y autora de varios estudios sobre el tema	20 años
E11	Coordinador departamento de Trabajo Social en hospital de referencia	6 años
E12	Psicopedagoga y docente especializada en duelo infantil y juvenil	15 años
E13	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	12 años

E14	Psicóloga especializada en duelo infantil y juvenil y autora de varios estudios sobre el tema	20 años
E15	Trabajador social sector público y autor de varios estudios sobre el tema	5 años
E16	Educadora social especializada en jóvenes y adolescentes	3 años
E17	Trabajadora social en institución sanitaria oncológica de referencia	20 años
E18	Trabajadora social sanitaria, docente e investigadora	13 años

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos

Se ha utilizado la técnica de entrevista individual de tipo estructurada y con una duración aproximada de 30-45 minutos cada una.

Siendo la psicología y el Trabajo Social especialidades e intervenciones muy diferentes entre sí, se han elaborado dos tipologías diferentes de entrevista (en los «Anexos» se incluyen los dos guiones), una para cada tipo de profesional, con las que se pretende cumplir con la verificación de la hipótesis y de todos los objetivos específicos. Es por ello que en el proceso de redacción de las entrevistas se ha elaborado cada pregunta buscando su correlación con los objetivos a alcanzar. En todo momento se ha trabajado para mantener la confidencialidad de los sujetos entrevistados informándoles sobre la finalidad del estudio y garantizando su anonimato.

Análisis

Para identificar los resultados se ha realizado un análisis cualitativo de los datos obtenidos en las entrevistas a profesionales del ámbito, tanto psicólogos como trabajadores sociales, basado en el método de comparación constante creado en 1967 por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss y que ha sido perfeccionado por otros a lo largo del tiempo. Según Samter (2012), este método permite descubrir conocimiento a través de la generación de categorías de conceptos que surgen a partir de la evidencia empírica. Así, se ha podido realizar un diálogo entre los resultados y la literatura actualizada en sobre el tema.

En este caso, y tras haber estudiado los registros a través de la lectura y la realización de una tabla para unificarlos, se han identificado los siguientes temas emergentes:

1. La muerte como estresor que afecta a la estructura y al equilibrio familiar.
2. Principales problemáticas en niños y adolescentes.
3. Diferencias principales en el proceso de duelo entre los niños y adolescentes, y las personas adultas.
4. Formas de intervención con niños y adolescentes.
5. La figura del trabajador social.
6. Ámbitos de mejora.

3. Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los temas.

La muerte como estresor que afecta a la estructura y al equilibrio familiar

Se puede afirmar que en la mayoría de los casos la muerte de un miembro de la familia nuclear representa un estresor importante para la familia y, más concretamente, para los niños y adolescentes. A parte del significado de la pérdida, hay muchas adaptaciones que la familia tiene que hacer en cuanto a horarios, estructura, asunción de responsabilidades, organización académica, económica, etc., debiendo estructurarse de nuevo desde una perspectiva nueva de familia, reformular y delimitar los papeles y las funciones. La familia, como entidad viva, pasa por diferentes etapas vitales durante el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, pudiendo desestabilizar su funcionamiento, creando situaciones de crisis vitales, estresantes y provocando modificaciones en su sistema interno y en los roles y funciones de cada uno de ellos.

La muerte puede ser un estresor, ya que la familia es un sistema vivo y dinámico que tiene diferentes etapas en su ciclo vital y un proceso de enfermedad o muerte puede provocar modificaciones en su sistema interno y en sus roles y funciones (E6, 10 años de experiencia).

A pesar de que parece existir un consenso sobre la naturaleza de la muerte como estresor familiar, una parte de los entrevistados conviene que lo será en mayor o menor medida dependiendo de algunos factores clave: cómo el adulto de referencia gestiona el duelo, la forma en que gestionan el proceso con el niño o adolescente y la relación o vínculo que les unía.

Los niños y adolescentes no tienen la experiencia previa con el tema de la muerte, por lo que ellos harán lo que haga el adulto de referencia. Por ejemplo, si se puede hablar de forma natural del tema aprenderá que es algo natural y hablará de forma natural, pero si se evita el tema, tampoco hablará y es cuando hay riesgo de que el proceso se complique. Es importante transitar el dolor y se tiene que ayudar a los niños y adolescentes a que sepan identificar lo que sienten y poderlo expresar y regular de forma adecuada, siendo muy importante la educación emocional recibida. En la mayoría de los casos han recomendado que el trabajo se realice con el adulto de referencia a no ser que el niño o adolescente presente síntomas graves o persistentes.

Problemas o efectos desde el punto de vista psicosocial en los niños y adolescentes

Un punto clave es especificar y valorar la edad biológica del niño o adolescente, ya que el concepto de muerte no es el mismo desde el punto de vista evolutivo y será un aspecto a tener en cuenta para la intervención del profesional. En edades hasta los 7-8 años, es posible que se den cambios en el ciclo del sueño y en el descanso, en las rutinas fisiológicas,

el apetito, mayor irascibilidad y las denominadas "rabietas" e incluso que aparezcan cuadros psicosomáticos como dolor de cabeza, de estómago, etc. Siempre y cuando no se alarguen en el tiempo y no sean muy intensos, puede considerarse dentro de la normalidad.

En el caso de los niños pequeños y de niños hasta 7 años, es muy posible que, si no se le explica bien y de forma clara, pueda desarrollar sentimientos de que ha sido abandonado, de inseguridad, de rabia y de decepción que pueden repercutirle en muchos ámbitos de su vida (E17, 20 años de experiencia).

En cuanto a los adolescentes, la pérdida puede afectar al rendimiento en la escuela, que bajen las notas, que pierdan las ganas de ir. También se observan conductas más irascibles, más frágiles, la adopción de conductas de riesgo y la asunción, en muchos casos, de responsabilidades que no les corresponden por su edad.

En el caso de los adolescentes, la pérdida se añade al propio proceso vital que están teniendo, que puede ser complicado, por lo que hay más factores de riesgo como son el consumo excesivo de videojuegos, alcohol, tabaquismo, sexo sin precauciones, etc. (E3, 12 años de experiencia).

Diferencias principales en el proceso de duelo entre los niños y adolescentes y los adultos

La mayoría de los expertos coinciden en que el duelo infantil se considera un duelo desautorizado, que son muy pequeños para afrontarlo y les evitan y ocultan lo que envuelve la muerte, de modo que complican el proceso, por lo que muchas veces pasa sin notarse en la infancia y es en la adolescencia cuando aparecen trastornos de ansiedad, comportamientos de riesgo o alguna depresión debido a que la pérdida no está trabajada. En cambio, el adulto tiene más conciencia de cómo se vive el proceso y facilidad para identificar las emociones que están presentes. Además, lo normal es que cuente con más recursos para gestionar las emociones que siente.

El adulto tiene, a priori, muchos más mecanismos de afrontamiento que los niños y adolescentes y más opciones, como por ejemplo poder pedir ayuda o desconectar haciendo algo que le gusta cuando se siente mal, entre otros (E6, 10 años de experiencia).

También convienen en que existen muchos mitos acerca de cómo viven la pérdida los niños y adolescentes que dificultan el camino haciendo que los adultos tiendan a sobreprotegerles y a no dejarles participar en el proceso de despedida, rituales o ni siquiera en las conversaciones sobre la persona fallecida.

Formas de intervención con niños y adolescentes ante la pérdida familiar

Se debe realizar un abordaje integral de la situación con todos los miembros que forman la familia durante todo el proceso de adaptación a la enfermedad, desde el momento del diagnóstico (con el consecuente primer proceso de duelo que es la pérdida de la salud), hasta la intervención en los procesos de anticipación al duelo en situaciones en las que el pronóstico indica la próxima muerte del paciente. Uno de los aspectos

más importantes en este momento es la detección de factores de riesgo de duelo complicado, por lo que los profesionales deben tenerlo presente y hacer las derivaciones pertinentes. Posterior a la muerte del paciente se debe intervenir en los procesos de duelo de los familiares que pasan a ser dolientes a través de entrevistas o llamadas posteriores. En el caso de existir niños o adolescentes a cargo, es muy importante incidir sobre una serie de cuestiones en concreto. En caso de detectar un síntoma de que niños y adolescentes pueden tener un duelo complicado se pueden realizar sesiones grupales en grupos de duelo, sesiones individuales en las que se les ayude a expresarse a través de dibujos, cuentos, relatos, etc.

Lo que mejor funciona son los grupos de duelo para niños y adolescentes, que están separados, ya que, sobre todo los últimos, sienten que están con un grupo de iguales en la misma situación y eso les ayuda a abrirse (E1, 6 años de experiencia).

En este sentido, ha sido muy importante la creación de recursos específicos a partir del trabajador social sanitario para atender este tipo de situaciones.

La figura del trabajador social en la intervención con niños y adolescentes en situación de duelo familiar

Desde el Trabajo Social se acompaña a la familia desde una perspectiva biopsicosocial, empezando con una primera entrevista o llamada. Es en esa exploración donde se estudian y se valoran las necesidades psicosociales del paciente y de su contexto familiar. Para mejorar la calidad de vida del paciente y de su sistema familiar más cercano, la situación debe abordarse teniendo en cuenta todas las dimensiones (física, emocional, social, económica, relacional, espiritual, etc.) para dar respuesta a todas las necesidades y problemáticas que se den.

Como principio, el Trabajo Social tiene como objetivo la consecución del bienestar de las personas, e intervenir en los procesos de duelo es una forma de contribuir al logro de ese objetivo (E15, 5 años de experiencia).

Hay que destacar la importancia que el Trabajo Social juega en los equipos de profesionales que atienden al paciente y a su familia y destacan que es básico que existan buenas herramientas de coordinación entre unos y otros para evitar duplicidades y abordar la problemática de la forma más integral posible.

Siempre que haya un equipo estable, la presencia del trabajador social sanitario resulta crucial interna y externamente. Las razones son de principios: celeridad, economía, flexibilidad… Pero también porque la familia siente el apoyo profesional desde la verdad, no desde la retórica. El problema se da cuando el trabajador social sanitario acude a demanda y no forma parte del equipo (E18, 13 años de experiencia).

Sin embargo, algunas aportaciones de los entrevistados se refieren a la labor excesivamente burocrática que se realiza desde el Trabajo Social como mero tramitador de prestaciones o ayuda en las gestiones posteriores a la muerte.

Como trabajadora social, una gran parte de mi tiempo lo dedico a la tramitación de ayudas económicas puntuales o ayuda con los trámites para el funeral, información sobre posibles prestaciones, etc. Me gustaría poder intervenir más a largo plazo con esa familia en dificultades (E2, 5 años de experiencia).

Para concluir este punto, se puede afirmar que la figura del trabajador social en los procesos de final de la vida y duelo es una pieza clave para el paciente y la familia a través de una intervención profesional específica que solo puede desarrollar un profesional que esté cualificado y formado para ello. En este caso, será el trabajador social sanitario el referente sobre el que recaerá la intervención. Para continuar evidenciando las ventajas de la intervención se tiene que seguir trabajando en la investigación, que en los últimos años ha sido una de las claves que ha permitido poder mostrar con resultados los beneficios que aporta esta figura profesional.

Ámbitos de mejora para la intervención

Existen varios aspectos mejorables, como la ratio de trabajadores sociales por hospital, que es muy bajo (además la figura no está presente en todos) o el reforzamiento en atención primaria con especialistas. También la creación de una modalidad de baja laboral reconocida en estos casos, así como la implementación del principio de universalidad en el sistema sanitario en relación con estas situaciones, ya que no hay una cobertura universal y cualquier persona en esta situación debería poder acceder de forma gratuita a los recursos pertinentes.

El acompañamiento en el duelo no está reconocido como recurso en el sistema de salud, por lo que no hay una cobertura universal y ni tan siquiera existe un motivo de baja médica que sea el del duelo, solo tienes 4 días (E1, 6 años de experiencia).

También son necesarias soluciones para casos de muerte repentina en la que el paciente no ha estado institucionalizado y no está dentro del ámbito de ninguna institución.

Siempre tienes la sensación de ser un apagafuegos, solo hay entrada en los recursos cuando se da una situación límite o hay una larga enfermedad detrás, si no, la persona, está desamparada (E8, 10 años de experiencia).

Otro aspecto que muchos profesionales han destacado es la importancia de la escuela y el sistema educativo para que se implemente formación para los profesores y también en los estudios de grado, tanto en los de Trabajo Social como en los de psicología o pedagogía. Por último, en algún caso apuntan a los desequilibrios territoriales que se dan en cuanto a los recursos y a la dificultad de conocerlos todos, por lo que deberían existir directorios en cada centro de salud, hospital, tanatorio, consulta psicológica, etc. A pesar de lo anteriormente expuesto, existen muchas opiniones afirmando que sí que hay recursos de calidad, pero no se conocen.

Considero que sí existen bastantes recursos pero que no están visibilizados y ni los profesionales ni el público en general los conocen ya

que no forman parte del Sistema Nacional de Salud y además el tema sigue siendo algo tabú (E3, 12 años de experiencia).

4. Discusión

Y ya, para finalizar, se presentan las conclusiones más importantes a las que se ha llegado con los datos obtenidos contrastando los resultados de las entrevistas con el discurso teórico existente sobre el tema.

- Existe un discurso homogéneo y un consenso elevado acerca de las consecuencias que tiene la muerte de uno de los progenitores, tanto emocional como socialmente. Como ya apuntaba Herrera Santi (2012) y se ha demostrado con la investigación, la muerte de un miembro de la familia extensa afectará a la realización de las funciones familiares y propiciará un cambio en la estructura, necesitando una readaptación y una aceptación ante la pérdida de la relación que tenía con la persona fallecida. El nivel de estrés puede variar en función del entorno familiar o social, el proceso de duelo que lleven a cabo y de la relación que se mantenía con la persona fallecida.
- Por otro lado, hay una visión unánime acerca de cómo se trata el duelo de los niños y adolescentes y cómo sigue siendo un tema tabú en el que se tiende a la sobreprotección y a la ocultación de los sentimientos y de las circunstancias. Apuntan a que los comportamientos típicos siguen siendo: no dejarle participar en los rituales ni en las conversaciones, esconderle la realidad o no ser claros con ellos. Los profesionales se encuentran día a día con falsas creencias relacionadas con el duelo de los niños y adolescentes que deslegitiman su proceso.
- Contrastando las entrevistas y la base teórica se constatan las diferentes formas de afrontar el duelo según la etapa evolutiva del niño, ya que el duelo se afronta o transita de forma diferente según el momento evolutivo en el que se encuentre la persona. Es normal que los niños más pequeños pasen de estados de tristeza a estados de alegría de forma brusca y que sus expresiones no sean siempre de sufrimiento, ya que si bien son capaces de experimentar el malestar, no saben ponerle nombre, tienen la línea entre la ficción y la realidad no muy clara ni definida. En el caso de los adolescentes, el hecho de encontrarse en un momento de muchos cambios bruscos en los ámbitos físico y emocional y de tener un mayor acceso a comportamientos de riesgo (drogas, alcohol, etc.) puede complicarles aún más el proceso de duelo.
- No existen, ni en la esfera pública ni en la privada, suficientes recursos para tratar temas de pérdida familiar, ni siquiera en el ámbito de los cuidados paliativos. Además, casi la mitad de la población no tiene acceso a este tipo de recursos ya que

solo los hospitales de referencia cuentan con ellos. También se debería incrementar y protocolarizar la asistencia en estos casos en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en la Atención Primaria, con formación específica, así como en el ámbito educativo para que el profesorado pueda acompañar a los alumnos que se encuentran en esta situación. Teniendo en cuenta la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 2006) en sus artículos 12 y 24, queda patente que el estado no dispone de recursos ni profesionales para garantizar a los niños y adolescentes los apoyos ni servicios necesarios ante una situación de estas características.

- El papel del trabajador social sanitario y su intervención en enfermedad y duelo no tienen un reconocimiento ni un espacio plenamente definido, ya que hay muchos aspectos que deben mejorarse, aunque sí tiene una metodología y unos roles definidos. Hay deficiencia de profesionales en la mayor parte de equipos que atiende estas situaciones (solo en un 50% de los casos existe la figura) y ni siquiera lo suelen hacer a jornada completa. Además, es un campo poco estudiado desde la perspectiva de la intervención social, al menos en comparación con la sanitaria o psicológica. Por ello se puede explicar la poca presencia que tienen estos profesionales en las intervenciones y en los recursos específicos existentes y también la excesiva burocratización de la práctica (gestión de prestaciones, tramitación, expedientes, etc.).
- La temática no tiene ninguna presencia en los estudios del Grado en Trabajo Social ni en formaciones de postgrado o máster, solo puede accederse a través de cursos muy específicos. Se demanda que esté presente, además, en los estudios de disciplinas como la de educación o pedagogía para así poder realizar un acompañamiento de los niños y adolescentes desde los centros educativos.
- Durante la intervención desde el Trabajo Social, existe poca profundidad y seguimiento de los casos una vez la persona ha fallecido. En los casos de enfermedad, la intervención se centra casi exclusivamente en el paciente y no en la familia, y una vez se ha producido el desenlace se centra, en la mayoría de las veces, en una llamada pasadas unas semanas.

A partir del estudio realizado se han identificado una serie de posibles líneas de investigación que se podrían desarrollar en un futuro para aportar un mayor conocimiento sobre el tema, así como ideas sobre cómo mejorar la intervención.

Los principales ámbitos de análisis serían: la adolescencia y los factores de riesgo ligados al momento evolutivo en el que se encuentra el joven, los recursos específicos para niños en edades de preescolar (0 a 6 años) para afrontar una muerte familiar y que sean adecuados a sus

capacidades e intereses o el rol del padre y de la madre dentro de la familia nuclear, ya que, como han apuntado algunos entrevistados, siguen representando papeles diferentes y esto tiene una influencia a la hora de afrontar la muerte de uno de ellos.

En cuanto al papel del trabajador social se podría ampliar la investigación a la figura que ocupa en los hospitales dentro de los equipos de atención al final de la vida y en las unidades de cuidados paliativos, al protocolo de intervención del trabajador social sanitario en casos de final de vida con niños y adolescentes a cargo y también desde los servicios sociales de primera atención en caso de niños y adolescentes en situación de pérdida de un familiar.

Sería interesante conocer más profundamente la forma de abordar el tema en los grados de ciencias sociales como son Trabajo Social, psicología, educación social, o pedagogía, así como las opciones de formación de máster o doctorado.

Para finalizar, y volviendo al rol que tiene el trabajador social en las situaciones de duelo familiar, para poder evidenciar los beneficios que aporta durante la intervención, hay que seguir investigando y construyendo un mayor cuerpo teórico que respalde su intervención y sus beneficios a través de los resultados y de la rigurosidad científica.

ANEXOS

Guion de la entrevista para profesionales del ámbito psicológico

A continuación, se expone el guion de la entrevista a profesionales del ámbito psicológico:

1. Según su experiencia, ¿considera que la muerte de un familiar dentro de la familia nuclear es un estresor para el niño/adolescente? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles cree que son los principales efectos o consecuencias en los niños y adolescentes de la pérdida de un miembro de la familia (sobre todo progenitor)? ¿Cómo cree que les puede afectar en su futuro desarrollo y en qué ámbitos existe mayor riesgo?
3. En su opinión, los efectos que comentaba sobre los niños/adolescentes, ¿en qué se diferencian de los que sufre el adulto?
4. ¿Qué efectos o consecuencias tiene sobre la estructura y funcionalidad familiar dicha pérdida? ¿sobre qué aspectos del desarrollo de la familiar es más importante incidir?
5. Según su experiencia, ¿existen recursos suficientes para atender este tipo de situaciones? ¿Cuáles creen que son los principales ámbitos de mejora?

Guion de la entrevista en el ámbito del Trabajo Social sanitario

A continuación, se expone el guion de la entrevista a profesionales del ámbito del Trabajo Social sanitario:

1. En su día a día, ¿cuál es el método o actuaciones dentro del equipo de atención a la familia en casos de enfermedad crónica o terminal? ¿Existe un protocolo de seguimiento posterior una vez se produce el desenlace y la familia abandona el hospital?
2. Según su experiencia en los centros médicos u hospitalarios, ¿cuáles son los recursos más habituales para afrontar este tipo de situaciones? ¿En qué ámbitos de la familia es más importante incidir, existiendo mayor riesgo?
3. ¿Cree que el trabajador social sanitario tiene suficiente presencia en los equipos? ¿Cree que el Trabajo Social es una disciplina relevante que podría ayudar a lograr un mayor impacto en la intervención? ¿Por qué?

¿Qué aspectos de la intervención cree que se podrían mejorar en la atención a las familias?

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (5.ª ed.).* Editorial Médica Panamericana.

Campos Toledo, L. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo Social*, 17, 239-252.

Cánovas Leonhardt, P., Sahuquillo Mateo, P., Císcar Cuñat, E., y Martínez Vázquez, C. (2014). Estrategias de intervención socioeducativa con familias: Análisis de la orientación familiar en los servicios especializados de atención a la familia e infancia de la Comunidad Valenciana. *Revista Educación XXI, 2012*(2), 265-288. https://doi.org/10.5944/educxx1.17.2.11491

Colegio de Médicos de Bizkaia. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y adolescencia*. Recuperado 15 noviembre 2021, de http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-TRATAMIENTO-DUELO.pdf

Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. (2012). *Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario.* Generalidad Valenciana. Recuperado 15 noviembre 2021, de https://studylib.es/doc/6941813/gu%C3%ADa-de-intervenci%C3%B3n-de-trabajo-social-sanitario

De Hoyos López, M. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátrica Española, 2015*(2), 27-32.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Recuperado 15 noviembre 2021, de https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

Gallego, C., Tomás, E. (2016). *Introducción a los métodos y técnicas de investigación cualitativa en ciencias sociales.* Capítulo 2. Universidad de Zaragoza.

García Ledesma, R., Mellado Cabrera, A., Illarramendi Hernández, C., y Pérez Cequera, M. (2015). Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil. *Alternativas en Psicología*, 33, 8-21. http://www.alternativas.me/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/97-uso-de-tecnicas-con-enfoque-sistemico-narrativo-intervencion-psicoterapeutica-en-una-familia-por-duelo-infantil

González Calvo, V. (2006). *Trabajo Social Familiar e intervención en procesos de duelo con familias*. Ponencia presentada en el IV Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, Zaragoza.

Dialnet. Recuperado 15 noviembre 2021, de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448

Herrera Santi, P. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Revista Humanidades Médicas, 2012*(2), 184-191. Recuperado 15 noviembre 2021, de http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/89/122

Instituto Catalán de Oncología. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Generalidad de Cataluña. Recuperado 15 noviembre 2021, de http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf

Martínez González, M., Álvarez González, B., y Fernández Suárez, A. (2015). *Orientación familiar. Contextos, evaluación e intervención*. Sanz y Torres.

Pedraz, A. (2004). La revisión bibliográfica. *Nure Investigación*, 2. CCUMA. Recuperado 15 noviembre 2021, de http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/DocuI/Revision.pdf

Ponce de León Romero, L., y Fernández García, T. (2008). *Trabajo Social con familias*. Alianza Editorial.

Samter, N. (2012). Método de comparaciones constantes. En J. Paola, P. Danel y R. Manes (Comp.), *Reflexiones en torno al Trabajo Social en el campo gerontológico: Tránsitos, miradas e interrogantes* (p. 137-151). Universidad de Buenos Aires. Recuperado 21 marzo 2021, de http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27629

Taguenca Belmonte, J., y Vega Budar, M. (2012). Técnicas de investigación social. Las entrevistas abierta y semidirectiva. *Revista de investigación en ciencias sociales y humanidades Nueva Época, 1*(1), 58-94. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado 15 noviembre 2021, de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/7465/tecnicas_de_investigacion_social-_las_entrevistas_abiertas_y_semidirectivas.pdf

Compartiendo la práctica profesional

Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social
María Victoria Ochando Ramírez

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia
María Cristina Lopes Dos Santos

El ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios de Cataluña. La experiencia Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2
Núria Pujol Serna

La intervención social en los CDIAP: una revisión continua
Adela Rodríguez Civil, Jaume García Hernández, Gergana Dimitrova Aladzhova, Andrea V. Rodríguez Erazú y Sunsi Segú Colomé

Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social

Restructuring the addiction reception process from the field of social work

María Victoria Ochando Ramírez[1]
ORCID: 0000-0001-7416-5279

Recepción: 24/03/21. Revisión: 06/05/21. Aceptación: 07/07/21

Para citar: Ochando Ramírez, M. V. (2021). Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 221, 91-108. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.05

Resumen

En este artículo, se pretende sistematizar una parte de la praxis del Trabajo Social en el contexto de las adicciones. Se centra en el proceso de acogida que se realiza a personas drogodependientes y a sus familiares en la Asociación de Alcohólicos Liberados de Jaén y Mágina (ALJAMA), en la provincia de Jaén. Se exponen las principales dificultades que encuentran las personas con adicciones y sus familiares previas a iniciar el tratamiento y se describe cómo se realiza el proceso de acogida en esta entidad. Se considera que este proceso inicial, que es desarrollado por trabajadores y trabajadoras sociales, es el punto de partida para el resto de la intervención. La forma de establecer los primeros contactos es determinante para ofrecer servicios de calidad centrados en la persona. Por último, se presentan algunas recomendaciones sobre el proceso de acogida que favorecerán el proceso de rehabilitación y contribuirán al bienestar social de las personas adictas y de sus familias.

Palabras clave: Trabajo Social, adicciones, acogida, proceso, calidad.

1 Doctora en Trabajo Social. Profesora en la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Trabajadora Social en ALJAMA. mariavictoria.ochando@unir.net

Abstract

This article strives to restructure one component of the practice of social work in the context of addictions. It focuses on the shelter process of receiving drug users and their relatives at the Association of Liberated Alcoholics of Jaén and Mágina, in the province of Jaén. The primary difficulties encountered by people with addictions and their relatives prior to starting treatment are set out and the way in which the reception process is undertaken at this organisation is described. This initial process, undertaken by social workers, is deemed to be the starting point for the remainder of the intervention. Therefore, the way in which this initial engagement is delivered will be decisive in order to offer quality, people-centred services. Lastly, certain recommendations are laid out in relation to the reception process which will encourage rehabilitation and help support the social wellbeing of users and their families.

Keywords: Social work, addictions, shelter, process, quality.

Introducción

En Trabajo Social, la sistematización está adquiriendo protagonismo debido a razones intrínsecas a la profesión y por los entornos laborales. Consta de un carácter científico desde Mary Richmond. Para alcanzar el conocimiento, es indispensable generar sinergias entre la investigación y la práctica (Esteban y Del Olmo, 2021). La sistematización permite extraer conocimiento de la praxis profesional del Trabajo Social.

Las tendencias en la Administración pública y en las organizaciones van en la línea de la implementación de sistemas de calidad y la mejora continua (Ochando, 2021). Los sistemas de protección han ido incorporando esta filosofía, cuestión que se refleja a su vez en el terreno normativo. En el ámbito de los servicios sociales, se concreta en las leyes de servicios sociales de última generación. Se basa en principios como la orientación al cliente, la orientación a resultados, el trabajo en base a procesos, la mejora continua, etc. Promueve prácticas basadas en la evidencia, por lo que la evaluación y la reflexión sobre la práctica son necesarias para saber qué se hace y cómo, y si dichas actuaciones permiten responder al propósito de la entidad. La implantación de un sistema de gestión de calidad desde un enfoque de calidad total favorece la satisfacción de todos los grupos de interés, personas usuarias, profesionales, etc., se motiva para alcanzar resultados excelentes y contribuye a la sistematización de datos. En concreto, contribuirá al Trabajo Social:

- La generación de nuevos enfoques teóricos o metodológicos.
- El análisis de la práctica y la mejora continua de los procesos.
- El establecimiento de un lenguaje compartido.
- La difusión de buenas prácticas entre profesionales.
- La visibilización de los recursos sociales, instituciones y colectivos.
- El reconocimiento y el prestigio de la profesión; lo que no se divulga no se conoce.

La sistematización ha de integrarse en las funciones de los trabajadores y trabajadoras sociales de las organizaciones y en los servicios sociales comunitarios y especializados. En este artículo, se describe el proceso de acogida realizada desde el Trabajo Social en un servicio especializado en adicciones.

El fenómeno de las adicciones

Los problemas sociales y económicos derivados de la adicción a sustancias constituyen en la actualidad un grave problema social que repercute a miles de personas. El acceso a las drogas es sencillo, hay una elevada disponibilidad (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020). La línea que separa un uso de un abuso y, finalmente, una dependencia, es pequeño. Cualquier persona puede adquirir una adicción

independientemente de su estatus social o su género, entre otros, sobre todo si los factores de riesgo tienen mayor presencia que los factores de protección. A escala social, existe gran permisibilidad y baja percepción de riesgo.[2] Los consumos experimentales que suelen iniciarse en la adolescencia pueden desencadenar conductas de riesgo, e incluso una adicción. La adicción a las drogas según la Organización Mundial de la Salud (1994) es:

> Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (p. 13).

Los comportamientos adictivos afectan a quien consume alcohol u otras drogas y a su entorno, repercutiendo negativamente en el sistema familiar, en contextos laborales, etc. Para atender estas situaciones complejas, se requieren profesionales como los trabajadores y las trabajadoras sociales, dada su trayectoria en el ámbito de las adicciones y sus conocimientos de la persona y el entorno (Borràs, Pérez y Llort, 2019). Se encargarán de gestionar las demandas de ayuda al sistema sanitario y al de servicios sociales. La atención sociosanitaria está regulada por leyes sectoriales y especialmente por la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, 2017), y las respectivas regulaciones autonómicas.

En Andalucía, marca las directrices el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (Secretaría General de Servicios Sociales, 2016). Se establecen líneas prioritarias como la perspectiva de género, la intervención a personas dirigidas con alto riesgo de exclusión social, modernización y calidad de los servicios y programas e impulso a las nuevas tecnologías, entre otras. Distingue cuatro áreas de actuación: Prevención, Atención Sociosanitaria, Incorporación Social y Gestión del Conocimiento. Los recursos especializados en drogodependencias para Andalucía se plasman en el Mapa de Servicios Sociales de Andalucía.

Contexto de la organización

La Asociación de Alcohólicos Liberados de Jaén y Mágina (ALJAMA) es una asociación provincial sin ánimo de lucro fundada en 1988 que tiene como misión proporcionar un abordaje integral de las adicciones a personas adictas y a sus familiares. Desarrolla programas preventivos y programas de apoyo al tratamiento. A través de actuaciones de carácter

2 Para más información de incidencia de consumo de drogas, revisar las publicaciones anuales del Ministerio de Sanidad sobre el Plan Nacional sobre Drogas, el Observatorio Español de Drogas y Adicciones; el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, entre otros.

ambulatorio con profesionales, potencia las habilidades sociales y la calidad de vida de las personas usuarias.

ALJAMA es una entidad de pequeño tamaño, con escasos recursos, que atiende semanalmente una media de 30 a 40 personas adictas y a sus familias. El perfil más habitual de personas adictas son hombres de entre 35 y 50 años, dependientes del alcohol o policonsumidores. El número de mujeres usuarias adictas es muy reducido, alrededor del 5%. Entre el grupo de familiares, predomina el sexo femenino y la relación de pareja. La mayoría de las personas usuarias tienen hijos o hijas y disponen de una red de apoyo familiar. El estatus social es de clase media. Hay un porcentaje bajo de hombres enfermos que acuden solos, mientras que es la pauta mayoritaria en las mujeres adictas.

El equipo técnico es estable y se ofrece un trato cercano. En ocasiones, hay voluntariado o alumnado de prácticas. En cuanto al tratamiento, no se dan altas. La persona usuaria puede asistir a tratamiento todo el tiempo que requiera, ajustándose en todo momento a las necesidades que presente. Es habitual que personas más veteranas apoyen a miembros nuevos, y que los nuevos retroalimenten a los más veteranos para que no olviden cómo estaban. Se potencia el grupo y la ayuda mutua. Las personas de ALJAMA se consideran una familia, se sienten entendidos y escuchados.

Metodología

Esta sistematización se basa en la experiencia profesional como trabajadora social de la autora durante más de diez años en ALJAMA. Desde un enfoque cualitativo y con alcance descriptivo, se ha servido de revisión documental, entrevistas y observación. Se han recopilado evidencias extraídas de soportes documentales como historias sociales, hojas de registro de socios y de socias, hojas de registro de asistencia a terapias, actas de terapia, cartas, fichas de observación, etc. También se ha plasmado la experiencia en atención directa de la autora. En concreto, a través de las entrevistas personales iniciales y de seguimiento, y en las terapias grupales semanales desarrolladas ininterrumpidamente desde 2010 hasta la actualidad. Además, con objeto de validar estas aportaciones, se ha sometido esta publicación a la revisión interna de personas usuarias de ALJAMA, ya que se considera pertinente incluir algún grado de participación en la sistematización (Caparrós, Carbonero y Raya, 2017).

Circunstancias previas al proceso de acogida

La atención de las adicciones se realiza desde un enfoque interdisciplinar (Arredondo, 2019). Se promueven intervenciones grupales, que permiten la identificación de la persona con el resto de los miembros del grupo, el aprendizaje y el apoyo mutuo. Los grupos terapéuticos o terapias grupales se consideran una de las técnicas más utilizadas en el trata-

miento de las adicciones (Monras et al., 2020). El grupo favorece alcanzar los objetivos grupales e individuales y lograr el éxito en la rehabilitación. Estas técnicas grupales se complementan con intervenciones individuales. Desde el Trabajo Social se requiere además una atención personalizada de casos que permita el abordaje de la persona y su entorno, la detección de necesidades y el empoderamiento. En este sentido, se requiere tener en cuenta algunas circunstancias previas al proceso de acogida.

A menudo, las personas consumidoras de sustancias y sus familias experimentan un periodo de toma de conciencia que antecede a la demanda. La duración de esta etapa previa a la incorporación a la asociación es muy variable, hay personas que han tardado en dar el paso más de seis meses, o incluso años. El hecho de tomar la determinación entraña aspectos psicológicos y sociales que variarán en función de cada caso y persona, así como del contexto social.

Las familias que se ven afectadas por la adicción en su unidad familiar toman conciencia de que hace falta un cambio incluso antes que el propio adicto o adicta. Atendiendo al marco teórico en adicciones y lo observado en ALJAMA, se establece el siguiente proceso circular en las dinámicas familiares de estas personas usuarias:

1. El proceso se inicia cuando un componente del núcleo familiar se percata de que uno de los miembros de su familia está desarrollando un comportamiento distinto y que además le resulta molesto o negativo.
2. Se detecta que dicho comportamiento empieza a ser más habitual de lo que gustaría. No se sabe bien qué está sucediendo. Se pone en duda si verdaderamente se trata de una adicción o si estas actitudes se deben a otra circunstancia (por ejemplo, la pérdida de empleo, relaciones familiares tensas, infidelidad, problemas de rendimiento escolar, etc.). La familia desarrolla una observación mayor y una búsqueda de respuestas.
3. La familia percibe indicios de que dicho cambio de comportamiento puede estar ocasionado por el consumo de una sustancia (alcohol, cocaína, cannabis, etc.); o por un patrón repetitivo que pueda derivar en una adicción sin sustancia (juego, compras, sexo, etc.). Las familias se debaten entre momentos de claridad y otros de confusión, incluso se plantean que la otra persona bebe o consume drogas por su culpa. Se manifiestan emociones ambivalentes, en las que predominan la rabia, la impotencia y la incomprensión de lo que está sucediendo.
4. La propia familia, con el objetivo de minimizar el impacto de los comportamientos, despliega conductas que le ayudan a "sobrellevar" la situación. Modifican sus horarios, rutinas, se aíslan socialmente por temor al escándalo, no cuentan lo que sucede para evitar problemas.
5. Se identifica la existencia de una adicción. Los familiares experimentan ansiedad, problemas de salud, asunción de responsabilidades, sobrecarga emocional y dependencia a la persona

adicta en diferentes intensidades. Como familiar, se pretende salvar a la persona con adicciones, haciendo que toda su vida y la del núcleo familiar gire en torno a los patrones de la adicción de su familiar enfermo u enferma. Si, además, se trata de un familiar y el adicto es el hombre, se acrecientan las funciones de cuidado y protección derivados de los roles de género. De ahí que se produzca en algunos casos la codependencia.

6. Se produce un empeoramiento o incremento del consumo que afecta a todas las áreas. Los familiares están desbordados y se plantean pedir ayuda profesional. A veces no es el primer intento.

Las circunstancias descritas no son lineales, pudiendo combinarse meses donde la persona tenga un patrón de consumo más reducido y otros en los que la adicción esté más presente. Todo depende del tipo de consumo que tenga, a qué sustancia, la tolerancia, las motivaciones y el grado de adicción. Las familias estarán a la expectativa durante el tiempo que consideren, pudiendo ser muy pacientes y esperar años o, por el contrario, detectar la conducta adictiva e iniciar antes la intervención profesional. Entre las personas que acuden a ALJAMA, hay una mayor incidencia del primer grupo.

Los familiares de personas adictas encuentran numerosas dificultades para dar el paso de pedir ayuda (Tabla 1). Las esperanzas de que se produzca el cambio derivan de promesas constantes de cambio. Las personas en activo incumplen sus promesas y se reactiva el ciclo del consumo. Otros motivos que se pueden encontrar son los temores hacia el qué dirán, la pérdida de prestigio social, la culpa, etc., que les llevan no solo a postergar la decisión, sino a pensar que pueden controlar a la persona adicta.

Tabla 1. Dificultades para pedir ayuda en familiares de personas adictas

Dificultades para pedir ayuda en familiares de personas adictas
Desconocen que el consumo es un problema a largo plazo.
Confían en las promesas de cambio que hace la persona adicta.
Creen que es un tema que se puede manejar en la familia, sin ayuda de nadie.
No quieren hacer nada que enfurezca a su familiar y le lleve a consumir más.
Tienen miedo al qué dirán si los demás se enteran de su problema.
Desean normalizar la situación respecto a sus hijos o hijas u otras personas (jefes o jefas, familias).
No tienen claro si se debe a un problema de adicción o a otros motivos.
Sienten que la otra persona bebe o consume por su carácter o características. Culpa.
Desconocen los recursos disponibles.
Tienen una falta de comprensión de la adicción.

Fuente: Elaboración propia.

Aun siendo conscientes de que existe un problema, en ocasiones, los familiares no terminan de entender por qué la otra persona bebe o consume drogas y en qué consiste la adicción. Se oyen expresiones del tipo "bebe porque quiere", "es un vicioso", "no quiere a su familia: si lo hiciera, dejaría de beber", "debería cambiar y no consumir por el bien de sus hijos", etc. Cuando la adicción es de fin de semana, resulta más complejo si cabe.

A la persona adicta le cuesta dejarlo, ha perdido el control. No se es más adicto por tomar más cantidad o por consumir con más frecuencia. Hay una gran variedad de personas y de adictos o adictas. Es importante recordar que cuando se habla de personas con adicciones, no se refiere a personas que se encuentren bajo los efectos del alcohol y/o las drogas constantemente, sino que también tienen momentos de lucidez y sentimientos, aunque no sepan o no puedan afrontar su problema por su adicción al alcohol y/o a otras drogas. La intervención con drogodependientes y familiares ha de partir de la dignidad y el conocimiento de lo que supone tener una adicción.

Finalmente, los familiares llegan a un momento insostenible en sus dinámicas familiares y trayectorias vitales. Coloquialmente indican "que han tocado fondo", se encuentran en una situación muy crítica desde el punto de vista personal, familiar y económico. La comunicación con la persona adicta suele ser muy tensa o casi inexistente. Los conflictos son habituales y de mayor envergadura, aparecen algunas deudas económicas, mentiras y evasión de responsabilidades personales, laborales y familiares. En algunos casos, si hay menores, tienen escasa relación con la persona consumidora.

Cuando las familias deciden que es el momento de actuar y pedir ayuda, incluso aunque la persona adicta aún no reconozca su situación adictiva, se encuentran la tesitura de no saber por dónde empezar. El desconocimiento de los recursos de la red de centros especializados de atención a adicciones es evidente. En muchos casos, se inicia la búsqueda a través del médico de cabecera o del psicólogo, quienes derivan a los recursos de la red asistencial. En ALJAMA hay personas que vienen por estas vías, pero, principalmente, acuden a través de alguna persona conocida de su entorno con experiencia en la asociación.

Mayoritariamente, entre las familias, esta petición de ayuda a los servicios especializados de adicciones se suele iniciar por la pareja o la madre. En muchas parejas, la demanda de separación suele ser el último recurso disponible para poner a la persona adicta en la tesitura de "o cambias o me voy". Es por ello por lo que muchas personas enfermas inician su tratamiento bajo esta presión familiar imponente.

Por su parte, la toma de conciencia para las personas adictas es distinta a la de los familiares. La mayor dificultad viene dada por entender qué le está pasando y aceptar su problema. Existen diferentes tipologías de personas adictas, que, en el caso del alcohol, además se le une ese componente social de que el alcohol está presente en las celebraciones y hábitos sociales. Expresiones como "yo bebo lo normal", "todo el mundo bebe", o "yo controlo" van a marcar el discurso de las personas adictas

al alcohol en los primeros momentos. El hecho de que una persona adicta decida por sí misma iniciar el cambio, dependerá de muchos factores y del momento en el que se encuentre.

Prochaska y DiClemente (1982) establecieron el modelo transteórico del cambio, donde definen las seis etapas del cambio que la persona adicta experimenta (Tabla 2). Este modelo permite sustentar teóricamente la intervención. Teniendo en cuenta este marco, se pueden establecer las estrategias de intervención más apropiadas en función del estadio en el que la persona usuaria con adicción a drogas se encuentre. El modelo permite evaluar las necesidades y ajustar las técnicas más adecuadas.

Tabla 2. Los estadios de cambio

Precontemplación	La persona con adicciones no se plantea modificar su comportamiento.
Contemplación	La persona manifiesta una actitud ambivalente hacia el cambio.
Preparación	Se establece una actitud favorable al cambio.
Acción	La persona se motiva hacia el cambio, abandona su consumo.
Mantenimiento	Consolida los cambios logrados, trabaja para evitar recaídas.
Recaída	La recaída puede formar parte del proceso, la persona puede retroceder a estadios iniciales.

Fuente: Prochaska y Diclemente (1982).

El consumo problemático de drogas debe abordarse por parte del trabajador o trabajadora social de manera diferente según si la persona percibe o no que tiene un problema; y si desea o no introducir cambios en su vida en diferentes áreas. Las personas con adicciones que acuden a ALJAMA a pedir ayuda, tanto por convicción propia como presionadas por la familia, suelen encontrarse en las etapas iniciales del modelo: precontemplación, contemplación y preparación. Así, aquellas personas que han visto las consecuencias a las que les ha llevado su consumo, aunque sea mínimamente, se muestran más receptivas a cambiar parte de su conducta, o incluso a informarse en un centro especializado, una asociación, etc. Algunas personas usuarias consideran que esa primera visita "para cubrir el expediente" será suficiente; otras afirman que lo han intentado por su cuenta sin éxito, que quieren mejorar su vida, etc. También hay personas adictas que presentan notables prejuicios hacia lo que pueden encontrarse en un centro de adicciones, independientemente de si es público o privado. Cantos (2020) apunta que "la imagen social de las personas drogodependientes está cargada de estereotipos y es generadora de estigma y exclusión" (p. 50). Todos estos pensamientos iniciales

facilitarán o retrasarán el momento de pedir ayuda y deben considerarse también en la acogida inicial (Tabla 3).

Tabla 3. Dificultades para pedir ayuda en personas adictas

Dificultades para pedir ayuda en personas adictas
Ausencia de conciencia del problema: "yo no tengo ningún problema, controlo y puedo dejarlo cuando quiera"; "llevo dinero a casa"; "soy un buen profesional".
Derivación de las responsabilidades a otras personas: "mi familia está muy nerviosa, tiene que ir a un psicólogo. Yo estoy bien y no necesito ayuda".
Prejuicios hacia los centros o las personas usuarias: "eso es una secta"; o "allí no hay más que borrachos, enganchados, colgados".
Vergüenza o temor a dañar su imagen social.
Pensar que es la única persona a la que le pasa.
Desconocimiento de los recursos disponibles.

Fuente: Elaboración propia.

Analizando estos motivos, también se evidencian aspectos que deben abordarse desde una perspectiva de género (Arredondo, 2019). Están patentes en los discursos de las personas usuarias de ALJAMA. Los hombres drogodependientes presentan una imagen social más positiva frente a las mujeres consumidoras. Se realizan atribuciones del tipo "estará pasando una mala racha", "es una excelente persona, pero no sabe controlar", "tiene que atender a sus clientes y necesita ir al bar para cerrar los tratos", "tendrá problemas y por eso ha caído en el alcohol", "todos los hombres beben y no pasa nada siempre que lleven dinero a su casa", etc. Estas expresiones evidencian una mayor permisibilidad social hacia las conductas adictivas, a los hombres se les juzga en términos de mala suerte (Cantos, 2020) y en un rol de víctima (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015). Las mujeres drogodependientes son percibidas socialmente de una forma más negativa y estigmatizada, siendo valoradas si son buenas o malas madres, hijas, etc.: "ha dejado a sus hijos abandonados por la bebida"; "estás echa un desastre". Hay una valoración desigual respecto a la petición de ayuda. A los hombres se les anima: "has hecho lo que tenías que hacer", "muy bien por echarle valor", "lo importante es que te mejores, toma el tiempo que necesites", etc. Aplicando esta misma situación a las mujeres, se aprecia más rechazo: "¿cuánto tiempo tienes que ir a ese sitio?"; "¿quién va a atender a los hijos mientras?", "¿cómo se van a apañar en casa?", "ponte bien que tienes que empezar a trabajar pronto"; "ellos te necesitan", etc. El derecho a dedicar tiempo para recuperarse puede ser diferente en función del género. A las mujeres se les tacha de personas egoístas (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015). En cuanto al apoyo social de familiares o amistades en el inicio y durante el tratamiento es igualmente distinto (Cantos, 2020). Es constatable en ALJAMA la preva-

lencia de mujeres que no disponen de apoyo en el tratamiento frente a las que lo tienen; es menor que el apoyo del que disponen sus compañeros varones, tal y como reflejan las investigaciones (Fernández, 2015).

El proceso de acogida en adicciones

La rehabilitación de una persona con adicciones consta de varias fases y procesos esenciales. Los procesos serán los mismos para personas enfermas y familiares, aunque el contenido y las necesidades a trabajar serán distintas. En cada momento de la rehabilitación, se potenciará un enfoque centrado en la persona y la participación de las personas usuarias. La intervención se basa en el modelo transteórico del cambio, modelo cognitivo conductual y modelo sistémico. En ocasiones de mayor urgencia, se usará el modelo de atención en crisis. Se establecerán normas, se gestionarán conflictos y se potenciará la integración en la asociación y en el grupo. Se generará un contexto de ayuda, basado en el respeto y en la confidencialidad.

Las funciones del trabajador o trabajadora social se irán ajustando a las necesidades de cada persona y del grupo en cada momento de la rehabilitación. En cualquier caso, ejercerá un rol de acompañamiento y orientación para el cambio (Castilla, 2016) durante toda la intervención. Sus aportaciones serán necesarias para lograr una intervención integral (Sánchez Rodríguez, 2021; Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2012). Desde el Trabajo Social, se requiere una actitud flexible y permeable a los cambios que puedan acontecer, así como una capacidad de respuesta rápida. Hay que saber ajustarse a cada una de ellas para que la intervención sea eficaz y de calidad.

El proceso de acogida se puede definir como el conjunto de tareas que tienen como objetivo conocer y valorar a la persona usuaria y prepararla para el proceso de rehabilitación. Equivale a las entrevistas previas al inicio del tratamiento. En adicciones, la acogida es un proceso significativo y delicado por la naturaleza de los temas que se abordan. La manera de hacer frente al proceso de acogida será determinante para la continuidad en el tratamiento de rehabilitación, de ahí que se contemple como un proceso esencial también en ALJAMA. Esto significa que, si la persona percibe un trato no satisfactorio, puede decidir no volver y, por ende, no adherirse al tratamiento. La adherencia al tratamiento favorece alcanzar los resultados deseados (García del Castillo, García del Castillo López y López, 2014) y, dentro de la misma, los factores asistenciales pueden ser una variable significativa. M. Ortiz y E. Ortiz (2007) correlacionan positivamente la satisfacción con la persona profesional y la tasa de adherencia al tratamiento, ya que consideran que una relación de colaboración entre ambas puede fomentar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

El proceso de acogida aportará valor a la persona usuaria y satisfacción con el servicio recibido. Es un proceso operativo que se dirige a cualquier persona que perciba tener un comportamiento adictivo a una sus-

tancia, así como a los familiares directos. También se orienta a personas o instituciones que buscan una información general sobre las adicciones, o los factores de riesgo y protección.

La acogida se inicia cuando la persona usuaria es capaz de superar las barreras, con la solicitud de una cita en ALJAMA. El proceso de acogida concluye cuando la persona se integra en las terapias grupales, o cuando se ha proporcionado la información general solicitada. El equipo técnico de ALJAMA tiene la responsabilidad en el proceso de acogida. El proceso de acogida en ALJAMA integra tres subprocesos: la acogida social, la acogida psicológica y la acogida entre iguales (Figura 1):

Figura 1. Proceso de acogida en ALJAMA

Fuente: Elaboración propia.

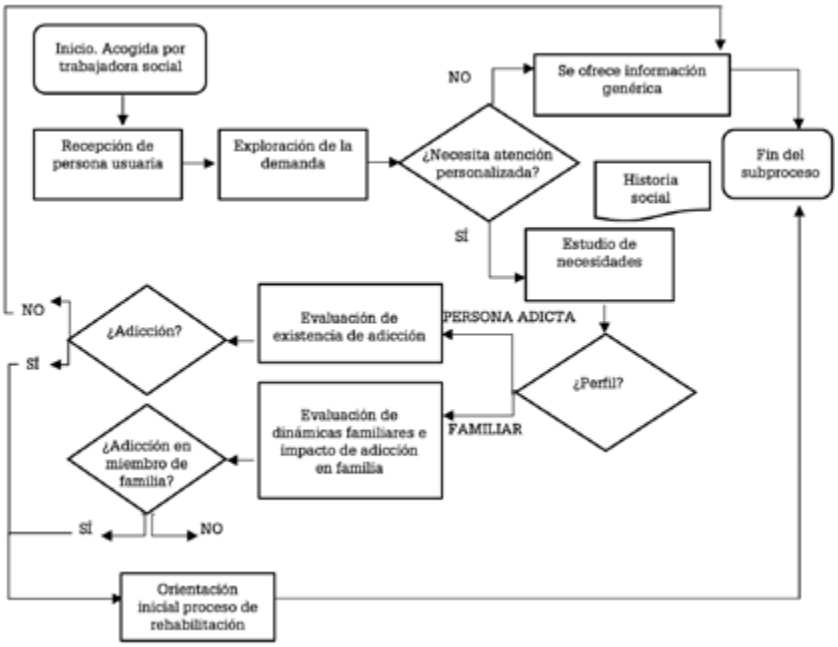
En un primer momento, la trabajadora social recibe y realiza la acogida a las personas usuarias. Posteriormente, tiene lugar la acogida con la psicóloga. Se busca que no pase demasiado tiempo entre ambas, generalmente una semana a lo sumo. Las acogidas que realizan cada una de las profesionales se sistematizan en documentos como la historia clínica y la historia social. La técnica utilizada es la entrevista. La acogida de la psicóloga y la trabajadora social tienen como objetivo valorar de manera amplia el caso, desde un enfoque interdisciplinar. Ambas pondrán en común los hallazgos de cara a consensuar el diagnóstico de cada una y planificar conjuntamente la intervención posterior. Cabe señalar que el diagnóstico no es algo cerrado, sino que se va ajustando a medida que se va ampliando la información durante todo el proceso o si aparecen situaciones nuevas.

Posteriormente, se contacta con un compañero o una compañera que tenga unas características similares que pueda realizar la acogida a la persona recién llegada. Se pretende una identificación entre iguales, que le ayudará también a prepararse para la inclusión en el grupo. Si se trata de familiares, se realiza la misma dinámica. En algunas ocasiones, si no hay ningún compañero o compañera o disponible en ese momento o las personas que hay no presentan un perfil que se ajuste a la persona recién llegada, se puede pasar la persona usuaria a terapia siempre que reúna los requisitos. La acogida entre miembros de ALJAMA puede postergarse para otro día.

La acogida en adicciones desde el Trabajo Social

La acogida desde el Trabajo Social corresponde a la fase de investigación del método básico del Trabajo Social. Se exploran necesidades, se establecen variables, se determinan hipótesis, etc. Normalmente, conllevará una única sesión para identificar cuestiones básicas, que puede requerir otras entrevistas para completar el análisis de la persona y sus circunstancias. El subproceso de acogida en Trabajo Social se plasma en el siguiente flujograma (Figura 2):

Figura 2. Flujograma del subproceso de acogida desde el Trabajo Social en adicciones en ALJAMA



Fuente: Elaboración propia.

En esta primera toma de contacto, se establece la relación terapéutica con las personas usuarias. Requiere una preparación adecuada del trabajador o trabajadora social que le permita conducir adecuadamente la entrevista. Hay que acomodar a la persona usuaria, transmitirle que se encuentra en un espacio seguro donde no se la juzga por lo que ha hecho y que es confidencial. Algunas claves pueden ser:

- Generar una primera pregunta intrascendente que permita romper el hielo.

- Iniciar la entrevista con una pregunta lo suficientemente abierta que permita a la persona expresarse con libertad.
- Mostrar una actitud receptiva y de escucha activa desde el punto de vista verbal y no verbal.
- Generar empatía y comprensión.
- Reformular las palabras de la persona usuaria para hacerle ver que se la está entendiendo.
- No agobiar a la persona con preguntas, darle su tiempo para pensar y contestar.
- Explorar si la persona acompañante es de su confianza o si le hace sentirse cohibido o cohibida.
- Recoger algunas notas, pero no excesivamente. Evitar el uso de pantallas o tecnologías que puedan interrumpir la comunicación.
- Cuidar los detalles, evitar interrupciones o ruidos.

La persona usuaria puede encontrarse en un estado de nervios o manifestar cierta inquietud. En estas ocasiones, es preferible detener la entrevista y ofrecerle mensajes de tranquilidad. También puede ser útil reforzar el paso que ha dado acudiendo a la asociación, y manifestarle el apoyo para ayudarle en todo que necesite. A veces, podemos estar frente a personas tímidas, que también precisan sacar lo que llevan dentro.

Conforme va avanzando la entrevista, se debe ir entrando paulatinamente en preguntas más complejas sobre su trayectoria vital, aspectos familiares y motivación hacia el cambio. Es fundamental investigar su relación con el medio. Además, habrá que manejar los tiempos y los silencios, así como las emociones que aparezcan.

La acogida en Trabajo Social se realiza para indagar en el perfil de la persona adicta con los siguientes objetivos específicos:

- Explorar la trayectoria vital en todas las áreas.
- Identificar el tipo de consumo y los patrones de consumo.
- Recabar datos sobre la trayectoria en el consumo: motivos y consecuencias.
- Valorar la existencia de una adicción.
- Profundizar en qué estadio de cambio se encuentra.
- Analizar la existencia de redes sociales de apoyo y dinámicas familiares.
- Estudiar el contexto de la persona usuaria.
- Determinar las cualidades personales, factores de riesgo y protección.
- Valorar si los servicios que se prestan en ALJAMA se ajustan a las necesidades de la persona, o si precisa de otro recurso de la red.
- Explorar la disposición para iniciar la rehabilitación.
- Orientar e informar sobre la adicción.
- Informar sobre las normas de la asociación.

Igualmente, la acogida inicial se realizará a la persona o personas de la familia que acompañen al individuo con comportamiento adictivo. Los objetivos específicos que alcanzar dentro de la acogida del Trabajo Social en este caso son:

- Indagar en las necesidades específicas del familiar.
- Identificar acontecimientos significativos en la esfera personal y en la trayectoria familiar ocasionados por el consumo de la sustancia.
- Explorar la relación actual y la comunicación con la persona adicta.
- Contrastar y ampliar la información ofrecida por la persona adicta.
- Valorar la existencia de redes de apoyo.
- Explorar la disposición para iniciar la rehabilitación.
- Orientar sobre la adicción y roles familiares a adquirir.
- Informar sobre las normas de la asociación.

En la acogida que se realiza desde el Trabajo Social, lo importante es lograr por nuestra parte que la persona se sienta cómoda y que pueda expresarse ampliamente. Se parte de una entrevista motivacional utilizando técnicas de orientación, de comprensión, de ventilación, de reflexión, etc., y herramientas como el genograma. Como trabajadores y trabajadoras sociales hemos de saber gestionar todas las emociones que se generan durante la entrevista y ofrecer apoyo.

La base teórica permitirá determinar la existencia de adicción e interpretar el caso, pudiendo recurrir a escalas de valoración de adicciones como AUDIT, CAGE, o de relación familiar como APGAR Familiar, etc. Si se aprecian evidencias claras de que existe una adicción, se informará a la persona del prediagnóstico de adicción a la sustancia o sustancias, y del tipo de consumo. Se le ofrecerá información concreta sobre el proceso de acogida, el proceso de rehabilitación y los servicios de ALJAMA. Se planteará iniciar la rehabilitación y se le ofrecerá un contrato de intervención y confidencialidad. Si es familiar, también se le orientará sobre adicciones y se emplazará a una cita con la persona adicta para contrastar la información y ajustar el diagnóstico. En cualquier caso, la persona debe salir del despacho con una sensación positiva, de que se les ha escuchado, respetado, y con un atisbo de esperanza.

Toda la información se plasmará en la historia social donde se recogen todas las dimensiones relevantes del caso, como su trayectoria y tipología de consumo y las áreas familiar, social, laboral, de salud, etc., y diagnóstico social. Esto permitirá finalizar el subproceso de acogida social y continuar el proceso de acogida. Una vez finalizado, se consensuará el diagnóstico con el equipo técnico y se orientará la persona hacia nuevos procesos operativos que contribuyan a su rehabilitación y atención integral desde un enfoque biopsicosocial y centrado en la persona.

Conclusiones

La atención a las personas con adicciones y a sus familias desde el Trabajo Social requiere conocimientos teóricos y metodológicos específicos. En el marco de la red asistencial de recursos de atención en adicciones, la figura del trabajador o trabajadora social en adicciones contribuye a dar una atención integral, acompañando y apoyando a la persona usuaria y a su familia durante todo el proceso de rehabilitación. Entre otras funciones, desarrolla la acogida a la persona con adicciones y a sus familiares. La acogida permite establecer el vínculo y explorar la situación adictiva. Este proceso inicial es determinante, ya que del vínculo terapéutico que se logre establecer y del abordaje del caso que se realice, dependerá la continuidad de la persona en el recurso. La calidad de la atención realizada repercutirá en la satisfacción de la persona usuaria, pero, sobre todo, impactará en la calidad de vida de las personas con adicciones y sus familias. Por ello, desde el primer contacto, el trabajador o la trabajadora social debera esforzarse en manifestar a las personas usuarias un alto compromiso ético, humano y social (Consejo General del Trabajo social, 2012, artículo 4).

Referencias bibliográficas

Arredondo Quijada, R. (2019). Adicciones: diagnóstico, intervención y evaluación. En M. Del Fresno García (Dir.), y A. Hernández Echegaray (Coord.). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social* (p. 424-440). Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Borràs Cabacés, T., Pérez Folch, A., y Llort Suárez, A. (2019). Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias. *Revista de Treball Social*, 217, 119-138. https://doi.org/10.32061/RTS2019.217.06

Cantos Vicent, R. (2020) Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde el enfoque de género y clase social. *Revista Española de Drogodependencias, 45*(1), 36-51. https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-4_rcantos.pdf

Caparrós Civera, N., Carbonero Muñoz, D., y Raya Diez, E. (2017). Construir conocimiento desde la práctica: ejemplos de sistematización en Trabajo Social. *Interacción y Perspectiva, 7*(1), 61-79. Portal de Revistas Científicas y Humanísticas de la Universidad del Zulia. https://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/22276

Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy,* 77, 109-133. https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0006

Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Recuperado 20 septiembre 2021, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

Escuela Andaluza de Salud Pública (2015). *Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: conocimientos, expectativas y propuestas de intervención.* Secretaría General de Políticas Sociales. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Esteban Carbonell, E., y Del Olmo Vicén, N. (2021). La sistematización de la intervención como metodología de investigación en Trabajo Social. Importancia práctica y teórica de la fase de recogida de datos en la intervención social según experiencia del Programa de Apoyo a las Familias en Zaragoza, España. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, 31, 281-298. https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.8857

Fernández Carné, M. A. (2015). Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora. *Revista de Treball Social*, 204, 141-158. RTS. https://www.revistarts.com/article/analisi-de-la-problematica-social-en-persones-drogodependents-amb-perspectiva-de-genere-i

García del Castillo, J. A., García del Castillo López, A., y López Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones, *Health and Addictions, 14*(2), 89-98. https://doi.org/10.21134/haaj.v14i2.233

Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones*. Instituto de Adicciones y Ayuntamiento de Madrid. Recuperado 20 septiembre 2021, de https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf

Ministerio de Sanidad (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.* Recuperado 20 septiembre 2021, de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm

Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Lopez-Lazcano, A., y Lligoña, A. (2020). Adicciones: viejas terapias grupales (TG) y nuevos pacientes. *Adicciones, 20*(3), 225-227. https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1355/1107

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020). *Informe Europeo sobre Drogas. Cuestiones clave.* Recuperado 20

septiembre 2021, de https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439ESN.pdf

Ochando Ramírez, M. V. (2021). Carta a los lectores: La implantación de la calidad desde la perspectiva del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, 34*(1), 265-267. https://doi.org/10.5209/cuts.72704

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado 20 septiembre 2021, de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014

Prochaska, J. Q., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Sánchez Rodríguez, M. A. (2021). Jóvenes con adicciones comportamentales, el efecto del confinamiento. *Transformación*, 4, 11-12. Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla. https://trabajosocialsevilla.es/wp-content/uploads/2021/01/TRANSFORMACION-N4-6.JOVENES-CON-ADICIONES.pdf

Secretaría General de Servicios Sociales (2016). *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021).* Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia

Case study: support and individual guidance as a tool for change and for personal and family progress in coping with care for a relative with dementia

María Cristina Lopes Dos Santos[1]
ORCID: 0000-0003-3114-9046

Recepción: 14/06/21. Revisión: 04/07/21. Aceptación: 23/07/21

Para citar: Lopes Dos Santos, M. C. (2021). Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia. *Revista de Treball Social*, 221, 109-121. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.06

Resumen

El acompañamiento y la orientación individual son una herramienta básica para generar cambios y potenciar el progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de familiares con demencia, puesto que permite incidir en aspectos cotidianos, orientar en contextos naturales y apoyar a la persona cuidadora en el proceso, ayudando a comprender el mismo y a generar los cambios de perspectiva necesarios para convivir con la enfermedad. Esta línea de trabajo se encuentra más allá del diagnóstico y tratamiento, puesto que trata de acompasar el afrontamiento al

1 Doctora en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra. Profesora asociada de la Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Departamento de Sociología y Trabajo Social. Grupo de investigación ALTER. cristina.lopes@unavarra.es

que debe encararse el familiar que se encuentra en una situación personal de cuidado en un proceso patológico tan complejo y desconcertante como es la demencia.

La labor de la persona profesional de referencia en este proceso, en este caso de Trabajo Social, supone una fuente de apoyo básica que debe desarrollar una estrategia específica y planificada en dicho proceso, acompañando la evolución y progreso personal y familiar de acuerdo con el momento y la circunstancia.

Palabras clave: Acompañamiento, afrontamiento, cuidado demencia, apoyo, progreso.

Abstract

Support and individual guidance are basic tools when it comes to bringing about changes and enhancing personal and family progress in coping with care for relatives with dementia. This is because these components make it possible to bring about an impact on day-to-day aspects, to provide guidance in natural contexts and to offer support for carers in the process, helping to gain an acquaintance of said care process while generating the changes of perspective needed to live with the disease. This line of work lies far beyond diagnosis and treatment since it seeks to keep up with the coping strategy faced by the relative in the personal circumstances of providing care during the highly complex, disturbing pathological process that is dementia.

The work of the referred professional in this process, in this case from the field of social work, constitutes a source of basic help which should deliver a specific, planned strategy in said process, supporting development, and personal and family progress, according to the moment and the circumstance.

Keywords: Support, coping, dementia care, help, progress.

Introducción

El acompañamiento es una herramienta básica en la intervención social, no solo trata de orientar o asesorar a la persona con la que se trabaja, sino que va más allá, procurando establecer una relación vincular de apoyo continuado en la que la persona profesional interviniente genera un proceso guiado de soporte que sirve a la persona usuaria de elemento sostenedor y de apoyo, potenciador de su resiliencia, y dinamizador de sus capacidades y habilidades para afrontar la situación que vive (Raya y Hernández, 2014). En ámbitos como el de la exclusión social, se ha posicionado como una pieza clave:

> Las estrategias de incorporación social han cobrado un papel nuclear en nuestro modelo de bienestar y en el conjunto de las políticas sociales del Estado español. La intervención en el ámbito de la incorporación social con personas en situación o riesgo de exclusión, y por extensión, el conjunto de profesionales que trabajan en los dispositivos y servicios, se mueven entre grandes y variadas exigencias; acompañar a las personas en sus procesos de cambio y desarrollo de sus potencialidades y capacidades, fomentar al mismo tiempo que las personas sean competentes socialmente y que sepan responder a las exigencias de una sociedad exclusógena en plazos de tiempo medios o cortos y, simultáneamente, dar respuesta a las situaciones de necesidad y/o urgencia de las personas participantes en los programas (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 13).

En este proceso es fundamental que la persona profesional sea una pieza clave que cree las relaciones oportunas entre ambas de tal manera que sirva como luz orientadora a la persona usuaria, pudiendo ofrecerle cauces diversos de participación, ayudándole a desarrollar sus capacidades y la comprensión de la enfermedad, los cambios y el progreso de esta, para adecuar de la mejor manera posible su realidad e interacción con el familiar con quien convive.

> El trabajo social individual, y también el trabajo en clave de acompañamiento, se dirigen fundamentalmente a la intervención en las motivaciones y competencias individuales o familiares (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p.18).

Este devenir debe ser pausado y continuado, para que la persona usuaria pueda sentir el apoyo y acompañamiento, al tiempo que experimentar los cambios que introduce en el proceso y los resultados de este, pudiendo generar sus propias valoraciones y decisiones acordes con su visión y objetivos. Se trata de que cada profesional se acerque al contexto de la persona y su familia y se oriente a su apoyo incondicional (Fernández Solís y Castillo Sanz, 2010).

En el caso de las situaciones de demencia y su cuidado, se produce una necesaria vinculación empática entre la persona cuidadora principal y su familiar con demencia. En este sentido, la neurodegeneración que

produce la demencia conlleva distintas circunstancias limitantes que generan dependencia a través de pérdidas funcionales que irrumpen en la cotidianeidad de las personas y desestructuran su vida y relación (Rodríguez y Sánchez, 2004; Losada, Peñacoba et al., 2008; López et al., 2009). Una realidad de cuidado que afecta fundamentalmente a mujeres (Cameron y Moss, 2007; Durán, 2011; Rodríguez, 2011) y que se ejerce en hogares principalmente (Gómez, 2007). En este proceso de cuidado continuo se han detectado situaciones de hipervigilancia (Losada, Márquez et al., 2017), estrés e incluso sufrimiento psico-emocional (Rodríguez, M. I. Archilla y M. Archilla, 2014; Bermejo, 2004). De ahí el necesario acompañamiento a la persona cuidadora en todo este difícil y arduo proceso.

Llegar a establecer una relación vincular en la que la persona usuaria se enriquezca y desarrolle, progrese y mejore tanto en la esfera personal como familiar, es el objetivo principal del acompañamiento que, tras el proceso inicial e intenso de cambio, deberá ir poco a poco reduciéndose a medida que aumenta la competencia y autonomía de la persona usuaria en su nueva visión y orientación práctica del afrontamiento de la enfermedad, de la convivencia con la persona enferma.

Objetivos

El estudio de caso que ocupa este artículo conllevaba la consecución de cinco objetivos:

1. Atender la demanda explícita de apoyo que la usuaria solicitaba.
2. Establecer y delimitar un proceso de acompañamiento temporal a la usuaria de acuerdo con su circunstancia personal y familiar.
3. Desarrollar una metodología de acompañamiento para la mejora de las circunstancias vividas por la usuaria.
4. Dotar de estrategias y herramientas sostenibles de afrontamiento de la situación familiar a la usuaria en atención.
5. Comprobar la existencia o no de mejoras en la relación intrafamiliar de la usuaria con su madre, así como la adquisición de estrategias y herramientas.

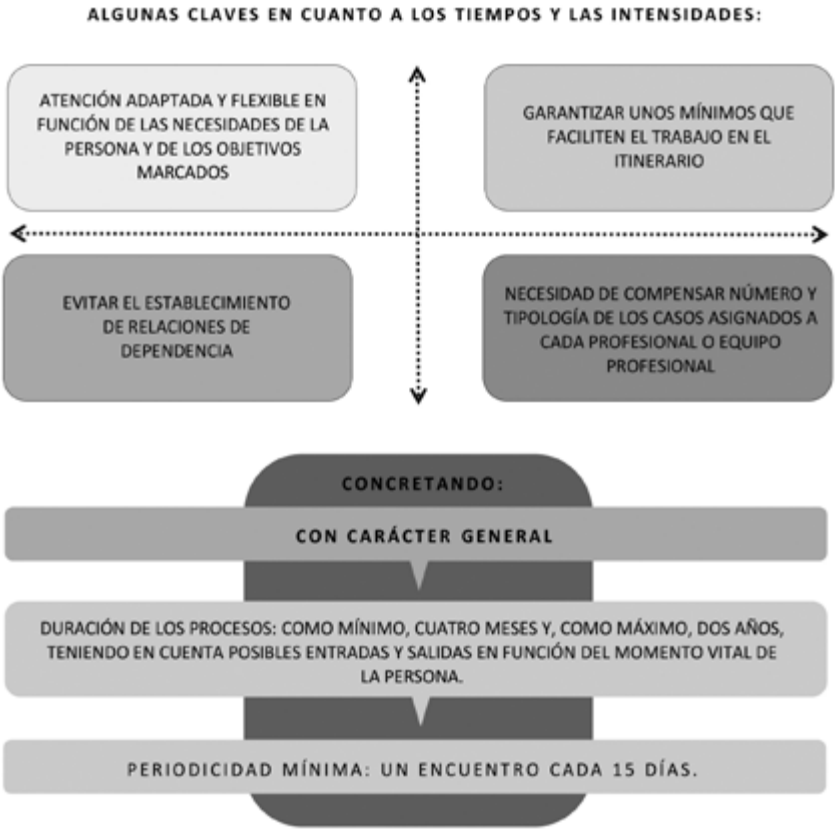
Todos ellos están relacionados con la creación de una relación vincular de apoyo a través del acompañamiento y el empoderamiento de la persona atendida desde una óptica de desarrollo sostenible personal y familiar. El planteamiento global es el de capacitar a la persona para la adaptación y afrontamiento de la circunstancia vital que experimenta y el desarrollo progresivo de la misma a corto, medio y largo plazo.

Metodología

El acompañamiento es un "método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía a una relación de ayuda o atención social personalizada. Partiendo de una

relación proactiva y de confianza, y mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminada al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento y reinterpretación de la situación clave de cambio, tomando el protagonismo del propio proyecto social" (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 23).

Figura 1. El acompañamiento y su intensidad temporal



Fuente: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 26.

Para realizar este acompañamiento y que resulte efectivo, es preciso tener en cuenta tres factores iniciales fundamentales: situación de vulnerabilidad, "abandono" y/o desconcierto de la persona cuidadora, necesidad expresada y solicitud de apoyo en el proceso, y una persona profesional conocedora de la patología y las dinámicas intrafamiliares.

Desde esas premisas, el proceso de acompañamiento es un abordaje lento, paulatino y sostenido que se desarrolla durante un tiempo concreto

pero flexible, valorando periódicamente los avances de la persona usuaria y potenciando en todo momento su desarrollo y progreso, evitando la directividad y generando nuevos enfoques que valorar para adoptarlos o no en su propio desarrollo personal y familiar.

Es por ello por lo que se han establecido citas continuadas y periódicas, una vez al mes, en un espacio privado (siempre el mismo), que han permitido la privacidad y familiaridad necesarias para poder avanzar en el proceso de acompañamiento.

La *cita inicial* estuvo marcada por el inicio del acompañamiento en la que se produjo un encuentro entre ambas personas para conocer la situación, establecer la demanda y ofrecer el acompañamiento.

Cada una de *las siguientes citas* estuvo estructurada en base a tres premisas: espacio abierto para las opiniones, reflexiones y análisis de la usuaria desde el anterior encuentro, escucha activa por parte de la profesional interviniente e incidencia en aspectos mejorables (exposición y valoración de alternativas) y reforzamiento positivo de aquellos que han mejorado a través de cambios de conducta o puesta en práctica de nuevos procedimientos o tareas descubiertos en el proceso o por iniciativa de la persona cuidadora. Técnicas dialógicas de encuentro y relación de ayuda para favorecer la interacción y crecimiento personal (Arnkil, 2019).

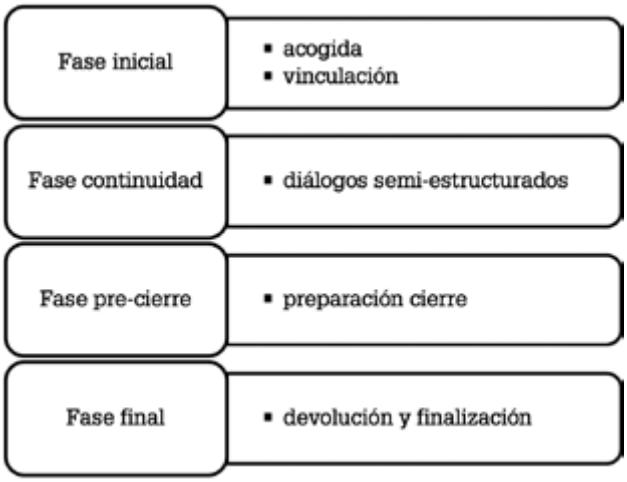
Tres meses *antes del cierre* del proceso y habiendo observado y constatado un desarrollo de competencias y nuevos focos de abordaje y afrontamiento de la enfermedad, hasta el punto de considerar el acompañamiento por terminado, la profesional informó a la usuaria del progreso positivo en su desarrollo y el planteamiento de cierre de la intervención, procediendo a dos últimas citas, de común acuerdo, para afianzar los elementos alcanzados y desarrollados, así como preparar la desvinculación.

En todo el proceso destacó como técnica por excelencia la *entrevista*, método de intervención que facilita la comunicación y la relación de ayuda. Especialmente se utilizó como base la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1990), ya que fundamentalmente se trataba de potenciar los recursos personales y la capacidad de resiliencia y autoafirmación en sus propias competencias y en el crecimiento personal en el proceso iniciado.

Otra técnica utilizada fue el *autorregistro* a través del diario que llevó a cabo la persona atendida y que la profesional sugirió. De este modo también plasmaba sus vivencias y podía observar su propio desarrollo en el proceso, así como las dificultades y estrategias de afrontamiento establecidas. Un autoanálisis que permitía el aprendizaje y el desarrollo posterior de alternativas y aprendizajes para los procesos siguientes.

Asimismo, en las primeras entrevistas, se usó la *historia de vida* como método para obtener la información necesaria para el diagnóstico, así como favorecer la toma de conciencia y promover la vinculación. En la figura 2 se observa el proceso de acompañamiento realizado.

Figura 2. Proceso cronológico de acompañamiento



Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron registrados por la profesional y por la usuaria a través de un diario que sugirió la profesional y que posteriormente facilitó, en parte, a la referente en el acompañamiento, con objeto de su análisis. Se realizaron un total de 18 citas en el plazo de 18 meses, con una periodicidad mensual, y una duración de 2 h 30' cada una. Siempre en el mismo espacio, día y hora (salvo cambios sugeridos por la usuaria por necesidades personales, manteniendo siempre la periodicidad mensual y el tiempo de atención). Fueron, por lo tanto, un total de 45 horas de intervención directa.

Dichos resultados muestran un progreso positivo desde el inicio del acompañamiento y cómo se encontraba la usuaria hasta el final de este. Se pueden constatar distintas etapas o fases de acuerdo con las circunstancias personales y posterior desarrollo. La usuaria atraviesa un proceso de aceptación y toma de conciencia, así como de reformulación de sus propias expectativas, acercándose al contexto de la enfermedad y realidad de su madre. Además, adquiere y desarrolla estrategias de acción que no solo reducen su estrés y malestar, sino que permiten la emergencia de una relación positiva entre ambas.

Contexto

La usuaria es una mujer en la década de los cuarenta, autosuficiente e independiente que vive sola, con una pareja con cierta continuidad y que ha recibido la noticia de que su madre padece Alzheimer, tras una caída

fortuita en su casa y su ingreso posterior en el hospital. A raíz de dicho ingreso su madre presenta estados confusionales agudos que son valorados por neurología, que detecta un deterioro cognitivo leve (DCL) que pronto da paso al diagnóstico definitivo (Alzheimer). Como hija única se siente en la obligación de atender a su madre, pero no sabe cómo hacerlo, carece de directrices diarias y solicita comprender la enfermedad y lo que está pasando. Sobre todo, le preocupa saber qué hacer y si es correcto o no. Se siente frustrada y comenta que su madre padecía esquizofrenia, lo que le impedía una relación cotidiana normalizada con ella y con las demás personas (llevaba 20 años sin salir de casa), con el consiguiente alejamiento interpersonal y la desvinculación madre-hija.

Fase Inicio

Puede situarse en los tres primeros meses del acompañamiento. La usuaria muestra necesidad de apoyo y establece rápidamente una vinculación con su referente. La demanda y la situación son claras y se diagnostica en la primera entrevista a través de la historia de vida. La usuaria manifiesta angustia y nerviosismo, literalmente dice: "con el diagnóstico me derrumbé, hasta ese momento no me parecía que estuviera tan mal", "esto solo va a ir a peor", "soy yo la que tiene que tomar decisiones y siempre es de manera muy rápida", "me tengo que hacer cargo de todo", "el que se haya apoderado de mi casa lo llevo mal" (su madre ha pasado a residir con ella).

Es un periodo marcado por angustia, malestar y pesimismo, así como sobrecarga. Tiene que asumir una realidad impuesta y no deseada, modificando su proyecto vital para adaptarse a una circunstancia negativa.

El peso de la ausencia de relación anterior hace mella en el momento actual. Su madre es una desconocida que manifestaba delirios y alucinaciones como consecuencia de la esquizofrenia, lo que había distanciado y casi anulado la relación entre ambas: "decía que había unas bolas en la calle que la iban a matar, y con eso llevaba 20 años sin salir de casa", "ya no teníamos relación, alguna llamada y poco más", "es muy difícil cuando una persona no está bien y no puedes hacer nada por cambiarlo... te acostumbras... y acabas haciendo tu vida". Asumir un cuidado no deseado, pero al mismo tiempo aceptado frente a otras opciones, generó una ambigüedad en la usuaria que dificultaba el establecimiento de una relación y su afrontamiento: "bueno, yo sé que podría tener alguna otra opción, pero tampoco lo veo, es que es lo que me parece que tengo que hacer... y también es que quiero hacerlo... pero por otro lado... me desespera".

Al mismo tiempo, su demanda constante era la de saber qué tenía que hacer y cómo. Esperaba soluciones a corto plazo que modificaran el proceso degenerativo con la irrealista esperanza de mejora: "sé que no va a mejorar, porque ya sé qué es esto... pero yo pienso que con voluntad se consiguen las cosas y que si puedo ayudarle a hacer cosas pues va a poder volver a ser, por lo menos, más autónoma".

Fase Desarrollo

Se sitúa en los 12 meses siguientes tras el inicio de la relación de ayuda. Durante este periodo la usuaria realiza un proceso de aceptación de la enfermedad y el cuidado, encauzando sus energías hacia la resolución de cuestiones concretas, planteamiento de objetivos viables y reforzamiento de la relación madre-hija.

Es el momento de mayor crecimiento personal y familiar. La usuaria verbaliza: "he recuperado una relación con mi madre perdida desde hace años", "veo que tengo que vivir el momento", "antes no me hubiera supuesto mucho que se muriera, pero ahora me da pena", "veo que ella es feliz", "es muy cariñosa conmigo". Desde esta perspectiva, la usuaria ha aprendido a modificar su visión negativa inicial y sus intentos continuos de aleccionar a su madre y orientar su conducta hacia la normalidad, por una aceptación paulatina de la enfermedad y de los límites de esta, pudiendo avanzar hacia elementos emotivos positivos y centrados en la relación y no en el progreso patológico. Esto ha hecho que haya ido adquiriendo más conciencia de la enfermedad y ha disminuido progresivamente su sensación de malestar y directividad.

En este periodo se trabajaron elementos concretos diarios, como secuencias de acción y comportamientos que la usuaria esperaba de su madre y no conseguía (tales como ir y volver sola de la parada del autobús o realizar alguna tarea doméstica específica). Inicialmente la usuaria no entendía por qué no era capaz de realizarlas "si es muy sencillo, ir y volver a la parada, es fácil y a mí me resolvería mucho que pudiera ir". Se trabajó con ella las señales de referencia, los acompañamientos y la secuencia de pasos a realizar. Además, se sugirió el uso de un centro de día de la localidad de residencia para la estimulación cognitiva y la atención durante unas horas mientras la usuaria estaba trabajando. Finalmente, optó por contratar a una persona cuando observó las limitaciones de su madre.

En cuanto a las estimulaciones implementadas por la usuaria, esta se orientaba a fortalecer aspectos generales y cuestiones obtenidas de estudios científicos. Por ejemplo, leyó que aprender ajedrez era muy positivo para prevenir el Alzheimer y se planteó que su madre aprendiera ajedrez. La profesional recondujo esa cuestión hacia elementos viables y pragmáticos relacionados con la historia vital de su madre para potenciar dichas asociaciones y aprendizajes, evitando la introducción de nuevos factores estresantes y poco eficientes.

La elaboración de la historia de vida de la madre supuso un efecto reconstituyente en la relación entre ambas: "fíjate, estoy recordando cosas que antes había olvidado sobre ella". Estas cuestiones hicieron que la usuaria hablara con su madre y buscara información sobre ella (familiares vivos cercanos, en concreto dos tías, hermanas de la madre), potenciando su asociación de recuerdos y reviviendo aspectos saludables de su infancia y juventud.

La madre recuperó hábitos perdidos como hacer punto y se volvió más extrovertida y cariñosa: "ahora habla con todo el mundo, es como si

fuera otra persona, no recuerdo haberla visto así", "te cuenta cosas de cuando era cría y jovencita, de eso sí que se acuerda bien", "está siempre contenta, no como antes, y cuando nos sentamos en el sofá me acaricia el pelo", "siempre me está diciendo que me quiere mucho".

La retroalimentación positiva entre madre e hija permitió que la sensación inicial de la usuaria y su elevado estrés ante la situación vivida se redujeran. En este sentido, también la actitud de la madre fue cada vez más indulgente y cariñosa.

La usuaria aprendió a situarse en el momento presente y orientarse a resolver cuestiones que se iban dando para valorar las vivencias actuales: "me han dicho que cuanto antes a una residencia, en cuanto haya plaza, pero yo les he dicho que no, que ahora que empiezo a disfrutar de estar con ella, que no quiero, que ya habrá tiempo de eso, que de momento está bien como para estar conmigo". La evitación de duelos anticipatorios y la proyección hacia el disfrute del momento orientado a abordar cada circunstancia de acuerdo con su aparición fueron aspectos clave en el proceso que siguió la usuaria y que fue descubriendo paulatinamente.

Fase final

Coincidente con los últimos tres meses de acompañamiento, la usuaria mostró habilidades personales de resiliencia y progreso, se sintió apoyada y pudo desarrollar una relación más positiva. Ella verbalizó: "ahora me siento bien, me siento tranquila", "necesitaba alguien a quien contar y que me dijera si iba bien o no", "me dejas muy bien". Agradeció el acompañamiento que considera clave en este proceso y que le ha permitido desarrollarse desde el punto de vista personal y familiar, abordando un tema tan complejo como la demencia.

Entendió el cierre del proceso de acompañamiento al haber adquirido competencias y herramientas de afrontamiento del proceso, siendo consciente de que podía volver a necesitar apoyo en el futuro. En este momento se reforzaron sus logros y competencia y se recordaron aspectos de apoyo fundamentales para su continuidad (estrategias desarrolladas, aprendizajes, objetivos...).

Conclusiones

En relación con los objetivos planteados, se ha alcanzado la totalidad de los elementos inicialmente expuestos. En referencia a la atención de la demanda de apoyo que solicitaba la usuaria (objetivo 1), el establecimiento de un proceso de acompañamiento a lo largo de 18 meses de forma periódica (mensual), lo que facilitó el seguimiento de la relación de ayuda y el establecimiento de espacios de escucha, pautas de abordaje, refuerzo de elementos alcanzados y reajuste de estrategias fallidas. En referencia al establecimiento y delimitación de un proceso de acompañamiento temporal de acuerdo con la circunstancia personal y familiar de la usuaria (objetivo

2), la construcción de un espacio específico y detallado desde el primer momento de la intervención, planteando un límite temporal, permitió dotar de una estructura relacional orientada a objetivos específicos que se centraban en el afrontamiento del progreso de la enfermedad y convivencia conjunta con la persona familiar afectada. En referencia al desarrollo de una metodología de acompañamiento para mejorar la situación vital de la usuaria (objetivo 3), esta fue implementada, ajustada y revisada durante todo el proceso, lo que permitió una adaptación flexible a los distintos bagajes y momentos vivenciales que la usuaria experimentaba. En referencia a la dotación de estrategias y herramientas sostenibles de afrontamiento de la situación familiar a la usuaria (objetivo 4), a lo largo de la intervención, la figura profesional reforzó aquellos elementos que de manera autónoma la usuaria experimentaba o solicitaba confirmación de uso, y que eran adecuados para el desarrollo de estrategias positivas; a la par que proponía otros planteamientos y cuestiones que abordaban dificultades relatadas por la usuaria, indagando en aspectos de la cotidianeidad convivencial. Finalmente, en cuanto a la comprobación de mejoras en la relación intrafamiliar y la adquisición de las estrategias y herramientas propuestas (objetivo 5), cabe destacar que, de acuerdo con los progresos experimentados y relatados por la propia usuaria, fue capaz de aceptar la realidad de convivencia con la persona enferma y generar estrategias efectivas de afrontamiento, mejorando su relación intrafamiliar. Sin embargo, no es posible asegurar la existencia de una sostenibilidad posterior a largo plazo, ya que, si bien no volvió a solicitar apoyo durante el periodo de dos años tras el cierre de la intervención, no se ha podido constatar si lo hizo posteriormente a través de otra persona profesional, con lo que solo se puede corroborar que a corto y medio plazo este acompañamiento ha sido efectivo.

Este estudio de caso muestra la eficacia de la intervención por medio del acompañamiento personalizado. Otros estudios, como el de Pulice (2016), señalan la relevancia del acompañamiento a las personas cuidadoras en el afrontamiento de la neurodegeneración que produce el Alzheimer y otras demencias. Se observa cómo es posible ofrecer un marco de actuación compatible con los planteamientos de atención y acompañamiento propios del Trabajo Social.

Un aspecto especialmente importante es la capacidad de flexibilizar tanto el tiempo de atención como la intensidad en cada proceso. En el caso aquí presentado, la adaptación paulatina al cambio y a las necesidades de la usuaria ofrecieron frutos positivos que, con sus altibajos y momentos difíciles, confluyeron en un proceso resiliente. La necesidad de establecer una ruta de trabajo adaptable al contexto y circunstancia es esencial para el acompañamiento. Por otro lado, es necesario orientar desde el conocimiento y la intervención en un contexto social, familiar y personal específico y no desde pautas generalistas con eficacia limitada.

En cuanto a limitaciones del estudio, obviamente el trabajo con un único caso ofrece una visión parcial y una práctica circunscrita a una realidad en exclusiva. No obstante, es desde esa misma práctica del acom-

pañamiento (observado como un proceso positivo en otros múltiples casos) y su desarrollo y registro, desde donde es posible delimitar el campo de acción y perfilar metodologías y técnicas cada vez más precisas. Es necesario visualizar y visibilizar estos procedimientos y compartir distintas experiencias que permitan mejorar las intervenciones y evaluar los niveles de eficacia y eficiencia. De este modo, el acompañamiento se perfila como una metodología capaz de potenciar y desarrollar aspectos resilientes ante procesos complejos, difíciles y cada vez más frecuentes, como es el cuidado de familiares con demencia.

Referencias bibliográficas

Arnkil, T. E. (2019). Co-generando espacios dialógicos: Desafíos para los Diálogos Abiertos y Anticipatorios y las Prácticas Dialógicas en General. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, 9*(1), 51-64. Wordpress. https://ijcp.files.wordpress.com/2019/12/ijcp-issue-9-p.-51-64-arnkil-co-generating-dialogical-spaces-espac3b1ol.pdf

Bermejo, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. (2.ª ed.). Díaz de Santos.

Cameron, C., y Moss, P. (2007). *Care Work in Europe: Current understanding and future directions*. Ed. Routledge.

Durán, M. A. (Dir.). (2011). *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Fundación Carolina-CEALCI, Documento de trabajo n.º 54, 74-87. Recuperado 20 septiembre 2021, de https://eprints.ucm.es/id/eprint/37909/1/El%20trabajo%20del%20cuidado%20en%20ramon%20ramos.pdf

Fernández Solís, J. D., y Castillo Sanz, A. G. (2010). *La educación de calle: Trabajo socioeducativo en medio abierto*. Ed. Desclée de Brouwer.

Gómez, M. M. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en Enfermería, 25*(2), 60-71. Redalyc. https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215257006.pdf

López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2, 332-334. Redalyc. https://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf

Losada, A., Márquez, M., Vara-García, C., Gallego, L., Romero, R., y Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador.

Revista Clínica Contemporánea, 8(4), 1-27. https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a4.pdf

Losada, A., Peñacoba, C., Márquez, M., y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose: Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Ed. Encuentro.

Miller, W., y Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós.

Pulice, G. (2016). *Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. Ed. Letra Viva.

Raya, E., y Hernández, M. (2014). Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social. *Revista de Trabajo Social,* 16, 143-156.

Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (2016). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión.* Ed. Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.

Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales, 29*(1), 13-42. Universidad Complutense de Madrid. https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36184/35063

Rodríguez, J. C., Archilla, M. I., y Archilla, M. (2014). La sobrecarga de los cuidadores informales. *Metas de enfermería, 17*(1), 62-67.

Rodríguez, M., y Sánchez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20, 175-186. Alzheimer Universal. https://www.alzheimeruniversal.eu/wp-content/uploads/2013/02/Reserva-cognitiva-y-demencia.pdf

El ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios de Cataluña. La experiencia Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2

Undertaking the parental role in Catalan prisons. The experience of the Parental Responsibility and Education Management Group at Brians 2 prison

Núria Pujol Serna[1]
ORCID: 0000-0002-8246-6829

Recepción: 05/06/21. Revisión: 24/09/21. Aceptación: 07/10/21

Para citar: Pujol Serna, N. (2021). El ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios de Cataluña. La experiencia Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2. *Revista de Treball Social*, 221, 123-138. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.07

Resumen

Los hijos y las hijas de personas que están encarceladas tienen un riesgo significativo de sufrir múltiples consecuencias adversas si les falta apoyo. El objetivo de la Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima (SMPRAV) es minimizar la reincidencia y proteger a las víctimas. El modelo de gestión del riesgo centra la intervención a identificar, evaluar y minimizar los factores criminógenos que han llevado una persona a cometer un delito. El ejercicio del rol de padre o de madre tiene que ser reconocido como una cuestión prioritaria dado que, junto con el fortalecimiento de los vínculos familiares y sociales, pueden ser un factor protector contra la reincidencia. El artículo muestra la tarea del Grupo de Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2 durante los

1 Graduada en Trabajo Social. Trabajadora social del Área de Servicios Sociales de Ejecución Penal de Barcelona. Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima. Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña. npujol@gencat.cat

últimos años. Su trabajo ha evidenciado la necesidad de visualizar los derechos de los hijos y las hijas de las personas internas y de crear espacios para facilitar el ejercicio del rol parental.

Palabras clave: Rol parental, participación, transversal, visualizar.

Abstract

Children with a parent in prison are at significantly greater risk of suffering numerous adverse effects if support is lacking. The Secretariat for Criminal Measures, Rehabilitation and Victim Support (SMPRAV) seeks to minimise relapse and protect victims. The risk management model focuses on identifying, assessing and minimising the criminal risk factors that have led an individual to commit a crime. The performance of the parental role must be acknowledged as a primary component because, in addition to strengthening social and family ties, it may serve as a protective factor against recidivism. This paper sets out the work carried out by the Parental Responsibility Group at Brians 2 prison in this respect over recent years. Its efforts have illustrated the need to pay careful attention to the rights of the children of prisoners, as well as the need to develop settings that make it easier to perform the parental role.

Keywords: Parental role, participation, cross-discipline, visualisation.

1. Introducción

El modelo de rehabilitación de las prisiones catalanas (Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad, 2011) ha experimentado una notable transformación en los últimos años con la voluntad de innovar y adoptar nuevas maneras de dar respuesta a los retos de una realidad cambiante y a la legislación vigente de cada momento. Estas iniciativas han sido marcadas por el impulso de políticas penitenciarias orientadas a la reinserción, la atención a las víctimas y la mejora de la calidad de la intervención mediante el modelo de gestión del riesgo, que permite identificar las necesidades criminógenas que han llevado las personas a cometer un delito, intervenir y evaluarlas. La toma de decisiones de los equipos de tratamiento pasa por la planificación del abordaje de estas necesidades criminógenas, su evaluación continuada, tanto en diferentes escenarios de riesgo como en los cambios que se van produciendo en los principales factores de riesgo delictivos detectados después de la intervención llevada a cabo.

Cabe señalar que la reinserción social es un proyecto de la sociedad civil de responsabilidad colectiva, es decir, requiere la participación del capital social del territorio y el compromiso de toda la ciudadanía y de los agentes sociales y comunitarios para la mejora de los procesos de transición en la comunidad.

El entorno y el apoyo familiar, relacional y comunitario juegan un rol muy importante en todo el proceso penal. La familia resulta un elemento clave ya antes del encarcelamiento (Ibañez y Pedrosa, 2017) y en todo el proceso penitenciario, dado que proporciona apoyo emocional, económico y de acompañamiento.

Los trabajadores y las trabajadoras sociales en el ámbito de la ejecución penal están integrados e integradas funcionalmente en los equipos multidisciplinarios de tratamiento. Es el personal *profesional puente* entre el centro penitenciario, la familia o entorno relacional y la red de servicios y recursos comunitarios. Una de sus funciones más básica es atender, asesorar, informar y acompañar las familias, así como conocerlas mediante herramientas como la entrevista o la visita a domicilio. Las intervenciones del trabajador o la trabajadora social tienen que ir dirigidas a la consecución de una mejora de las condiciones de vida en los entornos relacionales y familiares de forma que, llegado el momento de la incorporación progresiva de la persona privada de libertad a su medio de convivencia, este medio cuente con unas condiciones que garanticen el acompañamiento en el proceso de reinserción social, dando respuesta a la función rehabilitadora que el personal profesional de la ejecución penal tiene encomendada.

Las teorías del desistimiento del delito sostienen la necesidad de un apoyo y acompañamiento a las personas internas durante el proceso penal y postpenal, que se aglutinen alrededor de tres ejes: laboral, personal y social (Cid Moliné y Martí Olivé, 2011). Este acompañamiento debe permitirles nuevas oportunidades para la construcción de una nueva identidad

no delictiva. Las experiencias participativas dentro del modelo de participación y convivencia, en lo sucesivo MPyC (Departamento de Justicia, s. d.), en las unidades residenciales de los centros penitenciarios contribuyen a la construcción de esta nueva identidad, en cuanto que permiten vivir una experiencia centrada en un aprendizaje del consenso en la gestión del día a día, la interiorización del ejercicio de la participación como persona ciudadana activa comprometida con la comunidad, el fomento de la transparencia en la medida que implica compartir la información regeneradora de la confianza y la eficiencia en la mejora de las propuestas y decisiones.

El trabajador o la trabajadora social es clave en todo aquello que refiere a la familia y el entorno social. Consecuentemente, también debe jugar un papel capital en todo aquello relacionado con la promoción del ejercicio del rol de padre o madre en los centros penitenciarios tanto de medio cerrado como abierto. Así pues, los centros penitenciarios tienen que empezar a incluir gradualmente, en sus planes generales de actividades anuales, propuestas de intervención participativas, colideradas por los trabajadores o las trabajadoras sociales, que permitan la continuidad del ejercicio como padre o madre de manera activa y responsable, y que favorezca el desarrollo de relaciones saludables.

2. El ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios. Los hijos y las hijas de personas encarceladas

Cuando se aborda el ejercicio del rol parental en los centros penitenciarios se abre un escenario donde hay que tener en cuenta varias consideraciones previas.

Numerosos artículos especializados señalan que la separación de los hijos y las hijas a consecuencia del ingreso del padre o la madre en un centro penitenciario tiene efectos inmediatos sobre criaturas y adolescentes, como, por ejemplo: sentimiento de culpa, vergüenza, estigma social, pérdida de apoyo económico, bajada del rendimiento escolar, debilitamiento de los vínculos familiares y a menudo asunción de responsabilidad de cuidado no propias de su edad (*young carers*). El proyecto ME-WE (ME-WE Young Carers, s. d.) plantea intervenciones psicosociales destinadas a mitigar el factor de riesgo de ser una persona joven cuidadora adolescente, potenciando en la juventud la resiliencia y el apoyo social. Se trata de menores con carencias específicas, derivadas de la ausencia del ejercicio del rol parental del padre, de la madre o de ambos y que presentan unas necesidades especiales que hay que atender y que muy a menudo pasan desapercibidas, tanto en las políticas sociales y penitenciarias como en la sociedad misma, obviando que la atención y la protección de las necesidades particulares de niños, niñas y adolescentes es garantía de futuro para toda la sociedad. Se trata de una realidad demasiadas veces invisible, que se vive en secreto de cara a la escuela, las amistades, etc. Así, hay

que atender el dolor de criaturas o adolescentes que han visto la detención de su padre o de su madre, porque a pesar de que las fuerzas policiales procuran que este escenario no se dé, todavía hoy en día sucede más a menudo del que desearíamos.

Ante esta constatación, algunos países europeos, como por ejemplo el escocés (Scottish Prison Service, s. d.), dentro de su marco legal y reglamentario, han diseñado y desarrollado planes estratégicos de familias con un enfoque multe-agente, que interpelan de manera global todos los ámbitos del sistema judicial: desde la forma de detención hasta más allá de la libertad definitiva, con la voluntad de preservar los derechos de las personas menores y sus familias. Estos planes estratégicos de familias incluyen, entre muchas otras, medidas para facilitar que las personas privadas de libertad puedan desarrollar su rol parental en mejores condiciones teniendo en cuenta la voz y la perspectiva de niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a las visitas familiares sería deseable:

- Que las entradas de los centros penitenciarios fueran verdaderos centros de atención a las familias.
- Hacer más amables tanto los recorridos como las salas de visitas, para minimizar el impacto en las criaturas.
- Adecuar patios exteriores donde las personas internas puedan relacionarse con sus hijos e hijas.
- Dotar las salas de visitas con material didáctico y lúdico que faciliten y promuevan una relación saludable y responsable entre padres o madres y sus hijos e hijas.

Los centros penitenciarios históricamente han celebrado anualmente el Día del Padre o la Madre, la fiesta de Reyes y actividades familiares donde las personas internas han podido jugar, cantar o pasar un rato con sus hijos e hijas. Es deseable promover en los centros penitenciarios actividades participativas familiares con más frecuencia y de más calidad, siempre que se valore que la relación entre adultos y menores es saludable y se preserve el interés superior de los niños y las niñas.

Los trabajadores y las trabajadoras sociales del ámbito de la ejecución penal conocen como las consecuencias de la detención y del encarcelamiento repercuten en la vida cotidiana de las familias y, de manera particular, en las personas menores y jóvenes que forman parte de esta.

En el momento del ingreso de una persona en un centro penitenciario, los trabajadores y las trabajadoras sociales detectan situaciones sociales diversas como problemas de vivienda, situaciones económicas precarias, problemas de salud, angustias, dificultades para superar el sentimiento de estigma con sus vecinos, preocupaciones sobre sus familiares y, de manera especial, casos en que los hijos y las hijas están bajo la custodia de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

Algunos países europeos tienen un sistema de servicios sociales similar al de Cataluña, donde servicios sociales básicos y especializados se coordinan a fin de atender las necesidades de las familias de las personas encarceladas. Ahora bien, ante todas estas situaciones complejas, hay paí-

ses europeos, como Finlandia, donde esta coordinación está regulada. Así, el trabajador o la trabajadora social tiene el mandato legal de coordinarse con los servicios sociales básicos desde el mismo momento del ingreso cuando hay menores o personas vulnerables en el domicilio del núcleo de convivencia. Los servicios sociales básicos y los de ejecución penal tienen que supervisar el estado de las personas menores y vulnerables a raíz del ingreso, y empezar a trabajar conjuntamente con coordinaciones periódicas durante el cumplimiento de la condena. En nuestro sistema, esta coordinación queda en una valoración discrecional.

Una última consideración son los datos. El sistema informático de prisiones catalanas está centrado en el hecho delictivo y no tiene en cuenta la extracción de datos relativos al entorno familiar que permitan la elaboración de estadísticas en cuanto al entorno familiar, relacional y social. Por ejemplo, no permite saber cuántas personas sin hogar están en prisión, o cuántas tienen reconocida una discapacidad intelectual o dependencia, o qué es la composición y situación social de los entornos familiares o referentes sociales. Por lo tanto, no sabemos cuántas personas menores en Cataluña tienen su padre o su madre en prisión, ni qué edades tienen. Este es un déficit, sin embargo, que afecta la mayoría de los países europeos y que habrá que resolver en los próximos años. El tratamiento de datos estadísticos de acuerdo con la legalidad vigente es básico para planificar acciones y recursos.

En cuanto al ejercicio del rol de madre, la Ley Orgánica 1/1979 General Penitenciaria, en el Capítulo III artículo 38.2, señala que las madres internas pueden tener en su compañía los hijos y las hijas que no hayan llegado a los tres años, siempre que acrediten debidamente su filiación. Así, las madres pueden estar con sus criaturas en las unidades de madres de los centros penitenciarios de mujeres.

Los artículos 178 y 180 del Reglamento Penitenciario, en lo sucesivo RP (Real Decreto 190/1996), establecen las normas de funcionamiento de las unidades de madres y señalan que debe haber una persona especialista en educación infantil, que deben llevarse a cabo actividades formativas y lúdicas, y promover salidas programadas al exterior. El artículo 180 del RP refiere lo siguiente:

> El Centro Directivo podrá autorizar, a propuesta de la Junta de Tratamiento, que las internas clasificadas en tercer grado de tratamiento con hijos menores sean destinadas a Unidades Dependientes exteriores, donde éstos podrán integrarse plenamente en el ámbito laboral y escolar.

La legislación penitenciaria, pues, reivindica la importancia de que las personas menores se desarrollen con la máxima normalidad durante la estancia en la prisión de la madre, ofreciéndole herramientas para ejercer su rol maternal desde una vertiente educativa y social. Contrariamente, ni la legislación ni las regulaciones internas no han previsto ninguna medida expresa en relación con el ejercicio del rol de padre. La administración penitenciaria hasta ahora no ha establecido mecanismos para que los internos

padres también tomen protagonismo en el desarrollo del rol paterno más allá de las visitas familiares y de convivencia establecidas.

El ejercicio del rol parental es un factor protector dado que permite trabajar factores criminógenos identificados en los sistemas de evaluación del riesgo de reincidencia, como por ejemplo el ejercicio de la responsabilidad o la definición de perspectivas de futuro. Además, el ejercicio del rol parental se encuentra presente, de manera directa o indirecta, en los tres ejes que señalan las teorías del desistimiento: laborales, personales y sociales.

3. La Recomendación CM/Rec(2018)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros de la UE relativa a los hijos y a las hijas de las personas detenidas (adoptada por el comité de ministros el 4 de abril de 2018, en la 1312.ª reunión de ministros)

La Recomendación CM/Rec(2018)5 parte del reconocimiento de las barreras para mantener los vínculos familiares habituales a consecuencia del encarcelamiento del padre o de la madre y las dificultades que criaturas y adolescentes encuentran a causa de factores como la carencia de un contacto familiar de calidad, las consecuencias financieras y las psicológicas. Destaca el impacto especial que la detención del padre o la madre puede tener para las criaturas, sumado al hecho de que la prisión, como institución, pueda ser un ambiente difícil para ellas. También tiene en cuenta que las relaciones entre los padres o madres y sus hijos e hijas no siempre son positivas o saludables, al margen de la situación de encarcelamiento.

La Recomendación también pretende mitigar el efecto negativo de la detención de los padres y las madres sobre hijos e hijas y la competencia de los padres y las madres, a fin de proteger el desarrollo de los niños y las niñas y promover la reunificación familiar; reconocer que los hijos y las hijas de las personas detenidas son vulnerables; que sus necesidades y derechos son parte integral de la Estrategia del Consejo de Europa por los Derechos del Niño (Consejo de Europa, 2016); y que deben ser también parte explícita de las estrategias nacionales multisectoriales y multidisciplinarias de protección infantil.

La Recomendación parte del convencimiento de que el contacto entre las personas menores y sus padres y madres que están en una prisión puede tener una influencia positiva en la persona menor, en las personas encarceladas, en el personal profesional de las prisiones y la comunidad penitenciaria y, en última instancia, en el futuro de la sociedad. Indica que este beneficio es compatible con la necesidad de garantizar la seguridad y la custodia en los centros penitenciarios.

La Recomendación también señala que las administraciones penitenciarias deben apoyar a las familias y a las personas cuidadoras de las criaturas, deben facilitar las visitas en entornos adecuados para las personas menores, proporcionar orientación e información, especialmente para las criaturas que visitan la prisión por primera vez, y mantener contacto con las organizaciones y el personal profesional competente sobre cualquier problema relacionado con los niños y las niñas y sus padres o sus madres en la prisión.

Hay que tener en cuenta que en centros cerrados de hombres, como por ejemplo el centro penitenciario Brians 2,[2] cuando los trabajadores y las trabajadoras sociales hablan de familias de la persona interna lo que a menudo encuentran son mujeres, mujeres solas que han pasado de un día para otro a ser familias "monomaternales" con graves problemas económicos y sociales y que hacen un esfuerzo inmenso por asistir a las visitas familiares, porque a menudo les supone tomar varios transportes públicos con un alto coste económico para pasar noventa minutos en una sala de visitas. Por este motivo, las videollamadas tendrían que implementarse como una opción más de visita familiar sin que estas supongan restringir las visitas presenciales.

La Recomendación es también una respuesta europea centrada en un doble reconocimiento: el de la necesidad durante el encarcelamiento del ejercicio del rol parental a fin de que tenga efectos duraderos sobre el bienestar de millones de niños y niñas, y el de abordar las necesidades de aquellos hijos e hijas con el padre o la madre en prisión a través de 56 directrices para la buena práctica.

La Recomendación señala como cimientos que:

- Todos los asuntos relativos a la infancia, los derechos de los niños y las niñas y el interés superior de los intereses de las personas menores deben ser considerados prioritarios, teniendo en cuenta también que las criaturas con el padre o la madre en prisión no han cometido ningún delito y no tienen que ser tratadas como conflicto con la ley como consecuencia de las acciones, o presuntas acciones, de su padre o madre.
- Todos los niños y todas las niñas, sin discriminación e independientemente de la situación jurídica de sus padres o madres, tienen garantizado el goce de todos los derechos cubiertos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, incluyendo el derecho a tener sus intereses protegidos, el derecho al desarrollo, el derecho a respetar sus opiniones y el derecho a mantener las relaciones personales y el contacto directo con sus padres o madres de forma regular.

2 El centro penitenciario Brians 2 es un centro de hombres presos de régimen cerrado (se aplica a presos clasificados en 1.er grado por su peligrosidad extrema o inadaptación manifiesta a otros regímenes de vida y a los preventivos que concurren situaciones idénticas); y de régimen ordinario (se aplica a los presos clasificados en un régimen de 2.º grado de tratamiento, a los presos sin clasificar y a los detenidos). Actualmente hay más de 1.300 personas internas.

- Hay que proteger y promover el derecho y la necesidad de los niños y las niñas a tener una relación continuada con sus padres o madres en prisión. Los organismos públicos tienen el deber de promover el derecho de las criaturas a jugar con su padre y su madre, e impulsar experiencias positivas para los hijos y las hijas de las personas internas.
- Los hijos y las hijas, la familia, la relación entre las personas presas y sus niños y niñas, y el ejercicio del rol parental necesitan apoyos antes, durante y después de la detención. Todas las intervenciones y medidas en apoyo de las personas menores deben asegurar que no crean estigma y discriminación.
- La sensibilización, el cambio cultural y la integración social son necesarias para superar los prejuicios y la discriminación derivados del encarcelamiento del padre o la madre.

El grupo de expertos Children of Prisoners Europe (2021) de la European Organisation of Prison and Correctional Services (EuroPris) ha estudiado la implantación de la Recomendación CM/Rec(2018)5 en los sistemas penitenciarios. Este grupo de expertos ha publicado su trabajo y ha elaborado los siguientes documentos:

- Guía para la implementación de la CM/Rec(2018)5, que se centra en los siguientes temas clave:
  – El equilibrio entre la seguridad de una prisión y los derechos de los niños y las niñas.
  – La relación con las entidades sociales.
  – La participación y el compromiso con las familias.
  – Tener presente la voz de los niños y las niñas.
- Tabla comparativa del grado de implementación efectiva de las recomendaciones a 10 países diferentes: para cada una de las recomendaciones más importantes cada país expone, de forma breve, como han implementado o qué tienen pendiente para su cumplimiento.
- Tabla comparativa sobre recogida de datos: no se dispone del número exacto de personas menores que se ven afectadas por el encarcelamiento de sus padres o madres, pero el Consejo de Europa aprecia que hay unas 2.000.000 de personas menores en esta situación. Esta tabla da una visión general de cómo se recogen los datos sobre los niños y las niñas en cada país.

La SMPRAV tiene el reto de implementar gradualmente la Recomendación CM/Rec(2018)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a los hijos y las hijas de las personas detenidas. En este sentido, el Síndic de Greuges emitió la Resolución del expediente AO-00220/2019 relativa al derecho de relación de niños y niñas con sus progenitores en la prisión del Síndic relativa a la Recomendación CM/Rec(2018)5 donde analiza la situación de diferentes centros penitenciarios en Cataluña e

insta la SMPRAV a implementar buenas prácticas que den respuesta al contenido de los artículos de la Recomendación.

En relación con esta Recomendación, es importante señalar que los pasados meses de marzo y abril se han producido adelantos en las políticas y normas para la protección de los hijos y las hijas con derechos de los padres encarcelados. El primero es el Plan Estratégico del Consejo de Europa (Comisión Europea, s. d.) relativo a la garantía de los derechos de las personas menores y que ha sido desarrollado con la participación de más de 10.000 niños y niñas. El Plan solicita de manera expresa a los Estados miembros de la UE que apliquen la Recomendación CM/Rec(2018)5. Esta adopción de la estrategia de la UE añade un importante impulso a las recomendaciones del Consejo de Europa y representa un paso decisivo hacia la mejora de la participación infantil, la inclusión, la protección de la infancia, unos sistemas de justicia adecuados a criaturas y adolescentes a todos los Estados miembros de la UE, así como una sensibilización sobre la infancia mayor en los servicios penitenciarios.

4. La experiencia Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental en el centro penitenciario Brians 2

La implementación del MPyC en los centros penitenciarios de Cataluña ha permitido en los últimos años establecer un modelo de organización funcional fundamentado en la participación y la interacción de todos los agentes de la institución con las entidades sociales. Se enmarca en un sistema de democracia deliberativa mediante consejos de las unidades residenciales de los centros penitenciarios. Estos consejos son espacios donde tienen lugar la deliberación, la escucha, la información, la integración de la diferencia y la promoción de propuestas participativas en la gestión de la vida diaria.

Esta metodología favorece la participación de la persona interna en su proceso individual de tratamiento, promoviendo la implicación de todas las partes que forman parte del proceso de rehabilitación, así como los procesos de tráfico e integración en la comunidad.

Para dar respuesta al MPyC, en 2016 el centro penitenciario Brians 2 creó un plan de participación con el objetivo de llevar a cabo una intervención integral en todo el centro que generara una dinámica social y un clima de convivencia lo más similar posible en cuanto a normas, valores, hábitos y formas de interacción al de cualquier colectivo social normalizado dentro del marco legal y de seguridad. Este plan de participación incluye como mecanismo de participación la creación de grupos de gestión que se caracterizan: por tener un referente que impulsa y lidera el grupo; por su composición transversal; y por tratar temáticas que responden a necesidades de la población penitenciaria.

El Grupo de Gestión de Educación y Responsabilidad Parental (en lo sucesivo GGERP) tiene su origen en la conjunción de varias experiencias: principalmente responder a la demanda de las personas internas que son padres y madres y tienen un compromiso con la educación de sus hijos y de sus hijas; de la inquietud de diferentes profesionales (técnicos y técnicas de vigilancia, maestros y maestras, bibliotecarios y bibliotecarias, trabajadores y trabajadoras sociales, monitores artísticos y monitoras artísticas, y entidades sociales) y de la colaboración con el Expert Group Family Relations (2017), de l'European Organization of Prisons and Correctional Service.[3]

La riqueza del GGERP radica en su composición transversal. La mayoría de los sistemas penales europeos han adoptado modelos donde, de manera separada, las entidades han focalizado su intervención en la atención a los hijos y a las hijas de la persona interna, mientras que la institución penitenciaria se ha centrado en la reinserción de la persona interna. La excepcionalidad y singularidad de la experiencia del GGERP estriba en el trabajo conjunto de las entidades sociales, del personal profesional del tratamiento y de los padres y de las madres para la concreción y consecución de los objetivos establecidos por las personas que pertenecen al GGERP.

La metodología tiene un carácter comunitario, en cuanto que, de un lado, responde a situaciones-problemas compartidos detectados mediante las entrevistas a los padres y a las madres en prisión y sus familias y, de otro lado, requiere la participación activa de todas las personas implicadas para la consecución de objetivos del proyecto colectivo.

Es un grupo que se organiza desde dentro donde trabajadores y trabajadoras sociales, junto con otros y otras profesionales, intervienen en la consecución de los objetivos del grupo, y en concreto en todo aquello que está relacionado con la participación del ámbito familiar y relacional. Todas las partes del grupo tienen voz y las decisiones se toman de manera conjunta y consensuada.

El objetivo del GGERP es implementar experiencias participativas que faciliten a los padres y a las madres que cumplen una pena privativa de libertad la continuidad del ejercicio de su rol parental activo y responsable, mediante la colaboración y vinculación de los servicios de educación y de ocio, de salud, de familia, de los servicios sociales y de organismos de defensa de los derechos de las personas menores y jóvenes que permita construir una red participativa que comparta el objetivo común de preservar y garantizar el bienestar y el futuro de las familias y de los hijos y las hijas de las personas internas.

3 Europris (s. d.) es una organización focalizada en el estudio y el conocimiento de los sistemas penitenciarios europeos que tiene como tarea recoger las conclusiones y recomendaciones que emanan de los documentos de trabajo que los diversos grupos de expertos elaboran para promover las ideas clave entre las diversas administraciones penitenciarias y los diferentes órganos europeos.

Ante esta complejidad, y consciente de sus limitaciones, en 2017 el GGERP presentó un proyecto a la dirección del centro con unos objetivos que ha ido desarrollando durante todos estos años:

1. *Visualización de la realidad de los hijos y las hijas de las personas internas*. Para lograrlo, el GGERP se presentó en varios foros (nacionales y europeos) y se pusieron en contacto con la Plataforma Infancia de Cataluña, de quién recibió apoyo y asesoramiento. También mantuvo una entrevista con la adjunta del Síndic para la defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia para solicitar el impulso a la implementación de la Recomendación CM/Rec(2018)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros de la UE.
2. *Crear una red participativa tanto en el ámbito local como europeo*. Uno de los ejes vertebradores de la ejecución penal es la colaboración con las entidades tanto colaboradoras como de voluntariado mediante las tablas de participación social, que actúan como órgano consultivo y de relación entre el departamento competente en materia de ejecución penal y las entidades colaboradoras y de voluntariado que trabajan en los procesos de reinserción social en Cataluña, con el fin de coordinar la participación ciudadana, como derecho fundamental de la ciudadanía.
3. *Dotar de material didáctico y gestionarlo en las salas de visitas* para que en las visitas las personas internas tengan herramientas y recursos que les permitan jugar, dibujar e interactuar con sus hijos e hijas.
4. Fomentar los *Programas de Responsabilidad parental positiva*. El Programa Marco de Organización Curricular de la SMPRAV organiza la oferta de programas de intervención en los centros penitenciarios. Ordena el currículum de los programas y subprogramas de manera homogénea, ofreciendo la misma oferta de actividades y programas en todos los centros penitenciarios de Cataluña: el diseño de itinerarios curriculares.
5. Recientemente se ha desarrollado el programa "Vamos a hablar de los hijos y las hijas", que se encuentra dentro de los subprogramas de "Generalización al medio familiar y comunitario", que tiene como objetivo principal apoyar a los padres y a las madres que están en prisión en el desarrollo de su rol mediante la identificación de sus fortalezas y sus debilidades. Este programa les ofrece herramientas y reconocimiento para ayudarles en el desarrollo de sus hijos y de sus hijas a pesar de su situación penal. El programa también tiene como objetivo evaluar las necesidades de apoyo adicionales de las personas menores y de la familia. Su implementación está prevista el próximo mes de octubre.
6. Promover *actividades familiares* en el interior del centro penitenciario. Son ejemplos: la celebración del Día de las Familias;

la celebración del Día del Padre organizada por la escuela de adultos Victor Català; las sesiones *Cantemos en familia* con la actividad familiar *Un mundo de cartón* dirigida por la Asociación Crea Movimento.

7. Promover *actividades familiares* fuera del centro penitenciario que den continuidad al ejercicio de los valores y de la responsabilidad del rol parental mediante salidas programadas familiares. Los padres y las madres pueden pasar algunas horas con sus hijos e hijas en un entorno propicio y amable.
8. El *Programa FutbolNet* (actividades de juegos de colaboración), llevado a cabo por la Fundación Fútbol Club Barcelona, es otro ejemplo. Las personas internas son entrenadas por los monitores y las monitoras de la Fundación y, más adelante, organizan encuentros familiares donde los padres y las madres conducen los juegos con sus hijos e hijas bajo la supervisión de los instructores y las instructoras de la Fundación.
9. *Programa de refuerzo escolar entre los padres o las madres y sus hijos o hijas* durante las visitas familiares y el *Programa de tutorías entre los padres o las madres y el maestro/tutor o la maestra/tutora de su hijo o hija.* Estos programas están liderados por los maestros y las maestras del centro de formación de adultos Víctor Català del centro penitenciario Brians 2, junto con los trabajadores y las trabajadoras sociales que coordinan todas las acciones relacionadas con las familias.

Ante la emergencia de la covid-19, el GGERP ha hecho varias acciones. Hay que señalar que la covid-19 ha permitido introducir videollamadas y el uso de dispositivos móviles, y abrir un nuevo abanico de actividades en línea y herramientas de comunicación. A pesar de que con las actividades en línea se pierde la proximidad y la presencia, que es irrenunciable, se gana en otros aspectos importantes, como, por ejemplo, el contacto visual entre personas internas extranjeras cuyos hijos e hijas viven fuera del país. Las actividades llevadas a cabo han sido:

- El *Proyecto de la Nave Espacial*. Se desarrolló el mes de junio del 2020 cuando se restablecieron las comunicaciones familiares después de más de tres meses de cuarentena. La idea surge como iniciativa para favorecer la acogida de las personas menores en el centro de una forma amable y adaptada a sus necesidades. La propuesta planteaba un juego a través del que los niños y las niñas pudieran asumir las nuevas medidas sanitarias (hielo, termómetro, guantes, distancia física...) añadidas a los retos que ya suponen las medidas de seguridad habituales.
- *Stop-motion La Fuerza* (Departamento de Justicia, 2020). Es un proyecto de animación liderado por los monitores artísticos y las monitoras artísticas del GGERP que se creó con el objetivo de que los hijos y las hijas de las personas internas recibieran mensajes de amor de sus padres y sus madres en un momento

especialmente crítico de la pandemia. El formato del proyecto se eligió porque permitía añadir una vertiente especial desde la mirada artística. La animación permitió recrear un escenario diferente y mágico, donde los padres internos y las madres internas que pertenecen al GGERP podían hacer, saltar, volar y jugar mientras enviaban un mensaje a sus hijos y a sus hijas. De este modo, los padres y las madres pudieron convertirse en magos y magas y expresar sus emociones con un lenguaje lúdico y directo.

- *Adivina-Adivinaza* nació el verano del 2020. En esta actividad, los padres y las madres enviaban a sus hijos y a sus hijas videos donde los retaban a resolver diferentes tipos de adivinanzas. Los niños y las niñas los devolvían un video con sus respuestas, dando la oportunidad a los padres y a las madres de verlos en su espacio y entorno familiar (habitaciones, la cocina de casa, etc.). La actividad se cerraba con una videollamada familiar.

Los objetivos de futuro del GGERP implican, además de consolidar todas las actividades llevadas a cabo durante estos últimos años:

- Introducir propuestas de juegos con colores en las visitas familiares con vidrio.
- Mejorar, adaptar y hacer más amable el área de entrada del centro desde la perspectiva de los niños y las niñas para convertirla en espacios de atención.
- A partir de otras experiencias europeas, crear un video que pueda explicar y preparar al niño o a la niña qué encontrará la primera vez que entre en una prisión.
- Crear espacios de seguridad ambiental donde los padres y las madres puedan explicar a sus hijos y a sus hijas que están en la prisión cuando las partes estén preparadas y dejar de decir mentiras. Esta es una demanda reiterada tanto de las personas internas como de sus parejas. Por este objetivo se necesita acompañamiento profesional.

Para concluir, me gustaría decir que la SMPRAV tiene la voluntad de implementar gradualmente la experiencia del GGERP en otros centros de Cataluña.

Referencias bibliográficas

Children of Prisoners Europe. (2021). *Impacts of pre-trial detention procedures on children with parents in conflict with the law*. COPE. Recuperado 3 noviembre 2021, de https://childrenofprisonerseurope.wildapricot.org/resources/Impacts of pre-trial detention procedures on children with parents in conflict with the law_COPE.pdf

Cid Moliné, J., y Martí Olivé, J. (2011). *El proceso de desistimiento de las personas encarceladas. Obstáculos y apoyos*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Comisión Europea. (s. d.). *The EU Strategy on the Rights of the Child and the European Child Guarantee*. Recuperado 3 noviembre 2021, de https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child-and-european-child-guarantee_en

Consejo de Europa. (2016). *Council of Europe Strategy for the Rights of the Child (2016-201)*. Recuperado 3 noviembre 2021, de https://rm.coe.int/168066cff8

Departamento de Justicia. (s. d.). *Programa marc del model de participació i convivència dels centres penitenciaris de Catalunya*. Generalidad de Cataluña. Recuperado 3 noviembre 2021, de http://justicia.gencat.cat/web/.content/home/ambits/reinsercio_i_serveis_peni/serveis_penitenciaris/participacio-convivencia/participacio_convivencia_cp.pdf

Departamento de Justicia. (2020, septiembre 30). *Els pares del centre penitenciari Brians 2 envien missatges als seus fills* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=u7wVajcVmRw&t=45s

Europris. (s. d.). *Europris. Promoting Professional Prison Practice*. https://www.europris.org/

Expert Group Family Relations. (2017). *Good Practice Collection Family Relations*. Europris. http://www.europris.org/file/expert-group-family-relations-good-practice-collection/

Ibañez, A., y Pedrosa, A. (2017). *El paper de les famílies en la reinserció de les persones que surten de la presó*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, BOE núm. 239 § 23708 (1979).

ME-WE young carers. (s. d.). ME-WE young carers. Recuperado 3 noviembre 2021, de https://me-we.eu/

Recomendación CM/Rec(2018)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros de la UE relativa a los hijos y a las hijas de las personas detenidas. Consejo de Europa. Recuperado 3 noviembre 2021, de https://rm.coe.int/cm-recommendation-2018-5-concerning-children-with-imprisoned-parents-e/16807b3438

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrer, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, BOE núm. 40 § 3307 (1996).

Resolución del expediente AO-00220/2019 relativa al derecho de relación de niños y niñas con sus progenitores en la prisión. Síndic de greuges de Catalunya. Recuperado 9 noviembre 2021, de https://seu.sindic.cat/Resolucions/ISAPI/Resol_ISAPI_FitxaResol/x64/Debug/Resol_ISAPI_FitxaResol.dll?CodiQueixa=0022019&TipusIntervencio=2

Scottish Prison Service. (s. d.). *Family Strategy 2017-2022*. College Development Network. Recuperado 3 noviembre 2021, de https://www.cdn.ac.uk/wp-content/uploads/2017/08/CBL-Family-Strategy-2017-22.pdf

Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad. (2011). *El model de rehabilitació a les presons catalanes*. Generalidad de Cataluña, Departamento de Justicia. Recuperado 3 noviembre 2021, de http://justicia.gencat.cat/web/.content/enllacos/pdf/model_rehabilitacio_presons_catalanes.pdf

La intervención social en los CDIAP: una revisión continua

Social intervention in Early Care and Childhood Development Centres (CDIAPs): an ongoing examination

Adela Rodríguez Civil[1]
ORCID: 0000-0001-7590-474X
Jaume García Hernández[2]
ORCID:0000-0002-1498-6136
Gergana Dimitrova Aladzhova[3]
ORCID:0000-0003-0800-0542
Andrea V. Rodríguez Erazú[4]
ORCID: 0000-0002-7700-7193
Sunsi Segú Colomé[5]
ORCID: 0000-0003-0227-4497

Recepción: 10/06/21. Revisión: 21/07/21. Aceptación: 16/10/21

Para citar: Rodríguez Civil, A., García Hernández, J., Dimitrova Aladzhova, G., Rodríguez Erazú, A. V., i Segú Colomé, S. (2021). La intervención social en los CDIAP: una revisión continua. *Revista de Treball Social*, 221, 139-152. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.08

Resumen

Hay un consenso generalizado en atención temprana sobre la importancia que tienen la familia y el entorno en el desarrollo infantil y en el hecho que promover unas condiciones ambientales o contextuales óptimas mejora la calidad de vida, así como el desarrollo global de los niños.

La continua evolución que se produce en la sociedad y en el entorno exige que la atención proporcionada a los niños y a sus familias en los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP) sea adaptada a

1 Graduada en Trabajo Social, trabajadora social del CDIAP Martorell y coordinadora técnica del CDIAP Fundación ASPANIDE. ro.adela.ci@gmail.com
2 Diplomado en Trabajo Social y doctor en Antropología Social y Cultural, director del Área de Salud y Familias de la Fundación Catalana Síndrome de Down y coordinador técnico del CDIAP Fundación Catalana Síndrome de Down. jaumegarcia@yahoo.es
3 Graduada en Trabajo Social, trabajadora social de la Fundación Catalana Síndrome de Down. gdimital9@gmail.com
4 Graduada en Trabajo Social, trabajadora social del CDIAP Equipo 40. arodriguez@equip40.cat
5 Diplomada en Trabajo Social, directora clínica de la Fundación Eulàlia Torras de Beà. ssegu@fetb.org

este cambio constante. Por este motivo, el presente artículo revisa los documentos e instrumentos que hasta hoy han servido de guía y orientación en la atención a las necesidades sociofamiliares que presentan las familias en el marco de la atención precoz y, por otro lado, presenta el JADE, una propuesta de herramienta diagnóstica flexible y de fácil adaptación a la liquidez de las realidades actuales y un modelo de su implementación a los CDIAP de Cataluña.

Parlabras clave: Intervención social, diagnóstico sociofamiliar, atención temprana, JADE.

Abstract

There is a widespread consensus in early care about the importance of the family and the environment in childhood development and regarding the fact that promoting optimal environmental or contextual conditions improves the quality of life, and indeed the overall development of children.

The ongoing evolution that takes place in society and in the environment calls for the care provided to children and their families at Early Care and Childhood Development Centres (CDIAP) to be adapted to this constant change. For this reason, this article reviews the documents and instruments that have so far served as a guide and as guidance for the care that addresses the social and family needs exhibited by families in the context of early care. Moreover, it presents the *JADE*, a proposal for a flexible diagnostic tool that is easy to adapt to the unsteady nature of current realities and a model for the implementation of this tool in CDIAPs in Catalonia.

Keywords: Social intervention, social and family diagnosis, early care, *JADE*.

El Trabajo Social en los CDIAP

La atención temprana se define como el conjunto de intervenciones orientadas a la población infantil. Concretamente, en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* se especifica que:

> Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos (GAT, 2000, p. 13).

Por lo tanto, se entiende que todos los servicios que atienden la primera infancia (0-6) y sus familias están desarrollando su tarea dentro de la atención temprana, aunque se conoce que el centro específico de la atención precoz es el CDIAP.

El Decreto 261/2003, que regula los CDIAP de Cataluña, apunta que la intervención tiene que ser desde el equipo interdisciplinario con el niño, su familia y su entorno más próximo y con esta finalidad marca objetivos de prevención, detección, diagnóstico, intervención y cierre.

El Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el cual se regulan los servicios de atención temprana, de la Generalitat define en el preámbulo la atención temprana como:

> Un conjunto de actuaciones de cariz preventivo, de detección, diagnóstico y de intervención terapéutica, de carácter interdisciplinario, que se extiende, en un sentido amplio, desde el momento de la concepción hasta que el niño cumple los seis años, alcanzando, por lo tanto, la etapa prenatal, perinatal, postnatal y pequeña infancia.

Los equipos interdisciplinarios de los CDIAP desarrollan un proceso de atención a las familias que se basa en la entrada al servicio, diagnóstico, atención terapéutica y la baja del servicio. Desde el punto de vista del Trabajo Social, hay dos elementos clave, la detección y el diagnóstico. La detección de familias que se encuentran en una situación social desfavorable, que interfiere en el desarrollo del niño, por lo cual necesitan una atención desde el punto de vista social lo antes posible y el diagnóstico de la situación sociofamiliar para poder entender cuál es la realidad de la familia, qué factores sociales están en situación de protección, vulnerabilidad o riesgo y, en consecuencia, poder intervenir de la manera más adecuada.

La entrada al servicio engloba la solicitud de la demanda y la entrevista de acogida y tiene como finalidad poder determinar la idoneidad de la demanda de la familia para ser atendida en el CDIAP.

Si la demanda es idónea, se inicia el proceso de valoración diagnóstica interdisciplinaria, que finaliza con una entrevista de devolución donde se explica a la familia el diagnóstico inicial y el plan terapéutico propuesto. A pesar de que este proceso es inicial, si se detectan diferentes aspectos en la evolución del niño que hay que continuar explorando, se

proponen nuevas valoraciones del equipo durante toda la atención del niño y la familia en el CDIAP.

Este aspecto es especialmente importante para el Trabajo Social, puesto que algunos aspectos de la familia se pueden ir conociendo o pueden ir cambiando durante todo el proceso de atención en el CDIAP y siempre hay la posibilidad de valorar, revalorar e intervenir.

Las hipótesis diagnósticas o el diagnóstico cuando lo tenemos ayudan a organizar la intervención con el niño y su familia, en el supuesto de que sea necesaria. La intervención del profesional del Trabajo Social depende del diagnóstico sociofamiliar. Por lo tanto, este puede plantear un enfoque breve, un acompañamiento asistencial, un trabajo de crianza entendida como "la actuación de apoyo y acompañamiento al cuidado que hay que tener del desarrollo integral del niño" (Decreto 261/2003, preámbulo) o una derivación a servicios de la red para trabajar aspectos concretos de la familia.

Finalmente, se inicia el proceso de baja del CDIAP, que puede ir acompañado de una derivación a otros servicios de la red.

Los antecedentes de la valoración sociofamiliar

El año 2004, la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana y GATO (2004) presentaron la primera edición de la *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana* (ODAT). Este documento se crea en el intento de unificar los criterios de diagnóstico, dentro del marco estatal, con el objetivo de poder conocer, de manera más completa y unánime posible, el tipo de población atendida en atención temprana. Posteriormente, en 2010, se crea el Programa Informático de Gestión del Conocimiento de los CDIAP (EUCCAP) que utiliza como base la ODAT.

Cuatro años más tarde, el 2014, el Grupo de Trabajadores Sociales de CDIAP, formado por profesionales miembros del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (COTS) y de la Asociación Catalana de Atención Precoz (ACAP), lleva a cabo la ampliación del ámbito social del ODAT y crea, así, el *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* (García et al., 2014). Este documento incide en tres aspectos: por un lado, se amplían y ordenan los factores de riesgo psicosocial; de otro, se gradúan y precisan los indicadores de riesgo social; y, finalmente, se crean categorías diagnósticas que permiten conceptualizar la vulnerabilidad social en la familia y su entorno.

Revisión y análisis continuo del diagnóstico sociofamiliar en atención temprana

En cuanto al ámbito social, la creación del *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* y su implementación en el programa informático EUCCAP significaron un cambio de para-

digma para los CDIAP, puesto que los factores de riesgo psicosocial habían sido ampliados y ordenados, sus indicadores graduados y precisados, y se habían creado categorías diagnósticas que permitían conceptualizar mejor la vulnerabilidad social en la familia y su entorno.

Aun así, en el *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* se establecen tres categorías de familia, según si están en situación de protección, vulnerabilidad o riesgo. La primera de estas categorías, "Familias en situación de protección", opera una restricción al suponer que no requieren de ningún tipo de intervención desde el ámbito social y una limitación en la inexistencia de una traslación automática de los indicadores identificados a categorías diagnósticas propuestas.

Entendiendo, sin embargo, que en la sociedad se generan cambios constantes, tanto en las familias como en el entorno, se establece el compromiso de revisión continua del *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*. A consecuencia de esto, Jaume García y Adela Rodríguez, como miembros del Grupo de Trabajadores Sociales de CDIAP, crearon el JADE (García, 2020), un instrumento de apoyo al diagnóstico sociofamiliar en atención temprana para los profesionales del Trabajo Social que permite valorar el grado de riesgo social, establecer una categoría diagnóstica familiar y hacer una propuesta de intervención, orientando al mismo tiempo el ámbito de actuación prioritario.

En los últimos años, el estudio de la vulnerabilidad ha sido abordado desde múltiples vertientes teóricas (Stallings, 1997; Cardona, 2004; Wisner et al., 2004), empezando por las que enfatizan el peso del componente objetivo de las amenazas, hasta las que enfatizan el peso de las construcciones simbólicas, donde las condiciones materiales se subordinan a la dimensión cultural e ideológica, pasando por las que enfatizan tanto las amenazas físicas y los riesgos objetivos como las condiciones sociales que subyacen a la desigualdad social, el acceso a recursos clave y la valoración que cada grupo hace de las amenazas.

Por eso, es importante destacar que el JADE no hace una revisión en profundidad de la definición y medición de la vulnerabilidad social de las familias. Parte de una definición de vulnerabilidad entendida como la potencialidad de que una familia sea afectada por alguna circunstancia adversa que pueda alterar el ejercicio de las funciones parentales poniendo en riesgo el desarrollo del niño. Definición, por otro lado, que es el punto de partida del *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*.

La revisión diagnóstica que se plantea en este artículo da especial importancia a este instrumento, dado que supera las limitaciones de la actual propuesta diagnóstica del *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* y porque se fundamenta en un proceso participativo en que han formado parte muchas profesionales del Trabajo Social durante un largo recorrido, desde el año 2018 hasta el 2021.

Durante la elaboración del JADE, se han hecho dos pruebas piloto. La primera se llevó a cabo en 2018 y participaron cinco profesionales del Trabajo Social de cinco CDIAP diferentes de la provincia de Barcelona. La

segunda se realizó en 2019 y participaron nueve profesionales del Trabajo Social de nuevo CDIAP también de la provincia de Barcelona.

Las profesionales que participaron fueron seleccionadas por su pericia en el ámbito de la atención temprana y relevancia del CDIAP en que desarrollaban su tarea profesional. Aun así, se priorizó la técnica cualitativa del grupo focal, puesto que se consideró más adecuado para el análisis cualitativo de la herramienta. De esta forma, las profesionales que participaron lo hicieron usando el JADE en su práctica profesional durante un periodo de entre tres y seis meses, llenaron un cuestionario de valoración del instrumento y participaron en un grupo focal sobre las limitaciones del instrumento y propuestas de mejora.

El cuestionario utilizado en las dos pruebas piloto fue el mismo y recogía la opinión de cada profesional sobre:

- La valoración general del instrumento: si lo encontraban más útil que el que utilizaban habitualmente, si lo habían continuado utilizando una vez finalizada la prueba piloto, etc.
- La valoración de los factores, indicadores y ejemplos: si creían que faltaba algún factor, indicador o ejemplo, si las definiciones de los conceptos eran claras...
- La valoración de la ponderación de los indicadores: si consideraban operativa la ponderación propuesta, si le darían una puntuación diferente a algún indicador, etc.
- La valoración de las categorías de familia: si las definiciones eran claras o si las categorías eran excluyentes, por ejemplo.
- La valoración de las propuestas de intervención: si las definiciones de los conceptos eran claras, si encontraban pertinente la diferenciación entre atención desde el CDIAP o derivación en otros dispositivos…
- Un apartado de sugerencias.

En cuanto a los grupos focales, se hicieron siempre en contextos informales para conseguir un ambiente lo más distendido posible, que facilitara la participación de todas las personas que formaban parte de estos. Tuvieron una duración total de cinco horas y las personas responsables de la prueba fueron tomando nota de los comentarios más relevantes, siguiendo el mismo guion que para el cuestionario de valoración: valoración general del instrumento, de los factores e indicadores, de la ponderación de los indicadores, de las categorías de familia y de las propuestas de intervención.

En esta línea, el punto que generó más discusión fue el relacionado con la propuesta de intervención en función de la categoría de familia que, fruto del debate, fue matizado por propuesta de intervención recomendada. Por el contrario, los puntos que originaron más consenso fueron la buena valoración general del instrumento y su ponderación de los indicadores.

Por otro lado, durante los meses de septiembre y octubre del 2019, se llevaron a cabo diferentes sesiones de trabajo en que se analizó la información recopilada en las dos pruebas piloto del JADE y, como consecuencia,

se introdujeron diferentes propuestas de mejora del instrumento, como, por ejemplo: se puntualizaron algunas definiciones, se ampliaron los ejemplos y se modificaron algunas puntuaciones de los indicadores.

Por último, en diciembre del año 2019, la ACAP y la Unión Catalana de Centros de Atención Precoz (UCCAP), en colaboración con la Universidad de Barcelona, propusieron la revisión y la renovación del sistema de diagnóstico biopsicosocial propuesto en el ODAT y crearon, así, una comisión interdisciplinaria global de la que derivan subcomisiones específicas de cada disciplina que forman los equipos de atención temprana: psicología, fisioterapia, neuropediatría, Trabajo Social, logopedia y psicomotricidad.

En lo referente al ámbito social, se creó la Comisión de Diagnóstico Social, formada por profesionales experimentados en el Trabajo Social, algunos de los cuales han formado parte de anteriores iniciativas, que aprovecharon la tarea hecha hasta aquel momento para revisarla, discutirla e implementar algunas mejoras mediante sesiones de discusión mensuales entre diciembre del año 2019 y julio del 2021.

Los resultados de la revisión diagnóstica

Para la elaboración de la revisión diagnóstica del ámbito social en atención temprana, la comisión se ha centrado en dos documentos predecesores. Por un lado, se ha basado en los indicadores y ejemplos ya existentes en el *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*, analizando su presencia en la sociedad actual, las consecuencias de su uso y su pertinencia en la práctica profesional. Por otro lado, se han analizado los factores e indicadores de valoración utilizados en el JADE, así como los ejemplos y la ponderación propuestos en este. Ambos documentos se han comparado y se ha adjudicado una especial importancia a este último, por su adaptación a la realidad actual con la que nos encontramos, la visión global que ofrece en cuanto a la situación familiar y las orientaciones de prioridad asistencial que propone, a la vez que es una herramienta flexible, de fácil uso y actualizada.

Después de la revisión de la documentación existente y el análisis de la situación social y familiar, se presenta en este artículo la versión actualizada del JADE, donde se establecen diez factores sociales: 1. Recursos internos de los progenitores; 2. Funciones parentales de los progenitores; 3. Dinámica familiar del núcleo familiar; 4. Necesidades educativas del niño; 5. Red de apoyo del núcleo familiar; 6. Estado de salud del núcleo familiar; 7. Situación laboral de los progenitores; 8. Nivel económico del núcleo familiar; 9. Habitabilidad de la vivienda del núcleo familiar; y 10. Aspectos legales del núcleo familiar.

Cada uno de estos factores sociales se divide en tres dimensiones: protección, vulnerabilidad y riesgo social. Cada indicador tiene una puntuación asociada: 0 los indicadores de protección, 1 los indicadores de

vulnerabilidad y 10 los indicadores de riesgo social. Asimismo, se establecen tres rangos de valoración según los tres tipos de diagnóstico social:

- Familia en situación de protección (<1 punto), que corresponde a una familia organizada, con capacidades y recursos internos y externos pero que, debido a las dificultades de su hijo o hija, requiere adaptaciones, asesoramiento y activación de nuevos recursos para su crianza.
- Familia en situación de vulnerabilidad social (de 1 a 9 puntos), que corresponde a una familia organizada en la que sus capacidades parentales disminuyen debido a unas características o condiciones (transitorias o permanentes) biológicas, psicológicas o sociales, lo que comporta un riesgo importante en la crianza de su hijo o hija.
- Familia en situación de riesgo social (> 9 puntos), que corresponde a una familia en la que los cuidadores presentan graves dificultades que los impiden cuidar de su hijo o hija, lo que impide su desarrollo de manera correcta.

En cuanto a los factores sociofamiliares, se dividen en dos tipos: por un lado, los que están vinculados a elementos propios y subjetivos de la familia, a los que se los denomina internos y que se considera apropiado trabajarlos desde el propio CDIAP. Por otro lado, los que están vinculados a elementos sociales, circunstanciales o contextuales de la familia, a los que se los denomina externos y que se considera pertinente derivar la familia a servicios especializados de la red.

En cuanto a las categorías diagnósticas, se decide continuar trabajando con la clasificación en tres tipos: protección, vulnerabilidad y riesgo, incidiendo en la idea de continuo lineal entre la protección y el riesgo, entendiendo la vulnerabilidad como un concepto intermedio que puede estar más próximo a uno u otro extremo.

El JADE: instrumento para la valoración sociofamiliar

El nombre JADE viene de la piedra natural y sus propiedades y características. Es un material que se utiliza para hacer herramientas, puesto que es fácilmente modelable y resistente a la vez. Así como la piedra natural, este instrumento pretende convertirse en una herramienta modelable según el contexto social, con el objetivo de ser revisado y actualizado. Por otro lado, su dureza o resistencia aporta una estructura sólida donde desarrollar el Trabajo Social en atención temprana. Una de sus características principales es que se ha formado a partir de otros componentes: la jadeíta y la nefrita. Así mismo, el JADE integra en sí mismo las voces de otros profesionales de la atención temprana.

Existen dos versiones del JADE: una en formato PDF pensada para un uso analógico (imprimida en papel para ser rellenada a mano, ver anexo)

y otra en formato de hoja de datos para un uso digital (con resultados automatizados que se pueden adjuntar al expediente digital de la familia). Sin embargo, el objetivo último es que el JADE pueda ser integrado, durante el año 2022, en el programa informático EUCCAP, que es la herramienta informática para la gestión del conocimiento que usan la gran mayoría de los CDIAP de Cataluña.

El modo de uso

El primer paso para el uso del JADE es la exploración y la recogida de la información necesaria para la valoración del caso a través de entrevistas con los referentes parentales, de la lectura de documentación, de interconsultas con otros profesionales del equipo, de la coordinación con otros profesionales de servicios externos que intervienen en el caso (Educación, Sanidad y Servicios Sociales), etc.

Como consecuencia, el profesional del Trabajo Social valora la información recogida y, posteriormente, señala los indicadores y las puntuaciones asociadas en el JADE. Para servirse de ayuda, además de la definición, el profesional puede consultar los ejemplos propuestos para cada indicador. Sin embargo, hay que destacar que estos son orientativos, es decir, no funcionan a manera de ítems que determinan la categorización de una situación sociofamiliar de manera directa.

Es importante tener en cuenta que los indicadores por sí solos no proporcionan suficiente información para el análisis definitivo de la situación sociofamiliar, sino que es necesario contextualizarla. Y es central tener en cuenta la globalidad ambiental y relacional en que vive la familia, dado que pueden existir acontecimientos que en una situación se definan como indicadores de riesgo y en otros de protección. Por otro lado, la presencia de indicadores de riesgo no determina que la situación sociofamiliar sea de riesgo, puesto que estos pueden ser atenuados por factores de protección coexistentes.

Una vez valorados todos los factores, se procede a calcular la puntuación total que indicará la categoría sociofamiliar: si esta es inferior a 1, se considera que la familia se encuentra en situación de protección; si la puntuación total oscila entre 1 y 9 puntos, se categoriza como familia en situación de vulnerabilidad; y si la puntuación supera los 9 puntos, se considera familia en situación de riesgo social.

El JADE propone una orientación a la intervención para cada categoría: intervención puntual o breve, acompañamiento social y, finalmente, tratamiento social. Se remarca que cada profesional o equipo tomará la decisión de cómo llevar a cabo la intervención y la propuesta asistencial de los casos.

Parafraseando a Escartín (1992), se considera la intervención social como promotora de cambio, por lo cual, desde el Trabajo Social en atención temprana, se priorizan las actuaciones relacionadas con los factores considerados como internos: 1. Recursos internos de los progenitores; 2.

Funciones parentales de los progenitores; 3. Dinámica familiar del núcleo familiar; 4. Necesidades educativas del niño; y 5. Red de apoyo del núcleo familiar.

En cuanto a la puntuación en los factores considerados como externos, —6. Estado de salud del núcleo familiar; 7. Situación laboral de los progenitores; 8. Nivel económico del núcleo familiar; 9. Habitabilidad de la vivienda del núcleo familiar; y 10. Aspectos legales del núcleo familiar—, se recomienda la orientación o derivación a otros servicios más adecuados para la satisfacción de las necesidades sociofamiliares.

El JADE está diseñado para ser utilizado en cada núcleo de convivencia del que forme parte el niño. De este modo, en los casos de progenitores separados que tengan compartida la custodia de los niños, se recomienda utilizar un cuestionario para cada núcleo de convivencia para valorar la situación sociofamiliar específica. Sin embargo, para valorar el resto de las situaciones en que hay una separación y una custodia exclusiva (con régimen de visitas con uno de los progenitores), corresponde a los profesionales del Trabajo Social evaluar la conveniencia o no de usar el instrumento más de una vez.

Conclusiones

Hay un consenso general en atención temprana que, junto con la normativa vigente, entiende que la familia (formada generalmente por los progenitores) tiene que jugar un papel clave en el proceso asistencial en el CDIAP: por un lado, como representantes legales que tienen la patria potestad del niño tienen que autorizar el hecho de que estos puedan recibir atención por parte del CDIAP. Por la otra, como garantes del ejercicio de las funciones parentales, juegan un papel decisivo en el desarrollo del niño fomentando (o no) el establecimiento de unos vínculos de aferramiento seguros (generadores de organización psíquica), mediante su capacidad reflexiva parental y su ejercicio de competencias parentales positivas.

El JADE, diseñado como un instrumento de apoyo al diagnóstico sociofamiliar en atención temprana para los profesionales del Trabajo Social, que permite valorar el grado de riesgo o vulnerabilidad social familiar, establecer una categoría diagnóstica sociofamiliar, hacer una propuesta de intervención y orientar el ámbito de intervención, puede jugar un papel importante en los CDIAP.

El JADE supone una mejora en la sistematización de la práctica profesional unificando criterios en relación con el objeto de intervención. Además, es una herramienta que busca operar en dos fases del proceso metodológico: en la fase diagnóstica y en la fase de tratamiento social a partir de la propuesta de tipo de intervención.

Aun así, es necesario continuar, en fases posteriores, trabajando en el desarrollo y operacionalización de sus indicadores, entendidos como los datos que nos muestran que existe una afectación en el niño, su familia o

entorno, que condiciona el desarrollo del niño, puesto que existen limitaciones en su planteamiento actual.

Aunque el JADE es una herramienta diseñada específicamente para los profesionales del Trabajo Social, es muy importante señalar que no conlleva, de ninguna manera, que los indicadores que lo integran tengan que ser medidos exclusivamente por profesionales de esta disciplina. Al contrario, corresponde a cada equipo multidisciplinario de CDIAP decidir qué profesionales, desde qué disciplinas y con qué instrumentos se miden estos indicadores.

En cualquier caso, consideramos que el JADE es una herramienta de uso sencillo y práctica que puede facilitar la comunicación entre diferentes disciplinas. Por ejemplo, en reuniones de equipo, espacios de reflexión o coordinaciones.

Entendiendo que la principal función del Trabajo Social es la de promover cambios, el JADE puede ser un buen acicate para este fin, puesto que asume como punto de partida la importancia (decisiva) de hacer un diagnóstico social útil, que permita una intervención eficaz en cada caso (Hamilton, 1923). Esto conlleva priorizar desde el CDIAP solo la intervención relacionada con las funciones parentales (cuidado, educación y socialización de los niños) y plantear la derivación a Servicios Sociales de aquellas familias en otros tipos de situaciones de vulnerabilidad social.

Finalmente, creemos que la construcción del diagnóstico social en atención temprana está limitada por las representaciones sociales (Moscovici, 1961) del concepto *familia social*, que determinan la manera de pensar las familias en situación de vulnerabilidad social y condicionan el funcionamiento del CDIAP y, por lo tanto, la práctica profesional del Trabajo Social. Este hecho comporta realizar diagnósticos sociales solo de aquellas familias que entran dentro de los parámetros de las representaciones sociales de *familia social* retroalimentando cada vez más las imágenes mentales (Lippmann, 1922) que los profesionales de la atención temprana tenemos sobre estas familias.

El uso del JADE comporta la introducción de prácticas profesionales nuevas en la disciplina del Trabajo Social que modificarán la estructura de la representación social (Flament, 1987) de la familia en situación de vulnerabilidad social. De este modo, la introducción de nuevas prácticas activará los esquemas que las prescriben y reforzarán su ponderación en el campo representacional.

ANEXO

Plantilla del instrumento

EXPEDIENTE Nº:
INTEGRANTES NÚCLEO DE CONVIVENCIA:
FECHA:

JADE

	FACTORES		INDICADORES		
1	Recursos internos de los progenitores	1.1	Progenitores con recursos internos.	0	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE EL CDIAP / ÁMBITOS DE ACTUACIÓN
		1.2	Progenitores con recursos internos alterados.	1	
		1.3	**Progenitores con recursos internos muy alterados.**	10	
2	Funciones parentales de los progenitores	2.1	Progenitores con capacidades para llevar a cabo las funciones parentales.	0	
		2.2	Progenitores con dificultades para llevar a cabo las funciones parentales.	1	
		2.3	**Progenitores sin capacidades suficientes para llevar a cabo las funciones parentales.**	10	
3	Dinámica familiar del núcleo familiar	3.1	Progenitores con capacidades para generar una adecuada dinámica familiar.	0	
		3.2	Progenitores con dificultades para generar una adecuada dinámica familiar.	1	
		3.3	**Progenitores sin capacidades suficientes para generar una adecuada dinámica familiar.**	10	
4	Necesidades educativas del niño o niña	4.1	Niño o niña con cobertura adecuada de sus necesidades educativas.	0	
		4.2	Niño o niña con cobertura inadecuada de sus necesidades educativas.	1	
		4.3	**Niño o niña sin cobertura de sus necesidades educativas.**	10	
5	Red de apoyo del núcleo familiar	5.1	Núcleo familiar con apoyo de la red.	0	
		5.2	Núcleo familiar con apoyo insuficiente de la red.	1	
		5.3	**Núcleo familiar sin apoyo de la red.**	10	
6	Estado de salud del núcleo familiar	6.1	Núcleo familiar con buen estado de salud.	0	ORIENTACIÓN O DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS / ÁMBITOS DE ACTUACIÓN
		6.2	Núcleo familiar con problemas de salud.	1	
		6.3	**Núcleo familiar con graves problemas de salud.**	10	
7	Situación laboral de los progenitores	7.1	Progenitores con ocupación laboral.	0	
		7.2	Progenitores con ocupación laboral precárea.	1	
		7.3	**Progenitores sin ocupación laboral.**	10	
8	Nivel económico del núcleo familiar	8.1	Núcleo familiar sin dificultades económicas.	0	
		8.2	Núcleo familiar con dificultades económicas.	1	
		8.3	**Núcleo familiar con precariedad económica.**	10	
9	Habitabilidad de la vivienda del núcleo familiar	9.1	Núcleo familiar que vive en una vivienda en buenas condiciones de habitabilidad.	0	
		9.2	Núcleo familiar que vive en una vivienda con problemas de habitabilidad.	1	
		9.3	**Núcleo familiar que vive en una vivienda con graves problemas de habitabilidad.**	10	
10	Aspectos legales del núcleo familiar	10.1	Núcleo familiar en cumplimiento de los aspectos legales que podrían afectar la atención adecuada del niño o niña.	0	
		10.2	Núcleo familiar con aspectos legales abiertos que afectan la atención adecuada del niño y niña.	1	
		10.3	**Núcleo familiar con aspectos legales que afectan gravemente la atención adecuada del niño o niña.**	10	
				PUNTUACIÓN TOTAL	

CUADRO DE PUNTUACIÓN

PUNTUACIÓN TOTAL	DIAGNÒSTICO SOCIOFAMILIAR	TIPO DE INTERVENCIÓN
<1 punto	Familia en situación de protección	Intervención social breve
1 - 9 puntos	Familia en situación de vulnerabilidad social	Acompañamiento social
>9 puntos	Familia en situación de riesgo social	Tratamiento social

Referencias bibliográficas

Cardona, O. (2004). The need for rethinking the concepts of vulnerability and risk from a holistic perspective: a necessary review and criticism for effective risk management. En G. Bankoff (Ed.), *Mapping vulnerability. Disasters, development and people,* (37-52). Earthscan. Academia. Recuperado 1 mayo 2021, de https://www.academia.edu/18707404/Mapping_Vulnerability_Disasters_Development_and_People

Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz, DOGC núm. 4002 (2003).

Escartín, M. (1992). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. Aguaclara.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana y GAT. (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana: Manual de instrucciones*. Real Patronato sobre Discapacidad. GAT. Recuperado 1 mayo 2021, de http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/odat.pdf

Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. En J. Beauvois, R. Joule y J. Monteil, *Perspectives cognitives et conduites sociales. Théories implicites et conflits cognitifs* (p. 143-150). Delval.

García, J., González, M. D., Pola, M., y Rodríguez, A. (2014). Àmbit *social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya.* Unión Catalana de Centros de Atención Precoz. Recuperado 1 mayo 2021, de https://www.uccap.cat/files/glossari_09-01-2015.pdf

García, J., (2020). *La construcción del diagnóstico social en atención temprana. Profesionales, intervenciones y representaciones de la familia social.* Universidad Autónoma de Barcelona.

Hamilton, G. (1923) *Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work.* National Conference on Social Welfare. Official proceedings of annual meeting. Recuperado 1 de octubre del 2019, de https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1923.001/347?rgn=full+text;view=image

Lippmann, W. (1922). *La opinión pública*. Compañía General Fabril Editora.

Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.

Stallings, R. (1997). Sociological theories and disaster studies. Artículo preliminar 249 de la Distinguished Lecture on Disaster and Risk en el Disaster Research Center, Departamento de Sociología y Justicia Criminal, Universidad de Delaware, Newark, 17 abril 1997. Recuperado 1 mayo 2021, de http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.844.6650&rep=rep1&type=pdf

Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., y Davis, I. (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters.* Routledge. Recuperado 1 mayo 2021, de http://www.geo.mtu.edu/volcanoes/06upgrade/Social-KateG/Attachments%20Used/AtRiskReview.pdf.pdf

Reseñas

Manuel Gandoy-Crego y Rubén González-Rodríguez (Coords.)
Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinares de interés
Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, 2018
Autor de la reseña: Breogán Riobóo-Lois

Cristina Vidal-Martí
La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?
Horsori Editorial, 2020
Autora de la reseña: Eva Carulla Oller

Albert Mora Castro
Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social
Tirant lo Blanch, 2020
Autora de la reseña: Glòria Maria Caravantes López de Lerma

Josefa Fombuena (Coord.)
El trabajo social y su acción profesional
Nau Llibres, 2020
Autora de la reseña: Rosa M. Carrasco Coria

Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinares de interés

Manuel Gandoy-Crego y Rubén González-Rodríguez (Coords.). Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, 2018.

Breogán Riobóo-Lois[1]
ORCID: 0000-0002-7293-1694

Para citar: Riobóo-Lois, B. (2021). [Reseña del libro *Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinares de interés*, de Manuel Gandoy-Crego y Rubén González-Rodríguez (Coords.)]. *Revista de Treball Social*, 221, 155-157. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.09

Esta obra gira en torno a las personas en situación de dependencia en el Estado español, a partir de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Se trata de un libro interdisciplinar, cargado de diversidad y pluralidad, coordinado por Manuel Gandoy-Crego, doctor en Psicología, profesor de la Universidad de Santiago de Compostela y coordinador del Grupo de Investigación en Dependencia, Gerontología y Geriatría, junto con Rubén Gónzalez-Rodríguez, trabajador social y doctor por la Universidad de Santiago de Compostela, profesor de la Universidad de Vigo y miembro del Grupo de Investigación GIES-10 de la misma.

El libro está conformado por cinco capítulos en los que se nos van presentando toda una serie de respuestas y procederes ante las preguntas e interrogantes que nos pueden surgir a menudo en el ámbito de las profesiones dedicadas a la intervención social. Muy especialmente, se abordan aquellas cuestiones relacionadas con los profesionales que desempeñan sus labores en el ámbito de la dependencia y la promoción de la autonomía personal.

Abren la obra Rubén González-Rodríguez, Ana Isabel Lima Fernández, Carmen Verde-Diego y Ana María Rodríguez-González, contextualizando pormenorizadamente el SAAD. Reúnen los diferentes textos normativos y legislativos desde los inicios del siglo XX, y otros elementos que han acabado por germinar en la creación de dicho sistema en España, que vio la luz a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. De esta forma, realizan una revisión histórica y analítica con la que enfatizan en los modos de prestar la atención a las personas en situación de dependencia por parte de la Seguridad Social, de los Servicios Sociales

1 Graduado en Trabajo Social. Becario de la Universidad de Vigo, Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa. arioboo@uvigo.es

o del Sistema de Salud, antes de la aparición del SAAD. Asimismo, se adentran en las modificaciones legislativas que este sistema ha ido padeciendo a raíz de la reciente crisis económica que sacudió al país en el año 2008. Recogen, por lo tanto, las continuas demoras para el reconocimiento del grado I, la más leve de las situaciones de dependencia; los cambios en relación a las cantidades marcadas y las horas de atención cubiertas según el grado obtenido; o el gran impacto de los recortes perpetrados sobre las familias con personas en situación de dependencia. Además, incorporan a su trabajo el estudio del importante impacto de género, pues aunque "en nuestra sociedad, las mujeres son las que más bienestar producen, sin embargo, son ellas las más desfavorecidas con las prestaciones del sistema". El capítulo termina con sus consideraciones en cuanto al mantenimiento del sistema en la actualidad, después de padecer durante algo más de una década unas políticas neoliberales que buscaban reducir la garantía de los derechos sociales recientemente conquistados.

El segundo capítulo da paso a la reflexión de Berta Miñones Cruz sobre la "Evaluación de las necesidades biopsicosociales". En este trabajo, la autora incide en la importancia de una valoración y planificación basadas en la integralidad y la interdisciplinariedad. Justifica su propuesta en la necesidad de dominar una serie de "conocimientos, aptitudes y habilidades que es muy difícil que un solo profesional pueda aunar y desarrollar". Además, enumera las ventajas de la interdisciplinariedad y nos muestra las distintas áreas de valoración que se analizarían en una persona que estuviera en situación de dependencia: la social, la física, la funcional y la mental.

El tercer capítulo lleva la firma de Juan Bonome Rodal y se titula "El apoyo a los cuidadores familiares". A partir de la identificación de una serie de cambios en los procedimientos actuales de atención y de cuidados, en este capítulo se nos muestran los elementos principales que debemos tener en cuenta con las familias de las personas en situación de dependencia institucionalizadas. El autor menciona una serie de objetivos como: la comunicación bidireccional continuada entre las profesionales del centro y las familias, la formación y la información respecto a la situación de la persona usuaria del mismo, y la necesaria formación sobre autocuidado a la par que la orientación hacia los servicios de apoyo emocional. Igualmente, a través del modelo explicativo de Pearlin, nos presenta los diferentes problemas a los que la familia cuidadora ha de enfrentarse. Finalmente, el capítulo concluye con la estructuración de los programas de intervención dirigidos a las familias cuidadoras, formulando diferentes niveles de intervención desde los propios centros, a saber: servicios de información y orientación, asesoramiento individualizado interdisciplinario, grupos psicoeducativos y grupos de autoayuda.

El capítulo cuarto, penúltimo, aborda el "El derecho civil de la persona dependiente". A manos de Xaime Requeixo Souto, introduce el concepto de capacidad jurídica y de obrar de las personas en situación de dependencia, para adentrarnos a continuación en el ámbito jurídico de una forma ágil, sutil y que es de agradecer para el lector tratándose de un tema con

una fuerte carga técnica-legal. El autor, consciente de ello, nos facilita la comprensión con una serie de ejemplos según avanzamos en la lectura. Se abordan temáticas de gran interés para la materia como el patrimonio, los distintos tipos de responsabilidad (civil, penal, administrativa y disciplinaria o profesional), la familia y las sucesiones, la herencia, y las legítimas tanto en Galicia como en España.

La obra termina con un quinto capítulo bajo la pluma de Marián Pérez del Campo, quien nos acerca a la "Bioética y cuidados al final de la vida". Elementos cruciales como los derechos del paciente terminal, una gran presentación de lo relacionado con el consentimiento informado o una magistral aproximación al testamento vital con el que cerciorarse "de que su voluntad va a ser respetada aun cuando él mismo no puede manifestarla", son aspectos que se abordan a lo largo de este último capítulo. La autora finaliza analizando el derecho a una muerta digna y relacionándolo con la eutanasia y sus tres tipologías (pasiva, indirecta y directa), lo que vincula de forma expresa con los principios bioéticos de no maleficencia y justicia.

En resumen, estamos ante una obra esencial para que los futuros profesionales, del Trabajo Social y de otras disciplinas de la intervención social con personas en situación de dependencia, adquieran una serie de conocimientos aplicables a la práctica diaria de la profesión. Además, es altamente recomendable para que aquellas profesionales que ya estén ejerciendo, afiancen sus propios conocimientos sobre las distintas temáticas propuestas. *Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés* es un libro que brinda una serie de aportaciones que ayudan a comprender el contexto actual del SAAD, además de clarificar diferentes conceptos con una lectura muy sencilla de seguir, a pesar de que algunos entran en el farragoso mundo del lenguaje legal.

La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?

Cristina Vidal-Martí. Horsori Editorial, 2020.

Eva Carulla Oller[1]

Para citar: Carulla Oller, E. (2021). [Reseña del libro *La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?*, de Cristina Vidal-Martí]. *Revista de Treball Social*, 221, 159-161. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.10

El libro que presento ha sido elaborado por Cristina Vidal-Martí, doctora en Psicología, graduada en Educación Social y, desde hace unos años, profesora asociada al departamento de MIDE de la Facultad de Educación de la Universidad de Barcelona. Este trabajo parte de su tesis doctoral, en la que analiza el fenómeno de la violencia ejercida por parte de las personas mayores institucionalizadas hacia los profesionales.

La autora, tal como apunta en la introducción, pretende visibilizar un fenómeno que está presente en las organizaciones como es la acción violenta hacia los cuidadores profesionales y, en concreto, por parte del colectivo de la gente mayor institucionalizada. El objetivo es proporcionar conocimientos que ayuden a entender y comprender por qué se produce este fenómeno y dotar de competencias personales y organizacionales, tanto a los profesionales como los equipos directivos, con el fin de prevenir o gestionar la situación cuando esta acción violenta se ha producido.

La exposición de la autora se centra en el modelo interactivo de Chapell y Di Martino (2006). Estos investigadores explican que la violencia laboral es fruto de la interacción de los diferentes factores de riesgo que pueden ser tanto de comportamientos individuales, ya sean del usuario como del profesional, como también del contexto profesional: el entorno profesional y las tareas que realiza. De acuerdo con este modelo y las investigaciones llevadas a cabo, se detallan los factores de riesgo de los profesionales de las residencias de gente mayor.

El libro se estructura en cuatro capítulos. En el primero, hay una aproximación a la conceptualización de la violencia laboral a partir de la revisión bibliográfica, especialmente en el sector sanitario y de cuidado. La autora presenta datos de su incidencia, plantea las dos grandes teorías

1 Trabajadora social. evacarulla@gmail.com

explicativas del fenómeno, las diferentes tipologías, las consecuencias que se derivan y los programas de prevención implementados y evaluados.

El segundo capítulo focaliza la atención en las características principales de la violencia laboral en la atención a colectivos de especial vulnerabilidad. Este capítulo, más aproximativo al objeto de estudio, permite conocer e identificar los factores de riesgo de la violencia laboral y, de manera especial, cuando hay una relación profesional entre quien ejerce la acción violenta y quien la recibe.

El tema principal del libro se trata en el tercer capítulo. Profundiza en la violencia laboral de tipo II en las residencias de gente mayor; es decir, cuando es la persona mayor residente o su familiar quien ejerce la acción violenta hacia el profesional. Este estudio se centra únicamente en el papel del usuario, a pesar de que la autora expone que hay investigaciones que evidencian que la familia también puede ser un agente de la acción violenta hacia los profesionales.

En este capítulo se hace un análisis de la situación, exponiendo otras investigaciones sobre la incidencia del fenómeno a partir de investigaciones realizadas a escala internacional, y, partiendo del modelo interactivo de Chappell y Di Martino (2006), se analizan los factores de riesgo tanto de comportamientos individuales como de contexto. Esta reflexión cuidadosa de los factores de riesgo posibilita entender por qué este fenómeno se produce y las repercusiones y consecuencias que se derivan tanto en el profesional como en la organización.

Uno de los factores de riesgo que se analiza en el libro es la salud mental; en concreto los trastornos neurocognitivos mayores. A diferencia de lo que cabría esperar, las investigaciones no son concluyentes y, por lo tanto, no se puede establecer que la salud mental del usuario sea un factor de riesgo. Aun así, sí que se utiliza este elemento como herramienta justificativa para explicar por qué las personas mayores llevan a cabo acciones violentas.

El más relevante, en mi opinión, es el cuarto capítulo. En este se exponen medidas individuales y organizacionales para dotar tanto a los profesionales como a los centros residenciales de estrategias para tratar esta cuestión desde la naturalidad, acompañando a los profesionales cuando las acciones violentas se han producido y estableciendo medidas de prevención y de protección para gestionar y tratar el fenómeno. Con esta finalidad, la autora apunta como propuestas individuales: la revisión de los propios prejuicios sobre la gente mayor, los conocimientos de la psicología evolutiva de la vejez y los trastornos neurocognitivos, las habilidades comunicativas y de relación, y el establecimiento de medidas de protección como los límites, el autocuidado y la formación. A escala organizacional, la autora propone implementar medidas organizativas como por ejemplo un protocolo de agresión por parte del usuario, espacios de supervisión profesional, planes de formación y otras estrategias de promoción de la seguridad en el entorno laboral.

Este libro visibiliza una realidad que se produce en los centros residenciales y que los profesionales pueden vivir. Aporta herramientas que

facilitan y ayudan a los profesionales y a las organizaciones a hablar de ello. El hecho de visibilizar un problema es un primer paso para buscar futuras estrategias de mejora de la salud de los profesionales y de las organizaciones. Hablar también permite consensuar y mejorar el acompañamiento a las personas mayores institucionalizadas, desde una perspectiva más global, humanizadora y de respeto.

Referencias bibliográficas

Chappell, D., y Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3rd ed.). International Labour Office.

Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social

Albert Mora Castro. Tirant lo Blanc, 2020

Glòria Maria Caravantes López de Lerma[1]
ORCID: 0000-0003-2656-7032

Para citar: Caravantes López de Lerma, G. M. (2021). [Reseña del libro *Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*, de Albert Mora Castro]. *Revista de Treball Social*, 221, 163-165. https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.11

El Trabajo Social, así como otras disciplinas propias de las ciencias sociales, precisan de un análisis riguroso amparado en el método científico para comprender la realidad social y los fenómenos objeto de estudio para poder transformar la realidad. La obra del profesor de la Universidad de Valencia, Albert Mora Castro, nos invita a profundizar como profesionales en los métodos y técnicas de investigación social. A lo largo de las páginas, presenta un amplio relato teórico con ejemplos derivados de la praxis profesional del autor, ofreciendo un amplio abanico de posibilidades que la investigación nos brinda para obtener respuestas a las preguntas derivadas del ejercicio profesional.

El manual está estructurado en el prólogo, a cargo de la profesora María Eugenia González Sanjuán, seguido de la parte introductoria y el contenido teórico organizado en tres bloques temáticos, que se subdividen en diez capítulos. Cada capítulo se nutre tanto de la experiencia profesional como personal del autor, acercando las personas lectoras al mundo de la investigación con un relato ágil y sencillo.

Por un lado, el primer bloque temático presenta un breve recorrido del campo de la investigación en Trabajo Social, reivindicando la conexión entre investigación y profesión y comparando su relevancia con las raíces del ejercicio profesional en los diferentes ámbitos de actuación. Seguidamente, se introduce la lógica en el proceso de investigación social, de forma que las personas lectoras puedan tener una hoja de ruta sobre cómo desarrollar una investigación de manera empírica y objetiva, planteando los diferentes tipos de diseños y cómo abordarlos a través de estrategias participativas y biográficas, así como la exposición de los diferentes tipos de investigación social. El primer bloque finaliza con los estudios desarrollados a partir de fuentes documentales y estadísticas, destacando los

1 Investigadora en formación (FPU18/02737) en el Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local (IIDL) de la Universidad de Valencia. Gloria.Caravantes@uv.es

tipos de fuentes secundarias existentes y contextualizándolas en relación con las revistas españolas para documentarse en temáticas vinculadas al Trabajo Social, entre otras fuentes.

Por otro lado, el autor prosigue con el segundo bloque temático relativo al método cuantitativo, y en el capítulo cuarto empieza una amplia exposición sobre cómo llevar a cabo la medición en el campo de las ciencias sociales. El capítulo se inicia con la exposición sobre cómo desarrollar el proceso de operacionalización especialmente diferenciando entre conceptos, dimensiones, indicadores e índices; aspectos esenciales a la hora de emprender y desarrollar una investigación. Además, a lo largo de este capítulo se destaca la exposición de los diferentes tipos de variables según la escala de medida, el grado de abstracción, la función de las variables en la investigación y la función del nivel de medida, las escalas de medida de las actitudes, como por ejemplo la escala de Likert o la escala de distancias sociales de Bogardus, entre otros. A continuación, el capítulo quinto gira alrededor de la técnica cuantitativa de la encuesta, sus modalidades y su diseño, señalando igualmente las utilidades y la explicitación de sus fases. En el capítulo sexto se expone una amplia descripción sobre los elementos centrales del muestreo (población, muestra y marco muestral) y sus diferentes tipos (muestreo aleatorio simple, sistemático, estratificado, por conglomerados, muestreo de áreas y rutas aleatorias, el muestreo por cuotas y otros muestreos no probabilísticos). Este segundo bloque acaba introduciendo brevemente el análisis estadístico y subrayando tres elementos centrales, a saber: la preparación de los datos, su codificación y elaboración de la matriz de datos, el análisis univariable y el análisis bivariable.

Para concluir, el tercer bloque está referido a las técnicas cualitativas de la observación, la entrevista en profundidad y el grupo de discusión, que recogen los tres últimos capítulos del libro. En cuanto a las tres técnicas, todas son definidas desde el punto de vista teórico, identificando las ventajas y desventajas en el proceso de investigación social, los tipos y las utilidades que tienen. Especialmente significativa resulta la mención al proceso de análisis de la información extraída de estas técnicas, particularmente en el caso de la observación y la entrevista en profundidad. En el último caso, el análisis de la información obtenida a partir de la entrevista es relatado como un recorrido desde su transcripción, la codificación del conjunto de la información según las categorías y subcategorías de análisis a partir de nuestras preguntas de investigación y objetivos de investigación, así como la descripción del análisis final en función del recorrido llevado a cabo.

Este manual, lejos de estar dirigido exclusivamente al mundo de la academia, es una reivindicación para la aplicación de los métodos y técnicas de investigación social en el ejercicio profesional del Trabajo Social, abogando por el mismo título del libro, *Conocer para transformar*. De acuerdo con la descripción de María Eugenia González Sanjuán en el prólogo: "sólo así, apoyado en el conocimiento científico, será posible caminar hacia una sociedad que incluya a todas las personas, como reza el título

de este manual: conocer para transformar". Escrito desde el mundo de las ciencias sociales, la obra ofrece unas nociones básicas para adentrarse en el mundo de posibilidades de abordar investigaciones sociales desde el Trabajo Social con rigor, meticulosidad y precisión. La conjunción entre teoría y ejemplos prácticos facilitan y agilizan la comprensión de los métodos y técnicas de investigación tanto para las actuales generaciones de trabajadores y trabajadoras sociales como para las futuras generaciones con el objetivo de lograr los retos presentes y futuros de la profesión.

El Trabajo Social y su acción profesional

Josefa Fombuena (Coord.). Nau Llibres, 2020.

Rosa M. Carrasco Coria[1]
ORCID: 0000-0002-5424-6829

Para citar: Carrasco Coria, R. M. (2021). [Reseña del libro *El Trabajo Social y su acción profesional*, de Josefa Fombuena (Coord.)]. *Revista de Treball Social*, 221, 167-170. https//doi.org/10.32061/RTS2021.221.12

Valga iniciar esta reseña expresando mi reconocimiento a las autoras de este libro. Algunas de ellas forman parte del Consejo Asesor de la RTS, alguna otra es compañera de práctica profesional y todas, sin excepción, han sido y siguen siendo referentes tanto en mi reflexión como en mi acción profesional. Esta sentida proximidad me ha hecho disfrutar especialmente con la lectura del libro, pero estoy segura de que, aun en el supuesto improbable de no tener referencias previas de sus autoras, cualquier profesional del Trabajo Social encontrará sumamente estimulante su lectura y se sentirá interpelada.

Josefa Fombuena, coordinadora del libro, es profesora contratada y doctora en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, e investigadora del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local de la Universidad de Valencia. Ha recibido varios premios de investigación, entre ellos el Premio Dolors Arteman del 2006, que convoca el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. También es autora de una extensa bibliografía en la que se evidencia su interés por los métodos en la intervención social y la identidad del Trabajo Social.

Como en su último libro (Fombuena, 2012), en *El Trabajo Social y su acción profesional* la autora nos ofrece elementos para la práctica y el análisis del Trabajo Social, para la acción y para la reflexión, sin perder de vista a las personas destinatarias de nuestro saber (y saber hacer) y a la sociedad en la que, todos y todas, interactuamos.

Pedro Celiméndiz, encargado de prologar el libro, lo resume con acierto:

> …vais a encontrar referencias concretas a los grandes dilemas de la profesión y a las cotidianas dificultades que encontramos en su ejer-

1 Directora de la RTS. Trabajadora social en atención primaria de salud. Licenciada en Derecho. Miembro del Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud.

> cicio, en una danza constante entre práctica y teoría que convierte la amable lectura del mismo en un delicioso baile (p.20).

Siendo consciente de la arbitrariedad que implica, en los siguientes párrafos destaco las ideas que considero más relevantes de cada uno de los capítulos y con las que, desde la práctica y la ideología, me siento alineada.

El primer capítulo, a cargo de Emma Sobremonte, aporta las claves que explican las dificultades del Trabajo Social para ser reconocido como ciencia: indefinición del objeto de intervención, eclecticismo en los modelos, dificultades en el registro de las intervenciones, en las evaluaciones y fracaso de la práctica basada en la evidencia. Este análisis es aún más preocupante cuando identificamos que estas son las mismas dificultades que nos diluyen como profesión.

Josefa Fombuena, en el segundo capítulo, habla de dinero, cuestión omnipresente en la actividad profesional del Trabajo Social, y lo hace sin tapujos, rompiendo el tabú. El dinero de las personas usuarias, pero también el de las profesionales. No realiza una aproximación abstracta al problema económico, a las políticas sociales o al problema de la pobreza, al contrario, baja a lo terrenal: lo que tengo, lo que debo, lo que quiero tener, lo que puedo tener. Propone la necesidad de incorporar formación específica de Trabajo Social en gestión económica. ¿Cómo se puede acompañar adecuadamente a personas con escasos recursos si no se tiene la necesaria formación?

También es Fombuena quien presenta la evolución en el ejercicio del Trabajo Social. Parte del contexto prometedor de finales de los años 70 e inicios de los 80, cuando se implementaron los servicios sociales y la desaparición de las desigualdades parecía posible. En ese momento, las trabajadoras sociales apostaron por los servicios sociales como el principal campo de intervención profesional, pero pronto se evidenció que la burocracia y la gestión arrollarían la esencia de la profesión, su acción comunitaria y su dimensión preventiva. Con la reivindicación del conocimiento disciplinar y científico, en los años 90, se identifica un repunte esperanzador para la profesión, pero, lamentablemente, aún hoy son escasos los estudios que recogen los resultados de la práctica profesional. De la misma manera, sigue siendo crítica la situación del sistema público de servicios sociales.

Mirando al futuro, la autora apunta algunos elementos clave para el desarrollo de la disciplina: internacionalización, atención a las emergencias, a los procesos de muerte, cambio climático, neurociencias, *big data*, nuevos sistemas de información y ejercicio libre como nuevo ámbito de desarrollo profesional.

En los capítulos cuarto y quinto, Roser Talamantes nos aproxima a la intervención profesional propiamente dicha. En el primero se repasa el contexto de la práctica profesional: la realidad en la que se interviene y el lugar que ocupa la profesional, ambos sustentados por la dimensión científica y los fundamentos éticos del Trabajo Social.

El siguiente capítulo, "Diagnóstico, intervención y evaluación", nos reencuentra con la esencia y lo diferencial de la práctica profesional. Se

desgranan con sencillez ideas básicas y principios innegociables del Trabajo Social. Con la lectura de este capítulo es inevitable revisar la propia práctica e incluso comprender por qué algunas profesionales ejercen desorientadas o desmotivadas. Talamante también profundiza en el diagnóstico diferencial de Trabajo Social y en el riesgo de categorizar olvidando que cada persona, con sus circunstancias, es única.

La influencia de las organizaciones e instituciones en las que se desarrolla la práctica del Trabajo Social es el tema que presenta Pepita Rodríguez. Reflexiona sobre el lugar que ocupan en las organizaciones las personas atendidas y sobre el lugar que ocupan (y el que deberían ocupar) las trabajadoras sociales. Las contradicciones entre los valores de la disciplina y los valores de las instituciones, la atención ofrecida y la que se debería ofrecer, los intereses de gestión y los intereses de atención, sitúan a las trabajadoras sociales ante dilemas profundos.

La dimensión de género no se puede obviar en una profesión eminentemente desarrollada por mujeres que, mayoritariamente, destina su acción social a mujeres. Amalia Morales y Belén Agrela dirigen primero nuestra atención a la Academia, donde la jerarquía de saberes sigue dejando en la cuneta la investigación sobre temas no relevantes para el mercado, temas que coinciden con aquellos en los que se desarrolla la práctica del Trabajo Social (pobreza, familia, desigualdades, cuidados, violencia de género, etc.).

También se ocupan de la mirada de género en la acción profesional insistiendo en que las trabajadoras sociales debemos adquirir las competencias necesarias para incorporar el análisis de género a nuestra práctica y así afinar el diagnóstico, la intervención y la evaluación, evitando, además, reproducir relaciones de poder, estereotipos y prejuicios.

Las autoras comparten en este capítulo su compromiso y reivindicaciones como trabajadoras sociales feministas, son reivindicaciones de justicia social.

A continuación, María José Aguilar plantea la relación del Trabajo Social con la comunidad. Entre otras ideas, sostiene que la clasificación excluyente de los métodos de intervención (individual, grupal y comunitario) forma parte de una lógica restrictiva que dificulta generar alternativas liberadoras. Utiliza el concepto de "jaula epistemológica" para explicar un Trabajo Social que reduce la comunidad a simple objeto negando su propia identidad y capacidad de transformación. También pone en evidencia que las actuales políticas de austeridad cargan sobre la comunidad la supervivencia de las personas más frágiles, omitiendo obligaciones propias de la Administración. En la misma línea, el Trabajo Social, desconectado de actitudes reivindicativas, corre el riesgo de perpetuar dinámicas injustas y de control social.

En el noveno capítulo, la misma autora alude al mandato transformativo implícito en el Trabajo Social. Nos sitúa frente al espejo devolviéndonos una imagen que nos confronta con verdades incómodas. Desde la contradicción entre el discurso emancipatorio y la práctica de control que el mismo Trabajo Social desarrolla, se proponen elementos para una acción

crítica y transformadora. Destaca la importancia del pensamiento reflexivo y de identificar modelos implícitos dominantes que, tendenciosamente, simplifican la realidad y legitiman prácticas opresivas. La autora también alerta de: categorizaciones impuestas, explicaciones causales reduccionistas, actuaciones paternalistas y acciones que perpetúan relaciones de dominación-opresión.

El libro acaba con un capítulo de Alfonso García dedicado al Trabajo Social con personas en situación de exclusión social. Presenta la exclusión como un proceso dinámico, complejo, expansivo y que, en sus formas más severas, no se reduce aunque mejore la economía global. Plantea los límites de la intervención social frente a estas situaciones, la frustración profesional y el fracaso del modelo construido a partir del binomio necesidades-recursos. Por último, recomienda la escritura, el relato, como forma de humanizar las intervenciones y generar respuestas innovadoras. El mismo autor nos ofrece preciosos ejemplos.

El Trabajo Social y su acción profesional es una obra valiente, de actualidad, que aborda temas incómodos. No es un manual especialmente recomendable para estudiantes y profesionales noveles, es un libro indispensable para trabajadoras sociales con experiencia, necesario para acompañar la reflexión de nuestra acción profesional.

Referencias bibliográficas

Fombuena, J. (2012). *El Trabajo Social y sus instrumentos: Elementos para una interpretación* a piacere. Nau Llibres.

Normas para la presentación de artículos a la RTS

La *Revista de Treball Social*, editada por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, es una revista especializada que se publica desde el año 1960 con una periodicidad cuatrimestral. Los objetivos de la publicación son:

- Difundir las experiencias profesionales y el conocimiento científico generado a partir de la práctica y la investigación en trabajo social.
- Contribuir al desarrollo profesional de los trabajadores y las trabajadoras sociales aportando herramientas metodológicas, experiencias, investigaciones, análisis y reflexiones que permitan vincular práctica y teoría.
- Promover el análisis crítico de la realidad social y las políticas sociales.

La RTS se dirige, especialmente, a los trabajadores y las trabajadoras sociales del ámbito profesional y académico, también a estudiantes universitarios y a cualquier profesional vinculado al entorno del trabajo social.

La RTS está abierta a todos los trabajadores y las trabajadoras sociales que deseen presentar artículos originales sobre investigaciones empíricas, trabajos teóricos o revisiones bibliográficas, descripciones de experiencias profesionales, ensayos y análisis críticos, siempre en relación con el trabajo social, las políticas sociales y los servicios de bienestar social.

Los trabajos presentados tienen que ser originales y no pueden haber sido publicados, ni totalmente ni parcialmente, en ningún otro medio o publicación. Tienen que ir firmados, por lo menos, por un/a trabajador/a social.

La RTS pide la cesión de los derechos de autoría, así como la no existencia de conflicto de intereses.

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de quien firma la autoría y si hay evidencias de plagio se pondrán en marcha las acciones previstas para informar a los autores y las autoras, retirar el documento no original de la página web e informar a los lectores y las lectoras de la situación.

Las autoras y los autores de trabajos de investigación declararán en el texto del artículo que en el proceso de investigación se han respetado los principios éticos que corresponden al tipo de estudio que presentan (autorizaciones que correspondan, consentimiento informado de los y las participantes, disociación de los datos de identificación, cita adecuada de las autorías, etc.).

PROCESO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

El equipo de redacción realizará una selección previa de los artículos presentados y, posteriormente, serán valorados siguiendo el procedimiento anónimo de revisión por pares a doble ciego (el equipo de revisión no conoce la autoría de los artículos y los autores y las autoras no conocen la identidad de quien valora su trabajo). Para que este método de revisión de artículos sea factible, los artículos se presentarán en versión anonimizada, es decir, una versión en la que no se pueda identificar la autoría.

Las personas que firmen aceptarán someter el trabajo a la revisión y a posibles cambios de contenido y estilo según las recomendaciones del equipo de revisión.

SECCIONES Y EXTENSIÓN DE LOS ARTÍCULOS PRESENTADOS

A fondo:
Artículos que ofrecen un desarrollo de un tema de interés para los y las profesionales del trabajo social. Extensión entre 6.000 y 8.000 palabras.

Pueden ser:

- Artículos de investigación empírica: que se estructurarán, por lo menos, en los siguientes apartados: introducción, metodología, resultados, discusión o conclusiones y únicamente las referencias bibliográficas citadas en el texto.
- Artículos teóricos: la redacción de los cuales no estará sujeta a una estructura concreta, pero que, en cualquier caso, comprenderán una introducción, suficientes fuentes documentales, crítica fundamentada y conclusiones pertinentes.

Compartiendo la práctica profesional:
Artículos en los que se presenten buenas prácticas y sistematización de experiencias de interés en trabajo social, servicios sociales u otros sistemas vinculados al desarrollo de los derechos sociales. Extensión entre 4.000 y 6.000 palabras.

Los artículos incorporarán una introducción, el cuerpo del texto de estructura libre que incluirá, en todo caso, la contextualización teórica, normativa (si procede) y metodológica de la intervención presentada, unas conclusiones y únicamente las referencias bibliográficas de las citas mencionadas en el texto.

Reseñas:
Presentación y comentarios de libros y tesis doctorales. Extensión máxima: 1.200 palabras.

En todos los casos la extensión máxima incluye las referencias bibliográficas.

Los artículos que superen la cantidad de palabras indicada se devolverán a los autores y las autoras para que reduzcan su extensión.

Los artículos tienen que presentarse en formato electrónico, en documento de texto editable (.docx o .RTF), letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm. Las citas literales se transcribirán en Arial 11, interlineado 1,5 y márgenes 4 cm.

IDIOMAS

Los artículos se pueden presentar en catalán o castellano indistintamente. En la versión en línea, cada número de la RTS se publicará en catalán y en castellano; además se publicará como mínimo un artículo, seleccionado por el equipo de redacción, traducido al inglés. La versión en papel recogerá todos los artículos en el idioma original. Los títulos, resúmenes y palabras clave de todos los artículos se publicarán también en inglés.

SISTEMA DE ENVÍO DE ARTÍCULOS

De manera previa a la presentación de cualquier artículo, la persona que firme como autora principal tendrá que registrarse (si no lo ha hecho anteriormente) como usuaria de la página web (www.revistarts.com). Los artículos se cargarán en la plataforma siguiendo las indicaciones detalladas en el apartado "Envíos" de la misma página web.

En todos los casos, el artículo tendrá que presentar: título y subtítulo, en caso de que lo incluya (40 palabras máximo); resumen (250 palabras máximo) en catalán o castellano y en inglés; las palabras clave (5 como máximo) en catalán o castellano y en inglés, y el texto

principal, que responderá a las normas de la sección a la cual se presenta.

El texto principal se enviará como archivo adjunto de manera anonimizada, suprimiendo cualquier elemento que permita directamente o indirectamente la identificación del autor o autora. Una vez se haya realizado la valoración, en el momento en que se comunique la aceptación para la publicación del artículo, se pedirá el envío de la versión definitiva identificando la autoría.

FIGURAS Y TABLAS

Tablas: Se presentarán en el lugar del texto que corresponda numeradas según el orden de aparición. Se utilizarán únicamente para clarificar aspectos relevantes. Los títulos o pies que acompañen las tablas tienen que explicar el contenido y la fuente. Se presentarán sin colores, con el formato predefinido, líneas sencillas y texto en Arial.

Figuras: Se consideran figuras las fotografías, los gráficos o las ilustraciones. Se presentarán en el lugar del texto que corresponda numeradas según el orden de aparición, se identificarán con el término "Figura. X". Se tienen que diseñar con un buen contraste, de forma que no pierdan calidad con la reducción. En la edición en papel serán publicadas en blanco y negro. Las figuras tienen que tener la finalidad de clarificar de forma importante el texto y su número será el mínimo necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se tienen que colocar al final del texto, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con las normas APA (7.ª edición, 2020). Únicamente se deben referenciar las citadas en el texto.

Libro en papel: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título: Subtítulo*. (# ed.). Editorial. En los casos de autoría múltiple, hay que incluir todos los autores y autoras. Sus nombres y apellidos se separan con comas y delante del último autor o autora se pone "y".

> Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. (3.ª ed.). La Piqueta.
> Moreno, M. D., Peris, F. y González, T. (2000). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones*. Ed. Prestice Hall.

Autor corporativo: Nombre de la institución u organismo (Año). *Título: Subtítulo*. (# ed.). Editorial.

> Observatori del Treball i Model Productiu (2017). La situació de desigualtat salarial a Catalunya entre homes i dones.

Departamento de Trabajo Asuntos Sociales y Familia.

Capítulo de libro: Apellidos, Inicial del nombre del autor o autora del capítulo. (Año). Título del capítulo: Subtítulo. En Nombre i Apellido del editor o editora (Ed.), *Título del libro* (# ed., p. xx-xx). Editorial.

García, E., y Báñez, T. (2016). Tejiendo identidades profesionales. Un proceso creativo y transformador. En G. Londoño y J. L. Rodríguez (Comps.), *Relatos Digitales en Educación Formal y Social* (p. 295-300). Universidad de Barcelona.

Libro electrónico con DOI: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título*. Editor/sitio web. URL del DOI:

Londoño, G. y Rodríguez, J. L. (Comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social.* https://doi.org/10.1344/105.000003160

Libro electrónico con URL: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título*. Editor/sitio web. Dirección URL.

Londoño, G., y Rodríguez, J. L. (Comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social*. Universidad de Barcelona. http://www.greav.net/descargas/Actas2016.pdf

Artículo de revista en formato físico: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista. Subtítulo, volumen*(número), p.-p.

Carabaza, J. I. (2013). Apropiación de las TIC: apuntes para su operacionalización. *Revista Prisma Social, 9*, 352-390.

Artículo de revista con DOI: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista. Subtítulo, volumen*(número), p.-p. URL del DOI.

Hernández-Echegaray, A. (2019). Reflexiones acerca de las oportunidades y dificultades de la fundamentación teórica y metodológica en el Trabajo Social. *Revista de Treball Social, 215*, 13-31. https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.01

Artículo de revista en línea: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista. Subtítulo, volumen*(número), p.-p. Editor/sitio web. Dirección URL.

Deslauriers, J. P., y Pérez, J. V. (2004). El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, 17*, 195-210. Universidad Complutense de Madrid. http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110195A

Página web: Autor/a personal o corporativo. (Año última actualización).

Título de la página. Editor/sitio web. Dirección URL.

Fundación Dialnet. Universidad de la Rioja (2018). *Dialnet*. http://dialnet.unirioja.es

Simposios y conferencias: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título de la ponencia. En Inicial del nombre. Apellidos. (Editor literario), *Título del simposio o congreso* (p. xx-xx). Editorial.

Fernández, J. (2006). Trabajo Social con Familias y Mediación. En C. Escobar, T. Andrés y G. Sánchez (Coord.), *V Congreso Estatal de Estudiantes de Trabajo Social* (p. 17-30). Universidad de Salamanca.

Tesis: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título de la tesis* (Tesis de grado, máster o doctorado inédita). Nombre de la universidad.

Parra, B. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.

Tesis en línea: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título de la tesis* (Tesis de grado, máster o doctorado inédita, Nombre de la universidad.). Dirección URL.

Cardona, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos* (Tesis doctoral, Universidad de las Islas Baleares). http://hdl.handle.net/10803/108691

Vídeos: Apellidos, Inicial del nombre. (Año, mes, día). *Título del vídeo*. Sitio web. Dirección URL.

Centeno, A., y Morena, R. de la (2015). *Yes, We Fuck!* Vimeo. https://vimeo.com/123177395

Película: Apellidos, Inicial del nombre del productor/a. (Productor/a), i Apellidos, Inicial del nombre del director/a. (Director/a). (Año). *Título de la película*. [Película]. Estudio.

Mase, Y. (Productor) y Takita, Y. (Director). (2008). *Despedidas*. [Película]. Shochiku Company Limited.

Noticias de prensa: Apellidos, Inicial del nombre. (Fecha). Título del artículo. *Nombre del periódico*, p.

Farreras, C. (2019, marzo 19). Pacto de la comunidad educativa contra los guetos en las escuelas de Catalunya. *La Vanguardia*, p. 26.

Noticias de prensa en línea: Apellidos, Inicial del nombre. (Fecha). Título del artículo. *Nombre del periódico*. Recuperado fecha, de + URL.

Martínez, M. J. (2015, febrero 16). Las comunidades de

propietarios se blindan ante Hacienda. *El País*. Recuperado 21 enero 2021, de http://economia.elpais.com/economia/2015/02/16/vivienda/1424085674_934021.html

Ley/orden/decreto: Título de la regulación, Nombre publicación oficial, núm. publicación, sección publicación (año publicación).

Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. BOE núm. 131 § 9617 (2011).

Estas referencias se han adaptado de las normas APA (7.ª edición, 2020). Para otros tipos de documentos, consultad la página web https://apastyle.apa.org.

Los autores y las autoras recibirán 2 ejemplares en papel del número de la revista donde se publique su trabajo.

La RTS no cobra cuotas por la publicación de los artículos.

El equipo de redacción de la RTS no se hace responsable de la autenticidad de los trabajos publicados ni de su credibilidad. Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad de los autores y la RTS no se identifica necesariamente con ellos.

LISTA DE COMPROBACIÓN PREVIA AL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los autores y las autoras tendrán que comprobar que los artículos cumplen los requisitos que se muestran a continuación; en caso de no cumplirlos, los trabajos les serán devueltos.

1. El cuerpo del artículo se ha anonimizado: no incluye la autoría ni la filiación y se ha suprimido cualquier elemento que pudiera permitir directa o indirectamente la identificación del autor o la autora. Se ha confirmado que se ha utilizado el término "Autor/a" para indicar las referencias a su propio trabajo.
2. El manuscrito se envía en formato .docx o RTF, incluidas las referencias bibliográficas, tablas y figuras.
3. Las referencias bibliográficas incluyen el DOI o la dirección URL, según corresponda, en todos los casos posibles.
4. El texto se presenta en letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm. Las citas literales se transcribirán en Arial 11, interlineado 1,5 y márgenes 4 cm.
5. Se incluye el título completo (40 palabras como máximo) en castellano o catalán y en inglés; un breve resumen (250 palabras como máximo) en castellano o catalán y en inglés, y las palabras clave (5 como máximo) en castellano o catalán y en inglés.

6. Las figuras y tablas se encuentran en el lugar del texto que les corresponde, con numeración correlativa, el título y la fuente. Se presentarán sin colores, con el formato predefinido, líneas sencillas y texto en Arial.
7. Se declaran becas o apoyo financiero y su procedencia, si procede.
8. Se manifiesta que el trabajo cumple con los requisitos éticos de investigación.
9. El manuscrito responde a las especificaciones de la sección a la que se dirige.
10. Se han revisado las referencias bibliográficas y se ajustan al estilo y el formato de las normas internacionales APA exigidas por la revista.

COMPROMISO ÉTICO DE LA RTS

La RTS se compromete a adoptar y promover las buenas prácticas y los principios éticos orientadores de las publicaciones científicas. A tal efecto se guiará por las orientaciones del Código de conducta de COPE (Committee on Publication Ethic), que se puede consultar en https://publicationethics.org.
La RTS asume los siguientes compromisos éticos:

- Incorporar la transparencia como uno de los principios clave en la gestión de la revista.
- Comunicar los objetivos y funcionamiento de la RTS a las personas lectoras y posibles autoras mediante la página web de la revista.
- Explicar de manera clara las normas de presentación de artículos. Se facilitará una lista de comprobación para ayudar a la confirmación del cumplimiento de todos los requisitos de presentación.
- Promover la atribución de autoría apropiada incorporando todos los autores y las autoras en las comunicaciones que se realicen desde la RTS.
- Basar la decisión de aceptar o no un trabajo para su publicación únicamente en el documento presentado, valorando, entre otros aspectos, la relevancia del tema, la originalidad y la claridad.
- Indicar al equipo revisor de los artículos presentados el encargo, con concreción, incorporando las recomendaciones de la COPE:

  Realizar revisiones objetivas.

  Evitar críticas personales a los autores o autoras.

  Argumentar las valoraciones con referencias, si es necesario.

  Declarar cualquier conflicto de intereses como, por ejemplo y no exclusivamente, que el revisor o la revisora tenga conocimiento previo del envío a la revista, haya colaborado recientemente con alguna de las personas autoras o pertenezca a la misma institución.

  Desistir de revisar los manuscritos en los que tenga un interés competitivo por la temática tratada, la autoría o la institución que presenta el artículo.

  Respetar la confidencialidad del material que se les facilita. No podrán discutir un documento inédito con colegas o utilizar la información en un trabajo propio.

  Velar para que el artículo valorado cumpla aspectos éticos como: la originalidad del escrito, la declaración de autoría de no

tener conflictos de intereses, y la confirmación de que el tema investigado, la metodología utilizada y los resultados presentados se ajustan a los principios de no discriminación y respeto a la dignidad.

Procurar la cita adecuada de la autoría de obras, modelos de intervención o cualquier otra aportación reconocida, así como la identificación de plagios.

Confirmar que el artículo es respetuoso con los principios de confidencialidad y secreto profesional, así como con la obtención de las autorizaciones necesarias.

- En caso de que se identifique mala práctica por parte de alguna de las personas que forman parte del equipo de revisión de artículos, esta será retirada de la base de datos de la RTS.
- Las revisiones de artículos de contenido científico se harán mediante el método de revisión por pares a doble ciego. El equipo de redacción se compromete a poner los medios necesarios para garantizar la confidencialidad en el proceso de valoración tanto hacia los revisores y las revisoras como hacia las personas autoras. También velará por la agilidad de este proceso evitando demoras innecesarias que puedan perjudicar estas últimas.
- En caso de que algún miembro del equipo de redacción presente un artículo a la RTS para su publicación, se asume el compromiso de que se seguirán los mismos procedimientos de valoración, revisión por pares a doble ciego, que con cualquier otro trabajo presentado. En caso de que el artículo de un miembro del equipo de redacción de la RTS sea publicado se hará constar en una nota el proceso seguido para su selección.
- En caso de incorporar publicidad a la publicación, el equipo de redacción se compromete a mantener la calidad de la revista sin que las consideraciones comerciales afecten a las decisiones editoriales.
- Finalmente, asumimos que la relación de la RTS con la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya se basa en el principio de independencia editorial.

NOTAS

Recepción de artículos

La RTS mantiene abierta de forma permanente la recepción de artículos. Según recoge el apartado "Sistema de envío de artículos" (véase la página 207), se pueden enviar a través de www.revistarts.com.

COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

www.tscat.cat

Amb la col·laboració de

Diputació
Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament
de Drets Socials