

número

3

Documentos de Trabajo Social

DTS

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

2020

Revista  
de Trabajo Social  
y Acción Social



# Documentos de Trabajo Social

# DTS

---

**Revista de Trabajo Social y Acción Social**

**nº63**  
**Año 2020**

**Edita**

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

**Director**

Javier Pacheco Mangas

**Secretaría Técnica**

María Lara Márquez. CPTS Málaga

**Consejo de Redacción**

Rafael Arredondo Quijada, Doctor por la Universidad de Málaga.  
David Caracuel Ruiz, Trabajador Social.  
Rosario Castilla Mora, Doctora por la Universidad de Málaga.  
Luis Gámez Lomeña, Trabajador Social.  
María de las Olas Palma García, Doctora por la Universidad de Málaga.  
Eva María del Pino Villarrubia, Trabajadora Social.

**Consejo Científico Asesor**

Ana Barranco Carrillo. Trabajadora Social. Diputación Provincial de Jaén.  
Laura Domínguez de la Rosa, Doctora por la Universidad de Málaga.  
María Luz Burgos Varo, Trabajadora Social. Servicio Andaluz de Salud.  
José Enrique Bernal Menéndez, Abogado ejerciente. Funcionario de la Administración Local.  
Luis Gómez Jacinto. Catedrático de Psicología Social. Profesor del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga.  
Ana Hernández Escobar, Trabajadora Social. Directora General de Firma Quattro Trabajo Social S.L.  
Francisco Javier Jiménez Gómez, Trabajador Social y Doctor en Sociología. Cáritas Diocesana de Málaga.  
Enrique Pastor Seller, Trabajador Social. Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor titular de la Universidad de Murcia.  
María Luisa Taboada González, Trabajadora Social.

**Diseño**

Imprenta ANAROL S.L.

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

# SUMARIO

<b>EDITORIAL</b>	<b>5</b>
<i>Javier Pacheco Mangas, Director de la Revista DTS.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LAS 4 “Q” DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: QUÉ, QUIÉN, PARA QUÉ Y PORQUÉ</b></li> </ul>	<b>7</b>
<i>Verónica Olmedo Vega, Trabajadora Social Sanitaria en servicio médico de neurología.</i>	
<i>Sandra Fernández Díez, Trabajadora Social Fundación Secretariado Gitano.</i>	
<i>Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EL DUELO DESDE EL TRABAJO SOCIAL. EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON GRUPOS</b></li> </ul>	<b>29</b>
<i>Ana Cristina Ruiz Mosquera, Trabajadora Social Asociación Alhelí.</i>	
<i>Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>“LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES A SUSTANCIAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL. EL CASO DE DOS MUNICIPIOS ANDALUCES”</b></li> </ul>	<b>43</b>
<i>María de la Cinta Pino Márquez, Trabajadora Social.</i>	
<i>Fernando Relinque Medina, Trabajador Social y Profesor Doctor en la Universidad de Huelva.</i>	
<i>Modalidad: Investigación en el ámbito del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TERRORISMO DE GÉNERO: CRONICIDAD, PROGRESIVIDAD, DENUNCIA TARDÍA Y RETRACTACIÓN. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERPELAN EL TRATAMIENTO JURÍDICO DEL ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES</b></li> </ul>	<b>70</b>
<i>Sergio Óscar Libera Medina, Trabajador Social.</i>	
<i>Modalidad: Investigación en el ámbito del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS INMIGRANTES DESDE LA ANTROPOLOGÍA APLICADA Y DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. INTERVENCIÓN SOCIAL EN CRISIS DE COVID19</b></li> </ul>	<b>98</b>
<i>María Fiol Ruíz, Trabajadora social en servicio SIAA para mujeres inmigrantes extracomunitarias.</i>	
<i>Modalidad: Teoría del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL</b></li> </ul>	<b>115</b>
<i>Javier Espinosa Mateos, Trabajador Social en Ejercicio Libre (Fundador de Jábega Social).</i>	
<i>Modalidad: Teoría del Trabajo Social.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO ANTE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD</b></li> </ul>	<b>130</b>
<i>Ana Agulló Porras, Trabajadora Social de la Conselleria de Sanidad. Departamento Salud de Alcoy.</i>	
<i>Laura Martín Esparza, Trabajadora Social Sanitaria Centro Salud Muro de Alcoy.</i>	
<i>Modalidad: Teoría del Trabajo Social.</i>	

## EDITORIAL

Plantearnos que 2020 ha sido un año en el que las profesiones (y las profesionales) de ayuda hemos afrontado una dura prueba, es una cita recurrente, en tono épico, que si bien en este periodo supone una realidad que se ha maximizado por un contexto de pandemia global, no dista mucho, de las pequeñas y grandes luchas que afrontamos cada día, en el empeño de mejorar la calidad de vida de las personas y transformar nuestra realidad más inmediata. Un año en el que la COVID-19 ha estado muy presente, es también un año, en el que además de poner en valor la necesidad de fortalecer nuestros sistemas de atención a la salud, debemos reivindicar el papel de los y las profesionales de la intervención social, del Trabajo Social, para conseguir que la sociedad mantenga su pulso; para lograr que la cohesión social sea un objetivo alcanzable y no una utopía.

La empresa no es sencilla: un norte centrado en lograr a contrarreloj la vacuna más efectiva que facilite la deseada inmunidad colectiva y de esta forma salvar vidas y por qué no, lograr que nuestro modelo productivo se resienta lo menos posible, que todo vuelva a ser como antes. En este discurso, poco queda de aquellos más vulnerables del planeta, pero también de aquellos en una situación de mayor vulnerabilidad en nuestras sociedades avanzadas: desempleo, aislamiento, desarraigo, soledad, pobreza, exclusión... fenómenos que requieren un abordaje con recursos y políticas sociales estratégicas, pero que deben tener el enfoque y la mirada de la transformación, del cambio; esa mirada desde la resiliencia que el Trabajo Social puede aportar, para lograr que las personas, familias, grupos, comunidades, las sociedades, sean capaces de superar y sobreponerse a las adversidades, obteniendo una mayor competencia para afrontar el futuro. Ese empeño, no obstante, está presente y es la génesis de nuestra disciplina: acompañar para el cambio, apoyar para la transformación. Un año más, la revista Documentos de Trabajo Social quiere ser la voz de los y las profesionales que investigan, que reflexionan y que genera teoría de la sistematización de su práctica profesional diaria.

En este número, se incluyen aquellos trabajos recibidos durante el año 2020, así como los participantes en la XXIV edición del Premio Científico organizado por el Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga, por lo que la publicación del mismo es un reconocimiento expreso a todas aquellas personas autoras, participantes y premiadas que mantienen, con su labor investigadora, la vigencia y actualidad de nuestra disciplina en las principales corrientes científicas.

En este sentido, destacan los artículos premiados. En la modalidad de Investigación, el artículo “La prevención de adicciones a sustancias en población infanto-juvenil. El caso de dos municipios andaluces”, indaga en el contexto personal, familiar y social de los adolescentes que se inician en el consumo de sustancias adictiva con la finalidad de que estos datos puedan servir para impulsar programas de prevención que tengan en cuenta las características de cada territorio y grupo de población. En la modalidad de Intervención, a través del artículo “Las 4 “q” del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y porqué”, las autoras pretenden aproximarnos, a la definición y funciones del Trabajo Social Sanitario en el ámbito de la neurología y que a través de la sistematización de la práctica profesional tiene como objetivo establecer un

marco teórico y de actuación de referencia para los y las profesionales en este campo. Por último, el artículo premiado en la modalidad de Teoría, “El rol del Trabajo Social en la violencia filio-parental” nos acerca a la comprensión del fenómeno mediante una exhaustiva revisión bibliográfica que pone de manifiesto la importancia de determinadas dinámicas familiares y factores sociales, así como los planteamientos que el Trabajo Social puede aportar para su intervención. Completan el número, cinco artículos de gran calidad científica y de temática variada con los que profundizar en los principales discursos y corrientes de nuestra disciplina.

**Javier Pacheco Mangas**  
**Director de la Revista DTS**

## Las 4 “q” del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y porqué

*Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social*

**Verónica Olmedo Vega**

Trabajadora Social Sanitaria en servicio médico de neurología

**Sandra Fernández Díez**

Trabajadora Social Fundación Secretariado Gitano

### Resumen:

El presente artículo muestra la aproximación al conocimiento profesional del trabajo social sanitario que desempeña su intervención desde y con personas que sufren una enfermedad neurológica. Aunque la figura del profesional del trabajo social está consolidada en el campo de la salud, su inclusión en el campo de la neurología es reciente y no existe una regulación de las funciones, competencias, ni del perfil profesional. Labor, que está por definir. El objetivo, visibilizar la necesidad de la especialización del trabajo social en la intervención con personas con enfermedades neurológicas. Los cuatro pilares fundamentales justifican su reconocimiento: el “**que**”, definición y funciones, “**quién**”, “**para qué**” y “**porqué**” de la misma.

El análisis de la experiencia de años integrada en el área de neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid muestra beneficios del conocimiento especializado frente a la formación generalista. Se logra una intervención social eficaz con el paciente al incorporar los daños neurológicos producidos en la persona y su repercusión en su situación bio-psico-funcional condicionada por la evolución de la enfermedad. En la familia, asesoramiento y apoyo social especializado, al equipo dónde se integra y a la profesión, les dota de legitimidad social e institucional.

### Palabras clave:

Neurología, Trabajo Social Sanitario, Intervención centrada en la persona, Enfermedades Neurológicas, Intervención Social, Diagnóstico Social Sanitario, Salud, Calidad de vida.

### Summary:

This article shows the approach to the professional knowledge of health social work that carries out its intervention from and with people who suffer from a neurological disease. Although the figure of the social work professional is consolidated

in the field of health, its inclusion in the field of neurology is recent and there is no regulation of the functions, competences, or professional profile. Labor, which is yet to be defined. The objective, to make visible the need for the specialization of social work in the intervention with people with neurological diseases. The four fundamental pillars justify its recognition: the “what”, definition and functions, “who”, “what for” and “why” of it.

The analysis of the experience of years integrated in the area of neurology of the University Clinical Hospital of Valladolid shows benefits of the specialized knowledge opposite to the generalist formation. An effective social intervention with the patient is achieved by incorporating the neurological damages produced in the person and their repercussion in their bio-psycho-functional situation conditioned by the evolution of the disease. In the family, advice and specialized social support, to the team where it is integrated and to the profession, gives them social and institutional legitimacy.

### Keywords:

Neurology, Health Social Work, Neurological Diseases, Social Intervention, Social Health Diagnosis, Quality of life.

## 1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las enfermedades neurológicas es cada vez mayor y a escala mundial, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) como el ictus, constituyen un problema de salud con tendencia creciente (Berenguer y Pérez, 2016). Solo el ictus representa en nuestro país la principal causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de mortalidad global, siendo la primera en mujeres. Tiene un impacto sociosanitario considerable debido a su elevada prevalencia y a la discapacidad y dependencia que produce. Según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año 110.000-120.000 personas sufren un ictus en nuestro país, de los cuales un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen (Pérez, 2017). Las personas y familias que sufren estas enfermedades diagnosticadas y tratadas por profesionales de la neurología precisan que el abordaje psicosocial del trabajo social, la atención, apoyo, acompañamiento e intervención social en el campo neurológico, se adapte no solo a su realidad social sino a la extensión, secuelas y pronóstico de una enfermedad neurológica. Factores que condicionan claramente la eficacia y eficiencia de una intervención social.

La intervención social actual, se basa en conocimientos generalistas, no existe formación reglada orientada a una especialización del trabajo social en el campo de la neurología. En el plan de intervención social, han de estar incorporados no solo los deseos y necesidades de la persona, que se detectan en la comunicación con éste, también los daños o secuelas que la enfermedad neurológica le ha producido, por ejemplo, su capacidad de atención y comprensión.



La intervención del trabajo social ante una enfermedad neurodegenerativa implica la incorporación de las características de esa enfermedad. El abordaje psicosocial con la familia o un enfermo de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), que culmina con su fallecimiento, implica la presencia de este hecho, diferente al abordaje con una persona o familia de Alzheimer, ambas son enfermedades neurodegenerativas pero las secuelas que provocan en la persona no son las mismas. Se requiere el diseño de una intervención social específica con la persona y familia que refleje el significado de la enfermedad que padece. El compromiso con una atención social adecuada y destinada al logro de bienestar de estas personas y familias, exige, contribuir a la elaboración de un cuerpo teórico que garantice el apoyo social de la persona que sufre una enfermedad neurológica.

Este artículo pretende alcanzar el objetivo de visibilizar la necesidad de la especialización del trabajo social en la atención a personas con enfermedades neurológicas. Los resultados de la revisión bibliográfica desarrollada unido a la reciente investigación desde el trabajo social en el campo neurológico sobre los factores que influyen en la recuperación funcional de pacientes ictus junto con la sistematización de la experiencia profesional específica del trabajo social sanitario en este campo evidencian la obligación de evitar centrar nuestra intervención en un modelo de intervención generalista. Se trazan en este artículo los mimbres hacia la especialización en la materia a intervenir, las personas con enfermedad neurológica, que reporta numerosos beneficios a la persona-familia que se atiende y a la profesión que representamos.

## 2. TRABAJO SOCIAL

La atención social a personas que padecen una enfermedad neurológica es atendida por el trabajo social desde diferentes instituciones, es incuestionable, que el diagnóstico de la misma se produce en el hospital por el especialista en neurología. En este ámbito, atendiendo específicamente a las personas que sufren una enfermedad neurológica y dentro del equipo de neurología, se encuentran profesionales del trabajo social sanitario.

Indiscutible, es el hecho, de que el trabajo social es una profesión que se nutre del trabajo interdisciplinario, de equipo y de redes y que, a la vez, requiere de métodos científicos de investigación para mejorar los procesos de intervención de las personas y su entorno. Los límites de acción del trabajo social son amplio y diversos, alcanzando todas las esferas donde están presentes las relaciones sociales. Un ejemplo de ello lo encontramos en su presencia, cada vez mayor, en ámbitos como la política, el derecho y el sanitario entre otros. En el caso de los espacios de salud, el trabajo social Sanitario adquiere un importante papel con las enfermedades neurológicas.

El trabajo social sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud – enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como derivan de ellas. (Ituarte, 2001 en Agència Valenciana de Salut (2012).

El trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario, ya sea los diferentes niveles de la atención primaria, la

atención sociosanitaria o la atención especializada. “La intervención desde el trabajo social sanitario siempre toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, el diagnóstico médico que motiva su consulta sanitaria o, incluso, el ingreso hospitalario, su vivencia” (Coloms 2010, p.110). Bonilla clarifica este enunciado como: “el trabajador social aporta su experiencia en la valoración de la dimensión social, familiar y psicosocial, elaborando el diagnóstico social sanitario que complementa el diagnóstico clínico” (2017, p. 82). El trabajador social en el ámbito de la salud persigue “movilizar capacidades y recursos de la persona afectada y de aquellas que forman parte de su red social, así como promover cambios que garanticen su calidad de vida y hacer posible el abordaje adecuado de su situación personal” (Olmedo y Arranz, 2017, p. 41).

Este profesional, es el enlace entre el ámbito sanitario y las personas, entre la enfermedad y la rehabilitación.

### 3. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

La Organización Mundial de la Salud expone que “Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos” (OMS, 2016, párr.2).

El cerebro es una de las estructuras más extraordinarias y complejas que existen en la naturaleza. A través de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto, el cerebro capta, procesa e interpreta la información que llega del exterior, generando las respuestas que originan pensamientos, razonamientos, decisiones, sentimientos y acciones. En el cerebro reside todo lo que una persona fue, es y puede llegar a ser, lo que ha vivido, aprendido y memorizado, su conciencia y su metac conciencia (Braidot, 2013, pp. 9-10).

Es indudable que el alcance del daño que ocasiona una enfermedad neurológica unido a la cada vez mayor presencia de ésta en nuestra sociedad, la existencia de más de 600 enfermedades neurológicas, entre ellas, el Alzheimer, Parkinson e ictus, implica la capacitación del trabajo social sanitario en neurología para una atención e intervención social de calidad.

### 4. TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

#### 4.1. ¿Qué es?

La atención e intervención social con personas con enfermedades neurológicas es competencia del trabajo social que desarrolla su actividad en el campo de la neurología. Se podría decir, por tanto, que el trabajo social en el campo de la neurología es una especialización del trabajo social (Olmedo y González, 2019) y requiere de una formación específica acreditada. El trabajo social en neurología tiene como principales objetivos la detección de problemáticas sociales y el abordaje integral de la situación sociosanitaria del enfermo desde su ingreso hospitalario, estableciendo planes de posthospitalización que faciliten el soporte necesario para seguir las indicaciones terapéuticas y para mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como en su principal apoyo, la familia.

## 4.2. Funciones del trabajador social con personas con enfermedades neurológicas

El profesional de trabajo social debe conocer al ser humano para adquirir la capacidad de comprender sus conductas y atender las demandas que las alteraciones de salud le producen. Es un elemento clave en todo el proceso de la persona, su familia y entorno proporcionando orientación y acompañamiento social en el transcurso. En el ámbito hospitalario aborda el impacto del diagnóstico, el acompañamiento social durante su ingreso, el afrontamiento a la nueva realidad a la que ahora se enfrenta unido a la angustia que produce la incertidumbre de un futuro desconocido.

Si bien es cierto, que se defiende como dentro del campo de actuación del trabajo social sanitario con personas con enfermedad neurológica, este no solo ha de conocer a la persona, sino también las distintas enfermedades, diagnósticos, secuelas y aquellos factores significativos que incurran en este campo, fundamental para abordar las funciones que se detallan a continuación, siguiendo el artículo de Olmedo y Arranz (2017, pp. 42-43), se señalan, algunas de las funciones en el campo en la intervención con personas con enfermedad neurológica:

- **Asesorar, acompañar y proporcionar apoyo social:** Es el profesional de referencia al que la familia y red de apoyo recurren para pedir orientación social cuando sea necesario; proporciona una información realista y verídica al afectado y su familia en todo momento. Ofrece el acompañamiento social a la persona que lo sufre y su familia durante el ingreso hospitalario, alternativas a las incidencias y conflictos que surgen durante el mismo. Elabora la anamnesis social de la situación personal, detección de los factores de índole social en el entorno de la persona que influyen negativamente en el estado de salud de éstos o su familia. En el ámbito hospitalario se encarga de proporcionar apoyo y tratamiento social a la persona y su familia desde el ingreso hospitalario, realizando la gestión y coordinación de las actuaciones precisas para el logro del mayor bienestar posible de la persona y familia.
- **Gestión de recursos; búsqueda, organización y creación de los mismos:** La detección de las necesidades de la persona o familia para orientar al acceso de los recursos que las cubran, conoce los recursos existentes en el hospital y en otros Sistemas de Protección Social. El conocimiento, asesoramiento y protocolo de acceso de todos los recursos existentes para personas con trastornos neurológicos, sus características, ubicación, tratamiento, objetivos y finalidad, entre otros. Es evidente que, por motivos variados, ciertos tratamientos o recursos que precisa la persona no son accesibles para éste, el trabajador social sanitario de neurología promoverá o propondrá la creación de los mismos.
- **Ser nexo de unión** en y dentro del entorno hospitalario, entre los miembros del equipo multidisciplinar que atiende a la persona, la familia y el equipo médico, con otros hospitales cuando sea necesario. Es interlocutor entre los distintos profesionales, facilitando el flujo de información y la retroalimentación entre los diferentes agentes involucrados en la atención a la persona.
- **Comunicación inter e intrainstitucional:** Promueve espacios comunes de comunicación para clarificar posiciones, conseguir consensos y sugerir pautas de funcionamiento que contribuyan a la atención integral de la persona afectada. Desde su abordaje psicosocial promueve una valoración global de las necesidades de la persona, trabajar de forma coordinada y conjunta con el equipo para facilitar la atención que precisa esa persona.

Este profesional deberá tener capacidad para coordinarse con otros recursos asistenciales, creando protocolos y rutas de derivación haciendo que el proceso de hospitalización sea más fluido y ágil, desarrollando un trabajo proactivo donde se confeccionen registros de las personas afectadas por la enfermedad neurológica y se recojan factores sociales y patrones que ayuden a anticipar la atención para amortiguar el impacto de las enfermedades.

- **Promoción y desarrollo de espacios de liberación:** Promueve encuentros con la persona y familia que contribuyan a su ventilación emocional, a escuchar las demandas y detectar las necesidades que ayuden a proporcionar apoyo emocional y la expresión de emociones, promoviendo así la normalización de sentimientos, preocupaciones y miedos.
- Se apoya en el duelo de los familiares y de la persona para afrontar y adaptarse a las nuevas situaciones. Los refuerzos positivos a los involucrados que prestan la atención están presentes en estos espacios. Creará un espacio libre de ventilación emocional, donde se expresen las preocupaciones, temores, la tristeza o la soledad, así como de realizar un plan de trabajo, aportando junto con el médico y la enfermera, el diagnóstico social sanitario e implementando programas que permitan trabajar el impacto de la enfermedad a todos los niveles (familiar, social, laboral, escolar, entre otras).
- **Proporcionar una mirada optimista y luchadora que ayude a empoderar a las personas y mantener la esperanza:** identificar con la persona sus limitaciones, clarificando con ésta las actividades que puede desempeñar y que apoyos la complementan. Se trata junto a ella, el cambio en la autoimagen y la construcción de nuevos valores que fruto del impacto de la enfermedad, aparecen o se han visto dañados e influyen en su calidad de vida y bienestar. Promover y resaltar sus fortalezas y los logros conseguidos con la rehabilitación durante y tras la estancia en el hospital. Se refuerza el esfuerzo, motivación y el tesón de la persona afectada. A la familia y persona afectada se transmite calma y tranquilidad durante toda la intervención.

Como podemos ver, durante el proceso de atención del profesional del trabajo social sanitario/a se realiza un apoyo integral, a las familias y persona, quienes se enfrentan a la dolorosa aceptación de las consecuencias que ha provocado esta patología en su realidad. La forma en la que las familias tienen para elaborar el duelo generalmente sigue unas pautas que son universales: desorientación, regresión, reorganización y crecimiento.

La intervención y funciones del trabajo social va a depender del momento en la que se encuentre la persona y su familia. La diferencia en la intervención, respecto a otras profesionales de trabajo social sanitario, radica en que el desempeño de las funciones anteriormente descritas se realizan sobre una persona con una enfermedad concreta del sistema nervioso, central y/o periférico, lo que resulta determinante para una intervención social, es decir, las personas afectadas por algún tipo de enfermedad neurológica, sufren algún tipo de deterioro cognitivo o afectación en diferentes áreas: motora, lenguaje, emocional, entre otras, y por tanto, que determina y condiciona el plan de intervención social.

La intervención social del profesional de trabajo social en el campo de la neurología en muchas ocasiones deja de ser un modelo centrado en la persona y se convierte además en una atención con y para la persona, que ahora es, esa persona tiene un deterioro cognitivo tan afectado que no es la misma, ni puede expresar sus deseos, ha perdido su identidad.

En otros casos en los que las personas afectadas por enfermedades neurológicas, como caso de la ELA, preservan la capacidad cognitiva hasta su fallecimiento, pero no el lenguaje, teniendo que adaptar la entrevista y el acompañamiento con el manejo de herramientas específicas que permitan comunicarse con la persona.

#### 4.3. ¿Quién es?

El desarrollo de las funciones anteriormente descritas, exige que el profesional en dicho servicio tenga conocimientos específicos acreditados, entre otros, conocer la diferente terminología clínica, pruebas diagnósticas, factores de riesgo, la estructura y función del cerebro, funcionamiento de un servicio clínico de neurología, conocimiento y entendimiento de los distintos profesionales que le conforman, el dominio de protocolos y guías de intervención sobre las diferentes patologías, además de las competencias concretas en técnicas propias y específicas del trabajo social en el área de neurología, escalas de valoración y fundamentalmente participación en grupos científicos, publicaciones e investigaciones que contribuyan a la evidencia científica de la atención social de las personas en esta especialidad (Olmedo y González, 2019).

#### 4.4. Perfil del trabajo social en el campo neurológico.

El perfil profesional es una herramienta vital, que garantiza los rasgos particulares o específicos que se deben poseer para el desempeño correcto de funciones y tareas de una determinada profesión. El conocimiento específico, experiencia, habilidades, destrezas, entre otros. Olmedo y Aguado (2019), en el artículo “El abordaje psicosocial con pacientes que han sufrido ictus” mencionan la necesidad de tener conocimientos específicos del campo dónde se va a intervenir. La elaboración e implantación de un perfil concreto con unos conocimientos y competencias definidos del trabajo social en el campo de la neurología, es imprescindible. Se detalla a continuación una propuesta:

##### 1. Estar en posesión de conocimientos específicos relacionados con:

*Las diferentes enfermedades neurológicas, como Ictus, ELA, Esclerosis Múltiple, Demencias y Alzheimer, entre otras; secuelas, sintomatología, terminología clínica, afectación, pronóstico clínico de recuperación, su epidemiología, etiología y tratamiento, así como el conocimiento de la exploración neurológica, procedimiento y pruebas diagnósticas, el conocimiento de los diferentes códigos y procedimientos de actuación como puede ser el Código Ictus.*

*El funcionamiento del servicio médico de Neurología, su estructura organizacional y organigrama, el conocimiento de los distintos profesionales que trabajan en el servicio, dominio de los protocolos y guías de intervención asociadas a la patología neurológica, entre otras.*

*Los recursos y apoyos específicos destinados a personas que han sufrido o padecen una enfermedad neurológica (requisitos, finalidad, objetivos, trámites a realizar, tiempo de duración, ...), aquellos recursos de sistemas de protección social (Servicios Sociales, de*



Educación o Empleo... ) y los diferentes movimientos asociativos dedicados al apoyo a las personas con enfermedades neurológicas.

*Relación y contacto con la comunidad*, representando la capacidad para detectar riesgos psico-sociales que permitan intervenir en su comunidad y ser una conexión con el medio, que permita una comunicación fluida y continua con las diferentes Asociaciones de Familiares y pacientes.

## **2. Poseer competencias concretas en:**

*El manejo de Técnicas y herramientas propias y específicas del trabajo social con personas y familiares* como, las diferentes escalas de valoración a familiares y personas afectadas, técnicas de duelo y afrontamiento ante la pérdida y el programa informático de registro de los profesionales del Servicio Médico de Neurología que intervienen con la persona.

*La creación y dirección de un equipo de trabajo* donde se diseñen los proyectos de atención grupal para familiares y personas afectadas de una enfermedad neurológica, haciendo respetar los valores y creencias de la persona, así como el respeto a su intimidad, confidencialidad y a los derechos de las personas usuarias del sistema de salud.

*Participación en grupos científicos* de enfermedades neurodegenerativas y realizar trabajos de investigación sobre aspectos sociales o de intervención del trabajo social en el campo de la neurología.

En definitiva, el Trabajo Social que interviene con personas con enfermedades neurológicas, además de las capacidades, habilidades y actitudes de empatía, intervención exenta de juicios, han de poseer conocimientos específicos para dar una atención social que dé respuesta a las necesidades que provocan en la persona, familia, equipo multidisciplinar y sociedad las diferentes enfermedades neurológicas. El logro de la calidad y bienestar en la persona y su familia que guía al profesional de trabajo social en el campo de la neurología implica incorporar el significado de esa enfermedad, que genera o va a generar en ellos.

### **4.5. ¿Por qué?**

La intervención profesional del trabajo social con personas que padecen estas enfermedades debe empezar por, poseer un grado adecuado de familiaridad con la patología de interés, así como de los diferentes factores modificables y no modificables que influyen en la aparición y tratamiento de las mismas. A continuación, se exponen algunos de los motivos por los que se apuesta por una especialización del trabajo social en el campo de la neurología:

En 1866, Rilliet y Barthez ya establecían en su “tratado clínico y práctico de las enfermedades de los niños” la necesidad de conocer la naturaleza y condiciones fisiológicas de las distintas afecciones, ya que, en este sentido, se aseguraba una mejora de la atención, que pudiera llevar a graves consecuencias para las personas afectadas por estas enfermedades.

Izquierdo (1968), señaló que las ventajas de conocer la etiología y las diferentes manifestaciones de su desarrollo y perpetuidad marcan la relevancia de conocer la patología de una enfermedad. Otro ejemplo que podríamos citar, y ya referente al campo de las enfermedades neurológicas como es el Alzheimer, Martínez y Miangolarra nos hablan, de “la importancia de conocer y saber identificar los puntos clave de las diferentes situaciones clínicas referidas a esta enfermedad, y que puede trasladarse a otras enfermedades neurológicas, que, a la larga, se traducen en un gran deterioro para la salud de las personas, sin unos conocimientos adecuados” (2006, p.12). Estos tratados ya ponen en alza, que, desde hace más de 100 años, la especificidad a la hora de intervenir de forma clínica, debía ser un requisito indispensable para todos los profesionales del ámbito de la salud.

De acuerdo con los estándares éticos de la APA (estándar 2.01a-b), solo se deberían aceptar casos que estén dentro de nuestros conocimientos profesionales. En caso contrario, es útil preguntar a colegas expertos que caen fuera de nuestras competencias (Del Barrio, 2018).

Rodríguez y García (2019) ponen en alza, que la creación de programas de postgrado específicos en diferentes universidades favorecería la visibilidad de profesionales e investigadores especializados y, por tanto, un mayor número de documentos científicos al respecto.

Los profesionales del trabajo social en el campo de la neurología deben realizar un diagnóstico social de la situación para definir, posteriormente, la mejor ruta de actuación, que tenga en cuenta las particularidades de la enfermedad y lograr una intervención social de calidad.

Como podemos ver, la demanda de una mayor especialidad en los diferentes ámbitos del trabajo social, sobretodo en el sanitario, no es algo nuevo, pero si poco visibilizado. Es nuestro deber promover, en el ámbito académico y profesional, una reivindicación de la especialización y abogar por un proceder que supere la mera gestión y coordinación de recursos (Gijón y Colom, 2016), y por la transdisciplinariedad.

Si nos fijamos en las siguientes noticias, podemos observar la evidencia de como las enfermedades neurológicas están evolucionando y no afectan solo al nivel físico de la persona, sino que los familiares y amigos de la persona se ven también afectados, así como las importantes consecuencias socioeconómicas que traen consigo.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Esclerosis Múltiple<sup>1</sup> (EM) registraba en 2018 a 47.000 personas afectadas en España y es, tras los accidentes de tráfico, la principal causa de discapacidad en jóvenes. Cada año se diagnostican 1.800 nuevos casos en España de esta enfermedad que afecta a 700.000 personas en Europa y a 2,5 millones de personas en todo el mundo (Organización Médica Colegial Española, 2018).

Continuando con lo citado anteriormente, de que las enfermedades neurológicas no afectan solo a la persona sino también a su desarrollo y medio, el informe sobre; “El impacto socioeconómico de la EM sobre las mujeres en Europa de 2017” hizo públicas sus conclusiones en la jornada del VII Congreso ECTRIMS-ACTRIMS de París (octubre del 2017) cuyos

.....

<sup>1</sup> Recordamos, que la Esclerosis Múltiple es una patología crónica e inflamatoria del sistema nervioso central (cerebro y la médula espinal) que comienza en la juventud (SEN, 2019).

resultados evidencian el gran impacto que la EM juega en la vida de las mujeres, sus familias y su papel en la sociedad. En dicha conferencia, Kannan, Senior VP y responsable global de Neurología e Inmunología del área de Biopharma de Merck explicó: “La evidencia muestra que, dado que las mujeres tienen mayores posibilidades de recibir un diagnóstico de EM en comparación con los hombres, la carga específica de la enfermedad en ellas requiere una mayor investigación y entendimiento” (Salud a Diario, 2017, párr. 5). Este informe de impacto asegura que el 41% de las mujeres diagnosticadas de EM termina separándose o divorciándose de su pareja, evidenciando, que la enfermedad impacta seriamente en otras decisiones que toman respecto a su vida.

Otro ejemplo que citamos en el artículo y quizás, la afección neurológica más común, es el de las cefaleas y migrañas, conceptos que suelen confundirse aunque son dispares. El término cefalea significa, sencillamente, “dolor de cabeza”, mientras que Migraña o Jaqueca, hace referencia a un tipo concreto de dolor de cabeza con unas características clínicas concretas. Como podemos observar, que, aunque distintas, las cefaleas y migrañas afectan a gran parte de la población y tienen repercusiones en la salud y vida de las personas. Sin embargo, debido a su alta prevalencia, podemos decir que la migraña tiene más repercusión social y laboral, ya que suele darse en los años medios de la vida de una persona, es decir, los más activos y productivos, y que dependiendo de su naturaleza y como afecte a la persona, su manifestación puede dejar a quien lo sufre incapacitada temporalmente para realizar acciones de la vida diaria y cotidiana, lo que influye en su vida laboral y social (SEN, 2017).

#### 4.6. ¿Para qué?

La necesidad imperiosa de un amplio conocimiento de estas enfermedades por el profesional de trabajo social es fundamental en todas las intervenciones, se torna vital en las personas afectadas por estas patologías.

El campo de la neurología y la especificidad de las funciones del trabajo social, a diferencia de otras especialidades que tratan la enfermedad desde el contexto físico de la persona; como pueden ser; traumatología (fractura de cadera, rodilla,...), neumología (problemas respiratorios, deficiencias cardíacas, neumonía,...); tratan y estudian las enfermedades que afectan al cerebro, un órgano cuyas afecciones no alteran solo al área motora, sino también a la cognitiva, lenguaje, y psicológica de la persona. El trabajo social que interviene con personas afectadas por una enfermedad neurológica debe poseer desde el inicio de su intervención con la persona y familia, conocimiento sobre la enfermedad neurológica que padece. Se resalta la complejidad en la intervención social, adaptada no solo a la situación individual, familiar y social de la persona sino a los efectos de diagnóstico y pronóstico del mismo.

Es indudable que, si somos capaces de identificar las diferentes enfermedades neurológicas, como el ELA-esclerosis múltiple o ictus, podremos intervenir con la persona y ver su nivel de funcionalidad y conciencia para llevar a cabo un determinado tipo de actuaciones. En enfermedades neurodegenerativas que finalizan en una muerte anunciada, como el caso de Ela, el conocimiento específico de este profesional, le orienta **para** acompañar a sus familiares y amigos en el proceso de duelo, posibilitar los apoyos necesarios para enseñar a vivir con la pérdida y adaptarse a la nueva realidad, evitando daños en su persona.



“La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia, es un proceso neurodegenerativo que afecta preferentemente a mayores de 65 años, ocasionando en la mayoría de los casos pérdida progresiva de un tipo muy selectivo de demencia” (Navarro, Conde y Villanueva, 2015, p. 4306). Existen factores de riesgo, de predisposición y adquirido, tanto dependientes del propio individuo como de su entorno. El nivel de formación, la actividad mental, el aprendizaje y la interacción social contribuyen al mayor desarrollo de las actividades cognitivas que disminuyen su impacto. (Navarro, et al., 2015)

Son por estos motivos, entre muchos otros, que se constata la especificidad en este campo, **para** garantizar que el trabajo social siga manteniendo un papel preponderante en la gestión de casos, al conocer del funcionamiento de los sistemas sanitario y social, y de la enfermedad contextualizada (García-Bustelo, 2015). El profesional del trabajo social debe tener conocimiento en este campo, primordial, **para**, ser capaz de valorar el estado y funciones de la persona atendida, saber identificar e intervenir de forma rápida sobre las enfermedades, contribuir a evitar la asociación de problemas de salud no deseados que agraven y aceleren la pérdida de bienestar y funcionalidad que provocan este tipo de patologías. Se colabora en la prevención de una evolución rápida de la enfermedad, puesta en marcha de medidas de atención de los factores de riesgo modificables por la persona, agilidad en el proceso de intervención y orientaciones para la adherencia del tratamiento. La especialización en este campo es necesaria, **para** establecimiento de programas de información social en personas y familias que faciliten la adquisición en ellos de pautas para buen cuidado y atención de la enfermedad que padece.

Se incluye más abajo una tabla con algunas de las enfermedades neurológicas que padecen personas, ilustra los posibles cuidados y áreas afectadas que ha de incorporar el trabajo social sanitario para garantizar el éxito en la atención social. Es importante tener en cuenta, que las posibles secuelas de las enfermedades neurológicas van a afectar a la autonomía y vida de las personas, limitando en muchos casos aquella e impidiendo realizar de forma adecuada o total, las Actividades Básicas de la Vida Diaria o cotidiana de la persona (en adelante, ABVD). En la siguiente tabla se aportan ejemplos para reflejar este hecho.

**Tabla 1.** Cuidados y áreas afectadas según la enfermedad.

Enfermedad	Áreas afectadas	Posibles cuidados y necesidades
<b>Alzheimer</b>	Área cognitiva o intelectual (memoria, expresión, razonamiento, orientación, etc), a la motora (control del cuerpo), y al área psico-emocional. Gran repercusión social en la vida de la persona.	Apoyos para: posibles olvidos que afecten a su día a día (citas, manejo del dinero, etc), para reconocer a personas y objetos de su entorno, apoyo en las tareas domésticas y de autocuidado (higiene, medicación), orientar en tiempo y en espacio, etc.
<b>Epilepsia</b>	Área motora (Espasmos y convulsiones involuntarios...). Según su origen, puede afectar a áreas cognitivas como visión, lenguaje...).	Necesidad de una persona que prevenga las lesiones durante la crisis, cuidar la medicación y que no se introduzcan objetos ni alimentos en la boca durante la crisis, etc.
<b>Cefaleas o migrañas</b>	Área psicológica y cognitiva de la persona. El dolor puede ser tan persistente o grave, que la persona quede incapacitada temporalmente.	Llevar un seguimiento habitual, sobre todo ante cambios en el dolor, manejo de los recursos para prevenir las posibles consecuencias sociales y laborales, Apoyo ABVD, etc.

<b>Ictus</b>	Aunque cada persona y cerebro es único, el ictus puede afectar a cualquiera de las áreas motora, cognitiva y psicológica o a todas.	Cuidados deben ir a prevenir factores de riesgo que puedan producir nuevas crisis, ayuda para desplazarse (material ortoprotésico y apoyo humano).
<b>La Esclerosis múltiple (EM)</b>	Área cognitiva, motora y conductual de la persona.	La EM “Benigna”, en ocasiones, su estado neurológico se deteriora hasta incapacitar física y totalmente, precisando apoyos ortoprotésicos, humanos para empujar la silla...
<b>Parkinson</b>	Los síntomas afectan principalmente al área motora, pero pueden aparecer de depresión y deterioro cognitivo- intelectual.	Ayuda ante caídas y dificultad para caminar, cuidado en la alimentación y tareas de higiene diaria y vestido, etc.
<b>La Enfermedad Corea de Huntington (EH)</b>	Motora (movimientos involuntarios), psicológica, (irritabilidad, agresividad, apatía,) y área cognitiva (pérdida de memoria, lenguaje y toma de decisiones, etc).	La EH en su progresión, también presenta alteraciones psiquiátricas que menoscaban la salud. Estas personas precisarán ayuda en cuidados de estimulación cognitiva, ejercicio físico, alimentación...

Nota. Este cuadro de elaboración propia ha sido realizado con el apoyo de las indicaciones y recomendaciones de La Sociedad Española de Neurología (2018) y Castillero, O (2018).

## 5. FASES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD NEUROLÓGICA

Este apartado ha sido elaborado a raíz del trabajo de Olmedo, V. y Arranz, M. (2017), en su artículo sobre el Trabajo social sanitario: Intervención con pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, de las consideraciones de Antonio del Barrio (2018) y de Gordon y Hamilton (en Colom, 2011).

### PRIMERA FASE. Recepción del caso.

Al ingreso de la persona en el Servicio Médico de Neurología del hospital se comunica al profesional de trabajo social sanitario, que inicia el proceso de atención social. Las circunstancias y necesidades sociales particulares determinan las primeras actuaciones, que se orientan en la localización de familiares o referentes de la misma, de su documentación identificativa, organizar las citas para una primera entrevista con los familias o referentes y comunicar la información obtenida al equipo del servicio de neurología.

En esta fase comienza el acompañamiento social del profesional a la persona y su familia.

### SEGUNDA FASE. Exploración y estudio sociofamiliar.

El personal del trabajo social en el campo de la neurología explora y aborda el conocimiento amplio de la situación sociofamiliar (composición y dinámica familiar, comunicación, capacidad de autonomía y decisión, apoyos reales con los que cuenta, entre otros)

A través de técnicas e instrumentos propios del trabajo social, se realiza una exploración social estructurada y adaptada al estado de salud de la persona. El objetivo es conocer la situación, sus necesidades y deseos, los apoyos que va a ir precisando. Como soporte

documental, se abre a cada persona su historia social, custodiada en los archivos de este profesional.

### TERCERA FASE. Valoración social.

En esta fase se definen y concretan los factores que inciden en la situación de necesidad/ problema psicosocial de la persona y su entorno, que orientará el plan de intervención.

El objetivo es establecer el diagnóstico social riguroso que permita planificar una intervención eficaz. El diagnóstico social equivale, para el trabajo social lo que el diagnóstico médico significa para el personal médico. En el diagnóstico, sea médico o social sanitario, se apoya todo el tratamiento (Colom, 2010, p.113). Es importante recoger los códigos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).<sup>2</sup> La valoración social realizada, está condicionada por la afectación y extensión de la enfermedad, sujeta a cambios según la evolución de la misma, ha de reflejar, las áreas afectadas en la persona, el pronóstico, si existe posibilidad de recuperación y en qué áreas, conocimiento y percepción de la persona y familia ante el ictus, el tratamiento clínico social establecido, ayudas técnicas y apoyos sociales que precisa al alta. Se aplican, escalas y cuestionarios, que valoran aspectos clínicos, aspectos relacionados con la vida diaria de la persona y su entorno que han permitido establecer el diagnóstico social sanitario y en base al mismo, establecer el plan de intervención social.

A continuación, para facilitar la comprensión del contenido, se recoge en una tabla algunos de los instrumentos que se utiliza en los procesos de valoración de la persona:

**Tabla 2.** Herramientas de valoración.

<b>El cuestionario de salud SF-12.</b>	Valora la opinión que tiene la persona sobre su salud. Se realiza antes de la intervención y un mes después;
<b>La Escala de Gijón.</b>	Valora el sistema socio familiar.
<b>Escala Lawton y Brody.</b>	Evalúa la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria de la persona.
<b>Cuestionario Mos.</b>	Muestra el apoyo emocional, material, social y afectivo que posee la persona.
<b>Cuestionario Apgar familiar.</b>	Detecta disfunciones en el ámbito familiar.
<b>Escala Zarit.</b>	Permite conocer el grado de sobrecarga del cuidador.
<b>Cuestionario Duke o de apoyo social percibido.</b>	Revela la red social que posee el individuo.
<b>Escala Barthel:</b>	Permite obtener una valoración funcional de la persona y su rehabilitación.
<b>Escala de Beck.</b>	Permite detectar si la persona sufre depresión.

.....  
 2 La **Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición (acrónimo CIE-10)** determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. El 18 de junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó la nueva edición de su manual de enfermedades. Esta edición (CIE-11) estará en vigor en 2022 para sustituir a la vigente de 1990.

<b>Entrevista psicosocial individual y familiar.</b>	Se trata de una técnica fundamental que permite establecer la relación profesional-usuario y proporciona información de la situación en la que se encuentra la persona y su familia.
<b>Observación.</b>	Técnica combinada con los demás instrumentos de evaluación que proporciona conocimiento sobre la persona y sus relaciones.
<b>Genograma e histograma.</b>	Representación gráfica de la información básica familiar y sus relaciones con los principales acontecimientos familiares.

Nota. La siguiente tabla de elaboración propia ha sido realizada a raíz de la información extraída del artículo de Olmedo y Arranz (2017) y de las aportaciones de las autoras de este trabajo.

Toda la información se registra en el programa informático dónde el trabajo social de neurología desempeña su labor.

#### CUARTA FASE. Plan de intervención social.

El plan de intervención social recoge objetivos, áreas, actuaciones a desarrollar, se ejecutan un conjunto de acciones que garanticen la atención que precisa la persona durante su ingreso hospitalario y al alta del hospital, logrando la recuperación de su autonomía e independencia psicosocial del mismo, siempre condicionados por la evolución de la enfermedad.

Es decir, este plan de intervención está caracterizado por la adaptación individualizada a la situación de cada individuo, partiendo de la intervención centrada en la persona, la persona es en cada momento lo que la enfermedad le provoca (Falta de conciencia, imposibilidad de comunicarse, entre otros).

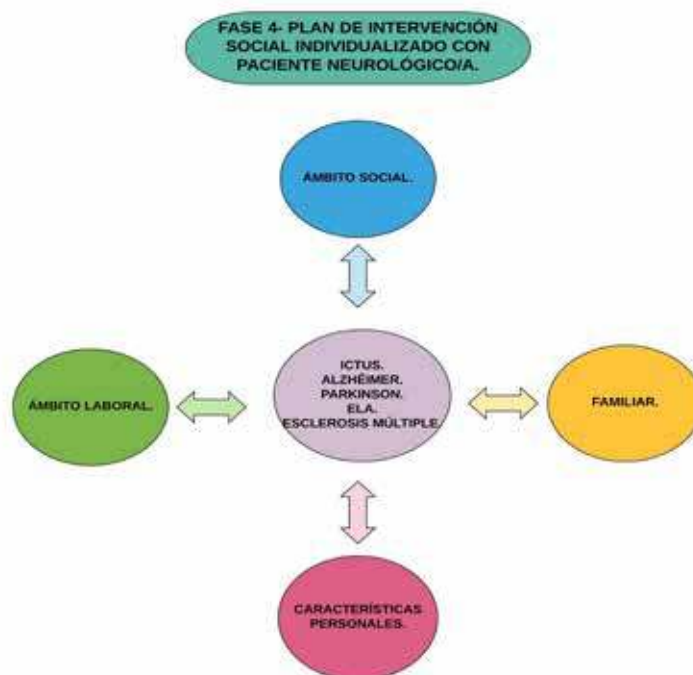


Ilustración del plan de intervención. Gráfico de elaboración propia.

El logro de una intervención social eficaz en la atención a estas personas está condicionado por la enfermedad que padece. Se atiende a la persona y los ámbitos en los que desarrolla su vida que influyen y son influenciados por el transcurso de la enfermedad. La persona ya no es la misma.

Los planes de intervención social han de incorporar las funciones cerebrales que altera cada enfermedad neurológica, como es el caso de la Ela, donde la sensibilidad e inteligencia están inalteradas, se debe escuchar los deseos que puede expresar la persona. En el alzhéimer, en cambio, la memoria y los cambios de estado de ánimo son una constante. Esta fase es fundamental dado que el plan de intervención social a diseñar para cada persona será el establecido según la enfermedad que presenta: ictus, alzhéimer, Ela adaptado a la situación personal-familiar y social de la persona.

### **QUINTA FASE. Planificación multidisciplinar al alta hospitalaria.**

Para que el abordaje y tratamiento de la persona sean lo más adecuados posibles, se requiere un trabajo multidisciplinar donde los distintos profesionales puedan planificar y evaluar de forma conjunta la situación de la persona y establecer así, criterios comunes para dar respuesta a los posibles déficits sufridos por la persona en todas sus áreas: física, psíquica y social.

Están establecidas reuniones formales semanales del equipo multidisciplinar de neurología, dónde la trabajadora social sanitaria de neurología es la coordinadora de éstas: convoca a los miembros permanentes integrantes, a aquellos que por la necesidad del caso a tratar sea necesaria su presencia y levanta acta de las mismas, cuando la urgencia del caso lo precisa se realizarán reuniones informales. Este plano de trabajo en equipo permite establecer una visión global de las circunstancias y necesidades, donde el objetivo es identificar y posibilitar el recurso más idóneo al alta, garantizando su recuperación funcional y evitar o postergar reingresos hospitalarios.

Al alta hospitalaria se entregará un informe del profesional del trabajo social sanitario a la persona para dar continuidad de la atención social.

### **SEXTA FASE. Seguimiento post-alta hospitalaria.**

El profesional de trabajo social sanitario tiene establecido entorno a los 3-6 meses, un contacto con la persona y familiares dónde se abordan aspectos de su proceso salud-enfermedad, que estén influyendo en aquéllos, tratamiento, estado de ánimo, organización familiar, limitaciones funcionales, entre otros. El seguimiento está establecido con el objetivo de comprobar el estado de salud de la persona y la evolución de su enfermedad, su grado de satisfacción y la adecuación de los apoyos que está recibiendo, y comprobar la pertinencia de modificar el plan de intervención social inicial.

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Recapitulando lo recogido en el artículo, podemos observar que el papel del trabajador social con personas que sufren una enfermedad neurológica es imprescindible, es una realidad la presencia cada vez mayor en nuestra sociedad de personas que las sufren.

La aparición de cualquiera de estas enfermedades en la vida de la persona y su familia no deja indiferente; lo más grave, la transformación psico-socio-sanitaria y funcional que sucede en la misma. La persona con la que se inicia una intervención social, en muchas ocasiones, ve dañada su comunicación verbal, afectada su capacidad cognitiva, la movilidad física se pierde o reduce, sufre alteraciones del comportamiento, dificultad para tragar alimentos, entre otros. Es indudable, que estos daños deben incorporarse a la intervención del trabajo social con estos pacientes.

Este artículo, a través de la descripción de las 4 “Q”: el “que” “definición y funciones”, “quién” “para que” y “porque” del trabajo social en el ámbito de la neurología, justifica el reconocimiento futuro de una especialidad del trabajo social en este campo.

En palabras de Ituarte (2017) la formación generalista y pre-graduada es solo un inicio de preparación para la práctica del trabajo social. La ausencia de especialización en los programas de estudio de trabajo social supone la búsqueda de un aprendizaje de posgrado habilitante, que aún hoy en nuestro país no está disponible en el medio universitario. La persona aspirante a una especialización del trabajo social debe obtenerla por otros medios, no siempre reconocidos u homologados.

Este vacío nos lleva a plantear una serie de propuestas, algunas de ellas implementadas en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid:

Reconocimiento del perfil específico de este profesional, que garantice una atención social especializada y de calidad en el campo de la intervención social en neurología. Es necesario, establecer unos criterios mínimos de capacitación para intervenir en este campo, homogeneizar conocimientos, habilidades, actitudes, competencias, participación en grupos de investigación y experiencia que ha de poseer el trabajo social, promoviendo una integración y formación continuada como miembro permanente para su inclusión en el campo de la neurología.

Inclusión de la asignatura de neurología en la formación universitaria de trabajo social. El trabajo social precisa una integración de conocimientos clínicos, sociales y psicológicos que le doten de una visión biopsicosocial. Le facilita el conocimiento de la enfermedad para el diseño de una intervención social individualizada y eficaz, incorpora la influencia de la enfermedad en la persona y familia.

La asignatura de neurología en la carrera de trabajo social aportaría utilidad también a otros ámbitos de intervención del trabajo social, para comprender procesos de comunicación y recuperación psicosocial eficaz en la persona.

Elaborar instrumentos, protocolos y procedimientos de intervención social, que muestren unas acciones ordenadas en el marco de actuación con estas personas. Protocolos y procedimientos adecuados para un desempeño profesional especializado que promuevan una atención eficaz y de calidad, agilizando el proceso de intervención y ayudando a es-



tablecer rutas de actuación sólidas y adaptadas a la magnitud del daño provocado en la persona.

Modelo de intervención centrado en, con y para la persona. Las enfermedades neurológicas provocan trastornos de la comunicación, entendimiento, afectación al movimiento, comportamiento y a la cognición. Por ello, es necesario aplicar un modelo centrado: En la persona; conocimiento la persona que ahora es, su contexto y entorno particular; Con la persona, diseñar la intervención junto a ella, manejando instrumentos y técnicas que permitan comunicarse, verificar su capacidad de conocimiento y entendimiento, para respetar su capacidad de decisión y autonomía; Para la persona, la finalidad de la intervención es garantizar atención y bienestar en la persona que es tras una enfermedad neurológica, respetando el principio de autodeterminación.

El desempeño profesional en este campo tan complejo implica un programa de especialización universitaria en el que la persona complete dicha formación teórica y práctica.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrizabalaga, A (2018). Las enfermedades neurológicas causan el 19 por ciento de muertes en España. Recuperada el 3 marzo del 2020 de <https://www.efesalud.com/enfermedades-neurológicas-muertes-espana/>
- Arredondo, R., Cosano, F., Gutiérrez, A. M., Morales, M., Ortiz, I., & Rivas, M. (2013) Diccionario Práctico de Trabajo Social, Málaga, Colegio Oficial de trabajo Social de Málaga.
- Askunze, C.; Eizaguirre, M. y Urrutia, G. (2004) La sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas. Bilbao: Alboan/Hegoa/Instituto de Derechos Humanos/ Pedro Arrupe.
- Barnechea, M.<sup>a</sup>. M. y Morgan, M.<sup>a</sup>. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias & Retos*, 15., pp. 97-107. Recuperado el 15 abril 2020 de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-15-07.pdf>
- Berenguer, L. & Pérez, A. (2016). Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. *Medisan*, 20(5), 621-629. Recuperado 20 marzo del 2020 de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san05205.pdf>
- Bonilla M. 2017. “El treball social en l’atenció a persones amb malaltia crònica avançada des de l’atenció primària de salut: a propòsit d’un cas”. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, núm. 210: 81-92. Recuperado 06 marzo del 2020, de [http://www.tscat.cat/download/rts/RTS\\_210\\_cat/El\\_ts\\_en\\_malaltia\\_cr%C3%B2nica.pdf](http://www.tscat.cat/download/rts/RTS_210_cat/El_ts_en_malaltia_cr%C3%B2nica.pdf)
- Braidor, N (2013). Parte I. Como es y funciona el cerebro. En Braidor, N. (Ed.) *Cómo funciona tu cerebro para Dummies* (9-25). Barcelona: Banshee
- Castillero, O (2018). Los 15 trastornos neurológicos más frecuentes: Enfermedades del sistema nervioso y del cerebro que pueden causar un gran malestar. Recuperado el 19 febrero 2020 de <https://psicologiyamente.com/clinica/trastornos-neurológicos-frecuentes>

- Cambier, J. Masson, M y Dehen, H (2000). Manual de Neurología (7ª. Ed.). Barcelona: Masson.
- Cifuentes, R.M. (2010). *Sistematización de experiencias en trabajo social: desafío inminente e inaplazable*. III Congreso Internacional Trabajo Social Formación profesional investigación sistematización e identidad profesional en la modernidad, preguntas y respuestas. Arequipa Perú. Recuperado el 20 marzo 2020 de <http://www.cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2016/10/Sistematizaci%C3%B3n-de-exps-en-TS-desaf%C3%ADo-Inminente-e-inaplazable-RMCG-dic-010.pdf>
- Coloms, D. 2010. “El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario”. *Rev. Zerbitzuan*. 47: 109-119
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2016). Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. *Punto Farmacológico*, 103, 5-25
- Del Barrio Alba, A., (2018). *Manuales de Neuropsicología aplicada: El informe neuropsicológico*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gracia, A.M. y Forcano, M. (2006). “Estudio de la situación sociofamiliar de los pacientes sociosanitarios”. *Revista Trabajo Social y Salud*, 53, 169-180.
- García-Bustelo, M (2015). Propuesta de creación de una unidad de deterioro cognitivo y demencia en un hospital de distrito. Trabajo Final de Master Universitat Oberta de Catalunya, UOC. Recuperado el 13 marzo 2020 de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/02/bitstream/10609/58405/4/mgarcia-busteloTFM0715memoria.pdf>
- Gijón, M.T. y Colom, D. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. En: D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimeno, Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (1-23). Logroño: Universidad de La Rioja. Recuperado 04 abril del 2020 de [https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS\\_2016/Monografia/pdf/TC376.pdf](https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC376.pdf)
- Ituarte, A. (2001). “Trabajo social en el contexto sanitario: socioepidemiología y clínica”. Texto del curso impartido en el Título de Especialista Universitario Salud Pública y Trabajo Social. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Farmacia. UPV-EHU. No publicado. En Agència Valenciana de Salut (2012). Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Ituarte, A. (2017). *Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico*. En A. Ituarte (Coord.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. (pp. 19-43). Valencia: Nau llibres.
- Izquierdo y Ruiz. P. (1868). Importancia del estudio de la etiología en el diagnóstico de las enfermedades: discurso leído ante el claustro de la universidad central. Universidad complutense de Madrid: Imprenta de la compañía de impresores y librereros.
- Martínez, R. y Miangolarra, J (2006). Capítulo 2: Aspectos médicos de la enfermedad del Alzheimer y otras demencias: Algunos problemas clínicos a evitar en el paciente con demencia. *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer: Formación y asistencia*. Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid.45-70.



- Navarro, E., Conde, M.A y Villanueva, J.A (2015). Enfermedad de Alzheimer. [versión electrónica] *Revista Medicine–Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4306-4315. Recuperado el 23 abril 2020 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215000037>
- Olmedo, V. y Arranz, M. (2017). Trabajo Social Sanitario: Intervención con Pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Trabajo Social y Salud* (88), pp. 39-47.
- Olmedo, V. y González, R. (2019). “Repasando la intervención psicosocial en pacientes con ictus”. *Acciones e Investigaciones Sociales*.1 (39): 89-110. [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.2019393233](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2019393233)
- Organización Médica Colegial España (2018). *Hoy, Día Mundial de la Esclerosis Múltiple: Se duplica el número de pacientes con esclerosis múltiple en España en las últimas dos décadas*. Recuperado el 20 abril de <http://www.medicosypacientes.com/articulo/se-duplica-el-numero-de-pacientes-con-esclerosis-multiple-en-espana-en-las-ultimas-dos>
- Organización Mundial de la Salud (2016). ¿Qué son los trastornos neurológicos? Recuperado 10 abril del 2020 de <https://www.who.int/features/qa/55/es/>
- Pérez, A (2017, octubre 26). Los casos de ictus se podrían evitar con una adecuada prevención de los factores de riesgo y un estilo de vida saludable. *Departamento de Prensa de la Sociedad Española de Neurología*. Recuperado 20 marzo 2020, de <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link257.pdf>
- Rilliet, F., y Barthez, E (1866). *Tratado cínico y práctico de las enfermedades de los niños*. Vol. 1. Madrid. Carlos Bailly-Bailliere. Rodríguez, L.M y García, M.ª P (2019). Salud y Trabajo Social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación, en *Cuadernos de Trabajo Social*. 32(1), 123-139. <http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.57884>
- SACYL (2016). *IV Plan de Salud de Castilla y León: Perspectiva 2020*. Recuperado el 23 marzo 2020 de <https://www.saludcastillayleon.es/istitucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>.
- Salud a Diario (25 octubre 2017). *El impacto socioeconómico de la em en Europa’: El 41% de las mujeres diagnosticadas de esclerosis múltiple se separó de su pareja y el 38% tuvo que dejar su empleo*. Recuperado el 29 marzo 2020 de <https://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/el-41-de-las-mujeres-diagnosticadas-de-esclerosis-multiple-se-separo-de-su-pareja-y-el-38-tuvo-que-dejar-su-empleo>
- Sociedad Española de Neurología (2017). SEN. La Fundación del Cerebro. Recuperado el 15 marzo 2020 de <http://www.fundaciondelcerebro.es/index.php/la-fundacion>
- SEN (2018). *Impacto de las enfermedades neurológicas en la mortalidad española: LXX Reunión Anual de la SEN*. Recuperado el 20 marzo 2020 de <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link257Informe.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1. PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN ESPAÑA.

**Tabla 1.** Incidencia de las enfermedades neurológicas a nivel nacional.

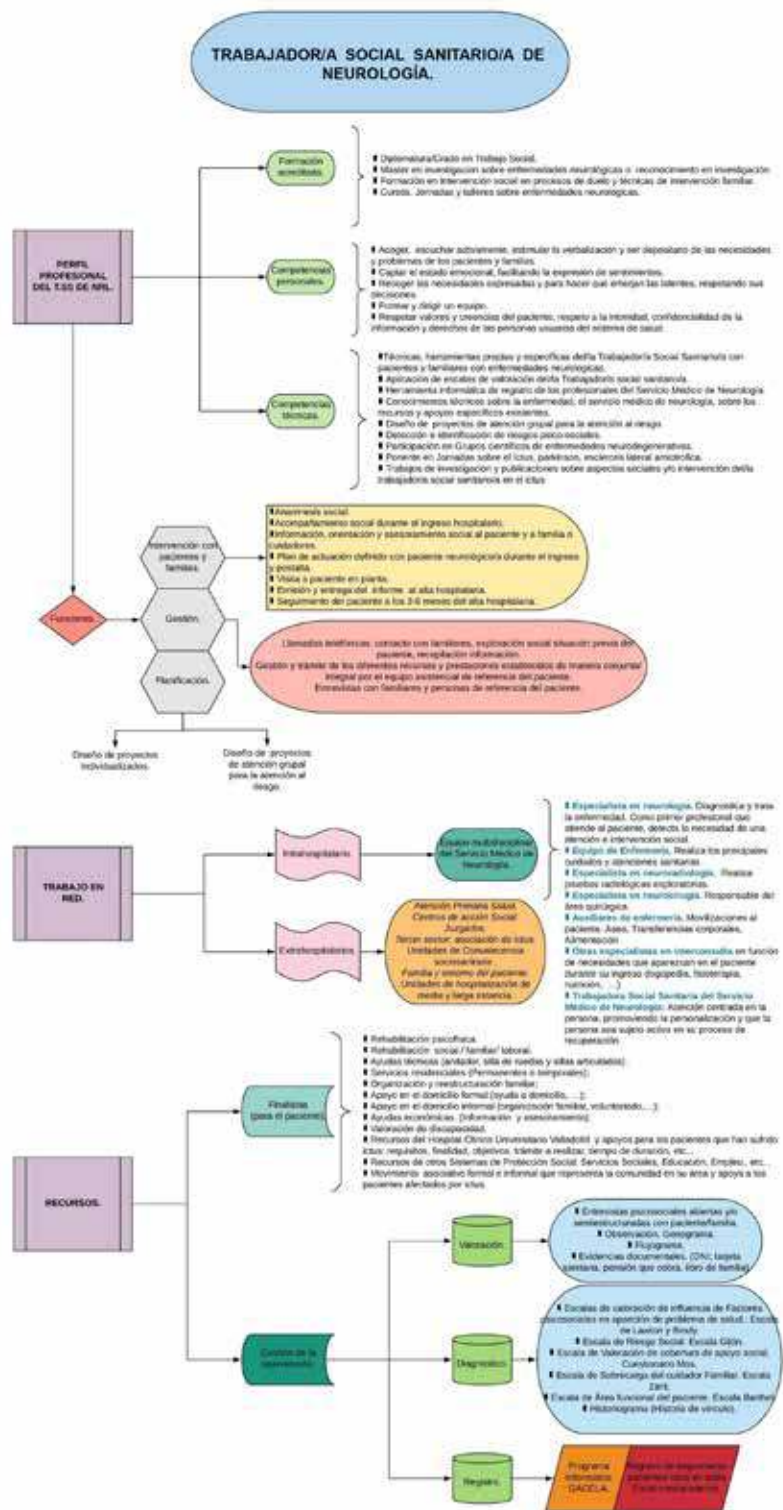
ENFERMEDAD	INCIDENCIA
<b>Alzheimer.</b>	Causa más frecuente de demencia en mayores de 65 años. En España se calcula que pueden existir unas 500.000 personas con la enfermedad.
<b>Epilepsia.</b>	En España una de cada 200 personas padece epilepsia, (aprox. 200.000 españoles) y cada año 20.000 personas desarrollan la enfermedad por primera vez.
<b>Cefaleas o migrañas</b>	Una de las dolencias más frecuentes que existen. El 90% de la población ha tenido algún episodio de dolor de cabeza en el año anterior. El dolor de cabeza prácticamente diario afecta al 4-5% de la población.
<b>Ictus</b>	Primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones. En España mueren 40.000 anualmente por esta causa. Cada seis minutos se produce un ictus en España.
<b>La Esclerosis múltiple</b>	Causa más frecuente de incapacidad por enfermedad de las personas jóvenes. En España hay más de 35.000 afectados
<b>Parkinson</b>	Segunda enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso más frecuente. En España existen más de 80.000 pacientes parkinsonianos.
<b>La Enfermedad Corea de Huntington</b>	En España, se estima que más de 4.000 personas tienen la enfermedad y más de 15.000 afrontan el riesgo de haberla heredada.

Nota. Este cuadro de elaboración propia ha sido realizado con el apoyo de diferentes bibliografías como son: Arrizabala (2018), Cambier, Masson, & Dehen, (2000), La Sociedad Española de Neurología (2018) y Castellero (2018).

Las enfermedades cerebrovasculares, como el ictus, constituyen la primera causa de hospitalización, tanto en hombres como en mujeres, si excluimos en este caso los episodios de embarazo, parto y puerperio, y son las enfermedades que más días de estancia hospitalaria causan (IV Plan de Salud de CyL, 2016, p.128). A continuación, se presenta el perfil y las funciones del trabajador Social Sanitario en el servicio médico de neurología.

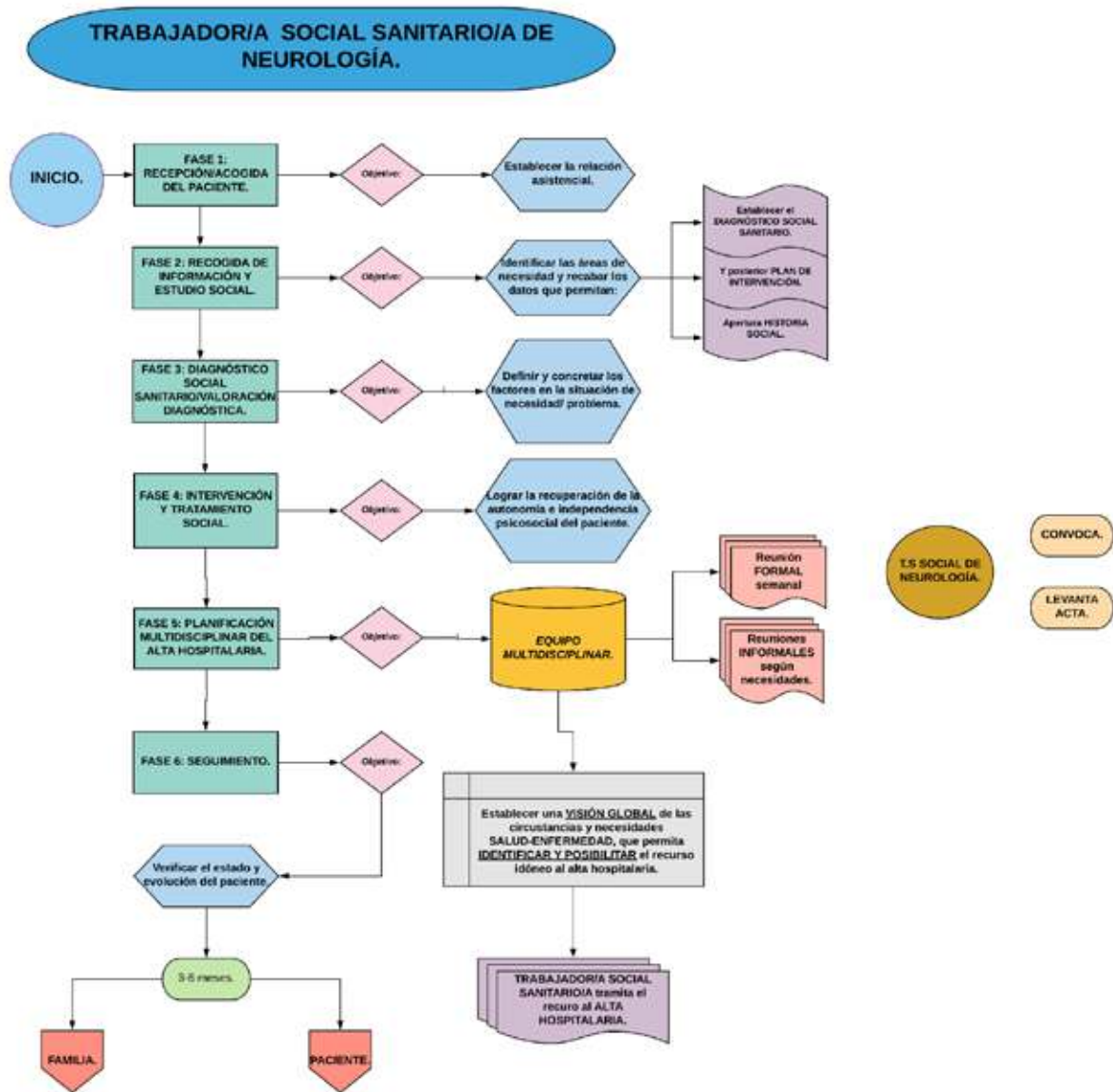
ANEXO 2. TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE NEUROLOGÍA.

Gráfico 1. Trabajo Social de Neurología.



Nota. Tabla de elaboración propia, creada a partir de las bibliografías: Arredondo et al (2013); Askunze, Eizaguirre y Urrutia, (2004); Barnechea y Morgan, (2010). Cifuentes Gil, R.M. (2010). Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2016); Gracia y Forcano (2006). National Association of Social Workers. NARSW (1992). Olmedo y González, (2019).

### ANEXO 3. FLUJOGRAMA ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID



Nota. Elaboración Propia. Flujoograma de la actuación de la Trabajadora Social del Hospital Clínico Universitario de Valladolid del área de Neurología.

## ***El duelo desde el Trabajo Social. Experiencia de intervención social con grupos***

*Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social*

**Ana Cristina Ruiz Mosquera**  
Trabajadora Social Asociación Alhelí

### **Resumen:**

Introducimos el duelo por pérdida de ser querido, destacando que el Trabajo Social, diariamente, interviene con usuarios/as en duelo por distintos tipos de pérdidas. A continuación, hacemos un análisis de los antecedentes teóricos sobre el duelo, sus fases y los tipos con el objetivo de conocer y reconocer el espacio de intervención del/la profesional del Trabajo Social en el acompañamiento, atención y apoyo a través de la intervención grupal. Presentamos buenas prácticas desde el Trabajo Social con personas que han sufrido pérdidas de seres queridos, intervención dirigida a la promoción del apoyo social para evitar así la constitución de duelo patológico. En conclusión, se corrobora que la práctica profesional del Trabajo Social centrada en la prevención del aislamiento social incluye tanto la promoción de relaciones y vínculos sociales como el fomento de una participación que reconoce a las personas como protagonistas en la elaboración de su proceso de duelo.

### **Palabras claves:**

Duelo, Trabajo Social, intervención, aislamiento social, grupo de ayuda.

### **Abstract:**

We introduce mourning for the loss of a loved one, highlighting that Social Work intervenes on a daily basis with users in mourning for different types of losses. Next, we do an analysis of the theoretical background on grief, its phases and types with the aim of knowing and recognizing the space of intervention of the Social Work professional in the accompaniment, attention and support through group intervention. We present good practices from Social Work with people who have suffered loss of loved ones, an intervention aimed at promoting social support to avoid the constitution of pathological grief. In conclusion, it is corroborated that the professional practice of Social Work focused on the prevention of social isolation includes both the promotion of social relationships and ties and the promotion of participation that recognizes people as protagonists in the development of their grieving process.



**Key words:**

Mourning, Social Work, intervention, social isolation, help group.

**1. INTRODUCCIÓN. APROXIMACIÓN AL DUELO DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

Gran parte de la intervención profesional que realizamos desde la disciplina del Trabajo Social, se centra de forma directa o indirecta sobre las múltiples pérdidas de diferentes naturalezas que sufren los usuarios y usuarias, todas ellas divergentes: pérdidas de poder adquisitivo, de viviendas, de empleo, de libertad, de salud y la protagonista de este artículo, la pérdida de familiares o seres queridos por fallecimiento. Se trata de pérdidas que sitúan a estas personas ante una gran vulnerabilidad social, pérdidas para las que los/las profesionales del Trabajo Social contamos con herramientas de intervención, persiguiendo incansablemente el objetivo de que los/as usuarios/as afronten estas nuevas situaciones, herramientas que ayudan a empoderar a las personas que acuden a nuestros servicios. La experiencia del duelo se caracteriza por ser única, personal e ineludible (Suárez, 2016).

El duelo tras la pérdida de un ser querido es un proceso tan natural como necesario para la adaptación a la vida sin la persona fallecida, pero en numerosas ocasiones las personas que sufren la pérdida no reconocen sus herramientas para seguir adelante y aprender a convivir con la ausencia. Cada persona hace frente a este trance de forma distinta, con sus particularidades, pero de forma general atraviesan las fases de: negación, ira y rabia, negociación, dolor emocional hasta llegar a la aceptación, momento en el que se consigue reubicar emocionalmente al ser querido y convivir con su ausencia física.

En el caso de fallecimientos traumáticos: suicidios, accidentes de tráfico, muertes súbitas, muertes por violencia de género o muerte por enfermedad (como las acaecidas a raíz del Covid-19) a la pérdida se suma la influencia de factores como la sorpresa, la incomprensión, la incertidumbre, la rapidez, la impotencia, pudiendo provocar en las personas cercanas una situación de desbordamiento emocional y distanciamiento social. Según las circunstancias y los factores externos e internos a las personas, *éstas elaboran el proceso de duelo*. La intervención desde el Trabajo Social para la elaboración de un duelo lo más sano posible, se basa fundamentalmente en la prevención del aislamiento social de la persona doliente, en el favorecimiento de la expresión emocional y en la facilitación de las tareas del duelo a través del Trabajo Social con grupos.

Se trata de una figura profesional que facilita y ayuda a reconocer los recursos personales y sociales con los que las personas pueden contar en los momentos más duros de sus vidas. Como profesionales, los/las trabajadores/as sociales damos seguridad a nuestros/as usuarios/as, haciéndoles entender que es normal que sientan tristeza, ira, rabia, impotencia, que estén enfadados/as, y afectados/as emocionalmente por haber perdido a su ser querido, acercándolos al recurso de formar parte de un grupo, de sentir que se está acompañado/a en esos momentos y que se recibe apoyo, comprensión y cariño de personas que se encuentran atravesando también el proceso de duelo, de ser parte de un grupo de ayuda mutua en el que se recibe y se da acompañamiento social durante el tiempo que la persona va elaborando su duelo, hasta que la persona aprende a convivir con la ausencia del ser querido.

Este artículo nace con el objetivo de dar a conocer y establecer un escenario de intervención poco explorado, conocido y reconocido hasta el momento para la figura profesional del Trabajo Social, la intervención basada en el acompañamiento, atención y promoción del apoyo social a través del Trabajo Social con grupos de personas que han sufrido la pérdida de seres queridos, personas que está atravesando el proceso de duelo.

## 2. ANTECEDENTES TEÓRICOS SOBRE DUELO Y EL TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS

El duelo es un proceso de dolor y sufrimiento generado por la experiencia de la muerte o pérdida de alguien con vínculos afectivos significativos (Bowlby, 1998). Se trata de una reacción emocional, física y psíquica, como respuesta a una ruptura de vínculos (Franco, 2005; Kübler-Ross, 1996). Desde la disciplina del Trabajo Social se debe entender el duelo como un proceso en el que se establecen una serie de tareas a realizar y que expone a las personas que lo experimentan a una situación de especial vulnerabilidad suponiendo este colectivo un nicho de intervención social. La persona que ha sufrido la pérdida debe estar activamente implicada en la elaboración del proceso de duelo, no puede esperar a atravesar una serie de fases. Como señala Calvo (2005) el duelo es un proceso normal, dinámico y activo y no un estado. Se trata de un proceso íntimo y privado, pero a la vez con un determinado componente público, compartido con las personas de nuestro entorno, con nuestra comunidad, generándonos a los/las trabajadores/as sociales nuevos modos de obrar para con las condiciones de vida de una comunidad (en el sentido defendido por el padre del Trabajo Social Comunitario, Marco Marchioni). El duelo es un proceso que tiende a la reorganización y elaboración, con dimensiones individuales, familiares y sociales (Calvo, 2005:81) pero en ocasiones, no se resuelve de forma salutógena generando desórdenes de salud mental, física (debido a la somatización del dolor) y relacional.

Estos desórdenes se ponen de manifiesto cuando la persona se ve envuelta en un duelo patológico o complicado, existe una incapacidad por parte del doliente de resolver las reacciones propias del proceso como apuntan autores como Bowlby (1998), Kübler-Ross (1996), Parkes (1998), Fonseca (2004) y Caterina (2008) entre otros. Profundizando más con el duelo que en estas páginas se trabaja, Parkes (1998) definió distintos tipos de duelo dentro del denominado como patológico: duelos crónicos, que se manifiestan con la prolongación indefinida del duelo; duelos inhibidos, que presentan la ausencia de los síntomas del duelo normal; duelos postergados, carente de reacciones inmediatas a la muerte y que más tarde presenta síntomas de duelo distorsionado o duelo no reconocido, como el que en ocasiones se encapsula tras sufrir un aborto. Las personas que se enfrentan a estos tipos de duelo, presentan necesidad de intervención psicosocial, intervención que se fortalece cuando de Trabajo Social con grupos hablamos.

La pérdida es inevitable y seguida de ella se experimenta el duelo, se trata de un proceso inherente y fundamental al que las personas que lo sufren están expuestas, de forma significativa y en repetidas ocasiones, lo que suscita la necesidad de hacerle frente. Si el proceso de duelo es experimentado dirigido a la resignificación de la relación con el vínculo perdido y la persona aprende a convivir con la ausencia del ser querido, se elaborará de una forma saludable. Para esto el mejor antídoto es el apoyo social y comunitario, más efectivo aún si está protagonizado por personas que comprenden el proceso y las emociones y sentimientos que lo caracterizan. Experimentar el duelo tras la pérdida de un ser querido

es una experiencia que está compuesta por distintos elementos traumáticos, generando sensaciones estresantes para las personas que lo sufren.

Aunque cada persona elabore el proceso de duelo de forma diferente, las reacciones y expresiones humanas son comunes. Autores como Bowlby (1998) y Kübler-Ross (1996) contemplaban una serie de fases entre las que oscila toda persona que sufre una pérdida: Fase de shock o embotamiento, esta fase es de duración variada entre algunas horas o días tras el fallecimiento y se manifiesta por la incredulidad, la desesperación, la incompreensión, la ira o la rabia. Tras la negociación o tregua personal de incredulidad, la siguiente fase es identificada como depresión por Kübler-Ross (1996) o anhelo y búsqueda de la figura perdida de Bowlby (1998) esta fase se caracteriza principalmente por la tristeza, la persona se hunde por un largo periodo tras tomar conciencia real del fallecimiento del ser querido, se trata de un periodo de desesperanza, identificado por Bowlby (1998) como fase de desorganización. La persona en duelo se encuentra muy desmotivada y el principal signo que presenta es el aislamiento social, el distanciamiento de las personas de su entorno y comunidad. Tras este periodo de mayor o menor duración, la persona consigue volver a organizarse, a su ritmo y medida aceptando el fallecimiento de su ser querido. La persona aprende a convivir con el recuerdo, comienza la aceptación de la pérdida y la necesidad de retomar sus actividades cotidianas, sabiendo que ya nada vuelve a ser igual. Cuando hablamos de las repercusiones familiares, atendiendo a la situación de la pérdida, el duelo puede significar un debilitamiento o hasta una ruptura de vínculos (Di Maio, 2015).

Como indican Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997); Parkes (1972) y Worden (1998) el proceso de duelo se considera patológico cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el normal funcionamiento en la vida cotidiana, la duración de la reacción se extiende en el tiempo (dura más allá de un año) y aparecen síntomas inhabituales (por ejemplo, alucinaciones, ideas delirantes o pensamientos suicidas recurrentes). Se trata de una intensificación del duelo en el que la persona niega la pérdida, manifiesta conductas desadaptativas, se siente desbordada y continua en este estado, sin avanzar en el proceso de duelo (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980).

El duelo patológico se puede manifestar a nivel físico a través de una somatización de la depresión (Alario, 1996; Hinton, 1974) surgiendo alteraciones de la salud persistentes como fatiga crónica, trastornos del sueño y del apetito o conductas hipocondríacas entre otras, mientras que a nivel psicológico se manifiesta en forma de culpa, autorreproches, pensamientos de muerte persistentes o irritabilidad emocional con su entorno lo que le hace alejarse del mismo. La tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como el aislamiento social, la falta de cuidado personal, el enlentecimiento psicomotor acusado, el consumo abusivo de psicofármacos, etcétera.

Por tanto, uno de los signos más visibles del duelo patológico se manifiesta con el aislamiento social de la persona doliente, signo que supone una puerta abierta a la intervención del Trabajo Social. Ituarte (1992), plantea que el Trabajo Social por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a los grupos que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales (como es proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido), a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales. El duelo diagnosticado como patológico puede manifestarse como una depresión siendo común también su aparición en forma de ansiedad o de somatización. Cuando da comienzo el pro-



ceso de duelo, la sintomatología más común es la que se manifiesta físicamente, pero con el transcurso de los días y los meses estos síntomas pueden declinar apareciendo en oleada los psicológicos: desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir entre otros (Clayton, 1985).

Según Lazare (1979) la detección del duelo patológico se lleva a cabo por dos vías: la búsqueda de ayuda terapéutica por este problema siendo mucho más frecuente su detección en la consulta por algún otro tipo de problema percibido como médico o psicológico. Es aquí donde interviene la figura del profesional del Trabajo Social, donde encuentra su espacio de coordinación con otros profesionales y de derivación de estos casos a profesionales que trabajen de forma íntegra y específica el duelo a través de la prevención del aislamiento social de los dolientes, realizando una intervención a través de grupo de un grupo de ayuda.

El apoyo social y la ayuda mutua generada en espacios grupales y comunitarios son sistemas vitales de la intervención social, que previenen el duelo patológico, el distanciamiento social y de la pobreza emocional generada por carencias afectivas y sociales. Esta medicina social se hace posible en grupos primarios de familia, personas cercanas y a través de grupos compuestos por otras personas que están pasando la misma situación, personas que también están en duelo.

Cuando el apoyo social es insuficiente, se incrementa el sufrimiento y el distanciamiento del entorno, las personas se autoexcluyen socialmente y, en consecuencia, se debilitan. Es por ello que resulta fundamental la intervención desde el Trabajo Social para fortalecer las redes sociales e incrementar la capacidad de respuesta de las personas en su organización para la superación de sus condiciones de vulnerabilidad.

La red de apoyo social de una persona que se enfrenta al duelo tras perder de forma traumática a un ser querido, debiera estar compuesta por contactos sociales duraderos, que en épocas de crisis respondan y faciliten a la persona el movilizar sus recursos internos, dominar las tensiones emocionales, proporcionar ayuda estratégica para mejorar así el manejo de la elaboración de su proceso.

Desde el Trabajo Social, como se presenta en el siguiente apartado de este artículo, se apuesta por la intervención social grupal para la prevención del duelo patológico o complicado ya que así consigue abordar aspectos que serían de muy difícil acceso a nivel individual, como la posibilidad de vincularse en la relación, y además hace posible trabajar aspectos como:

- a) La prevención del aislamiento social de los dolientes. El facilitar un espacio de relación amortigua el distanciamiento social experimentado durante el duelo, tiempo en el que muchas personas se sienten culpables, desoladas, preocupadas, angustiadas, a nivel personal y relacional. Es el grupo de la mano del/a profesional quienes actúan como apoyo en el proceso de poner palabras a sus sentimientos, emociones, quienes conocen la situación y empoderan a la persona en la comprensión del proceso, búsqueda de alternativas y progreso en su duelo.
- b) Evitación el bloqueo del desarrollo social de las personas afectadas. Las personas que piden ayuda para elaborar su duelo son personas con una gran necesidad de ser escuchadas, desde una escucha compartida, comprendida y acompañada, y el grupo esto se lo permite, se trata de la creación de una relación de igualdad.

- c) Disminución del impacto del duelo en el comportamiento humano. El paso del yo al nosotros, es inherente a la acción social, haciendo que las características del duelo sean socialmente cada vez más visibles. Experimentar los acontecimientos vitales y sociales junto a otras personas es una manera de socializarlos, alejándonos así del enclaustramiento individual que no permite el desarrollo del proceso en una línea saludable.
- d) Facilita la aceptación de la realidad y el dolor de la pérdida. Las personas que deciden pedir ayuda y formar parte de un grupo de ayuda, llevan consigo mitos, creencias, expectativas, deseos y un torrente de sentimientos, realidad tangible que deja de ser individual para convertirse en grupal, buscando su validación y comprensión.
- e) Ayuda a la adaptación a la vida sin el ser querido. La vida puede ser más plena cuando se conocen y reconocen los propios miedos, experimentados y por vivir, cuando se pone palabra a la incertidumbre, a las inseguridades, a los deseos.

Aceptar la pérdida del ser querido, compartir la experiencia vivida y sentida en primera persona, ayuda a las personas en duelo a entender el presente y validarlo, transformarlo y así avanzar juntas hacia el futuro.

### 3. PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL COMO COLUMNA VERTEBRAL DE LA INTERVENCIÓN EN DUELO DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Es necesario para mejorar las circunstancias de las personas que la acción nazca de sí mismas, en interacción con su entorno y con otras personas, solo así podemos llegar al cambio y a la transformación de realidades individuales y sociales. Realidades que ante sucesos traumáticos provocan en la ciudadanía mucha incertidumbre, despersonalización, dolor, tristeza y desvinculación social.

El grupo de ayuda de personas en duelo se caracteriza por reunir a personas que comparten la situación o experiencia de vida de estar elaborando el proceso de duelo tras sufrir la pérdida de un ser querido. Se trata de un espacio de respeto, de comprensión, de expresión emocional, en el que se aprende a poner nombre a los sentimientos y en el que la ayuda más importante que se recibe y se ofrece es el compartir experiencias con otras personas que están en la misma situación, el apoyo mutuo, un grupo que requiere de la guía de una Trabajadora Social. Este grupo genera procesos que motivan el engranaje colectivo de narrativas coherentes, que hacen a cada persona dignificar el significado de su historia.

La figura del/a profesional del trabajo social juega un papel fundamental en el conocimiento de todos y cada uno de los componentes del grupo, en el reconocimiento de sus capacidades de afrontamiento y en la propuesta de actividades que faciliten la elaboración de las tareas del duelo. Ya lo señalaba Mary E. Richmond (1917) en su libro el “Diagnóstico social”, la intervención social debe ser premeditada, alejándose de la parcialidad, es decir, se debe entender como un engranaje de todas las teorías que subyacen a la persona y de su interacción con el entorno. Solo conociendo su universo, percepción y reacción ante la pérdida podremos intervenir de una forma eficaz que facilite al grupo el tránsito por el proceso de duelo tras perder a un ser querido.

## Objetivos de la intervención desde el Trabajo Social con grupos en duelo

Entre los objetivos del grupo de duelo dirigido por el/la profesional del Trabajo Social debemos destacar los siguientes: (1) prevenir el duelo patológico de las personas que acuden al grupo a través del apoyo social (2) permitir a las personas que han perdido seres queridos el reunirse de forma semanal para darse apoyo mutuo en una sesión guiada por un/a profesional del Trabajo Social; (3) ofrecer un recurso externo a la persona en duelo, dándole la oportunidad de conocer a otras personas que están atravesando este proceso tras haber perdido también a un ser querido, compartiendo sus sentimientos y experiencias; (4) proporcionar a las personas un espacio de comprensión en el que se les ofrece la oportunidad de aprender más sobre el duelo y comprender la forma en la que lo están elaborando.

## Participantes del grupo dirigido

Los/as 12 participantes de este grupo son personas de edades oscilantes entre los 35 y los 78 años, que han perdido a hijos por suicidio, hija y nieto por violencia de género, padres por suicidio, hermano por suicidio, muertes súbitas, hijo por accidente de tráfico, parejas por enfermedades e hijos por enfermedad y que, por orientación de profesionales o inquietud personal decidieron acudir con decisión propia a pedir ayuda a la Asociación Alhelí (ver anexo I), teniendo todos en común haber sufrido los momentos más duros de sus vidas.

## Metodología de la intervención

La intervención con personas en duelo debe iniciarse con el autocuidado del profesional antes de comenzar las entrevistas individuales y las sesiones grupales, antes de adentrarnos en cada historia social para así favorecer la sintonía con todos/as y cada uno/a de los/las dolientes partiendo de un/a profesional preparado/a. Una vez en grupo, se hace una breve presentación de la tarea que se va a presentar ese día y del tema que va a protagonizar el comienzo de la sesión, resaltando siempre la frase de “os escuchamos”. Una vez focalizado el tema que abarca la sesión grupal, las personas comienzan a profundizar en el mismo de forma interactiva a través del grupo para continuar realizándoles algunas preguntas directivas con el objetivo de sacar a la luz aquellas herramientas que se encuentran en cada persona y que el resto las conozca y reconozca, en muchas ocasiones interiorizándolas y haciéndolas propias debido a su utilidad. Así se establecen y fortalecen los vínculos relacionales entre las personas que se encuentran atravesando el proceso de duelo. La sesión se finaliza con un resumen diagnóstico de la misma, con el que se busca la validación del grupo para posteriormente continuar con las tareas de duelo la semana siguiente. Durante los días de la semana que el grupo no se reúne, se le dan una serie de pautas a sus componentes para continuar desde casa una misma línea de trabajo del duelo de cara a la sesión siguiente.

Se trata del ejercicio del Trabajo Social controlado y riguroso, una intervención específica en duelo a través de métodos expresivos: cartas, fotos, música, ejercicios con plastilina, con sal, etc con el objetivo de trabajar las tareas del duelo, la ventilación emocional y los recuerdos en positivo. Estas técnicas no se utilizan todas al mismo tiempo, sino que depen-

derá de la decisión del/a profesional, figura que evalúa el impacto que tendrá la tarea según el estilo de afrontamiento del proceso de duelo del grupo.

### Fases de la intervención

En estos grupos de ayuda, el profesional del Trabajo Social invita a cada persona que asiste a compartir sus testimonios centrados de forma principal en el tema del duelo, evitando interpretaciones, consejos, juicios de palabras y de valores. Se comparten experiencias, sentimientos, emociones y pensamientos intrusivos con la finalidad de disminuir el dolor y poder ayudar al resto de componentes del grupo y ayudarse a sí mismos. La característica principal que permite una intervención social organizada es de forma indudable la experiencia compartida, lo que hace posible la comprensión y la comunicación en torno al tema del duelo, tema tan tabú como experimentado por todas las personas que componen la sociedad. La coordinación y dinamización de estos grupos es ejercida, como venimos adelantando, por una trabajadora social con las características y habilidades especiales que otorga la profesión. Se trata de una figura que trabaja para conocer previamente a los componentes del grupo, reconoce sus fortalezas y aquellos puntos más sensibles presentando la capacidad de relacionar previamente aspectos que con posterioridad surgen durante el desarrollo de la terapia. Para ello se realiza una entrevista previa con cada doliente, en la que se completa la historia de vida (centrándose en los aspectos que caracterizan la relación con la persona fallecida, la elaboración del duelo y en conocer su red de apoyo social) y la ficha social (en la que se establecen apartados específicos propios de la materia, destacablemente se señala una persona de contacto que suponga un apoyo en la actualidad, para recurrir en caso de que se considere necesario para trabajar en una misma línea).

Con esta información se crea un mapa diagnóstico que nos permite guiar la intervención a través del grupo. Este mapa diagnóstico contempla aspectos del pasado (circunstancias de la muerte y aspectos relacionales), del presente (en el que se identifiquen las posibles disociaciones, situaciones de negación, evitación y los lazos emocionales que de las personas en duelo se desprendan) y de cara al futuro (¿cómo va a afrontar su día a día con la ausencia del ser querido? ¿con qué red de apoyo social cuenta para elaborar su proceso de duelo?). Partiendo de este mapa diagnóstico del grupo, podemos establecer qué tareas son las propias para favorecer el afrontamiento de la realidad, qué tareas serán beneficiosas para fomentar el apoyo grupal.

Semanalmente, entre los meses de septiembre y junio (inclusive), basándose en la intervención del Trabajo Social con grupos, se diseña y dirige una sesión grupal de dos horas, en la que el objetivo final es sacar la mejor versión de cada persona que acude al grupo, facilitando las tareas del duelo y esclareciendo las herramientas de afrontamiento con las que cuenta para elaborar este proceso, fortaleciendo su red de apoyo social.

### Tareas en las que se basa la intervención con el grupo

Entre las tareas que se trabajan en este tipo de intervención social destacan las relativas a las circunstancias de la muerte (sentimiento de culpa, el no haber podido despedirse del ser querido, la rumiación sobre si se podría haber evitado, la falta de información, el no

poder acompañar y cuidar a la persona fallecida en los últimos instantes, la ausencia de rituales de despedida como sucede en la actualidad debido al Estado de Alarma que estamos atravesando y un largo etcétera de preocupaciones adheridas al momento de la muerte del ser querido que perturban el avance de las personas en su proceso de duelo). También se trabajan tareas referentes a la dimensión intrapersonal, tareas que tienen que ver con el presente no vivido, con el desgarrar del echar menos, con la sensación de no ser capaz de expresar otros afectos. En estas sesiones grupales también se fomenta la gratitud, la reubicación emocional del ser querido y la aceptación de convivir con los recuerdos. Por último, encontramos las tareas relativas a la red de apoyo de la persona que ha perdido al ser querido. En ocasiones, las características y circunstancias del fallecimiento hacen a las personas que conforman el entorno del doliente alejarse, en la práctica comprobamos que es por no saber cómo actuar, cómo interactuar con la persona que acaba de perder a alguien tan importante para ella. Es por eso que resulta tan efectivo el compartir el proceso con personas que están atravesando también un duelo, en palabras de Henry Ford, que se reúna el grupo de ayuda es un comienzo, que permanezcan juntas es un progreso mientras que trabajar juntas supondrá un éxito, palabras que sin duda se materializan en el grupo de personas en duelo.

### **Evaluación de la intervención con el grupo**

La evaluación del desarrollo del grupo de ayuda dirigido se realiza junto a su cierre, cuando las personas han completado el tránsito por las distintas fases de esta experiencia. Se pretende conocer si las tareas realizadas han ayudado a la prevención de desarrollo de un duelo patológico y si han fomentado y fortalecido el apoyo social, el sentimiento de pertenencia al grupo de ayuda. Los usuarios/as, mediante un grupo de discusión, evalúan su paso por el grupo, su evolución en el proceso de duelo y el significado que han tenido las sesiones en este proceso. Además, cada persona comenta las fortalezas y oportunidades identificadas en el resto de personas que conforman el grupo, lo que favorece el empoderamiento de todas las personas. Desde una perspectiva profesional, la evaluación se va realizando sesión a sesión, sistematizando los puntos fuertes de las actividades en relación a las tareas del duelo y los aspectos a mejorar de cara a futuras sesiones, en relación al desarrollo saludable del duelo en las personas participantes. Una vez al mes se recaba la información de las distintas sesiones llevadas a cabo, reflejándose en la memoria de evaluación de grupo.

### **Habilidades necesarias en la relación de intervención en duelo**

En cuanto a la intervención de la/el profesional del Trabajo Social debe caracterizarse por el conocimiento y la comprensión del testimonio y situación de la persona. El/la usuario/a busca más que nunca nuestra validación. Tenemos que reconocer en cada persona lo que está sintiendo, el impacto que la situación supone para ella, realizar una escucha activa y nunca juzgar las palabras ni los sentimientos de quienes nos están invitando a profundizar en lo más recóndito de su ser, de su experiencia. Desde la comprensión podemos facilitarle otros recursos inherentes a su ser y a las personas que lo rodean. Reconocemos su fortaleza y se la hacemos saber, acción que sin duda se ve reforzada desde el trabajo en grupo, se



trata de una validación social. El apoyo social es instrumental, emocional, de generación de estima, de vínculos en definitiva un soporte de experiencias comunes.

El profesional del Trabajo Social tiene que caminar en los zapatos de todos y cada uno de los/las dolientes que conforman el grupo, esta es una de las claves de este tipo de intervención, la sintonía que se mantiene con los/las usuarios/as. Se trata de ser flexibles dentro de la planificación de la dirección del grupo, de estar atentas/os a los temas emergentes y a las oportunidades que estos pueden suponer de cara a los siguientes instantes de la sesión o de las próximas sesiones.

Al conocer la intervención desde la Disciplina del Trabajo Social también debemos atender a aquellas situaciones o circunstancias que pueden generar fracasos en la intervención social para con el grupo. Los abandonos por parte de las personas que están elaborando el duelo surgen por la percepción de poca validación tanto por parte de la figura profesional como de aquellas personas que componen el grupo de ayuda. Esto está estrechamente relacionado con la falta de sintonía, con el sentimiento de exclusión del grupo. Los/las dolientes se pueden sentir cuestionados/as o interrogados/as en vez de comprendidos/as. Otra dificultad en la intervención puede estar protagonizada por la necesidad que suscita en el profesional que la persona elimine con rapidez el sentimiento de culpa, de enfado o de tristeza, se aconseja por tanto dejar sentir, dejar emocionarse, son expresiones naturales que debemos trabajar para comprender y acompañar. El/la profesional que realice este ejercicio de intervención debe conocer y alejarse de la iatrogenia, del daño que podemos provocar en los/las dolientes como efecto secundario a nuestro ejercicio profesional cuando nuestra intervención persigue otro objetivo.

#### 4. LIMITACIONES DE LA INTERVENCIÓN

En el ejercicio riguroso del Trabajo Social se incluye la necesidad de reconocer las limitaciones de la intervención para que signifiquen el punto de partida del diseño de futuros alcances. Inicialmente, señalamos la falta de reconocimiento de la figura del trabajador social como profesional que interviene en procesos de duelo lo que impide en muchas ocasiones el desarrollo de este tipo de intervenciones. Indicar también la dificultad de la experiencia de trabajar con la pérdida de seres queridos, situación que nos afecta a todos en algún momento de la vida y que, en ocasiones, impide la separación de la experiencia personal de la profesional, generando una elevada carga emocional en la trabajadora social. En cuanto a las limitaciones de la intervención con el grupo, señalar la heterogeneidad de la población con la que se trabaja y que implica que, una tarea que para una persona suponga un gran avance en su proceso de duelo puede significar para otra un retroceso, encontrando la explicación en el dinamismo que caracteriza a este proceso y a la confluencia de factores, características y circunstancias presentes en cada usuario/a. También existe limitación en la sistematización de la información, en ocasiones nuestro ejercicio profesional nos aleja del registro de todos los acontecimientos sucedidos durante la sesión. Por último, señalar que, pese a que las sesiones siempre están diseñadas, en ocasiones surgen tareas o temas que se extralimitan a lo pensado por el profesional, lo que se puede traducir en una oportunidad para trabajar otra tarea del duelo o un reto para que el profesional devuelva la sesión al cauce prediseñado.

## 5. CONCLUSIONES Y NUEVOS RETOS.

La red grupal que se genera en el grupo de ayuda de personas que atraviesan el proceso de duelo, representa un nicho contextual, que genera procesos estimuladores de la construcción grupal de narrativas coherentes sobre el tránsito por las distintas fases de este proceso, que aporta significados dignificadores, que van hilando historias de cada una y de todas las personas que asisten al mismo. Son experiencias donde el dolor y las adversidades tienen un sentido comprendido y compartido por todos/as los/las asistentes y que facilita la ocupación de un lugar social digno en la vida de cada una de ellas. El compartir y avanzar durante el proceso de duelo en grupo es una forma de poner en valor las experiencias vividas y que no queden en encapsuladas en el interior de cada persona, en el vacío o en el olvido.

Las personas nos relacionamos con nuestro entorno social creando redes de comunicación. Estas redes sociales familiares, vecinales y comunitarias son un agente de protección frente a la exclusión y el aislamiento, que las/los trabajadoras/es sociales debemos fortalecer. O generar si no existieran. Recae sobre ellas una importancia capital en cualquier tipo de proceso que busque el bienestar y el desarrollo pleno de cada persona. Una de las funciones principales del Trabajo Social consiste en estimular las relaciones humanas, sosteniendo las redes sociales de autoayuda y ayuda mutua.

El Trabajo Social es una disciplina tan necesaria (legitimada por su trayectoria y bases en las que se fundamenta) como poco conocida y reconocida cuando hablamos del trabajo con el colectivo de personas que atraviesan el duelo. Se afirma que la práctica profesional en Trabajo Social incluye por una parte la producción de relaciones, interacciones y vínculos sociales y por otro lado el fomento de una participación que reconoce a las personas atendidas las protagonistas de su propio proceso. Por lo tanto nuestro ejercicio debe estar protagonizado por la producción servicios significativos, de intervenciones eficaces con quienes presentan situaciones de vulnerabilidad social por haber perdido a un ser querido, más si cabe basándonos en que la naturaleza de esta profesión siempre ha sido relacional. El Trabajo Social tiene una función de facilitador y de capacitador de las colectividades, elaborando y utilizando modelos de coordinación para recoger toda la información del duelo, información que requiere de una sensibilidad especial para que así las personas sean capaces de concienciarse sobre su propia realidad, se impliquen y se responsabilicen activamente en su transformación.

El/la profesional del Trabajo Social en su intervención con grupos de personas que están atravesando el proceso de duelo generan vínculos, facilitan alianzas, significándose como profesionales de enlace. En el grupo de ayuda se concluye una metodología participativa, donde el/la profesional capacita y empodera a las personas que acuden en duelo y al grupo, aportando su conocimiento previo de las herramientas que cada persona que acude al grupo presenta, de su potencial y llevándolo a la reflexión sobre la intervención. Se trata de un/a profesional que acompaña y sitúa a las personas en el centro de la sociedad, siendo éstas las protagonistas de sus propios procesos de transformación.

Los principales retos a los que nos enfrentamos desde el Trabajo Social en la intervención con grupos en duelo viene definida por el reconocimiento profesional como agente legítimo y competente de la transformación de los/las usuarios/as durante el afrontamiento

y elaboración del proceso de duelo y la lucha contra una ayuda prestacional con la que se confunde nuestro ejercicio diario. Concluyo así: si vemos que una persona se está ahogando en su proceso duelo, no podemos lanzarle un flotador y pedirle que nade hacia nosotras/os, que llegue solo/a a la orilla, debemos nadar nosotras/os hacia ellos/as y explicarles el sentido de cada ola y los recursos que tiene para combatirlas. No se trata de ofrecerle materiales que portemos sino de ayudar a la persona a que reconozca sus capacidades, la potencia de sus piernas, la fuerza de sus brazos y las distintas técnicas que de su combinación pueden ayudarle a salir a flote y nadar hacia la orilla, completando así su proceso de duelo.

Coincidiendo con la finalización de este artículo, nuestra sociedad está atravesando una pandemia que se está resolviendo con solidaridad y que está ayudando a incrementar las redes de apoyo social en el proceso de duelo. Relaciones de apoyo espontáneas, entre todas las personas, con una especial mira hacia el colectivo de personas mayores. Se trata de relaciones que expresan el sentido de comunidad, ayuda y reciprocidad. Si estas relaciones se consolidan, se convertirán en sistemas de apoyo social grupal y comunitario. Se trata de un tiempo en el que las personas están tomando conciencia del proceso del duelo y se están interesando en representar y profundizar sobre un tema tabú, que afecta a todas y cada una de las personas que componen nuestra sociedad en algún momento de sus vidas. Estas fechas sitúan al Trabajo Social bajo un eje de responsabilidad con su intervención social que puede suponer una oportunidad para poner de relieve nuestro ejercicio profesional para con este colectivo, que se manifieste nuestro trabajo más con el grupo y menos para el grupo.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Alario, S. (1996). Pena mórbida. En Muerte y neurosis. Valencia. Promolibro.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*, v. 2. Biblioteca de psicología profunda 49. El Apego y la pérdida. Paidós. ISBN 9788475093321.
- Calvo, V. (2005). “El duelo migratorio”. *Trabajo Social (7)*: 77-97. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Clayton, P.J. (1985). Duelo. En E.S. Paykel (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid. Pirámide.
- Di Maio Campos Toledo, L. R. (2015). “El tema del duelo en la práctica del trabajador social”. *Trabajo Social*, 17: 239-252. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23,61-83.
- Franco, MH. (2005). Nada sobre mí sin mí: estudios sobre la vida y la muerte. Campinas: Libro completo.
- Hinton, J. (1974). *Experiencias sobre el morir*. Barcelona. Ariel.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Marmar, C. y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Siglo XXI de España, 1992. ISBN 84-323-0759-9
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre la muerte y la muerte: lo que los pacientes tienen que enseñar a los médicos, enfermeras, religiosos y sus propios familiares*. ISBN: 84-253-2445-9.
- Lazare, A. (1979). Unresolved grief. En A. Lazare (Ed.). *Outpatient psychiatry: Diagnostic and treatment*. Baltimore. Williams and Wilkens.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York. International University Press.
- Richmond, M.E (2005). Editor: Siglo XXI de España Editores, S.A.; Edición: 1 (1 de diciembre de 2005). Colección: Trabajo social. Idioma: Español. ISBN-10: 8432312258. ISBN-13: 978-8432312250
- Suárez, M.A (2016). “Muerte, pérdida y duelo. Exploraciones para el Trabajo Social”. Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Worden, J.W. (1998). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.

## ANEXO I

La intervención con grupos que se presenta se enmarca dentro de la Asociación Alhelí, asociación malagueña que trabaja desde hace más de 4 años de forma específica en la prevención del duelo patológico y el acompañamiento durante el proceso de duelo. Desde su constitución, esta Asociación ha contado con una profesional del Trabajo Social reconociendo sus funciones en: coordinación y acompañamiento al grupo de ayuda de personas en duelo, atención y derivación de personas usuarias, realización de proyectos, sensibilización comunitaria a través de jornadas y asistencia a congresos y formación a personas voluntarias que han querido formar parte de nuestro equipo de intervención.

A lo largo del año son muchos los sucesos que provocan la muerte y por lo tanto pérdida de familiares y seres queridos: Covid-19, suicidios, accidentes, enfermedades, incendios, ahogamientos, muertes por violencia de género etc. En esos duros momentos, son numerosas las personas que se ven afectadas de forma directa e indirecta.

El proyecto que defiende la Asociación Alhelí implica un gran impacto social para los ciudadanos de la provincia de Málaga ya que contribuye a la inclusión social de las personas en proceso de duelo, colectivo en riesgo de exclusión social que tienden al aislamiento social, teniendo desadaptaciones cognitivas y conductuales y sensibilizando al resto de la población sobre el proceso de duelo tras fallecimientos (niños/as, jóvenes, adultos y personas mayores).

Los/las trabajadores/as sociales tenemos mucho que contribuir y que intervenir en este ámbito, con estos grupos de personas que se encuentran en duelo. El ejercicio profesional de cada uno es la fuerza que más propaga y que da luz a todo nuestro colectivo.

## “La prevención de adicciones a sustancias en población infanto-juvenil. El caso de dos municipios andaluces”

### “The prevention of the use of addictive substances among the young population. The case of two andalusian municipalities”

*Modalidad: Investigación en el ámbito del Trabajo Social.*

**María de la Cinta Pino Márquez**

Trabajadora Social

**Fernando Relinque Medina**

Trabajador Social y Profesor Doctor en la Universidad de Huelva

#### **Resumen:**

El consumo de drogas va en aumento entre la población más joven, a pesar de los esfuerzos por la prevención. Además, las intervenciones en este ámbito se ven dificultadas en las áreas rurales por el acceso limitado a recursos y servicios.

Por ello esta investigación, de índole cualitativa, se desarrolla en dos pequeñas localidades de la provincia de Huelva, y se dirige a población joven de entre 14 y 18 años. El estudio pretende conocer la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis; la edad media de inicio del consumo; el consumo de padres/madres, convivientes, amigos/as y profesorado del centro educativo como factores de riesgo y/o protección; y el impacto de la información sobre drogas recibida a través de distintas fuentes.

Aspira a obtener las razones del aumento de estas sustancias adictivas en la población diana y propuestas de mejora para intervenciones futuras.

Como conclusión más destacable, se encuentra la falta de referentes que informan y conciencian sobre el consumo de drogas, resaltando la figura del profesional en Trabajo Social Sanitario como fuente fiable para la población diana.

#### **Palabras clave:**

Investigación, sustancias adictivas, adolescentes, prevención.

#### **Abstract:**

Drug use is on the rise among the younger population, despite prevention efforts. Furthermore, interventions in this area are hampered in rural areas by limited access to resources and services.

For this reason, this research, of a qualitative nature, is carried out in two small towns in the province of Huelva, and is aimed at young people between 14 and 18 years old. The study tries to know the prevalence of the consumption of tobacco, alcohol and cannabis; the average age of initiation of use; the consumption of fathers / mothers, partners, friends and teachers of the educational center as risk and / or protection factors; and the impact of information on drugs received through different sources.

It aims to obtain the reasons for the increase of these addictive substances in the target population and proposals for improvement for future interventions.

As a most noteworthy conclusion, there is the lack of references that inform and raise awareness about drug use, highlighting the figure of the professional in Health Social Work as a reliable source for the target population.

### Key words:

Investigation, addictive substances, teenagers, prevention.

## INTRODUCCIÓN

Como afirma Botvin (1995), la adolescencia es una etapa clave en el ámbito de las adicciones pues es cuando se inicia el consumo y se adoptan conductas de riesgo, y es conocido que el consumo de drogas es uno de los principales problemas de la población juvenil en España.

Según la última Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) realizada en 2018, el 74,1% de encuestados y el 77,5% de encuestadas habría consumido alcohol durante el último año, más de un 41% de personas encuestadas ha fumado tabaco, y un 33% cannabis. Los datos relativos a las tres sustancias mencionadas han sufrido un aumento desde la encuesta precedente de 2016.

Esto nos hace plantearnos cuán efectivas y eficaces están siendo las acciones y programas preventivos del consumo de drogas dirigidos a esta población adolescente.

Las áreas rurales con poca densidad de población se ven afectadas y limitadas en el acceso a los servicios y recursos, por lo que el consumo de drogas puede verse agravado.

Por tanto, esta investigación se lleva a cabo en el Instituto de Enseñanza Obligatoria “Diego Macías” que acoge al alumnado procedente de los municipios de Calañas y El Cerro de Andévalo. Estas localidades se sitúan en la parte occidental de la comarca del Andévalo, en la provincia de Huelva. Destacan, entre su población, las problemáticas de empleo, socioeconómicas, el escaso control policial, y otros factores de riesgo que han derivado en un elevado consumo de sustancias adictivas principalmente por parte de la población más joven. Asimismo la edad de inicio del consumo de sustancias se percibe relativamente baja.

Por ello, se hace necesario un diagnóstico de la población diana con la finalidad de conocer factores de riesgo y protección, para el posterior diseño de programas preventivos de consumo de drogas efectivos.

## MARCO TEÓRICO

### La prevención del consumo de drogas.

Nuestro punto de partida es el concepto de “prevención de drogodependencias” que, según Becoña (2002), se basa en el desarrollo de acciones para promover el autocontrol y la resistencia ante la oferta de sustancias adictivas, al mismo tiempo que mejoran la formación y la calidad de vida de la persona usuaria.

Existen diferentes modelos teóricos que guían el diseño y el desarrollo de un programa o acción preventiva. El modelo de influencias sociales se basa en que las razones que llevan al individuo al consumo y a mantenerlo en el tiempo provienen de su entorno social. El modelo informativo enfoca su acción en informar a la población sobre las consecuencias del consumo, se centra en la enfermedad de la adicción y en el individuo como único responsable. Otro de los modelos, el jurídico, aboga por el aumento de las sanciones por el consumo de drogas ilegales como el cannabis, afirma que a más sanción menor consumo. Por último, el modelo de prevención integral, observa todas las dimensiones de la persona que consume, estudia las variables biopsicosociales del individuo (Llano, Martínez, Torres, Ochoa, & Peláez, 2017).

En nuestra sociedad actual, el cambio de comportamientos sociales y el uso de las tecnologías, entre otros aspectos socioculturales, crean escenarios en los que se hacen más accesibles todo tipo de drogas y con ello la reiteración del consumo (Gutiérrez et. al, 2020). Esto hace que muchas acciones preventivas no tengan el impacto esperado.

A lo largo de la evolución de esta problemática social de las drogodependencias, se han propuesto distintos tipos de prevención, los más actuales son: universal, selectiva e indicada. La prevención universal es la que va dirigida a un grupo social general al que aporta habilidades sociales y herramientas para la vida social (valores, comunicación, etc.) con las que tratar de fortalecer los factores de protección ante el consumo de drogas. La prevención selectiva se dirige a un grupo de riesgo (dentro del grupo general) al que se ha detectado con una mayor probabilidad o tendencia al consumo de sustancias adictivas. Por el contrario, la prevención indicada se centra en un grupo diana al que se le considera de alto riesgo por inicio de consumo o por cercanía a sustancias adictivas en cuanto a su tráfico o producción (Castaño, 2006).

En Andalucía, desde la Secretaría General de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, se elaboró el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA) 2016-2021, que persigue tres objetivos generales: evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio, evitar la instauración de conductas adictivas, la dependencia a sustancias psicoactivas y de consumos de riesgo y abusivos para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas, e incorporar la cultura de la calidad y de la evaluación.

Este Plan se compone de cuatro áreas: prevención, atención sociosanitaria, incorporación social y gestión del conocimiento. También encomienda la elaboración y puesta en marcha de planes provinciales para adoptarlo a la realidad de cada población.

Así que, podemos afirmar que se han venido desarrollando múltiples programas preventivos desde entidades públicas como privadas, pero, en su mayoría, no han tenido el efecto esperado.

## Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

Como hemos visto, la prevención de adicciones va dirigida a aumentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo. Se conoce que a mayor edad disminuye el consumo de sustancias adictivas, por lo que es la adolescencia la etapa en la que la prevención tiene más efecto y donde se debe incidir en los factores de protección, mayoritariamente (Díaz & Sierra, 2008).

Los factores de riesgo y de protección se desarrollan durante proceso de socialización. En la familia se empiezan a adquirir creencias, normas sociales, actitudes, valores, etc. En la escuela continua el proceso de socialización con amigos y compañeros durante la adolescencia. Durante todo este proceso se encuentran factores de riesgo y protección de su medio social, familia, sistema escolar y otros propios (Díaz & Sierra, 2008).

Los principales factores de riesgo y protección podemos agruparlos en: individuales, familiares, grupos de iguales, escuela, comunidad y sociedad.

En 2001, se publica un listado de factores de riesgo y protección elaborado por el “Center for Substance Abuse Prevention”, y en este listado se observa que:

- a) A nivel individual los principales factores de riesgo para el consumo de sustancias adictivas son: la rebeldía, grupos de iguales con conductas problemáticas o disfuncionales, relaciones negativas con los adultos, el gusto al riesgo y la impulsividad.

Los factores de protección a este nivel serían: la autoestima alta, actitudes negativas hacia estas sustancias y creencias saludables, entre otras.

Este aspecto es referenciado en el discurso de uno de los expertos entrevistados para la elaboración del diagnóstico inicial de la realidad de estudio (experto 1), quien afirma que la personalidad y el factor individual es el punto clave y más importante a la hora de comprender lo que le lleva a un individuo a consumir o no. La falta de personalidad y la baja autoestima, sobretudo en la adolescencia son un gran factor de riesgo para el consumo.

- b) En el grupo de iguales los factores de riesgo más importantes son: la asociación y relación con iguales infractores que consumen este tipo de sustancias adictivas, así como la susceptibilidad a la presión del grupo.

Un factor de protección importante sería la relación con iguales implicados en actividades saludables.

- c) En la familia los factores de riesgo son las conductas riesgosas y el conflicto familiar. Como factores de protección destacan: el apego, estándares de conducta saludables y un sentido de confianza básico.

Otro de los expertos entrevistados (experto 2) destaca en este sentido *“la importancia de la familia, tanto en la prevención como en la superación de una adicción. La familia es el pilar clave en ambas situaciones.”*



El experto número 3 entrevistado nos comenta sobre este factor que

*la familia y la permisividad son muy importantes, los padres permisivos ven el consumo sobretodo de alcohol como una etapa más de la adolescencia. Las drogas legales tienen más peligrosidad en ese sentido que las ilegales, porque se normalizan.*

En muchas investigaciones sobre la prevención del consumo de drogas aparece la familia como institución que puede actuar como factor de protección o de riesgo, al ser el núcleo principal de socialización, por lo que debe ser un área imprescindible a la que llevar la prevención del consumo de drogas (Arza, Sayón-Orea, & Mateo, 2019).

- d) Con respecto a la escuela, encontramos como factores de riesgo: la conducta anti-social, el fracaso escolar y el absentismo. Como factores de protección destacan: los refuerzos y reconocimientos, normas claras, apoyo de los profesores y buen clima institucional.
- e) En la comunidad el principal factor de riesgo es la disponibilidad y fácil acceso a las drogas. Como factores de protección encontramos la ausencia de accesibilidad hacia este tipo de sustancias y redes sociales de apoyo dentro de la comunidad.
- f) En la sociedad en general que rodea al usuario, los factores de riesgo para las drogodependencias serían: la pobreza, el desempleo, el empleo precario, la discriminación y publicidad para el consumo de sustancias (como el tabaco), entre otros. Entre los factores de protección encontramos: el incremento de los precios de estas sustancias, así como la edad permitida para el consumo y leyes estrictas para el consumo de drogas ilegales.

Como conclusión a todos los factores de riesgo y protección, el experto 2, expone que

*no todas las personas responden igual ante un factor de riesgo. Por eso, depende de cada persona, de la personalidad más o menos fuerte, de las habilidades y destrezas que tenga para evitar, afrontar ciertos factores de riesgo. Por eso es importante en prevención trabajar por construir personas con las habilidades y destrezas suficientes para decir que no, para resistir la presión de grupo, para sortear factores de riesgo en definitiva.*

El entorno en el que el joven se socializa es un factor decisivo en el consumo de sustancias adictivas. Así lo refleja José Luis Sancho (2009) en su ponencia sobre “Factores de protección en la prevención de conductas adictivas”. Explica que la popularidad y normalización de las drogas hace que en los menores disminuya la percepción del riesgo y que consuman drogas cada vez más. Cuando un grupo accede fácilmente a estas sustancias, no existen normas ni leyes que regulen el consumo. Además, la oferta de actividades de ocio para jóvenes es escasa, aumenta mucho la probabilidad de drogodependencias en esa población. Esto último se percibe en mayor medida en las áreas rurales y de poca población, donde la oferta de actividades para la población adolescente es limitada.

La percepción de riesgo es el nivel de identificación de peligro de llevar a cabo una conducta. Esta percepción de riesgo ha ido disminuyendo en algunas sustancias adictivas y esto se relaciona directamente con el consumo de drogas. A menor percepción de riesgo mayor probabilidad de consumir drogas y viceversa. (Martínez Ortiz, 2012)

## El consumo de drogas en población infanto-juvenil.

La iniciación real en el consumo de drogas comienza en la adolescencia temprana. Habitualmente, los adolescentes comienzan consumiendo alcohol y tabaco, y más adelante pasan a consumir marihuana, cannabis y otras sustancias ilegales. (Botvin, 1995)

Existen numerosos estudios que alarman sobre el aumento desmedido del consumo en este grupo de población, y de la baja edad de inicio. En todos ellos aparece el alcohol como la droga más consumida, seguido del tabaco y cannabis (Saiz, Chacón, Abejar, Parra, & Valentín, 2020)

Los motivos de inicio en el consumo de drogas, según las investigaciones existentes, son multifactoriales. Los adolescentes se sienten atraídos por ellas por curiosidad, por sentirse integrados en un grupo de iguales, como signo de rebeldía, etc.; siendo una alternativa fácil y accesible para ocupar el tiempo libre. (Soler, Ferrand, & Albiñana, 2004)

En este sentido, nos afirma el experto 2 entrevistado que:

*las motivaciones que llevan a la población joven a consumir es la curiosidad, probar, si pruebas y te gusta, repites. También la presión de grupo, querer pertenecer al grupo y no ser excluido... La asociación de consumo y diversión. La inexistencia de otras alternativas de ocio diferentes hoy día.*

Es una etapa que se caracteriza por tender a experimentar y a la no percepción del riesgo real de sus acciones (Molina, 2013)

Los rápidos avances tecnológicos producidos en la sociedad, el cambio de hábitos y de formas y prácticas de ocio, han desembocado en la satisfacción inmediata de necesidades y con ello, se ha desarrollado un nivel de frustración sumamente bajo en la población más joven. Esto lleva a los/las adolescentes a llevar a cabo prácticas de riesgo que derivan en conductas problemáticas como el consumo de drogas (Navarro, 2014).

Las aplicaciones móviles se han convertido en una puerta de acceso discreta y segura para la compra-venta de sustancias adictivas como el cannabis. Los datos afirman que estas plataformas se están usando cada vez más con ese fin (Moyle, Childs, Coomber, & Barratt, 2019).

Por todo ello, y como se ha expuesto anteriormente, en la familia recae gran parte de la responsabilidad sobre la prevención del consumo de drogas en la adolescencia. Como institución social que aporta seguridad al cubrir una serie de necesidades básicas de la persona, y a partir de la cual nos incorporamos a la vida social (Botija, 2014).

La familia, la comunicación y el apoyo dentro de esta, son factores que refuerzan el afrontamiento y la resistencia al consumo de drogas, por lo que es necesario que esta sea incluida en todos los programas de prevención y tratamiento en este ámbito (Sy & Hechavona, 2020)

Con respecto a este tema, el experto 2 destaca, a su vez, que la prevención de drogas en adolescentes debe llevarse a cabo:

*mediante programas de prevención integrales en los que participe tanto la familia, como la escuela, como la comunidad y adaptados a cada edad. Programas inespecíficos orientados a la construcción de personas responsables, críticas y libres, que sean capaces de decidir adecuadamente ante cualquier factor de riesgo. Importante la educación en valores y en habilidades sociales. Y mediante políticas orientadas a ofrecer*

*alternativas de ocio para cada de las edades en la comunidad. La prevención comienza en la familia y debe ser reforzada en la escuela y en la propia comunidad, pero todos los agentes socializadores deben ir de la mano para que la prevención resulte realmente efectiva. Una actividad en la escuela sin que en casa se refuerce, no sirve para nada.*

## La prevención de adicciones desde la perspectiva del Trabajo Social.

El consumo de drogas guarda dos vínculos con lo social: por un lado, podemos achacar el motivo del comienzo del consumo a factores de la esfera microsocia (estilo de vida y educación familiar, desestructuración familiar y conflictos familiares) y de la esfera macrosocia (valores y creencias sociales, actitudes en torno a las drogas, etc). Por otro lado, las drogodependencias producen un gran impacto social, provocan un deterioro de salud pública y del bienestar colectivo. (Jiménez, 2016)

El experto entrevistado número 4, nos dice que:

*las adicciones a sustancias están presentes en nuestro cotidiano social por estar vinculadas al ocio, y representan una problemática social en su conjunto, repercutiendo tanto en nuestra salud individual como en la salud pública, al estar tipificadas como sanciones determinadas acciones: conducir bajo los efectos del alcohol, traficar con sustancias tóxicas, presentar conductas agresivas, realizar actos vandálicos, etc).*

Según Gutiérrez (2007) El Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias puede definirse como:

*forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial.*

En general, las principales funciones del trabajador social en prevención de drogodependencias se centran en: ayudar a la persona usuaria y su familia a expresar necesidades, a comprender y aceptar lo que conlleva el proceso de deshabituación, ayudar a la familia a implicarse en el proceso, facilitar acceso a recursos, realizar derivación cuando proceda, y favorecer la reinserción social (Tabares, 2000).

El trabajo social es una praxis profesional orientada al cambio social, al cambio de las interacciones entre los sujetos y los contextos. La intervención en drogodependencias desarrolla en las fases de prevención, de mantenimiento y de reinserción social, haciendo uso de técnicas psicosociales y sociales propias del Trabajo Social (Mayor, 1995)

No podemos dejar de hacer referencia al **Código Deontológico** de esta profesión, este texto contiene las competencias propias del Trabajo Social, que han ido adecuándose a un nuevo tipo de sociedad y realidad social con su última modificación en 2012.

Como aparece en el Artículo 1 del Código Deontológico, este representa “el conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales en el Estado español”.

En el preámbulo de este texto aparecen las funciones del profesional del trabajo social: se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en

muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice. De ello se desprende: información, investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, supervisión, docencia, coordinación.

Otro de los documentos referentes en la práctica de esta profesión es el **Libro Blanco del Grado en Trabajo Social**.

Aquí se vienen a desarrollar los ámbitos de ejercicio profesional del Trabajo Social, en el capítulo 5.4. Entre estos ámbitos, aparecen los servicios de atención a las drogodependencias: servicios de atención (información, prevención, diagnóstico y tratamiento) a las drogodependencias; comunidades terapéuticas; centros de rehabilitación y de reinserción social y laboral.

Más adelante, se enumeran las funciones propias de los diplomados en este grado en el ejercicio profesional, tanto por cuenta propia como ajena. La primera de las funciones que aparece es la función preventiva, que se trata de la actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. Elaboración y ejecución de proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos.

El experto 2, desde su experiencia, nos dice que:

*son muchas las consecuencias a nivel social y familiar que padece una persona que tiene una adicción: conflictos familiares, pérdida del empleo, problemas con la justicia, conflictos con la comunidad, exclusión social, deterioro de la salud,... Ante una demanda de una persona o familia con problemas de adicción, el Trabajador/a social debe diseñar un itinerario individualizado que debe ser consensuado con la persona (para garantizar su participación). En adicciones es preciso trabajar a demanda (no podemos trabajar sobre aquello que la persona no demanda, sobre las necesidades que no son sentidas por la persona). Va a depender del caso, de lo que demande, pero en general el trabajador/a social realiza las siguientes funciones: seguimiento de la familia, orientación del afectado/a hacia los recursos que más se adecuen a su tratamiento, trabajar con el afectado en ampliar su red social, orientar la recuperación o la búsqueda de empleo, y normalizar su situación jurídica.*

### **Contextualización de la investigación.**

En la provincia de Huelva, se detecta que son muy pocos los municipios que hayan abordado una estrategia municipal sobre adicciones, más aún si se trata de municipios menores de 10.000 habitantes que disponen de menos recursos tanto materiales y personales, como es el caso de estas dos localidades en el que se desarrolla la investigación: El Cerro cuenta con menos de 2.500 habitantes, y Calañas con unos 4.000.

En las zonas poco pobladas, como es el caso de distintos municipios que forman la provincia de Huelva, la población más joven ve limitadas sus opciones, recursos y servicios de ocio (San José, 2017). Esto hace que en mayor medida se inicien en el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y cannabis.

El experto entrevistado número 1, expresa su preocupación sobre el consumo entre la población adolescente de los municipios objeto de estudio. Los factores de riesgo predominante en estas localidades, según este experto son: la falta de control policial, los grupos de amigos y falta de lugares de ocio alternativo, así como la falta de control parental.

Insiste en la necesidad de llevar a cabo programas de prevención en el municipio y alrededores, sobre todo empezar a trabajar con adolescentes desde los centros educativos y concienciar a la familias.

## OBJETIVOS

De acuerdo a las necesidades y problemáticas referidas en el marco teórico, con el fin de profundizar en la realidad de las adicciones en la población infanto-juvenil que nos permita priorizar líneas de intervención para poder instaurar y mejorar programas preventivos, se plantean los siguientes objetivos.

### Objetivo general del proyecto.

Analizar la realidad y patrones del consumo de sustancias adictivas de la población adolescente de entre 14 y 18 años en El Cerro del Andévalo y Calañas, municipios de la provincia de Huelva) que permitan mejorar la información del colectivo para el diseño de estrategias específicas de prevención de adicciones.

### Objetivos específicos.

1. Estudiar la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en la población adolescente de 14 a 18 años de El Cerro del Andévalo y Calañas, en la provincia de Huelva.
2. Conocer la edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes de 14 a 18 años de estos dos municipios.
3. Analizar la familia, amigos y profesorado como factores de protección ante el consumo de sustancias adictivas.
4. Analizar el impacto de las campañas y estrategias de prevención en la población adolescente y su repercusión en el consumo.

## METODOLOGÍA

Preguntas de investigación	Objetivos específicos	Dimensiones de análisis
¿Cuál es el porcentaje de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en la población adolescente de los municipios objeto de estudio?	1º Estudiar la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en la población adolescente de 14 a 18 años de El Cerro del Andévalo y Calañas, en la provincia de Huelva.	Porcentaje de encuestados/as que consumen alcohol, tabaco y cannabis, segregado por sexo.
¿El inicio del consumo se da a una edad prematura en esta población objeto?	2º Conocer la edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes de 14 a 18 años de estos dos municipios.	Edad de inicio del consumo de cada sustancia, segregada por sexo.
¿Influye el consumo de entorno del adolescente para su inicio en el consumo?	3º Analizar la familia, amigos y profesorado como factores de protección ante el consumo de sustancias adictivas.	Porcentaje del consumo de alcohol, tabaco y cannabis de amigos/as, padres/madres, convivientes y profesorado de las personas encuestadas.
¿Es efectiva la información sobre consumo de drogas dirigida a este colectivo? ¿Cuáles son las propuestas de mejora?	4º Analizar el impacto de las campañas y estrategias de prevención en la población adolescente y su repercusión en el consumo.	Percepción del nivel de información obtenida sobre el consumo de drogas
		Acciones que consideran más importantes para prevenir adicciones
		Fuentes por las que han recibido información sobre drogas
		Fuentes que creen más fiables que puedan proporcionarles información sobre drogas

En primer lugar, se realiza una aproximación del investigador a la realidad de estudio mediante una revisión sistemática en las siguientes bases de datos: Dialnet, GoogleScholar, Scopus, WOS.

Seguidamente, y para profundizar en el estado de la cuestión y conocer la población diana, se realizaron entrevistas semiestructuradas a expertos en materia de drogodependencias de la zona de estudio, para obtener información más completa y profunda (Díaz, Torruco, Martínez, Valera, 2013) La configuración del panel de expertos se ha realizado mediante la técnica “snowball”, a través de la cual los propios expertos identifican otros profesionales o expertos en la materia. Así el panel ha quedado conformado por 4 expertos de los que pasamos a identificar:

Experto 1: Miembro de la Junta Directiva de AOCD (Asociación Olotense Contra la Droga)

Experto 2: Trabajadora Social del Centro de Día de Adicciones y responsable de programas de Huelva.

Experto 3: Trabajadora Social Sanitario del Centro de Salud Isla Chica (Huelva).

Experto 4: Trabajadora Social del Centro de Encuentro y Acogida del Torrejón (Huelva).

El guión de entrevista está compuesto por 10 preguntas abiertas de base, referidas a las temáticas de: experiencia profesional en este ámbito de las adicciones, perfil de adolescentes con adicciones a sustancias, programas y formas de prevención, y factores de riesgo y



protección. Además, se añaden 3 preguntas más para el experto 1, sobre las localidades objeto de estudio, para conocer la prevalencia de estas sustancias, actuaciones y recursos, y experiencia personal. Asimismo, para las entrevistas a las expertas profesionales en Trabajo Social se añade 1 pregunta sobre la importancia del Trabajo Social en este ámbito (ANEXO VIII).

El marco teórico del presente trabajo ha sido desarrollado de acuerdo al análisis cualitativo de las entrevistas a expertos y la bibliografía consultada.

Tras el conocimiento de la realidad de estudio, y el análisis de los conceptos sobre adicciones, prevención y consumo de la población adolescente, y haber determinado las funciones del Trabajo Social en la prevención de adicciones, se ha elaborado un cuestionario (ANEXO IX) partiendo de la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Este cuestionario está compuesto por 31 ítems con preguntas relativas al consumo de tabaco, alcohol y cannabis (hachís y marihuana); edad de inicio del consumo; consumo de sus padres, amigos y personal del centro educativo; y preguntas sobre su percepción de la información recidiva sobre drogas y programas de prevención.

Una vez diseñado el cuestionario, se contactó con la dirección del I.E.S. Diego Macías, instituto donde acude la totalidad de la población escolar de secundaria de los municipios de El Cerro de Andévalo y Calañas (Huelva), para que los cuestionarios fuesen cumplimentados por todo el alumnado de 3º de E.S.O. a 2º de Bach.

En total se han realizado 90 encuestas entre personas con edades comprendidas 14 y 18 años.

A continuación, se han transferido los datos al software analítico PSPP, configurando una base de datos que será el soporte del análisis cuantitativo realizado. Esta herramienta posee un software libre y se utiliza para análisis estadísticos (Jorge, 2014).

El análisis cuantitativo ha consistido, en primer lugar, en un análisis de frecuencia. Posteriormente se han cruzado los datos mediante correlaciones estadísticas, teniendo cuenta las variables de sexo y edad.

## RESULTADOS

El análisis de resultados de la investigación se ha estructurado de acuerdo a los objetivos planteados.

En cada una de las dimensiones analizadas se incluirán de manera transversal las variables de sexo y edad. Asimismo los datos serán comparados con el ESTUDES a fin de exponer resultados relativos que mejoren la comprensión del fenómeno de estudio.

### Prevalencia del consumo.

Las dos primeras gráficas (ANEXO I) muestran los resultados del primer objetivo específico, la prevalencia del consumo.

Se puede observar que el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia a todas las edades (9 de cada 10 ha consumido alcohol), seguido del tabaco (casi 6 de cada 10 lo ha consumido), y por último el cannabis (2 de cada 10 han fumado cannabis).

Lo grupos de edad con mayor prevalencia de consumo son los de 16 y 18 años, y el consumo se ve que aumenta progresivamente con la edad, así como el consumo múltiple.

En función del sexo, el consumo en los chicos supera al de las chicas en todas las sustancias. Donde se observa mayor diferencia entre chicos y chicas es en el consumo de cannabis, que el porcentaje masculino supera en más de la mitad al femenino.

Un dato relevante es que el total de personas encuestadas que declaran consumir cannabis afirma hacerlo mezclado con tabaco, y en muchas ocasiones con bebidas alcohólicas.

De importancia es mencionar la prevalencia de la práctica del “botellón” ya que casi 8 de cada 10 personas encuestadas refiere haber realizado esta actividad durante el último año. Así como la intoxicación etílica, casi la mitad de personas encuestadas afirman haberse emborrachado en el último año y refieren hacerlo por primera vez antes de la mayoría de edad, coincidiendo, curiosamente, con la edad de las primeras ingestas.

En cuanto al tabaco, los datos revelan que, a pesar de que más de la mitad de personas encuestadas han fumado lo hacen de forma esporádica, y una minoría ha fumado durante el último mes, muy pocas son los que fuman diariamente, por lo que se puede decir que el consumo de tabaco entre los/las jóvenes es más una búsqueda de sensaciones y de hacerse notar entre el grupo de iguales (Pérez & Medina, 2019).

Preocupante es el dato de una nueva actividad adictiva como es el “vapeo”, casi 7 de cada 10 personas encuestadas afirma haber consumido cigarrillo electrónico, esta práctica es peligrosa por no existir tantas campañas de concienciación sobre el riesgo como con el tabaco.

### **Edad de inicio del consumo.**

En cuanto al objetivo específico 2 sobre las edades de inicio de los diferentes consumos, en el gráfica (ANEXO II) se observa la media de las edades de inicio para cada consumo, considerando la variable sexo.

Vemos que las edades de inicio oscilan entre los 14 y 16 años. La edad media de inicio de los chicos es más baja.

La población adolescente se inician antes en el consumo de alcohol, con una edad media de 14.7 años. El cannabis es la sustancia más tardía en la que se inician en el consumo ambos sexos.

La prevalencia del alcohol aumenta progresivamente con la edad, hasta que aquellos que nunca han bebido alcohol representan una minoría en los grupos de 17 y 18 años.

### **El entorno como factor de riesgo y/o protección.**

En cuanto a la familia, amigos/as y profesorado como factores de protección, se han obtenidos datos similares entre el consumo del propio encuestado y los de su red social, esto indica que ejercen influencia en el inicio del consumo de sustancias adictivas.

En el gráfico (ANEXO III) se representan los datos del consumo de los encuestados, grupo de amistades y padres/madres durante los 30 días anteriores a la encuesta. Se observa que los encuestados declaran en todos los casos un consumo mayor por parte de sus amigos/as, que de ellos mismos.

Un dato relevante es el del consumo de tabaco de las personas encuestadas y el de los padres/madres que van muy acorde.

Otros datos relevantes son: que casi 7 de cada 10 personas encuestadas que han fumado alguna vez afirman que convive con personas que fuman diariamente; y que el total de personas encuestadas que fuma diariamente declaran que sus padres/madres fuman, y haber visto al profesorado del centro educativo fumar todos los días.

### **Impacto de acciones preventivas.**

Analizando el último objetivo específico sobre el impacto de campañas de prevención, (ANEXO IV) encontramos que la mayoría de encuestados se siente informado “lo suficiente” con respecto a las drogas, y los chicos dicen sentirse mejor informados que las chicas, aunque, paradójicamente, su consumo es mayor.

En referencia a las acciones que los encuestados creen importantes para resolver el problema de las adicciones (ANEXO V), para ellos la acción más importante es la educación sobre la droga en las escuelas, seguida del control policial, leyes estrictas contra la droga y campañas publicitarias exponiendo los riesgos del consumo.

Por último, el contraste entre las fuentes por las que los encuestados han recibido información sobre drogas (ANEXO VI), y las fuentes que creen más fiables e importantes para proporcionar esta información (ANEXO VII), muestra que los encuestados refieren haber obtenido información sobre drogas principalmente por parte del centro educativo, seguido de padres y medios de comunicación, mientras que en la segunda gráfica, representa que a las fuentes que dan más importancia y fiabilidad son, en primer lugar a los profesionales sanitarios, seguidos del centro educativo.

Relevante es el dato en que los amigos, aunque son importantes proveedores de información sobre drogas, casi al mismo nivel que los profesionales sanitarios, no poseen credibilidad como fuente de información sobre drogas para los encuestados.

## **DISCUSIÓN**

Tras analizar los resultados del estudio y comparándolos con las estadísticas y datos de la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) de 2016, se observa la coincidencia de todas dimensiones analizadas en la investigación.

Es relevante el orden de prevalencia de las sustancias adictivas más consumidas por la población adolescente, en primer lugar al alcohol, en segundo lugar el tabaco, seguido del cannabis.

La edad media del inicio en el consumo de las sustancias estudiadas también coincide con ESTUDES 2016.

Los grupos de edad más consumidores son los de 16 y 18 años. Además, en estos grupos de edad impera el policonsumo, consumo de múltiples sustancias a la vez, como son el alcohol el tabaco y cannabis. Esto se debe al hábito del consumo recreativo en España, que se da en grupo y como forma de ocio (Ruiz, Herrera, Martínez & Puldón, 2016).

Otro dato que nos arroja la investigación que sigue la línea de ESTUDES, es la diferencia por sexo. Los chicos presentan mayor consumo que las chicas en todas las sustancias estudiadas, pero, relevante es que ellos perciben tener un nivel de información sobre drogas mayor que el de ella.

Con respecto a la última tendencia del “vapeo”, es preocupante la baja percepción de riesgo que tienen los jóvenes con respecto a este fenómeno. Se ha estudiado las graves consecuencias que tiene este hábito a largo y corto plazo (Carrasco, 2015), por lo que se hace necesaria la concienciación y prevención de esta creciente práctica.

El consumo de la red social de la persona es un factor determinante para su inicio en el consumo. Como se observa en los datos, la mayoría de población encuestada que consumo algún tipo de sustancia estudiada se rodea de personas que lo hacen incluso más que ellas mismas.

Por otro lado, según la última dimensión de análisis sobre el impacto de las campañas de prevención llevadas a cabo, se advierte que las fuentes de las de que reciben información sobre drogas no son las más fiables para ellos/as, esto repercute en el nivel de concienciación sobre la problemática.

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS INNOVADORAS

Después de analizar los datos obtenidos se ve necesaria una intervención para prevenir el aumento progresivo del consumo de estas sustancias adictivas.

Hemos visto como, acorde con la teoría, la edad de inicio del consumo es muy baja, y la prevalencia a esas edades va en aumento.

Al ver las similitudes de los datos obtenidos con los del informe ESTUDES 2016, se observa que los patrones de consumo en población adolescente son similares en toda España, por lo que si se siguen estrategias basadas en anteriores intervenciones exitosas, se logrará la concienciación sobre drogas y la disminución del consumo.

Conociendo estos datos se pueden planificar actuaciones específicas que dieran un pronóstico favorable.

Observando la importancia que tiene para la población adolescente estudiada la educación sobre las drogas en las escuelas, así como la importancia como referentes para dar esta información de los profesionales sanitarios, una propuesta de actuación sería la coordinación del Centro Educativo con el Centro de Salud a través de la Trabajadora Social Sanitaria para impartir un programa de prevención dirigido al grupo de edad de mayor riesgo, que como hemos visto son los adolescentes de 14 a 16 años, ya que inician el consumo entre esas edades.

Otra propuesta, acorde con los datos obtenidos, sería concienciar a los padres y madres sobre su propio consumo, ya que son factores de protección muy importantes a la hora de una educación en prevención del consumo de estas sustancias.

Así, de acuerdo al análisis de contexto y los datos estadísticos aportados se extrae la necesidad de la implantación de un programa específico sobre prevención de drogas en áreas rurales como los municipios estudiados, con un diseño que tenga en cuenta las características propias de la población adolescente de estos núcleos de baja densidad de población, que actuara tanto en estos municipios como en los alrededores, y que llevara a cabo una atención e intervención integral a todos los niveles y una coordinación permanente, para paliar y reducir esta problemática de las adicciones a sustancias con multitud de consecuencias físicas, psicológicas y sociales, tanto para el consumidor como para su entorno.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2004). *Libro Blanco. Título de Grado en Trabajo Social*.
- Arza, J., Sayón-Orea, C., & Mateo, M. (2019). Evaluación del proyecto “Prevenir en Familia”: educación entre iguales para la prevención del uso de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 54-68.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del interior.
- Botija, M. M. (2014). Los centros de internamiento españoles para adolescentes en conflicto con la ley: Principio de Resocialización desde la Perspectiva del Trabajo Social. *Tesis Doctoral*. Valencia.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 333-356.
- Carrasco, C. (2015). El vapeo que nos confunde: oportunidades y amenazas del cigarrillo electrónico. *Revista Española de Drogodependencias*. 62-74.
- Castaño, G. A. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y drogas*, 127-148.
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. (s.f.). *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*.
- Consejo General de Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 162-167.
- Díaz, R., & Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e investigaciones sociales*, 161-187.
- Gardner, S., Brounstein, P., & Stone, D. (2001). *Science-Based. Substance Abuse Prevention: A Guide*.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Gutiérrez, A., García, C., Antolín, J. L., Sanz, F., Parodi, S., Bazán, L.,... Martín, J. (2020). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Sanz y Torres SL.

- Jiménez, A. (2016). El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid. *Tesis Doctoral*. Madrid.
- Jorge, P. (2014) Manual introductorio al uso del programa PSPP para el análisis de datos. Biblioteca Lascasas. *Biblioteca Lascasas*.
- Llano, L., Martínez, M. G., Torres, M., Ochoa, J. M. y Peláez, D. (2017). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Revisión teórica de los modelos y estrategias preventivas. *Drugs and Addictive Behavior*, 131-141
- Martínez, E. (2012). La prevención del consumo de alcohol en los adolescentes: una tarea urgente. *XIV Jornadas Asociación Proyecto Hombre*, 23-26.
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 213-240.
- Molina, R. (2013). Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 205-216.
- Moyle, L., Childs, A., Coomber, R., & Barratt, M. J. (2019). #Drugsforsale: An exploration of the use of social media and encrypted messaging apps to supply and access drugs. *International Journal of Drug Policy*, 63, 101-110.
- Navarro, J. J. (2014). Estilos de socialización en adolescentes en conflicto con la ley con perfil de ajuste. Riesgos asociados a su comportamiento. *Tesis Doctoral*. Valencia.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. (2016). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. (2018). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.
- Pérez, G., Medina, B. & Rubio, L. (2019). Influencia de la impulsividad y de la búsqueda de sensaciones en el consumo precoz de cannabis. Diferencias de género y orientaciones para la prevención. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27-40.
- Ruiz, H., Herrera, A., Martínez, A. & Puldón, G. (2016). Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el CDA del municipio Playa. *Convención Internacional Virtual de Ciencias Morfológicas*.
- Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 33-40.
- San José Burgos, E. (2017). El desarrollo rural y la educación de calle: proyecto para la prevención de drogas en jóvenes del medio rural. *Trabajo de Fin de Grado*.
- San José Burgos, E. (2017). El desarrollo rural y la educación de calle: proyecto para la prevención de drogas en jóvenes del medio rural.
- Sancho, J. L. (2009). Factores de protección en la prevención de conductas adictivas. *XI Jornadas de Menores*, 2-5.

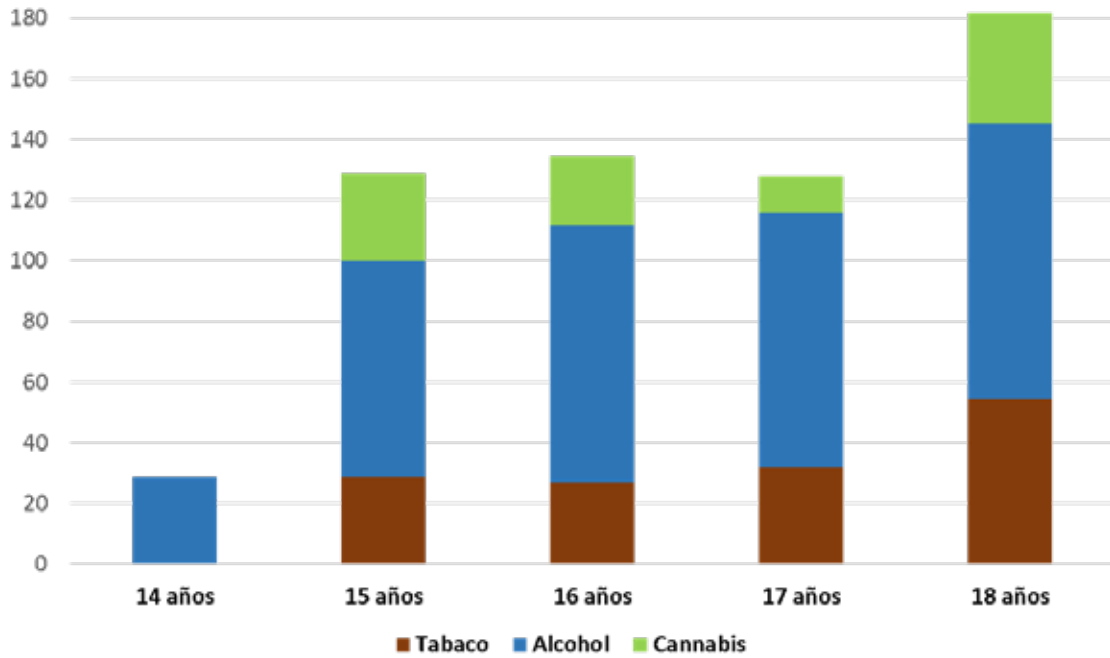


- Soler, F., Ferrando, P., & Albiñana, A. (2004). No es solo decir “NO”. Ensayando la toma de decisiones en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias.*, 37-52.
- Sy, T. R. L., & Hechanova, M. (2020). Family Support as Moderator of the relation between Coping Skills and Substance Use Dependence among Filipinos who use drugs. *Asia-Pacific Social Science Review*, 20(1).
- Tabares, M. (2000). La prevención en drogodependencias desde la perspectiva del Trabajo Social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo social y acción social*, 7-16.

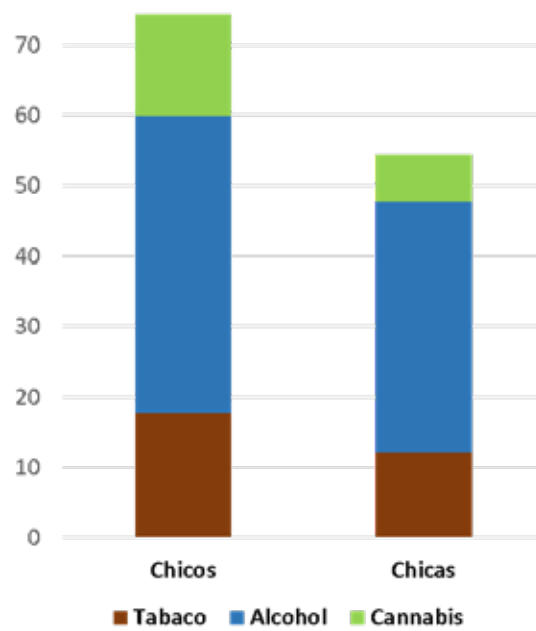
## ANEXOS

### ANEXO I:

Prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis



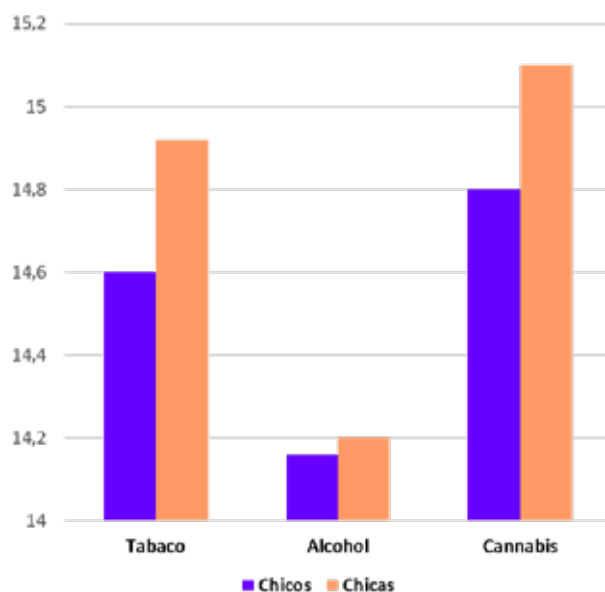
Elaboración propia 1



Elaboración propia 2

**ANEXO II:**

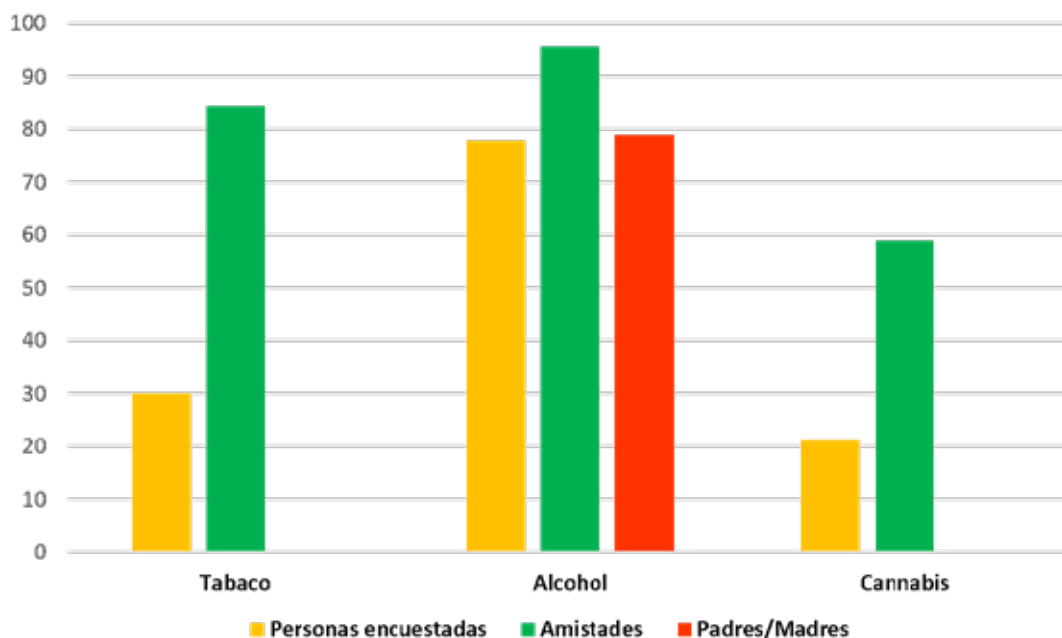
Edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y cannabis



Elaboración propia 3

**ANEXO III:**

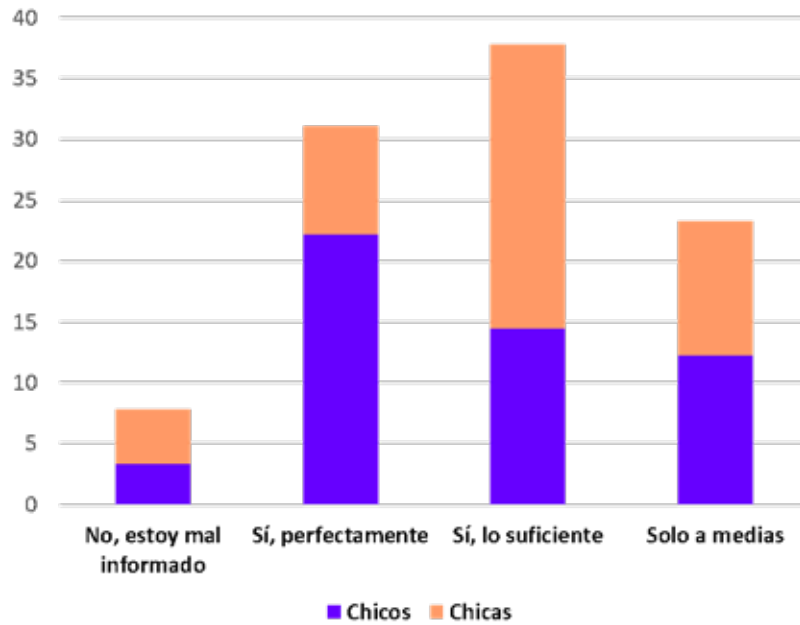
Factores de protección



Elaboración propia 4

#### ANEXO IV:

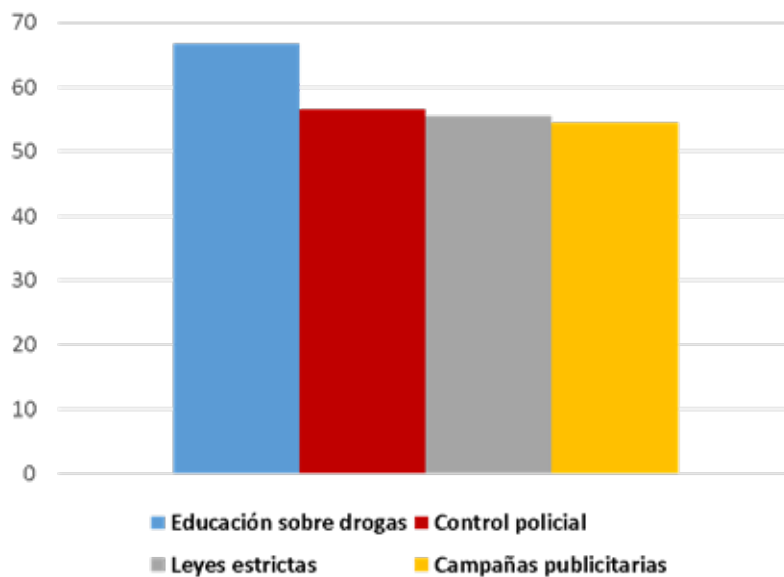
Impacto de las campañas y estrategias de prevención en la población adolescente y su repercusión en el consumo



Elaboración propia 5

#### ANEXO V:

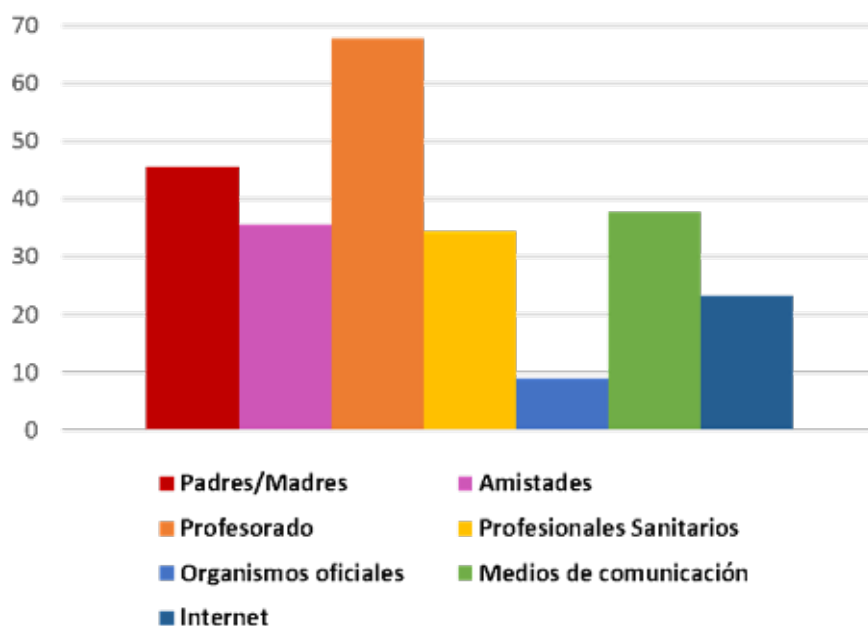
Acciones contra las drogas que consideran importantes



Elaboración propia 4

### ANEXO VI:

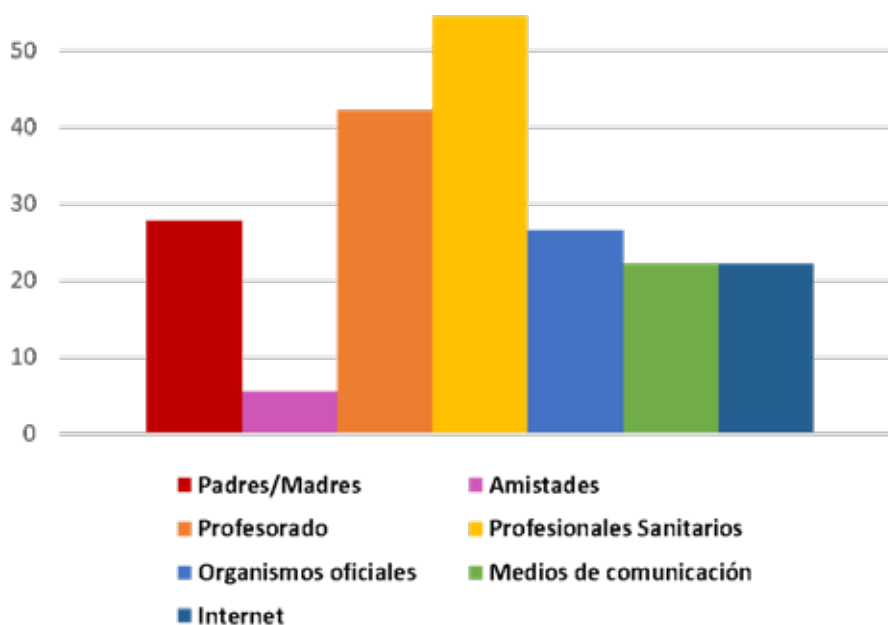
Fuentes por las que han referido obtener información sobre drogas y adicciones



Elaboración propia 5

### ANEXO VII:

Fuentes que creen más fiables para obtener información sobre drogas y adicciones



Elaboración propia 6

## ANEXO VIII:

### GUIÓN ENTREVISTA A PROFESIONALES EN MATERIA DE ADICCIONES

1. ¿Qué funciones desempeña en su entidad?
2. ¿Qué relación tiene en su ámbito de trabajo con las adicciones a sustancias? ¿trabaja con población infantojuvenil?
3. ¿Diría que ha cambiado el tipo de adicción con el paso de los años o siguen siendo principalmente a las mismas sustancias tradicionales?
4. ¿Qué opina sobre la prevención de las drogodependencias?
5. ¿Cuál sería, a su juicio, la mejor manera de prevenir las drogodependencias en población infanto-juvenil?
6. ¿Cuál cree que es el mejor ámbito de prevención (familiar, escolar, etc.)?
7. ¿Existe un perfil de adolescente con drogodependencias (fracaso escolar, familia desestructurada, etc.)?
8. ¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más influyen en los adolescentes del Cerro para consumir drogas?
9. ¿Qué podemos hacer los ciudadanos de a pie para prevenir el aumento de consumo de droga en la sociedad?
10. ¿Qué ha aprendido, a nivel profesional y personal, de su experiencia en las drogodependencias?

### PREGUNTAS AÑADIDAS A LA ENTREVISTA DEL EXPERTO 1.

11. ¿La presencia de adicciones a sustancias en el Cerro del Andévalo y Calañas, suponen una problemática social en la localidad? ¿qué tipo de intervención se requiere?
12. ¿Qué recursos trabajan en la prevención de adicciones en estas localidades?
13. ¿Ha llevado a cabo o ha participado en alguna campaña de prevención o proyecto de intervención en materia de drogas en El Cerro o alrededores? ¿Con qué resultado?

### PREGUNTA AÑADIDA A LAS EXPERTAS EN TRABAJO SOCIAL.

14. ¿Qué importancia tiene el papel del trabajador social en la prevención de las drogodependencias?



ANEXO IX

**CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES DE EL CERRO DE ANDÉVALO Y CALAÑAS.**



Trabajo de fin de grado. Universidad de Huelva.

P1. Hombre 1   
Mujer 2

P2. EDAD | | |

P21N. ¿HAS FUMADO CIGARRILLOS ALGUNA VEZ EN TU VIDA? No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona.

Sí ..... 1   
No ..... 0

P21A. ¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO FUMASTE UN CIGARRILLO POR PRIMERA VEZ? NO INCLUYAS DAR UNAS CALADAS AL CIGARRILLO DE OTRAS PERSONAS.

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 1
-------------------------------	----------------------------

P23. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS FUMADO CIGARRILLOS?

Sí ..... 1   
No ..... 0

P24. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS FUMADO CIGARRILLOS?

Menos de un día a la semana .....  1  
Algún día a la semana, pero no diariamente .....  2  
Diariamente .....  3  
Nunca .....  0

P24A. ¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO EMPEZASTE A FUMAR CIGARRILLOS DIARIAMENTE?

ANOTA LA EDAD: \_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he fumado cigarrillos diariamente	<input type="checkbox"/> 2

P25. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DÍA, POR TERMINO MEDIO?

| | | Cigarrillos

No fumo cigarrillos diariamente	<input type="checkbox"/> 1
No he fumado cigarrillos nunca	<input type="checkbox"/> 2

P26. ¿TE HAS PLANTEADO ALGUNA VEZ DEJAR DE FUMAR?

Sí, y lo he intentado ..... 1   
Sí, pero no lo he intentado ..... 2   
No me lo he planteado ..... 3   
No fumo ..... 0

P29. ¿ALGUNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA FUMA DIARIAMENTE?

Sí ..... 1   
No ..... 0

Vivo solo	<input type="checkbox"/> 4
Vivo en un centro educativo, colegio mayor, institución, residencia de estudiantes...	<input type="checkbox"/> 3

P30. PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES O COMPARTES TU CASA, SEÑALA SI FUMAN O NO ACTUALMENTE.

	Fuma a diario	Fuma, pero no a diario	No fuma	No convives
Madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Padre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Otros familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8
Vivo solo				<input type="checkbox"/> 1
Vivo en un centro educativo, colegio mayor, institución, residencia de estudiantes...				<input type="checkbox"/> 2

P31. INDICA CON QUÉ FRECUENCIA HAS VISTO FUMAR TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS A PROFESORES/AS, ESTUDIANTES, U OTRAS PERSONAS DENTRO DEL RECINTO DEL CENTRO EDUCATIVO.

	Todos o casi todos los días que has ido a clase	Más de la mitad de los días	Aproximadamente la mitad de los días	Menos de la mitad de los días	Ningún día
Profesores del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
Estudiantes del centro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0
Otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0

P31A. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA HAS FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS, (VAPEAR)?

Sí .....  1  
 No .....  0

P32. ¿HAS TOMADO ALGUNA VEZ EN TU VIDA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

Sí .....  1  
 No .....  0

P32A. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE UNA BEBIDA ALCOHÓLICA? NO INCLUYAS SORBOS O PROBAR DE LA BEBIDA DE OTRAS PERSONAS.

A NOTAR LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he tomado una bebida alcohólica  1

P33. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL ÚLTIMO MES?

1 día	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6
20-30 días	<input type="checkbox"/> 7
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0

P42. ¿CUÁNTOS DÍAS TE HAS EMBORRACHADO POR TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?

1 día	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6
20-30 días	<input type="checkbox"/> 7
40 días o mas	<input type="checkbox"/> 8
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0

P42A. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TE EMBORRACHASTE?

ANOTALA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 1
Nunca me he emborrachado	<input type="checkbox"/> 2

P42B. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, CON QUÉ FRECUENCIA HAS HECHO “BOTELLÓN”?

Dos o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>	1
3 o 4 veces al mes	<input type="checkbox"/>	2
1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3
Menos de 1 vez al mes (Entre 4 y 11 veces al año)	<input type="checkbox"/>	4
De 1 a 3 veces al año	<input type="checkbox"/>	5
No he hecho botellón en el último año	<input type="checkbox"/>	6
Nunca he hecho botellón	<input type="checkbox"/>	9

P43. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFLEJA MEJOR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE TU PADRE Y DE TU MADRE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

	Madre	Padre
No ha bebido ningún día	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Ha bebido algún día aislado	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ha bebido solo los fines de semana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
No lo sabes	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

P46. ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

1 día	<input type="checkbox"/> 1
2 días	<input type="checkbox"/> 2
3 días	<input type="checkbox"/> 3
4-5 días	<input type="checkbox"/> 4
6-9 días	<input type="checkbox"/> 5
10-19 días	<input type="checkbox"/> 6
20-39 días	<input type="checkbox"/> 7
40 días o mas	<input type="checkbox"/>
Ningún día	<input type="checkbox"/> 0

P46A. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, ¿CUÁNTOS PORROS HAS FUMADO EN EL MISMO DÍA POR TÉRMINO MEDIO?

|\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Porros

No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 2

P46B. ¿QUÉ EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE CONSUMISTE HACHÍS O MARIHUANA?

ANOTALA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 1
---------------------------------------	----------------------------

P46E. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿CUÁNDO HAS CONSUMIDO HACHÍS O MARIHUANA, LO HAS MEZCLADO CON TABACO?

Sí.....  .....1  
 No.....  .....2

No he consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he consumido hachís o marihuana	<input type="checkbox"/> 0

P55. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y CANNABIS (también llamado hachís o marihuana) SIN QUE HAYAN PASADO MÁS DE 2 HORAS ENTRE EL CONSUMO DE UNA Y OTRA SUSTANCIA?

1 día.....  .....1  
 2 día.....  .....2  
 3 días.....  .....3  
 4-5 días.....  .....4  
 6-9 días.....  .....5  
 10-19 días.....  .....6  
 20 a 39 días.....  .....7  
 40 días o más.....  .....8  
 Ningún día(0 días).....  .....0

P58. PENSANDO EN LOS AMIGOS Y COMPAÑEROS CON LOS QUE SALES Y TE RELACIONAS HABITUALMENTE, EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEÑALA CUÁNTOS DE ELLOS HAN HECHO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS.

	Todos	La mayoría	Algunos	Unos pocos	Ninguno
Fumar tabaco	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tomar bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Emborracharse	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Hacer botellón	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Consumir hachís / marihuana (cannabis)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

P78. ¿TE SIENTES SUFICIENTEMENTE INFORMADO CON RESPECTO AL TEMA DE LAS DROGAS?

- Sí, perfectamente.....  .....1
- Sí, lo suficiente.....  .....2
- Sólo a medias.....  .....3
- No, estoy mal informado.....  .....0

P79N. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS HAS RECIBIDO, PRINCIPALMENTE, INFORMACIÓN SOBRE DROGAS?

De padres/madres u otros familiares	<input type="checkbox"/> 1
De amigos	<input type="checkbox"/> 2
De profesores o a través de un programa de prevención que se realizó en el colegio	<input type="checkbox"/> 3
De profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/> 4
A través de organismos oficiales (Gobierno, Consejerías...)	<input type="checkbox"/> 5
A través de los medios de comunicación (TV, prensa, radio...)	<input type="checkbox"/> 6
A través de internet (páginas web, blogs, redes sociales...)	<input type="checkbox"/> 7
Otras	<input type="checkbox"/> 8
No he recibido información sobre drogas	<input type="checkbox"/> 9

**“LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES A SUSTANCIAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL. EL CASO DE DOS MUNICIPIOS ANDALUCES”**

**P80N. ¿POR QUÉ VÍA O VÍAS CREES QUE PODRÍAS RECIBIR UNA INFORMACIÓN MEJOR Y MÁS OBJETIVA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO?**

De padres/madres u otros familiares	<input type="checkbox"/> 1
De amigos	<input type="checkbox"/> 2
De profesores o a través de un programa de prevención que se realice en el colegio	<input type="checkbox"/> 3
De profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/> 4
A través de organismos oficiales (Gobierno, Consejerías...)	<input type="checkbox"/> 5
A través de los medios de comunicación (TV, prensa, radio...)	<input type="checkbox"/> 6
A través de internet (páginas web, blogs, redes sociales...)	<input type="checkbox"/> 7
Otras	<input type="checkbox"/> 8
No he recibido información sobre drogas	<input type="checkbox"/> 9

**P81. ¿EN TU ACTUAL INSTITUTO / CENTRO EDUCATIVO, HAS RECIBIDO INFORMACIÓN O SE HA TRATADO EN CLASE EL TEMA DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS EFECTOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y FORMAS DE CONSUMO?**

Sí.....  ..... 1  
 No.....  ..... 0

**P82. PARA CADA UNA DE LAS ACCIONES PARA INTENTAR RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ILEGALES QUE TE VOY A MENCIONAR, DIME SI LA CONSIDERAS NADA, ALGO O MUY IMPORTANTE.**

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	No sabes
a. Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
b. Educación sobre las drogas en las escuelas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
d. Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
g. Control policial y de aduanas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
h. Leyes estrictas contra las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
i. Legalización del cannabis (hachís o marihuana)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
j. Legalización de todas las drogas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## **Terrorismo de género: Cronicidad, progresividad, denuncia tardía y retractación: factores psicosociales que interpelan el tratamiento jurídico del abuso sexual intrafamiliar hacia niños, niñas y adolescentes.**

*Modalidad: Investigación en el ámbito del Trabajo Social*

**Sergio Óscar Libera Medina**

Trabajador Social

### **Resumen:**

En su trayecto literario, el ensayo que se presenta propone estimular la capacidad introspectiva a partir de la revisión y análisis de fuentes documentales y recursos bibliográficos elaborados por reconocidas instituciones y organismos internacionales de protección de los derechos humanos de la niñez y adolescencia, entre estos, podemos mencionar UNICEF, UNFPA, CEPAL, SAVE THE CHILDREN e INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO.

Complementariamente, ponderar protocolos de actuación e insumos teóricos que orientan las prácticas profesionales elaborados por organismos gubernamentales como Ministerios o Secretarías de Estado.

En efecto, su objeto de estudio se erige en realizar un trazado teórico transversal a las complejidades del abuso sexual intrafamiliar tanto en lo que respecta a su revelación como la recepción judicial del relato de los niños, niñas y adolescentes.

### **Palabras clave:**

Niños, Niñas y Adolescentes; Abuso Sexual; Trama familiar; Denuncia Tardía y Retracción; Cronicidad y Progresividad; Derechos Humanos.

### **Summary.**

In its literary journey, the essay presented aims to stimulate introspective capacity by reviewing and analyzing documentary sources and bibliographic resources prepared by recognized institutions and international organizations for the protection of the human rights of children and adolescents, among these, we can mention UNICEF, UNFPA, CEPAL, SAVE THE CHILDREN and IIN.

In addition, weighing action protocols and theoretical inputs that guide professional practices prepared by government agencies such as Ministries or Secretaries of State.



In effect, its object of study is to carry out a theoretical outline transverse to the complexities of intrafamilial sexual abuse, both with regard to its unveiling and the judicial reception of the story of children and adolescents.

### Keywords:

Children and Adolescents; Sexual Abuse; Family plot; Late Complaint and Retraction; Chronicity and Progressivity; Human rights.

## INTRODUCCIÓN

¿Por qué el delito de abuso sexual intrafamiliar constituye un tipo de victimización hacia la niñez y adolescencia difícil de evidenciar? ¿Qué factores inciden en la detección temprana del delito?

El abusador impone la ley del silencio al niño o niña mediante amenazas o manipulación. Convince a su víctima del peligro que existe para ella, para él y para su familia si divulga lo que pasa entre ellos, y la amenaza con dañarla físicamente o a otro integrante del grupo familiar. También busca descargar su angustia en la víctima, haciendo que el niño o niña se sienta culpable y avergonzado/a de lo que le sucede. Le dice, por ejemplo, que se va a ir preso si cuenta lo que está pasando. De este modo, el abusador se asegura de que la víctima no dirá lo que le está ocurriendo (UNICEF, 2007:34).

El abuso sexual intrafamiliar constituye una victimización por razones de género más calladas e invisibles, como proceso de victimización está compuesto por dos elementos sustanciales, es decir, la *violencia* hacia el interior de la trama familiar y la *discriminación* hacia el interior de las instituciones del Estado y la comunidad.

En este sentido, refuerza una vulneración de derechos que se estriba a partir de una relación entre adultos y niños, niñas o adolescentes que se caracteriza por asimetrías y desigualdades concomitantes con el objeto de generar *poder* y sostener el *control*.

Por consiguiente, refleja una matriz de complejidades en torno a la develación precoz del delito y etapas subsiguientes durante el proceso de justicia considerando que los casos se originan y reproducen dentro del seno familiar.

Esto hace fundamental reconocer tanto las limitaciones de las víctimas en cuanto al ejercicio de acceso a la justicia como la agudización del padecimiento producto del trauma ocasionado por el agresor en las sucesivas etapas del proceso penal.

El objetivo principal del sistema judicial no es la protección del niño víctima, sino el enjuiciamiento de un presunto hecho delictivo mediante un proceso justo y, en el caso de que se declare la culpabilidad del acusado, el castigo del presunto agresor. El proceso, pues, no está orientado esencialmente a proteger al niño, sino que este, a ojos de la justicia, es tratado como un testigo de su propia historia del cual hay que obtener pruebas (SAVE THE CHILDREN, 2018: 14).

Por ello, es fundamental trascender el rígido jurídico adulto-céntrico “menores objeto de intervención estatal” hacia el paradigma holístico de derechos humanos “niños, niñas y adolescentes sujetos de derechos”, esto supone profundizar las concepciones de protección especial e interés superior del niño en el acceso a la justicia y tratamiento judicial.

En anuencia, debemos reconocer que persisten rígidos culturales que atraviesan el sistema judicial. Esto puede tener incidencia sobre la decisión de los magistrados al momento de dictaminar penas más cercanas a los mínimos establecidos por la ley que a los plazos máximos que ésta reprocha.

Las sentencias judiciales son escasas y muy benévolas para los agresores, especialmente en delitos sexuales contra las niñas y adolescentes; investigaciones mal integradas no garantizan el acceso a la justicia y reparación del daño (MEXICO. CAMARA DE DIPUTADOS. CELIG, 2019: 14).

Ello, da cuenta de la necesidad de interpelar los rígidos sociales y culturales que atraviesan el tratamiento jurídico respecto a las causas que tramitan abuso sexual intrafamiliar hacia niños, niñas y adolescentes.

## **LA DISCIPLINA VIOLENTA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO DE VICTIMIZACIÓN POR ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR.**

Históricamente, se puede corroborar que los grupos subordinados, en relaciones sociales de poder, como es el caso de los niños y niñas, quedan desposeídos de la inscripción de la palabra, del conocimiento de sus necesidades, sentimientos y del derecho. De ahí la imposterable tarea de recuperar su voz y un lugar en el mundo de los adultos y, por lo tanto, de la legalidad (UNICEF, 2014: 11).

Un rasgo cultural es la disciplina violenta<sup>1</sup> como forma de crianza. Esto genera la naturalización de conductas transmisibles hacia dos riesgos polivalentes.

Les enseña a no comunicar la imposición de los adultos, a callar cuando los hacen sentir mal, cuando les hacen daño o el trato para con ellos les molesta. Esto no fomenta el respeto sino la sumisión.

Les enseña a ser víctimas. Existe la creencia extendida de que la agresión hace más fuertes a las personas que la sufren, les “prepara para la vida”. Hoy sabemos que no sólo no les hace más fuertes, sino más proclives a convertirse repetidamente en víctimas (SAVE THE CHILDREN).

Los niños, niñas y adolescentes no aprenden con un golpe o con insultos aquello que sus madres, padres y cuidadores quieren enseñarles. Tampoco les ayuda a desear portarse bien, ni les enseña la autodisciplina o conductas alternativas para resolver conflictos, sino todo lo contrario: los hace poco sensibles ante las experiencias violentas (UNICEF URUGUAY, 2019: 6).

.....  
1 La disciplina violenta: Está relacionada al maltrato infantil que incluye tanto la agresión psicológica como el castigo físico por parte de los padres, cuidadores y otras figuras de autoridad y se puede producir en el hogar, en la escuela y en otros entornos (UNICEF, 2017: 5).

Expresiones cotidianas como “cállate o te pego; deja de llorar o te pego” son profusamente dañinas dado que el acto o amenaza de violencia física puede coaccionar sobre el ocultamiento de la agresión sexual.

## **ESTIMACIÓN CUANTITATIVA RESPECTO A LOS PERJUICIOS DE LA VICTIMIZACIÓN HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.**

Los perjuicios de la conducta antijurídica penalmente reprochable infieren diversas consecuencias de distinta índole.

*Perjuicios en la productividad* en función que condiciona significativamente la generación de capital humano, es decir, la salud y educación de los niños, niñas y adolescentes; aspectos fundamentales para eventualmente la autonomía en la vida adulta. Esto provoca un declive en la generación de PBI<sup>2</sup>, factor indispensable para el crecimiento sustentable y el desarrollo sostenible.

*Perjuicios en la economía* como resultante de los costos en la asignación presupuestaria para el funcionamiento de las instituciones del sistema salud pública, agencias de seguridad ciudadana, administración de justicia, políticas públicas de prevención por ejemplo campañas de sensibilización social, gestión de infraestructura, insumos y recursos humanos.

*Perjuicios en los procesos de paz* dado que puede manifestarse en hechos de conflictividad social. Por un lado, las coloquialmente denominadas “puebladas” contra instituciones del Estado, por ejemplo, vandalizar dependencias policiales. Por otro lado, los comúnmente llamados “linchamientos”, es decir, agresiones físicas contra los presuntos autores de los delitos o sus propiedades (casa, automóvil, otros) donde la comunidad impacta con ingente fuerza violenta producto de la incredulidad e impotencia frente a hechos de esta naturaleza contra los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes aunado a la sensación de impunidad latente.

Estas representaciones estimables a nivel económico e inmensurable hacia la esfera simbólica reflejan evidentemente los perjuicios que originan la victimización sexual y vulneración de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

En consecuencia, la transversalización de los efectos del abuso sexual intrafamiliar hacia la sociedad trasciende la transgresión de la Ley Penal y costas del tratamiento judicial.

## **APROXIMACIÓN CUALITATIVA RESPECTO A LA EXTENSIÓN DEL DAÑO POR LA VICTIMIZACIÓN POR ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.**

La victimización presenta alcances personales y familiares del daño integral como producto de la acción criminal.

Respecto al daño nos referimos a todos aquellos aspectos corporales y espirituales como consecuencias del delito. En efecto, se pueden identificar diversos factores que afec-

.....

2 El PIB per cápita constituye una medida aproximada de los ingresos nacionales promedio que suele utilizarse para comparar el nivel de desarrollo de distintas sociedades (CEPAL, 2011: 7).

tan la salud integral de las víctimas, entre estos, podemos mencionar:

El *daño sobre la estructura física* manifestado en lesiones leves o graves generando eventuales cuadros de incapacidad (transitoria) o discapacidad (permanente).

El *daño sobre la salud sexual y reproductiva*<sup>3</sup> por curso de embarazo producto de los abusos sexuales, transmisión de enfermedades por vía sexual, aborto e impedimento futuro de maternidad.

El *daño sobre el derecho al nombre y la identidad*. Pueden presentarse casos en que se haya tramitado documento nacional de identidad por ante el Registro Civil de niños o niñas que su nacimiento se gestó producto de abusos sexuales hacia la madre. La sustracción o sustitución de identidad se produce por el único fin de propiciar el ocultamiento del delito.

El *daño sobre la salud mental* en cuanto a problemas asociados a la ansiedad, depresión, trastornos de sueño no solamente por la victimización sexual sino, principalmente, por la imposibilidad de transmitir lo que le sucede. La angustia producto del sufrimiento en silencio, cuadros depresivos por la culpa de la ruptura de la estructura familiar, el agotamiento psicológico por la dilación del proceso penal.

Eventualmente, una respuesta al abuso sexual intrafamiliar puede ser la fuga de hogar asumiendo la economía del sexo como medio o estrategia de sobrevivencia.

La mayor parte de niños y adolescentes de la calle que se prostituyen para sobrevivir ya fueron víctimas del silencio que envuelve la violencia sexual intrafamiliar. (INSTITUTO INERAMERICANO DEL NIÑO, 2003: 24).

El *daño sobre la reproducción social* pudiéndose manifestar en problemas en la dinámica de las relaciones interpersonales e incluso desintegración de vínculos hacia el interior del hogar y dificultades para generar o mantener relaciones sociales en ámbitos externos como la escuela o centros deportivos.

Esto trae aparejado una escasa participación en la adopción de decisiones, redes y relaciones interpersonales limitadas, una reducida movilidad geográfica, una débil autoestima y, en general, un deterioro de la calidad de vida de la víctima, que incide en sus posibilidades de elegir y ejercer el control sobre su propia vida y recursos (CEPAL, 2007: 74).

El *daño sobre la vida* que puede inferir dos tipos de actos. Por un lado, el femicidio en grado de tentativa o concreción con el objeto de ocultamiento de los hechos de abuso. Por otro lado, tentativa o suicidio por parte de la víctima producto de la victimización sistemática.

Las adversidades de la niñez, incluyendo abuso físico, emocional y sexual, conducen a un riesgo substancialmente más alto para el suicidio (CHILE. MINISTERIO DE SALUD, 2013: 22).

.....

3 La salud sexual y reproductiva es la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales (UNFPA, 2010: 13).

## **AUTOAGRESIÓN PROGRESIVA, INTENCIÓN DE MUERTE Y SUICIDIO: LA PEOR CONSECUENCIA DE LA VICTIMIZACIÓN POR ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR.**

La víctima puede atravesar por un profuso estado de depresión<sup>4</sup> producto de la situación de abuso sexual sujeta al transcurso del tiempo.

La sensación de soledad e impotencia por no poder hablar frente a la victimización puede generar actitudes manifestadas en lesiones autoinfligidas, ideación suicida<sup>5</sup> o suicidio como respuesta al dolor, la culpa y el temor.

Estas expresiones pueden oscilar progresivamente desde conductas agresivas físicas como lesiones compatibles con laceraciones por el uso de elementos cortantes, quemantes o similares hasta conductas como consumo abusivo de alcohol o drogas como forma de auto agresión, inclusive, exponiendo riesgo de vida.

Así, como expresión de la vulneración sistemática de los derechos humanos de la niñez y adolescencia podemos mencionar la situación de Lía, una adolescente víctima de abuso sexual por parte de un familiar con quien tenía vínculo cotidiano.

Lía tiene 13 años. Vive con la madre y tres hermanos en la provincia de Santa Fe, en la ciudad de Avellaneda, en un barrio carenciado. Se crió con la abuela, que falleció cuando ella tenía 10 años. A partir de ese momento se sintió muy sola y comenzó a cortarse. Posteriormente intentó ahorcarse. Vive en una familia en la que el abuelo cometió abusos sexuales con sus hermanas; lo intentó también con ella, pero ella se lo impidió. Una de sus hermanas se prostituye. No tiene amigas en la escuela. Los compañeros se burlan de ella por sus cortes. La madre la llevó al hospital para que la trataran. La derivaron a la ciudad de Santa Fe donde estuvo internada 15 días. La madre la acompañaba. En Avellaneda, donde vive, la ve un psicólogo y tiene una acompañante terapéutica (UNICEF. 2019: 33).

Esta historia de vida relata claramente el padecimiento emocional y social que provoca la victimización sistemática y progresiva.

El suicidio como respuesta de la víctima contra la victimización por abuso sexual intrafamiliar no es un hecho infrecuente.

En febrero de 2019, en la provincia de Salta, V.D., una joven de 15 años se suicidó. Su hermana mayor, de 23 años, tras esta trágica decisión, logró romper con el círculo de violencia al que eran sometidas ella y sus dos hermanas menores y denunció a su padre por abuso sexual (ARGENTINA. DEFENSORIA DEL PUEBLO DE LA NACION).

Estas manifestaciones extremas constituyen muestra cabal de la extensión del daño producto del abuso sexual intrafamiliar hacia los niños, niñas y adolescentes como expresión de la victimización, es decir, suicidio por razones de género.

.....

4 Depresión: es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (UNICEF, 2017: 21).

5 Pensamiento o ideación de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir. La ideación suicida puede variar en severidad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención. Es importante, aunque no sencillo, diferenciarla de la ideación de muerte (ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD, 2018: 44).

## LAS ASIMETRÍAS COMO COMPONENTES SUSTANTIVOS DEL PODER HACIA LA VICTIMIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

El abuso sexual intrafamiliar es transversal a una matriz de asimetrías donde el agresor ejerce poder sobre la víctima. Estas asimetrías pueden estar dadas por distintos factores concomitantes que profundizan la situación de vulnerabilidad.

Las *asimetrías etnolingüísticas* responden a las limitaciones para expresar la situación de víctima de delitos, tanto de manera informal hacia allegados, vecinos o profesionales de la salud o educación como de manera formal hacia la denuncia institucional.

Esto supone la profundización respecto a la adaptabilidad del sistema de justicia a los dialectos e idiosincrasias conforme a socavar las barreras idiomáticas como aspectos que condicionan la comunicación.

Este puede ser el caso de personas pertenecientes a comunidades de pueblos originarios donde la interrelación entre la lengua indígena y la lengua castellana complejiza la relación entre las víctimas y los operadores de las instituciones. Asimismo, la movilidad humana, es decir, niños, niñas o adolescentes oriundas de países donde el idioma oficial sea diferente respecto al idioma del país donde se radique la denuncia o tramite judicialmente la investigación del delito.

Esto pone de manifiesto el desafío de trascender la alfabetización jurídica respecto al proceso penal no solamente en cuanto a la edad de la víctima, sino también, al idioma o lengua.

Las *asimetrías por identidad de género* se basan en la distinción en el trato y discriminación basada en prejuicios o estereotipos negativos sobre personas integrantes de la comunidad GLTTBIQ, es decir, personas con sexualidades disidentes (gays, lesbianas, travestis, transexuales, bisexuales, intersexuales, queer).

Esto se manifiesta sobre la reproducción de roles y conductas respecto a los cuerpos y sexos biológicos sin considerar los sentimientos de las personas.

También se han reportado ampliamente casos de violencia sexual, en particular la así llamada violación “correctiva” o “punitiva”, según la cual los hombres violan a mujeres que suponen son lesbianas o pretexto de tratar de “curar” de homosexualidad a sus víctimas (NACIONES UNIDAS).

Las *asimetrías físicas, psicológicas, sensoriales y neurolingüísticas* se erigen en dos sentidos concomitantes.

Primero, se constituyen a partir de la complejidad de las personas para manifestarse como víctima de delitos, por ejemplo, padecer una enfermedad neurodegenerativa, espectros, trastornos psicológicos, retraso madurativo o cuestiones que afecten el sentido del habla, entre otros.

Segundo, se refiere en cuanto a las barreras institucionales (para brindar asistencia) y factores comunitarios (indiferencia) frente a la victimización de los niños, niñas y adolescentes.



En este sentido, merece la pena destacar que la discapacidad no involucra solamente a las personas que tienen algún tipo y grado degenerativo de capacidad funcional física, motriz, sensorial o psicológica que le genera una dinámica diferente en el desarrollo de actividades, sino que, se extiende a la manera que es percibida por la sociedad.

Entonces, la discapacidad es el resultado de la interacción entre la condición de salud de una persona y las barreras medioambientales y personales que esa persona puede enfrentar (relación entre la condición de salud y los factores contextuales) (UNICEF. FUNDACION KALEIDOS, 2012: 30).

Por ejemplo, una persona no vidente puede utilizar un bastón para moverse sin embargo, a su vez, una persona puede ofrecerse a acompañarlo a cruzar la calle; de esta manera se fortalece la solidaridad y la sana convivencia.

Las *asimetrías de edad y la diferencia generacional* constituyen un factor de riesgo significativo en cuanto a la victimización de los niños, niñas y adolescentes. Principalmente, puede estar determinado por el rol o estatus simbólico que ostente el adulto agresor hacia el interior de la estructura familiar.

La asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (más propio de la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (en pre-púberes la atracción tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en la experiencia sexual (INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO, 2014: 8).

Por ello, es fundamental reconocer que a menor edad se percibe de mayor manera el riesgo e impacto en la cotidianidad y, en consecuencia, hace decrecer las posibilidades de la víctima para pedir ayuda.

Las brechas etarias significativas producen generalmente dinámicas de dominación y desigualdad, muchas veces ligadas a la violencia sexual (UNICEF, 2014: 13).

Este encadenamiento de asimetrías puede subyacer en situación de vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes tanto por la dependencia afectiva, económica o habitacional respecto al agresor como por la victimización por abuso sexual transversal a los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Cualquiera de las prácticas abusivas (manoseo, violación y otras que dependen de la pasividad, de la obediencia, del temor y de la impotencia de la víctima) precisan de cuerpos social y culturalmente reconocidos como asimétricos en lo que al poder se refiere (GIBERTI, 2005).

## LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA O REVICTIMIZACIÓN EN EL PROCESO DE JUSTICIA.

La victimización secundaria o revictimización<sup>6</sup> durante el proceso penal<sup>7</sup> se caracteriza por el trato apático, falta de sensibilidad ante el sufrimiento ajeno o priorizar los intereses institucionales por sobre las necesidades y limitaciones de la víctima.

En efecto, se encuentra constituida por dos componentes prevalentes, es decir, la negligencia y la discriminación.

La negligencia infiere a la ineficiencia y falta de pericia, saberes o conocimiento respecto de las normas legales o aplicación de los protocolos de actuación institucionales para la asistencia de víctimas de delitos penales, preferentemente, niños, niñas y adolescentes.

La discriminación supone el trato diferencial de causa irracional que obedece a prejuicios por razones de género anclados en paradigmas relacionados al androcentrismo o adultocentrismo en el que también pueden interceder estereotipos negativos conforme a factores socioeconómicos.

Algunos ejemplos de ésta los podemos observar en los efectos traumatizantes derivados de los interrogatorios policiales o judiciales repetidos, la falta de delicadeza o inadecuación de las preguntas formuladas, la exploración médico-forense y/o psicológica reiterada, la lentitud y demora de los procesos -incluido el juicio oral tardío-, la desinformación, el contacto con el presunto ofensor en el juicio oral u otras instancias previas, la declaración en público, las estrategias de neutralización de la responsabilización del infractor mediante atribución de responsabilidad a la víctima, la crítica directa o encubierta a su estilo de vida o la puesta en tela de juicio de su testimonio y –en un sentido más extenso- los efectos del tratamiento informativo del suceso por parte de los medios de comunicación (CHILE. MINISTERIO PÚBLICO, 2010: 37).

Aunado a las vicisitudes intrínsecas durante el proceso penal podemos identificar las dificultades de las víctimas en situación de embarazo producto de abuso sexual para el acceso al derecho de interrupción legal de embarazo como derecho humano de la niñez y adolescencia en materia de salud pública.

.....

- 6 Victimización secundaria o revictimización: sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia sexual, a los testigos y a la familia les infieren las instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermeros-as, psicólogos-as, trabajadores sociales, personal administrativo entre otros), justicia (policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados al no tener claros procesos y procedimientos para la restitución de derechos (UNFPA, 2011: 105).
- 7 Proceso penal: el proceso penal usualmente se divide en tres etapas: 1°. La investigación donde se recolectan los elementos probatorios, 2°. Una etapa intermedia donde se valora en vía jurisdiccional la prueba para determinar si el asunto puede ir a juicio y la 3° es el juicio oral y público donde los y las juezas analizan la acusación del órgano acusador, los elementos de prueba y toman una decisión individual o colegiada (puede tratarse de un tribunal unipersonal o colegiado) y emiten criterio que deriva en sentencia absolutoria o condenatoria (UNODC, 2009: 14).

## IMPLICANCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES RESPECTO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO PRODUCTO DE UN DELITO CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL.

En Argentina, el derecho de interrupción legal de embarazo se encuentra legislado bajo el artículo N° 86 del Código Penal de la Nación Argentina. En España, este derecho se encuentra contenido jurídicamente dentro del plexo interno en la Ley Orgánica 9 de reforma al artículo 417 bis del Código Penal y Título II Capítulo I de Ley Orgánica 2 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Sin perjuicio del reconocimiento jurídico persisten rígidos culturales y sociales atravesados por ideología religiosa que complejizan el cumplimiento efectivo de la práctica legal de interrupción del embarazo.

Lo sucedido en Tucumán hace 10 días, donde una niña de 11 años fue forzada a cursar un embarazo producto de una violación, y posteriormente sometida a un procedimiento médico a destiempo, es un grave ejemplo de vulneración de derechos fundamentales (UNICEF, 2019).

Los profesionales sanitarios tienen el derecho de ejercer la objeción de conciencia, es decir, negarse a prestar el servicio, lo cual constituye una decisión personal, sin embargo, el sistema de salud se encuentra obligado a disponer todos los recursos necesarios para su cumplimiento.

El embarazo y posterior maternidad relativiza la escolaridad ante la necesidad de compatibilizar la formación académica con las tareas de cuidado afectando de manera significativa el proyecto de vida.

## RECEPCIÓN JUDICIAL DEL RELATO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: CUESTIONES RELEVANTES EN TORNO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CÁMARA GESELL.

En el contexto de la comunidad científica existe consenso general en cuanto a la implementación de la Cámara Gesell<sup>8</sup> en el sistema judicial del fuero penal como instrumento para la toma y registro del relato de personas en situación de vulnerabilidad.

Estas constan de dos salas contiguas con vidrio espejado y circuito cerrado de televisión siendo operadas técnicamente por personal judicial (LIBERA MEDINA, 2013).

Ahora bien, ¿Por qué es relevante el debate dinámico en lo científico, jurídico y político en torno a mejorar el mecanismo de escucha judicial en las causas que se tramiten delitos penales?

La realidad da cuenta de la condición inerme de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual intrafamiliar. Por ello, ¿cómo evitar que la intervención judicial constituya un factor causal de una aflicción indebida?

.....

8 La Cámara Gesell es entendida también como una medida de protección, ya que en su generalidad, la infraestructura que tienen las Fiscalías o los Tribunales de Justicia, no han sido diseñadas con un enfoque de niñez, es decir, toda la infraestructura está destinada para personas adultas y es ahí cuando un niño debe estar en estas instalaciones, son ambientes que no generan confianza ni empatía. En ese contexto la Cámara Gesell se vislumbra con un espacio cómodo, acogedor, con mobiliario específico y acorde a la edad de los usuarios (UNODC, 2014: 18).

Los principios holísticos de protección especial e interés superior del niño nos exhortan e interpelan en cuanto a las prácticas profesionales e intervenciones institucionales que dan cuenta de la asistencia hacia niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos humanos.

Esto propicia la profundización del saber interdisciplinar al derecho penal y las ciencias jurídicas a través del aporte científico de la psicología forense, el trabajo social aplicado al ámbito de la justicia y la sociología jurídica.

Entonces, ¿Qué motivos nos llevaría a pensar la evolución de la Cámara Gesell como instrumento funcional en los tribunales de justicia?

Haciendo una breve aproximación a la revisión histórica, podemos referirnos a la misma como una herramienta que ha sido concebida para una función diferente a la que en la actualidad se utiliza tanto en su finalidad como objeto de estudio como el procedimiento de aplicabilidad.

El Médico Pediatra y Psicólogo Arnold Gesell, trabajó en temas relacionados al estudio de conductas infantiles durante el desarrollo humano; para tal efecto utilizó cámaras de video y capturas fotográficas, además de espejos unidireccionales y construyó un domo (más conocido como Gesell dome, en inglés), mediante el cual observaba las conductas infantiles, de esta manera tenía la posibilidad de observar la conducta de sus pacientes sin ejercer ninguna influencia derivada del propio efecto de la observación (UNODC, 2015: 15).

En consecuencia, como se puede apreciar fue concebida como herramienta clínica para el análisis del proceso de desarrollo infantil, en otras palabras, verificar el comportamiento de los niños y niñas mediante la técnica de observación sin intervención profesional directa.

En la actualidad ha sido adaptada a los fines de ser utilizada como herramienta de investigación judicial con intervención de un profesional de la salud mental para la toma de declaración testimonial dentro del proceso penal.

De esta forma, paso de ser utilizada como una cámara de aislamiento sin contacto entre las personas ni interacción a los fines de observar el comportamiento y desarrollo de conductas a constituir un lugar de interacción entre los niños, niñas y adolescentes con un profesional que, a su vez, puede recibir indicaciones desde la cámara contigua donde se encuentran el Fiscal, Defensor, Abogado Querellante quienes expresan sus requerimientos y el Juez que determina la legalidad de los actos.

La funcionalidad de este dispositivo se estriba en preservar los derechos de la víctima. Consecuentemente, por un lado, intenta disminuir la tensión generada por la participación activa durante el proceso penal al resguardo de realizar preguntas que puedan zaherir o agudizar el padecimiento y la sensibilidad de los niños, niñas y adolescentes, en tanto que por otro, evitar la repetición de las declaraciones<sup>9</sup>.

.....  
9 Una consecuencia de la repetición de las declaraciones son los casos en los cuales existe una retractación en el relato del niño, lo que puede invalidar o anular la primera declaración. En estas circunstancias es claro que la retractación puede deberse a presiones a la víctima, así como a situaciones de distorsión o contaminación (UNICEF URUGUAY, 2017: 26).

Acto previo a la realización de la audiencia de entrevista psicológica en el marco de la Cámara Gesell, se prevé una prueba de capacidad<sup>10</sup> a los fines de determinar si el Niño, Niña o Adolescente sujeto a proceso judicial en calidad de víctima o testigo se encuentra en condiciones de prestar declaración testimonial<sup>11</sup>.

Ahora bien, sin perjuicio del consenso general, su implementación en los procesos judiciales tanto en el fuero de familia como del fuero penal genera controversia tanto hacia un sector de los profesionales de la salud mental como profesionales de las ciencias jurídicas.

En consecuencia, es trascendente reconocer los desafíos teórico - metodológicos emergentes a los fines de mejorar las prácticas institucionales que dan cuenta de su aplicabilidad.

### **PROGRESIVIDAD Y CRONICIDAD: FACTORES CONSTITUTIVOS DE LA EXTERIORIZACIÓN TARDÍA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR.**

El trazado encadenado las emociones que rodean al abuso sexual dan cuenta de las complejidades hacia del entramado familiar y el tejido institucional en torno al relato de los niños, niñas y adolescentes.

En anuencia, se ponen de manifiesto dos factores transversales e interdependientes que determinan la magnitud psicológica y expansión social de la victimización por abuso sexual intrafamiliar, es decir, la *progresividad* y la *cronicidad*.

Respecto a la *progresividad* podemos decir que la conducta abusiva se sustenta a partir del aprovechamiento de la asimetría de poder<sup>12</sup> que ejerce el agresor para disponer de la víctima neutralizando la capacidad de protección.

Difícilmente el abuso sexual intrafamiliar se dé de forma abrupta, siempre es sistemático.

La conducta del agresor responde a un conjunto de actitudes premeditadas con un fin determinado, es decir, que se repite en número de ocasiones y se extiende en el tiempo.

Lo más usual es que el abusador comience con gestos de exhibicionismo y/o “voyerismo” (mirar a los niños/as solapadamente cuando están desnudos/as), continuando con manoseos en zonas erógenas de la víctima, obligándole a tocar las suyas, a realizar actos

.....

10 La prueba de capacidad tiene por objeto determinar si el menor es capaz de comprender las preguntas que se le formulen en un lenguaje comprensible para un niño, así como la importancia de decir la verdad (NACIONES UNIDAS, 2009: 19).

11 El testimonio del niño, para que acceda a la calificación de “prueba válida”, con los requisitos previstos en el Código de Procedimiento, deberá necesariamente, ser tomado en sede judicial UNICAMENTE, excluyéndose todo tipo de interrogatorio en ámbitos administrativos, policiales, escolares u otros. El testimonio será tomado por un profesional debidamente capacitado y entrenado especialmente al efecto. Su formación incluirá aspectos teóricos sobre delitos sexuales, categorías de abuso y conocimientos acabados acerca de la psicología evolutiva del niño, lenguaje, comunicación, neurolingüística y, desde luego manejo de aspectos de fondo y normas procesales sobre delitos contra la integridad sexual (FEDERACIÓN ARGENTINA DE COLEGIOS DE ABOGADOS).

12 Una asimetría de poder puede derivar de la diferencia de edad, roles, fuerza física y/o de la capacidad de manipulación psicológica del abusador de modo que NNA son colocados en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Puede, además, darse conjuntamente con una fuerte dependencia afectiva (por ejemplo, en la relación paterna) que hace aún más vulnerable a la víctima (UNICEF, 2018: 15).

masturbatorios en su presencia, felación y/o penetración con los dedos del orificio anal y/o vaginal (UNICEF, 2007: 34).

El accionar coercitivo se intensifica de forma gradual en el sometimiento físico y ultraje sexual reforzado por la coacción psicológica.

La transgresión y avasallamiento de los comportamientos sexuales en la trama vincular contribuyen a generar la naturalización y eventual ocultamiento de la victimización.

En relación a la *cronicidad* hacemos referencia a la trayectoria temporal de la victimización conforme al sostenimiento en el tiempo signado por el secreto. Ahora bien, ¿Por qué los niños, niñas y adolescentes mantienen el silencio?

Los NNyA víctimas de abuso sexual con frecuencia callan: por miedo, culpa, impotencia, desvalimiento, vergüenza. Suelen experimentar un trauma peculiar y característico de este tipo de abusos: se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. Este trauma psíquico se potencia con el paso del tiempo, cuando la consciencia de lo sucedido es mayor (UNICEF, 2017: 5).

El agresor basa su poder en el dolor y el temor, prolifera amenazas<sup>13</sup> hacia la víctima en razón de inhibir la posibilidad de negación, por ejemplo, manifestarle que en caso de negarse o revelar el abuso sexual, hará sentir el mismo dolor a una hermana menor. Entonces el círculo de abuso y violencia es paralizante.

Mucha gente que abusa de menores chantajea y amenaza a sus víctimas para que guarden el “secreto”. Pueden decirles por ejemplo: “si no contás lo que te hago te voy a dar un regalo”, o “si lo contás, le voy a pegar a tu mamá”, o “si lo contás, nadie te va a creer” (ARGENTINA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 2011: 41).

De esa forma, corrompe las reglas sociales de la estructura familiar conforme a imponer el secreto. Tiene pleno conocimiento que la situación a la que somete a un niño, niña o adolescente, no solamente, constituye una conducta antisocial, sino también, le corresponde un reproche penal.

Ambos condicionantes, *progresividad* y *cronicidad* se sustentan en la ambivalencia respecto a una situación indeseada por la víctima pero que tanto el lugar (hogar) y el agresor (familiar) representa una carga simbólica en cuanto a roles y emociones.

Estos maltratos que se ejercen sobre el cimienta de vínculos afectivos, manipulan emocionalmente y distorsionan la posibilidad de respuesta del afectado. Es muy común percibir la extrema ambivalencia de sentimientos (amor-odio) del NNA violentado para con su agresor. Ambivalencia que paraliza tanto la expresión, como el pedido de ayuda, y muchas

.....

13 Las amenazas suelen incluir: a) amenazas concretas de daño físico o de muerte (hacia el niño o hacia personas o animales queridos); b) demostraciones de daño o muerte (utilizando muñecos o animalitos, asegurándole a la víctima que le sucederá lo mismo si lo “traiciona”; c) adjudicar la responsabilidad a la víctima por situaciones de daño o muerte (muerte de algún familiar, abortos en la familia); d) la utilización de fotos pornográficas de las víctimas para chantajearla; e) informar al niño que ha participado de un delito y que, por lo tanto, podría ser encarcelado; f) amenazas de separarlo de la casa y del grupo familiar (institutos, reformatorios); g) la persuasión de las víctimas de que nadie les va a creer, h) la inducción a creer que serán culpabilizadas; i) amenazas de consecuencias emocionales para las personas que los niños aman (Por ejemplo: “a tu mamá lavan a llevar al hospital y no va a parar de llorar”); j) amenazas de ruptura familiar; k) advertencias sobre consecuencias religiosas (“Dios te va a castigar”, “te vas a ir al Infierno”); l) amenazas con pérdida del amor de otras personas (INTEBI, 2008: 254).



veces desactiva el pedido de sanción y protección desde la confusión establecida de que “el que me agrede es el que me quiere” y en tal sentido la situación se prolonga y transita hacia el aislamiento, pues el “decir” o “contar” se percibe por el NNA como traición al vínculo afectivo establecido (INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO).

Podemos dar cuenta la forma en que interceden los factores de *progresividad* y *cronicidad* en los abusos sexuales hacia los niños, niñas y adolescentes haciendo mención a un supuesto de hecho.

Juan Pedro H. R., mayor de edad, sin antecedentes penales y privado de libertad por razón de esta causa del 29 de mayo al 8 de julio de 1.998 y desde el 8 de mayo hasta el 25 de septiembre del pasado año, en Palma de Mallorca y con ánimo libidinoso, cuando su hija Olga Cristina H. M., nacida el 27 de julio de 1.979, contaba diez años, comenzó a someter a la misma a diversos tocamientos llegando a eyacularle encima y a introducirle los dedos en la vagina. Cuando tenía once años, le obligó a que le practicara una felación, y a partir de los doce a dejarse penetrar vaginalmente en distintas ocasiones, prevaleciendo de su condición paterna y a que vivía con él a sus expensas. Cuando la menor cumplió catorce años de edad la obligó a yacer con otros hombres que seleccionaba previamente, cobrando el acusado el precio de tales servicios, diciéndole que de no acceder a ello toda la familia se vería en la más absoluta indigencia (UNICEF, 2017: 69).

El relato de este supuesto de hecho pone de manifiesto la *progresividad* creciente del avasallamiento sobre la integridad sexual, la dignidad y la libertad en la medida que extiende la *cronicidad* conforme a la victimización desde una precoz edad y el paso del tiempo.

Ahora bien, sin perjuicio de lo expuesto, estos factores no solo se manifiestan como resultante de la situación de abuso sexual intrafamiliar, sino también, se expresa como sustrato de la intervención institucional.

Tanto la *progresividad* como la *cronicidad* se reproducen durante el transcurso del proceso penal; la práctica judicial da cuenta de la realización de juicios orales de larga data respecto a la denuncia inicial que insta la acción penal.

En anuencia, podemos visar de forma concreta un caso donde una niña padeció los abusos sexuales por parte de la pareja de su madre durante el periodo de 10 (diez) años; el proceso judicial se extendió por el lapso de 3 (tres) años dado que la denuncia inicial se radico a principios de 2016 por cuanto la conclusión del juicio se dictamino a fines de 2019 por la cual se aplico la pena de 9 (nueve) años de cumplimiento efectivo respecto a un delito que prevé una sentencia que oscila entre 8 a 20 años.

Entonces, la dilación en las actuaciones judiciales confina al niño, niña o adolescente a una situación de victima permanente en el transcurso del tiempo.

En consecuencia, ralentizar la conclusión del proceso penal genera sentimientos de angustia, tristeza y ansiedad vinculada a la necesidad de terminar con las notificaciones y requerimientos judiciales para proseguir hacia un proyecto de vida resiliente.

Por otra parte, la sentencia condenatoria casi concordante con el mínimo imponible invisibiliza el dolor de la víctima y deja de manifiesto el pensamiento adulto-céntrico de linaje patriarcal que atraviesa el sistema judicial.

## DEVELACIÓN TARDÍA Y RETRACTACIÓN: NUDOS CRÍTICOS EN TORNO AL RELATO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR.

Es muy difícil para un niño verbalizar un abuso, incluso darse cuenta de que “eso que te están haciendo” está mal, aunque lo haga una persona muy querida para él. Entender que no es culpa suya. Y, cuando lo hacen, cuando deciden contar o denunciar que están sufriendo abusos, tienen que pasar por un auténtico calvario de testimonios, pruebas, juicios paralelos y descalificaciones. A veces sólo podemos conocer la magnitud del problema cuando estos niños ya son adultos y reúnen el coraje suficiente para poder hablar de ello (UNICEF).

Esto puede desencadenar cuadros de profusa angustia ante la imposibilidad de establecer una ruptura de la situación abusiva sin que su accionar produzca prejuicios contra su núcleo familiar. De esta manera, el agresor paraliza la capacidad de autoprotección o pedir ayuda.

Estas circunstancias interrelacionadas signadas por la progresividad y cronicidad como factores prevalentes en la situación de abuso sexual intrafamiliar interceden significativamente en los condicionantes que determinan la divulgación retrasada, conflictiva, no convincente<sup>14</sup>.

Este relato, eventualmente, desfasado o desorganizado en cuanto a días u horarios, fragmentado respecto secuencias y recuerdos en cuanto a la reconstrucción verbal de los hechos suele constituir acaso uno de los argumentos prevalentes que esgrime la representación letrada de los agresores sexuales.

En los procesos judiciales los testimonios de niñas y niños no se realizan de forma adecuada, no se les brinda protección, y con mucha frecuencia son desechados “por inconsistencias y fantasías” sin entender la necesaria profesionalización de personal de justicia para entender el lenguaje de la infancia víctima de delitos (MEXICO. CAMARA DE DIPUTADOS. CELIG, 2019: 14).

Esta manera de ejercer la defensa se focaliza sobre la escasez de elementos de convicción e intenta socavar la verosimilitud, hacer parecer un testimonio débil plantado el descreimiento como forma de ataque sobre el relato de la víctima.

El abuso sexual intrafamiliar, en la mayoría de los casos, no se reduce a un único episodio, sino que, constituye un delito de carácter sistemático signado por la progresividad y cronicidad y es ese el motivo por el cual la victima puede arrojar un testimonio desorganizado en la secuencia de sus dichos, lo que no quiere decir que constituya un motivo para restar veracidad a su elocución.

No obstante, ante la pretensión de la actualización pormenorizada de hechos traumáticos es imperativo promover el paradigma holístico que robustece el principio de interés superior del niño como umbral no solo jurídico, sino también, cultural sobre la umbría que recae sobre los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

.....  
14 Divulgación retrasada, conflictiva, no convincente. Cuando se logra vencer el terror, romper el silencio y revelar la situación, en general hace mucho tiempo que ocurre. Las revelaciones suelen ser discursos confusos, pero cargados de angustia, vergüenza y terror (UNICEF URUGUAY, 2018: 26).

La problemática relacionada con la violencia sexual hacia las niñas proviene en gran medida de que además de que éstas son discriminadas con motivo de su género, las mismas son minimizadas al ser consideradas como un mero objeto de tutela dada su minoría de edad. En este sentido, “la poca credibilidad que tienen niños y niñas los pone en desventaja cuando se trata de denuncias sobre violencia sexual, ya que se relaciona el mundo infantil con la imaginación exacerbada, de modo que sus denuncias y declaraciones son utilizadas para disminuir la sanción que merecería el agresor” (OEA. CIDH, 2011: 20).

Por ello, merece la pena cuestionarnos: ¿qué puede pensar, sentir, desconocer, temer un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual intrafamiliar? Es tal difícil de imaginar la carga que sufre... desconoce el proceso penal y la incertidumbre de lo que le ocurrirá a ella, su familia, el agresor; carga con el proceso judicial, con instar la acción penal, carga con el deber de declarar, carga con la presión de poner en palabras lo que le hicieron, carga con la culpa de “mandar” preso al padre de sus hermanos y suscitar la ruptura de la relación de pareja de su madre.

Hacia interior del contexto familiar la víctima de abuso sexual puede referir su aflicción habida cuenta de estallidos emocionales con adultos o conversaciones con otros niños, niñas o adolescentes integrantes de la familia, que inclusive también pueden haber resultado víctimas o testigos, referencia de sospechas o revelación impulsiva que pueden desencadenar diversas confrontaciones dentro del núcleo familiar por manifestaciones profundas de la angustia o rabia<sup>15</sup>.

Pueden coexistir diversos nudos críticos que ponen en tensión y condicionan el desenvolvimiento de la situación de abuso sexual intrafamiliar, entre los podemos mencionar, el hecho que el grupo familiar sea dependiente económica y/o habitacionalmente respecto del abusador, cuestionamientos sobre la víctima respecto de porque no lo dijo antes, sentimiento de culpa o miedo por amenazas hacia otros integrantes de la familia, desconfianza que no le crean por la imagen social del abusador como una persona buena y respetable, que lo provoco sexualmente o lo sedujo, e incapacidad de los adultos no agresores para interpretar lo que le pasa.

En muchas ocasiones la madre conoce el abuso pero no lo denuncia (SAVE THE CHILDREN, 2001: 22).

Todos querríamos creer que, ante la revelación, los padres no abusadores van a apoyar al niño, pero no suele ser así. La verdad y lo que eso implica es tan fuerte para ellos que prefieren no atender las señales que les llegan del niño (evitación) y dudar o negar la veracidad de su historia después (negación) (SAVE THE CHILDREN, 2001: 109).

Esto pone de relieve la complejidad en el entramado de la dinámica de las relaciones interpersonales hacia el interior del contexto familiar y conviviente respecto de la tensión subyacente en el adulto no agresor en relación a la pretensa víctima y el presunto agresor.

.....

15 Debajo de la rabia que motoriza la revelación impulsiva, persiste la ambivalencia que se origina en la culpa y, en los casos de abusos intrafamiliares, en la martirizante obligación de preservar a la familia (INTEBI, 2012: 22).

Ahora bien, qué pasa si tu propia madre no te protege o no te acompaña? Como enfrentar un proceso penal en soledad? Como convivir en un hogar donde te hacen sentir que es tu culpa que el padre este preso o por eso no tienen dinero?

Lo que agrava la situación es que en el caso de las últimas, al enorme daño ocasionado por el abuso, se le suman los sentimientos generados por el encarcelamiento de su presunto agresor (con frecuencia alguien vinculado afectivamente) y las habituales presiones de los restantes familiares (INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO, 2008: 11).

Todos estos factores interrelacionados afectan significativamente a los niños, niñas y adolescentes, principalmente, en fenómenos como la retractación<sup>16</sup>.

Este abrupto cambio de versión brindado por un NNA denominado y conceptualizado como Retractación, merece de una imprescindible sensibilización de los actores involucrados (jueces, curadores, abogados, técnicos, familia) a la hora de entender, acompañar y proteger a la víctima en su proceso de estabilización emocional (INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO).

Por consiguiente será fundamental ponderar los factores psicosociales dado que pueden incidir significativamente en el relato de los niños, niñas y adolescentes respecto a los hechos que signan la situación de abuso que lo victimizan y las razones que pudieran explicar la retractación.

### **ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA Y GESTIÓN DEL DOLOR: DEUDAS, PROSPECTIVAS Y TENDENCIAS RESPECTO A LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ENFOQUE DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA HACIA LAS SENTENCIAS JUDICIALES.**

En algunos delitos, como los de violencia doméstica y sexual, el niño suele ser además de la víctima el único testigo, acumulando distintos roles en el proceso penal. Considerando la condición de vulnerabilidad del niño y el cúmulo de roles en el proceso penal, esta población se encuentra aún más vulnerable a los efectos de la victimización secundaria (UNODC, 2014: 3).

Por ello, es fundamental considerar al abuso sexual intrafamiliar como un esquema de dominación y estructura de poder sostenido por una matriz coercitiva como constructo de la victimización sistemática.

Esto genera una ambivalencia emocional tanto por el rol del niño, niña o adolescente en el proceso penal como víctima y testigo como por la representación social respecto al adulto como conviviente con ascendencia sobre la estructura familiar y como agresor.

En anuencia, una justicia de calidad debe reconocer y obrar en razón de mitigar la deuda de género en los dictámenes de las sentencias judiciales contra las personas penalmente responsables de la comisión de delitos contra niños, niñas y adolescentes.

.....  
<sup>16</sup> La retractación es la acción por la cual el niño, niña o adolescente que ha hecho un primer develamiento de as se desdice de sus dichos iniciales. La retractación puede ser parcial, cuando el niño se desdice de solo una parte de sus dichos originales (“No es cierto que papá me chupó la cola, solo me la tocó una vez”), o bien total, cuando el niño se desdice de todo su alegato original (“Papá no me tocó ni me chupó la cola”) (UNICEF, 2015: 137).

El Sistema de Administración de Justicia definirá un perfil para la contratación de los funcionarios y funcionarias que garantice el trato digno y respetuoso a las víctimas. Además procurará la formación y la capacitación continua del personal para su atención (CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA, 2012: art. 12).

Esto supone acompañar a los avatares culturales y la sensibilizaron social por las problemáticas de género transversales a las cuestiones jurídicas.

Consecuentemente, identificar las debilidades y potenciar las habilidades respecto tanto hacia el sistema judicial como los operarios de justicia respecto a las actitudes y competencias profesionales en procura de la excelencia del servicio público profundizando la teoría jurídica y práctica en los procesos judiciales, el conocimiento científico y experiencia pericial. Esto supone la necesidad de incorporar la perspectiva<sup>17</sup> de género hacia el interior del sistema de justicia.

El análisis de la perspectiva de género debe ser aplicado en la sentencia aun y cuando las partes involucradas en el caso no la hayan contemplado en sus alegaciones, y también debe guiar el ejercicio argumentativo de quienes imparten justicia para que puedan materializar los tratados internacionales en realidades jurídicas y generar respuestas en derecho efectivas a nivel nacional (CHILE. PODER JUDICIAL, 2018: 87).

De esta manera, quien ejerce el rol acusador como actor judicial dentro del proceso penal tiene la responsabilidad social de hacer visible la asimetría y relación desigual que existe entre la víctima y el agresor.

## CONCLUSIÓN

El abuso sexual intrafamiliar hacia niños, niñas y adolescentes constituye un modo de violencia de mayor prevalencia y complejidad de visibilizar hacia el interior de los hogares.

Existen varios cuellos de botella dentro del sistema de protección de la niñez y adolescencia, entre los principales se pueden destacar los siguientes: 1) escasa articulación entre los Consejos Nacionales de Igualdad y el Ejecutivo; 2) escasa relación entre los ministerios sectoriales y los entes locales de protección; 3) falta de participación y control ciudadano; 4) fuentes de financiamiento limitadas; 5) escasa formación de las autoridades en derechos de niñez y adolescencia; 6) ausencia de planificación en políticas públicas enfocadas en niños, niñas y adolescentes; y, 7) ausencia de sistemas de información y estadísticas (UNICEF, 2018).

En anuencia, es transcendental tener en consideración los factores que complejizan el relato de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual intrafamiliar, entre estos, el lugar del hecho, habitualmente el hogar y el vínculo con el agresor ya sea consanguíneo o conviviente; la actitud del adulto no agresor; la progresividad y cronicidad; la eventual culpa de la ruptura familiar o declive económico y el miedo frente a las amenazas hacia su persona o el resto del grupo familiar.

.....  
<sup>17</sup> Incorporar la perspectiva de género en la función judicial implica hacer realidad el derecho a la igualdad, respondiendo a la obligación constitucional y convencional de combatir la discriminación por medio del quehacer jurisdiccional para garantizar el acceso a la justicia y remediar, en un caso concreto, situaciones asimétricas de poder (CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA, 2015: art. 6.1).



El concepto del acceso de los niños a la justicia exige el empoderamiento jurídico de todos los niños. Los niños deben ser capacitados para acceder a la información pertinente y a recursos efectivos que les permitan exigir sus derechos, entre otras cosas mediante servicios jurídicos y de otra índole, educación, orientación y asesoramiento sobre sus derechos, y el apoyo de adultos bien informados. Además, el concepto del acceso de los niños a la justicia requiere que se tengan en cuenta el grado de madurez y el nivel de comprensión de los menores al ejercer sus derechos (NACIONES UNIDAS, 2013: 4).

Esto tiene fundamento en la necesidad de fortalecer el rol de la víctima durante su participación en las distintas instancias judiciales.

El proceso penal refleja dos cuestiones sustanciales en cuanto los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes, por un lado, la cronicidad en la resolución del conflicto judicial, por otro, que al dictaminar sentencia se toman preferentemente los mínimos coercitivos que la ley deja en potestad de los jueces.

Por consiguiente, el principio jurídico interpretativo<sup>18</sup> de protección especial e interés superior del niño debe primar en las actuaciones profesionales que dan cuenta del tratamiento jurídico del abuso sexual intrafamiliar hacia niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos humanos.

## RECOMENDACIONES

### 1. Políticas públicas de prevención y detección temprana del abuso sexual intrafamiliar.

- 1.1 Promover campañas de concientización para la desnaturalización de la disciplina violenta como forma de crianza y promover el dialogo y la comunicación familiar como forma de enseñanza y educación.

Para erradicar eficazmente la violencia es necesario impulsar y apoyar iniciativas orientadas a visibilizar y prevenir toda forma de violencia contra niñas, niños y adolescentes, promover el buen trato en la crianza, fortalecer las respuestas familiares, comunitarias y estatales para reducir los daños y propiciar normas sociales y culturales que la condenen (UNICEF, 2019).

Esto puede constituir un aporte significativo en cuanto al combate del secreto como nudo crítico de la cronicidad de los abusos sexuales hacia los niños, niñas y adolescentes.

El silencio no es solo producto del miedo y del sometimiento de los niños y niñas victimizadas sino que se construye a través de la no credibilidad que el mundo adulto otorga a los testimonios de los niños, la tendencia a descalificar las informaciones que brindan, a adjudicarlas a sus fantasías desconociendo sus capacidades de percibir y transmitir lo que viven (INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO, 2010: 17).

.....  
<sup>18</sup> Principio Jurídico interpretativo. Cuando una disposición jurídica admita más de una interpretación, se elegirá aquella que satisfaga el interés superior de la niña, niño o adolescente (MEXICO. CNDH).



- 1.2 Promover la incorporación progresiva de la Educación Sexual Integral<sup>19</sup> en los contenidos curriculares de la educación pública como elemento pedagógico para el empoderamiento jurídico.

En anuencia, el conocimiento sobre los derechos humanos constituyen una herramienta fundamental para protección de los niños, niñas y adolescentes frente al abuso sexual intrafamiliar.

Un gran factor de riesgo con respecto al abuso sexual infantil es la ignorancia. Es recomendable que llevemos la iniciativa en el abordaje del tema, usando términos claros y adecuados para la edad del niño o niña. Si él/ella no encuentra respuestas en su familia, las obtendrán en otros lugares, a través de amigos, medios de comunicación u otras fuentes inapropiadas. En algunos casos, los abusadores aprovechan esta ignorancia para aproximarse a los niños/as y dar respuestas a su curiosidad sexual (UNICEF, 2012: 28).

De esta forma, proveer el contexto adecuado para el ejercicio de ciudadanía hacia la construcción de subjetividades solidarias, sensibles y empáticas al dolor y la victimización.

2. *Políticas públicas para el efectivo acceso al derecho de interrupción legal de embarazo.*
  - 2.1 Promover las vías institucionales hacia el sector de salud en razón de garantizar el acceso a la interrupción legal de embarazo producto de abuso sexual como derecho humano inalienable.
3. *Políticas públicas para la reparación económica del daño.*
  - 3.1 Sin perjuicio del reclamo civil hacia el imputado. Otorgar subvención económica para el desarrollo humano de los niños y niñas gestados como producto de la victimización por abuso sexual hasta cumplir la mayoría legal de edad.
4. *Políticas públicas para el tratamiento judicial del abuso sexual intrafamiliar.*
  - 4.1 Dar preferencia a la tramitación y celebración de los procedimientos de abusos sexuales a menores para evitar que las dilaciones en el tiempo perjudiquen a la recuperación y restauración de derechos de los menores de edad o que se vea dañado su testimonio (SAVE THE CHILDREN, 2017: 24).

Esto significa un aporte sustantivo a los fines de atemperar la victimización secundaria, es decir, los sentimientos que puedan ser perjudiciales para la integridad física, psicológica o social de los niños, niñas o adolescentes en su contacto con las instituciones del poder judicial.
  - 4.2 La Cámara Gesell como instrumento se cimenta como un espacio acondicionado a las necesidades de las víctimas. Sin embargo, se pueden advertir dos cuestiones complejizar la práctica judicial.

.....

19 El derecho a la ESI incluye el derecho a recibir información científicamente validada para cuidar el propio cuerpo y la salud, el derecho a una educación que permita la circulación de ideas y la construcción de criterios propios, que promueva la igualdad entre los géneros y la no discriminación por razones de género ni orientación sexual ni por ningún otro motivo, y que contribuya al derecho a una vida sin violencia (UNICEF, 2018: 13).

Primero, la expansión territorial de los distritos judiciales. Las Cámara Gesell suelen encontrarse emplazadas en domicilios judiciales lejanos a los lugares de residencia de las víctimas, esto ocasiona la obligación de viajar y, por consiguiente, genera una incidencia y modificación en el hábito del sueño, alimentación y cansancio producto del tiempo de traslado a la hora de prestar declaración.

Segundo, sin perjuicio que las Cámara Gesell constituyen habitaciones acondicionadas a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, no podemos soslayar que se encuentran situadas en instalaciones de sede judicial, por lo cual, esto puede conllevar a generar factores inhibitorios hacia las víctimas.

En anuencia, previamente a realizar reuniones consultivas con representantes de los Colegios Profesionales de Psicología, avanzar en la gestión estatal para la implementación de unidades móviles de Cámara Gesell como política pública para la reducción del stress procesal de los niños, niñas y adolescentes.

Conforme a ello, acondicionar una unidad móvil utilizando un criterio similar a la Unidad Móvil de Salud<sup>20</sup>, Hospital Móvil<sup>21</sup> o unidades móviles de sexología forense<sup>22</sup> que se utiliza para la toma de prueba física.

De forma lograr que el stress sea absorbido por los profesionales de la administración de justicia, es decir, Fiscal, Abogado Querellante, Defensor Publico o Particular, Jueces trasladándose hacia las ciudades donde las víctimas son oriundas. Asimismo, la ubicación geográfica estratégica del dispositivo de Cámara Gesell Móvil en lugares que formen parte de la cotidianidad de los niños, niñas y adolescentes, por ejemplo, plazas comunitarias o espacios verdes.

.....

- 20 La Unidad Móvil de Salud (UMS) es un equipo interdisciplinario con la capacidad de desplazamiento, conformado por profesionales de la salud, auxiliares de salud y personal logístico que de manera coordinada hacen presencia en las comunidades para ofrecer servicios básicos de salud con enfoque de APS, a las comunidades alejadas del Chocó (OPS, 2009: 24).
- 21 Es una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto, desmantelar con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un tiempo determinado (ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2015: 11).
- 22 Dichas Unidades corresponden a vehículos habilitados con colposcopio, camilla, ecógrafo portátil, instrumental para la toma de muestras y maletas refrigeradas, a lo que se suma la contratación de equipos profesionales y choferes para su efectiva utilización. Su implementación se orienta a “poder concurrir a las zonas apartadas para exámenes y tomas de muestras para víctimas de agresiones sexuales, particularmente menores de edad” (CHILE. MINISTERIO SECRETARIA GENERAL DE LA PRESIDENCIA, 2017: 16).

## 5. Políticas públicas para la prevención de la victimización secundaria.

- 5.1 Primar el interés superior del niño dentro del proceso judicial, esto supone promover la escucha empática y activa<sup>23</sup> hacia los operadores y funcionarios de la administración de justicia.

En efecto, promover la empatía a través de la construcción de talleres de trabajo utilizando el juego de roles como técnica de dinámica grupal donde los jueces asumen el papel de la víctima con la finalidad que tengan un acercamiento a la percepción que experimenta el niño, niña o adolescente frente a un abuso sexual.

Cuando se desea que alguien comprenda lo más íntimamente posible una conducta o situación, se le pide que “se ponga en el lugar” de quien la vivió en la realidad. Si en lugar de evocarla mentalmente, se asume el rol y se revive dramáticamente la situación, la comprensión íntima resulta mucho más que profunda y esclarecedora (ESPAÑA. GOBIERNO DE CANARIAS. CONSEJERIA DE EDUCACION, UNIVERSIDADES Y SOSTENIBILIDAD, 2011: 8).

- 5.2 Profundizar la perspectiva de género hacia los magistrados (as) y los jueces (zas)<sup>24</sup> del sistema de justicia basado en la sensibilización respecto a la discriminación y capacitación sobre el tratamiento judicial de las violencias por razones de género conforme a los instrumentos internacionales de derechos humanos, fundamentalmente, la Convención de la CEDAW y la Convención de Belém do Pará.

- 5.3 Incorporar el enfoque de niñez<sup>25</sup> en el dictamen de pena; las sentencias judiciales cercanas a los mínimos impositivos establecidos por la ley para el reproche penal del abuso sexual intrafamiliar expone de manifiesto un pensamiento adulto céntrico de linaje ando centrista hacia el interior del sistema judicial.

Por ello, las sentencias judiciales deben contemplar no solo la extensión del daño producto de los abusos sexuales reiterados y sistemáticos en la actualidad, sino también, las secuelas progresivas como consecuencia del delito tanto en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares.

.....

23 Se entiende por escucha activa brindar atención, disponibilidad e interés por aquello que relata, sin prejuizar; paralelamente prestar atención a los mensajes implícitos en la comunicación tanto verbales como gestuales (por ejemplo, puede enunciar que quiere irse de la casa pero mostrarse indecisa, con temor, o bien no tiene redes de contención); y, por escucha empática, intentar ponerse en su el lugar, es decir, pensar con ella estrategias posibles, de acuerdo a su situación, y no a lo esperado por el/la operador/a (ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, 2018: 24).

24 Los magistrados (as) y los jueces (zas) para dar cumplimiento a toda la normativa nacional e internacional que plantea el reconocimiento del principio de igualdad y la garantía de la no discriminación en razón del género, deben tener una mente abierta al cambio, sin adherencias a una forma de entender la problemática de forma estereotipada y además tener la capacidad de integrar el tema de una manera sistémica, no fragmentada o aislada. (F-ODM, 2011: 10).

25 El enfoque de niñez observa el desarrollo individual como un continuum. De esta forma, permite comprender que las primeras experiencias de vida pueden influir a lo largo de la vida y en su futuro, incidiendo en su salud, educación, desarrollo, y el ejercicio de sus derechos. Reconoce que los derechos están interconectados y son complementarios; y, del mismo modo, las diversas formas de vulneraciones a derechos y de violencias no pueden verse de modo independiente y aislado. Enfatiza en la modificación de estereotipos y prejuicios sobre la infancia y la adolescencia que dificultan el abordaje de los casos de abuso, violencia y discriminación contra NyA. Considera que las intervenciones desde esta perspectiva deben ser siempre integrales, dado que aquellas que se circunscriben a un solo ámbito, o una determinada manifestación de violencia o vulneración a un derecho, tienen una efectividad limitada (UNICEF, 2019: 10).

## BIBLIOGRAFÍA

- ARGENTINA. DEFENSORIA DEL PUEBLO DE LA NACION. *Informe Parcial 1 de Enero al 31 de Octubre de 2019. En conmemoración al Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Consultado al 23 de diciembre de 2019. Disponible en: [http://www.dpn.gob.ar/documentos/20191120\\_31975\\_557910.pdf](http://www.dpn.gob.ar/documentos/20191120_31975_557910.pdf)
- ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. 2018. *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Consultado al 8 de enero de 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
- ARGENTINA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. 2011. *Educación sexual integral: para charlar en familia*. 1a ed. - Buenos Aires. Consultado al 8 de octubre de 2019. Disponible en: [http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06\\_educacionsexual-en-familia.pdf](http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_educacionsexual-en-familia.pdf)
- CEPAL. 2007. *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*. Consultado al 23 de enero de 2019. Disponible en: <https://acnudh.org/load/2011/09/Niunamas.pdf>
- CEPAL. 2011. *Crecimiento, distribución y desarrollo: Un enfoque integrado*. Consultado al 09 de abril de 2020. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3882/1/S2011050\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3882/1/S2011050_es.pdf)
- CEPAL. 2017. *Entre la igualdad legal y la discriminación de hecho. Recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) a los Estados de América Latina y el Caribe*. Consultado al 25 de junio de 2019. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43220/1/S1701165\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43220/1/S1701165_es.pdf)
- CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2013. *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación*. Consultado al 25 de septiembre de 2019. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Prevencion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf)
- CHILE. MINISTERIO PÚBLICO. 2010. *Guía para la evaluación pericial de daño en víctimas de delitos sexuales*. Consultado al 16 de septiembre de 2017. Disponible en: [https://www.sename.cl/wsename/otros/guia\\_eval\\_dan\\_2010.pdf](https://www.sename.cl/wsename/otros/guia_eval_dan_2010.pdf)
- CHILE. MINISTERIO SECRETARIA GENERAL DE LA PRESIDENCIA. 2017. *Reducción de la Victimización Secundaria de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual: Avances y Desafíos*. Consultado al 9 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Documento-Reduccion-de-la-Victimizacion-Secundaria-NNA-Intersectorial-2017.pdf>
- CHILE. PODER JUDICIAL. 2018. *Cuaderno de buenas prácticas para incorporar la Perspectiva de Género en las sentencias. Una contribución para la aplicación del derecho a la igualdad y la no discriminación*. Consultado al 19 de diciembre de 2019. Disponible en: [https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2019/05/003\\_a.-PJChile\\_Cuaderno-g%C3%A9nero-sentencias.pdf](https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2019/05/003_a.-PJChile_Cuaderno-g%C3%A9nero-sentencias.pdf)

- CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA. 2012. *Carta Iberoamericana de derechos de las víctimas*. Consultado al 18 de diciembre de 2019. Disponible en: <http://www.cumbrejudicial.org/productos-y-resultados/productos-axiologicos/item/37-carta-iberoamericana-de-derechos-de-las-victimas>
- CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA. 2015. *Guía para la aplicación sistemática e informática del “Modelo de incorporación de la perspectiva de género en las Sentencias”*. Consultado al 19 de diciembre de 2019. Disponible en: <file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/05-GuaparaaplicacindelModeloparaincorporarlaperspectivadegenero.pdf>
- ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2015. *Modelo de Gestión, Organización y Funcionamiento*. Consultado al 3 de octubre de 2019. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20\(v2015-02-13\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20(v2015-02-13).pdf)
- ESPAÑA. GOBIERNO DE CANARIAS. CONSEJERIA DE EDUCACION, UNIVERSIDADES Y SOSTENIBILIDAD, 2011. *Dinámicas de grupo*. Consultado al 16 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublogs/cepicoddelosvinos/files/2014/06/dinamicas-de-grupo.pdf>
- FEDERACIÓN ARGENTINA DE COLEGIOS DE ABOGADOS. *Protocolo indicativo para recibir el testimonio del niño abusado*. Consultado al 14 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/legislacion/articulo.asp?id=716>
- F-ODM. 2011. *Los derechos de las mujeres y la perspectiva de género. Un marco judicial*. Consultado al 24 de enero de 2020. Disponible en: [http://www.mdgfund.org/sites/default/files/GEN\\_ESTUDIO\\_Colombia\\_%20los%20derechos%20mujeres%20y%20persp%20genero.pdf](http://www.mdgfund.org/sites/default/files/GEN_ESTUDIO_Colombia_%20los%20derechos%20mujeres%20y%20persp%20genero.pdf)
- GIBERTI, Eva. 2005. *Abuso sexual contra niños y niñas: Un problema de todos*. En: Encrucijadas, no. 32. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: [http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encruji/index/assoc/HWA\\_556.dir/556.PDF](http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encruji/index/assoc/HWA_556.dir/556.PDF)
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. 2003. *La Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en América Latina*. Consultado al 05 de Enero de 2019. Disponible en: [https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/BibliotecaV2/Documentos/Trata/Libros/explotacion\\_sexua.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/BibliotecaV2/Documentos/Trata/Libros/explotacion_sexua.pdf)
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. 2010. *La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas*. Consultado al 23 de Enero de 2019. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/pdf-iin/A-20-anos-de-la-Convencion.pdf>
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. 2014. *Orientaciones para el trabajo con Adolescentes Ofensores Sexuales, Ecuador*. Consultado al 1 de septiembre de 2019. Disponible en: [http://www.iin.oea.org/pdf-iin/2016/publicaciones/Orientaciones\\_Tecnicas\\_trabajo\\_con\\_Adolescentes\\_ofensores\\_sexuales\\_Ecuador\\_Ministerio\\_de\\_Justicia\\_DHyC-IIN.pdf](http://www.iin.oea.org/pdf-iin/2016/publicaciones/Orientaciones_Tecnicas_trabajo_con_Adolescentes_ofensores_sexuales_Ecuador_Ministerio_de_Justicia_DHyC-IIN.pdf)



- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. *La retractación de Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de maltrato, en el marco de un procedimiento judicial. Sensibilizar Instituciones para no Re victimizar*. Consultado al 23 de mayo de 2019. Disponible en: <http://iin.oea.org/boletines/especial-violencia/pdfs/Articulo-sobre-retractacion.pdf>
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. 2008. *Orientación Técnica Institucional IIN-OEA. Revictimización de niños, niñas y adolescentes en los procedimientos administrativos y jurisdiccionales en casos de abuso sexual*. Consultado al: 25 de Enero de 2017. Disponible en: <http://iin.oea.org/pdf-iin/oti/OTI-No1.pdf>
- INTEBI Irene. 2012. *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Consultado al 27 de Marzo de 2019. Disponible en: <http://www.servicios-socialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Estrategias%20y%20modalidades%20de%20intervencion%20en%20abuso%20sexual%20infantil%20intrafamiliar%20%20Marzo%202012.pdf>
- INTEBI, Irene. 2008. *Abuso sexual infantil: en las mejores familias*. 1ª ed. 2ª reimp. – Buenos Aires: Garnica.
- INTEBI, Irene. 2011. *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Consultado al 11 de diciembre de 2019. Disponible en: [http://www.jurionegro.gov.ar/inicio/formularios/concursos\\_internos/CTA\\_doc/Intebil\\_Irene\\_Proteger\\_reparar\\_penalizar.pdf](http://www.jurionegro.gov.ar/inicio/formularios/concursos_internos/CTA_doc/Intebil_Irene_Proteger_reparar_penalizar.pdf)
- LIBERA MEDINA Sergio. 2013. *Acceso a la Justicia en casos de abuso sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes. Aportes hacia la construcción interdisciplinaria para su atención e intervención*. Consultado al 30 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://www.defensorianna.gob.ar/archivos/william-dean.pdf>
- MEXICO. CAMARA DE DIPUTADOS. CELIG. 2019. *Niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia en México*. Consultado al 15 de agosto de 2019. Disponible en: <file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/LA%20VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20NIC%91AS,%20NI%91OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf>
- MEXICO. CNDH. *El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial*. Consultado al 25 de septiembre de 2019. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez\\_familia/Material/cuadri\\_interes\\_superior\\_NNA.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri_interes_superior_NNA.pdf)
- NACIONES UNIDAS. 2009. *Manual para encuestas de victimización*. Consultado al 18 de noviembre de 2019. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Crime-data-EGM-Feb10/Manual\\_Victimization\\_Spanish\\_030210.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Crime-data-EGM-Feb10/Manual_Victimization_Spanish_030210.pdf)
- NACIONES UNIDAS. *Libres & Iguales*. Consultado al 13 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2018/10/Violence-ES.pdf>
- OEA. CIDH. 2011. *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud*. Consultado al 1 de septiembre de 2019. Disponible en: [http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod10/10-008\\_LC-LecturaComp\\_Sesion4.pdf](http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod10/10-008_LC-LecturaComp_Sesion4.pdf)
- OPS. 2009. *Manual operativo de las Unidades Móviles de Salud Chocó-Colombia*. Consultado al 30 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/col/index>

php?option=com\_docman&view=download&category\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=492-manual-operativo-ums-choco&Itemid=688

SAVE THE CHILDREN. 2017. *Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Consultado al 25 de diciembre de 2019. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos\\_que\\_no\\_quieren\\_ver\\_27092017.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf)

SAVE THE CHILDREN. 2018. *Bajo el mismo techo*. Consultado al 25 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/bajo-el-mismo-techo-web-doble.pdf>

SAVE THE CHILDREN. *Educa, no pegues. Campaña para la sensibilización contra el castigo físico en la familia*. Consultado al 9 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20educa,%20ono%20pegues.%20UNICEF.pdf>

UNFPA. 2011. *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Consultado al 9 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCION%20A%20VICTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>

UNICEF URUGUAY. 2015. *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Consultado al 21 de mayo de 2019. Disponible en: [https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_Uruguay.pdf](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Abuso_sexual_infantil_Uruguay.pdf)

UNICEF URUGUAY. 2017. *Violencia contra niños, niñas y adolescentes. Protección judicial y prácticas institucionales en la ciudad de Montevideo*. Consultado al 10 de Junio de 2019. Disponible en: [http://observatoriojudicial.org.uy/wp-content/uploads/2017/07/Violencia-NNA\\_web.pdf](http://observatoriojudicial.org.uy/wp-content/uploads/2017/07/Violencia-NNA_web.pdf)

UNICEF URUGUAY. 2018. *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Consultado al 5 de septiembre de 2019. Disponible en: [https://www.bibliotecaunicef.uy/doc\\_num.php?explnum\\_id=193](https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=193)

UNICEF URUGUAY. 2019. *Trato bien: Guía para la puesta de límites no violentos en el ámbito familiar, dirigida a madres, padres y adultos al cuidado de niños, niñas y adolescentes*. Consultado al 29 de diciembre de 2019. Disponible en: [https://bibliotecaunicef.uy/doc\\_num.php?explnum\\_id=199](https://bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=199)

UNICEF. 2007. *El maltrato deja huella*. Consultado al 23 de mayo de 2019. Disponible en: [https://www.unicef.cl/archivos\\_documento/208/UNICEF%20completo.pdf](https://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf)

UNICEF. 2012. *Orientaciones para la prevención del abuso sexual infantil desde la comunidad educativa*. Consultado al 22 de Febrero de 2017. Disponible en: <http://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Orientaciones-para-la-prevencion-del-abuso-sexual-infantil-desde-la-comunidad-educativa.pdf>

UNICEF. 2014. *Castigo físico en la niñez. Un maltrato permitido. Estudio sobre la autoridad parental*. Consultado al 9 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/CastigoFisico-final-9octubre-web.pdf>



- UNICEF. 2016. *Recomendaciones para la cobertura responsable de situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes en los medios audiovisuales*. Consultado al 18 de agosto de 2019. Disponible en: <http://www.defensadelpublico.gob.ar/wp-content/uploads/2016/11/RecomendacionesDP-UNICEF-violencia.pdf>
- UNICEF. 2017. *La violencia en la primera infancia*. Consultado al 01 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/686/file/PDF%20La%20violencia%20en%20la%20primera%20infancia.pdf>
- UNICEF. 2017. *Los derechos del menor en el ordenamiento jurídico: casos prácticos. Propuesta formativa para los grados de Derecho*. Consultado al 20 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/unicef-educacion-Los-derechos-del-menor-ordenamiento-juridico-Casos-practicos.pdf>
- UNICEF. 2017. *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. Suicidio*. Consultado al 2 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- UNICEF. 2017. *Guía práctica para evitar gritos, chirlos y estereotipos*. Consultado al 12 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1206/file/Gu%C3%ADa%20CSV.pdf>
- UNICEF. 2018. *Sistematización Seminario Internacional. Legislar para proteger a la niñez y adolescencia*. Consultado al 29 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2391/file/Legislar%20para%20Proteger%20a%20la%20Ni%C3%B1ez%20y%20a%20la%20Adolescencia.pdf>
- UNICEF. 2018. *Escuelas que enseñan ESI. Un estudio sobre Buenas Prácticas pedagógicas en Educación Sexual Integral*. Consultado al 19 de diciembre de 2018. Disponible en: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/EDU-UNICEF-ME\\_Estudio%20BPP%20en%20ESI-Informe.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/EDU-UNICEF-ME_Estudio%20BPP%20en%20ESI-Informe.pdf)
- UNICEF. 2019. *Acceso a la justicia: abusos sexuales y embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años*. Consultado al 01 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/7211/file/Acceso%20a%20la%20Justicia.pdf>
- UNICEF. 2019. *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. Consultado al 23 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/5466/file/suicidio%20adolescente.pdf>
- UNICEF. 2019. *Elecciones 2019. La deuda es con la niñez y la adolescencia*. Consultado al 01 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/6506/file/Posicionamiento%20UNICEF%20-%20Elecciones%202019.pdf>
- UNICEF. 2019. *UNICEF alertó en el #8M sobre los derechos de las niñas víctimas de abuso sexual*. Consultado al 24 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/unicef-8M-derechos-ninas-victimas-abuso-sexual>
- UNICEF. FUNDACION KALEIDOS. 2012. *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia o a 3*. Consultado al 27 de abril de 2020. Disponible en: [http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simple.pdf](http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simple.pdf)

UNICEF. *Violencia contra la infancia: cuándo, dónde y por qué*. Consultado al 23 de mayo de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/violencia-contra-la-infancia-cuando-donde-y-por-que>

UNODC. 2009. *Manual sobre la investigación del delito de Trata de personas*. Consultado al 17 de enero de 2019. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/AUTO\\_APRENDIZAJE.pdf](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/AUTO_APRENDIZAJE.pdf)

UNODC. 2014. *El asesinato de mujeres y niñas por razones de género: prácticas prometedoras, dificultades y recomendaciones concretas*. Consultado al 24 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC.CCPCJ.EG.8.2014.2-Spanish.pdf>

UNODC. 2015. *Manual para la utilización de la Cámara Gesell en el Ministerio Público de Panamá*. Consultado al 29 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://ministerio-publico.gob.pa/wp-content/multimedia/2018/01/Manual-C%C3%A1mara-Gesella-para-publicar.pdf>

***El trabajo social con personas inmigrantes desde la antropología aplicada y desde una perspectiva de género. Intervención social en crisis de covid-19***

***Social work with immigrant people from applied anthropology and from a gender perspective. Social intervention in covid-19 crisis***

*Modalidad: Teoría del Trabajo Social*

**María Fiol Ruíz**

Trabajadora social en servicio SIAA para mujeres inmigrantes extracomunitarias

**Resumen:**

Este artículo pretende dar voz a las personas inmigrantes con graves dificultades socioeconómicas y en riesgo o situación de exclusión social. Especialmente, nos centraremos en mujeres inmigrantes extracomunitarias, ya que podemos prever que ha sido uno de los colectivos más afectados por esta crisis sociosanitaria del COVID-19, debido a sus puestos de trabajo habituales, en concreto las mujeres en situación administrativa irregular. Se reflexiona sobre la intervención del trabajo social y la flexibilidad para adaptarse a las nuevas circunstancias.

**Palabras clave:**

Género, inmigración, análisis sociocultural, covid19, cohesión.

**Abstract:**

This article aims to give a voice to immigrants with serious socioeconomic difficulties and at risk or in a situation of social exclusion. Especially, we will focus on non-community immigrant women, since we can foresee that it has been one of the groups most affected by this socio-sanitary crisis of COVID19, due to their habitual jobs, specifically women in irregular administrative situations. Reflection on the intervention of social work and flexibility to adapt to new circumstances.

**Keywords:**

Gender, immigration, sociocultural analysis, covid-19, cohesion.

## 1. INTRODUCCIÓN

Con este artículo se pretende estudiar y dar a conocer los posibles efectos y consecuencias negativas que puede suponer la pandemia de COVID-19, especialmente en el colectivo de mujeres migrantes, añadidas a las que ya adolecen por su condición.

Para llevar a cabo estrategias y prácticas resolutivas dirigidas a colectivos en situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, es necesaria la creación de artículos teóricos, búsqueda y análisis de datos. Desde el trabajo social es necesario el estudio de la situación actual del colectivo con el que pretendemos actuar para elaborar acciones y llevarlas a la práctica de manera que sean más cercanas a la realidad y sean lo más eficaces posible.

Uno de los colectivos más vulnerables en este momento de pandemia de COVID-19 son las mujeres migrantes, y por ello es importante crear estudios para poder actuar con rapidez y dar respuesta a la situación de riesgo de exclusión social de este colectivo, entre otros.

Si nos centramos en la perspectiva de género de los procesos migratorios, encontramos una triple discriminación: la de su condición extranjera, la de su condición de mujer y la de su condición étnica (Bermúdez, 2004). Todo ello puede afectar a su autoestima que verse disminuida y generar sentimientos de frustración y malestar provocando a la vez el deterioro de la salud física y emocional. La suma de estos factores puede situar a la mujer inmigrante en una posición inferior al resto de la sociedad y en riesgo de exclusión social. Se trata de un colectivo vulnerable con serias trabas durante su proceso de adaptación en la sociedad de acogida en los diversos ámbitos de la vida cotidiana, como en el laboral, en salud, educación, etc.

Los estereotipos y prejuicios frente a este colectivo están muy presentes en la actualidad y provocan un choque cultural y de inadaptación a la sociedad en la que no encontramos, es decir, en una sociedad multicultural.

Por otra parte, las políticas dirigidas a este colectivo tampoco resultan favorables para la plena adaptación en la sociedad de acogida, ya que a través de las políticas segregantes y excluyentes se lleva a cabo cada vez más restricciones para la integración de los inmigrantes en las comunidades receptoras (Salazar, 2008). Algunos medios de comunicación favorecen la existencia de los estereotipos en relación con la mujer inmigrante, especialmente, la que se encuentra en situación administrativa irregular, sobre múltiples cuestiones culturales referentes a la sexualidad, a tradiciones y creencias, en el ámbito de salud, trabajo, los roles en la familia, entre otras.

Las mujeres y los hombres viven experiencias de migración diferentes, por lo que, en contextos de emergencia como la derivada de la COVID-19, también se enfrentan a retos distintos que pueden poner a las mujeres y niñas migrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad (ONU Mujeres México, 2020).

El día 21 de julio de 2020 se publicó en RTVE noticias como titular “Una de cada tres personas en riesgo de pobreza tras la pandemia será migrante, según Oxfam Intermón”.

Según el artículo publicado por la ONG Oxfam Intermón, el impacto de la COVID-19 podría hacer que en España una de cada tres personas por debajo del umbral de la pobreza sea una persona inmigrante, una cifra que multiplica por 2,5 su proporción sobre el conjunto de la población total. Además, el porcentaje de desempleo en 2020 se situaría en el 27,7%

de la población activa de nacionalidad extranjera, esto es nueve puntos más que antes de la crisis del coronavirus y casi 10 puntos por encima de la tasa de desempleo prevista para la población de nacionalidad española (prevista en torno al 17,7%).

## 2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda de información para obtención de datos actuales y en relación a la situación de actualidad de pandemia de COVID-19.

La revisión bibliográfica se ha basado en artículos científicos publicados en las distintas bases de datos como Dialnet, Google Scholar, Teseo, SciELO.

Por otra parte, se han revisado informes publicados recientemente, así como alguna reseña de noticias publicadas sobre la materia. Se han añadido algunos gráficos y un cuadro para facilitar el análisis de datos.

## 3. COSTE FÍSICO Y EMOCIONAL DE MIGRAR

La principal fuente de tristeza y dolor para una amplia mayoría de mujeres inmigrantes es la desestructuración familiar como consecuencia de la inmigración, sobre todo cuando hay separación de hijos e hijas menores que quedan en el país de origen al cuidado de otros familiares durante años. Éstas sienten en muchas ocasiones arrepentimiento de haber dejado atrás a sus hijos en cuidados de otras personas, ya sean hermanas, abuelas, pero suele quedarse al cargo de una mujer. La separación de estas mujeres de sus hijos genera importantes secuelas en la salud física y mental de las madres, que sufren trastornos relacionados con la pérdida de los vínculos familiares, como por ejemplo la depresión. Y aunque ellas sientan satisfacción de su capacidad de sacrificio por el esfuerzo que hacen para obtener un mayor bienestar para ellas y para sus hijos e hijas, no les salva de la angustia y dolor que sienten por la separación, sobre todo en la primera etapa de vida de sus hijos.

Los costes emocionales y materiales no solamente se ven afectados por la persona que migra, sino también por su red familiar y social que deja en el lugar de origen. La separación física y el distanciamiento emocional de la mujer inmigrante con sus hijos significa un aumento de su exposición al riesgo de padecer trastornos psíquicos, al igual que las condiciones socioeconómicas precarias y las confrontaciones interculturales que son susceptibles de afectar al equilibrio psíquico y mental. Otros factores estresores podrían ser, el esfuerzo que tienen que realizar por tener que compaginar su trabajo fuera de casa con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, la soledad ante potenciales situaciones de malos tratos por carecer de soporte sociofamiliar.

En la actualidad, la crisis provocada por el COVID-19 ha generado que las dificultades de adaptación de las personas inmigrantes a la comunidad de acogida se vean más afectadas, pero lo más preocupante es que se han disparado las cifras de personas inmigrantes en exclusión social grave. Entendiendo exclusión social grave como la imposibilidad de abastecer las necesidades básicas.

#### 4. ACTITUDES DISCRIMINATORIAS Y XENOFÓBICAS HACIA LA PERSONA INMIGRANTE

Actualmente, los enfrentamientos raciales, las actitudes discriminatorias, los debates políticos en relación con la situación regular de los inmigrantes, etc. siguen siendo situaciones muy comunes y a la orden del día. Los escenarios de conflicto entre personas de distinta etnia y/o cultura son muy frecuentes también en España, dificultando las circunstancias para la integración y cohesión de los inmigrantes con la población natural. Además, no solamente ocurre en contextos informales o “de calle”, sino también en los medios de comunicación que muestran una clara tendencia discriminatoria hacia personas inmigrantes en nuestra sociedad. Se evidencian a través de éstos los estilos ideales de las fuerzas de poder, respondiendo a un pensamiento y actitud antinmigrante.

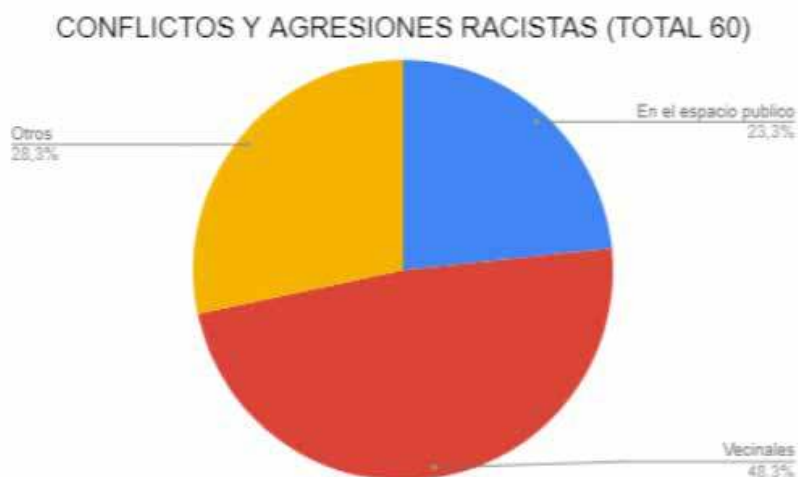
Este rechazo es constante en casi todos los procesos migratorios, pero se presenta particularmente en aquellos que participan personas de etnia, idioma, religión o apariencia marcadamente diferentes de la población del lugar de destino. Por ejemplo, en Europa y en partes de los Estados Unidos, se observa actualmente una fuerte onda de sentimiento antinmigrante. Según esta percepción, los recién llegados compiten con la población natural por empleos, generan costes indebidos para los servicios y la seguridad social, en la infraestructura en los lugares de destino, y constituyen una amenaza permanente para la estabilidad social y política de la región donde se produce. Tales sentimientos frecuentemente estimulan reacciones populares xenófobas y la aplicación de políticas nacionalistas (Martine, 2000). En realidad, gran parte de los migrantes no cualificados se insertan en los espacios que la población natural ya no quiere ocupar, sea por tratarse de trabajos duros o pesados, mal remunerados o de escaso prestigio social. En realidad, muchos de los migrantes están sobrecualificados para los empleos que ocupan y frecuentemente terminan por hacer un mayor aporte a la producción económica que la población no migrante, reactivando así la economía y, por lo tanto, a la propia generación de empleo.

La identificación de características raciales ligadas al origen nacional de los migrantes los singulariza en el país de destino como “naturalmente” capacitados para desarrollar tareas y ocupaciones de baja calificación (Canales, 2000). Es decir, la exclusión social de los migrantes ocurre también a través de la identificación del trabajo precario con grupos de migrantes específicos. Y además de su limitación al acceso y movilidad en el mercado laboral, se traduce, en definitiva, en barreras para su integración social. En la actualidad nos encontramos conviviendo en un mundo de globalización y en el que es evidente la creciente oleada de inmigración, y se hace totalmente necesario potenciar estrategias educativas para la convivencia, integración y cohesión de toda la población, sin importar las diferencias étnicas, culturales, religiosas y socioeconómicas. Esto significaría aprender a convivir en nuestro actual mundo global e intercultural.

El Informe Anual de 2018 sobre el racismo en el estado español explica que del total de 347 casos que se han registrado dentro de los tipos de discriminación, algo más que la sexta parte, un 17,3% de los casos, fueron conflictos y agresiones racistas 3, lo que supone un leve aumento en proporción con respecto a los datos del año anterior, en el que estos casos fueron el 16%. Además, este año también se registraron más casos, por lo que también puede decirse que la cantidad numérica de casos de discriminación fue mayor. La



gran mayoría de casos sucedieron en el ámbito vecinal, el 48,3% en concreto. En el espacio público se dieron el 23,3% de los casos y los demás (el 28,3%) fueron en otros 3 diversos ámbitos como el trabajo o las instituciones de enseñanza. (Federación de Asociaciones de SOS Racismo, 2018).



**Gráfico 1.** Conflictos y agresiones racistas.  
Federación de Asociaciones de SOS Racismo (2018).

La estigmatizadora idea de que las personas migrantes tienen COVID-19 solo por el hecho de ser migrantes, las convierte en diana de amenazas. En el caso específico de las mujeres migrantes, esta discriminación puede acarrear consecuencias como la falta de atención adecuada en centro de salud y otros lugares asistenciales que tienen directa relación con el hecho de ser mujeres (como la atención en embarazos, o la asistencia legal y psicosocial por violencia de género). (Organización Internacional para las Migraciones, OIM, 2020)

Según el artículo de la ONU Mujeres México (2020) el momento actual de crisis de COVID-19 aumenta el riesgo de discriminación, en especial a la mujer inmigrante. *“La discriminación que experimentan las mujeres basada en roles y estereotipos de género las hace vulnerables a la explotación y a los abusos y contribuyen a la exclusión social y a la pobreza. La condición de migrante o estatus de refugiado vulnera más estas condiciones, y contextos de alta incertidumbre como la de la COVID-19 pueden generar o exacerbar el estigma relacionado con el desconocimiento del origen del virus, y vincularlo con el lugar de origen de las personas extranjeras, lo que puede incrementar las conductas discriminatorias hacia las mujeres migrantes y refugiadas”*.

## 5. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL

Al existir una gran variedad de culturas, también hay grandes diferencias en cuanto a la consideración y significación de la salud y la enfermedad, en función de las expectativas culturales. Pero no solamente depende de la cultura o nacionalidad de donde provenga la persona, sino también de la clase social considerada (Mañeca, 2006). Es decir, los contex-

tos sociales con los que una persona crece y aprende de los mismos, establece sus pautas culturales, dinámicas y cambiantes en el curso de la historia. Este hecho, marca las diferencias culturales y de visión hacia la salud y la enfermedad, influyendo de este modo en las prácticas y comportamientos.

Todas las personas, como individuos, estamos expuestos del mismo modo a padecer enfermedades, dependiendo del momento histórico, sociocultural y del ámbito geográfico influirá en más o menos medida en las probabilidades de contraer una enfermedad u otra. Del mismo modo, estas circunstancias influirán directamente en las formas de recibir la atención asistencial. Hasta en una misma sociedad podemos encontrar distintos modos de atender a las enfermedades en relación a la cultura, pero también a la ideología, que puede ser muy diferente en un mismo territorio o población. Más aún, cuando estamos hablando de países con gran recepción de personas inmigrantes, como es el caso de España. Frente a diferentes concepciones y asistencia respecto a las enfermedades y salud en general, se dan divergencias entre los profesionales sanitarios y/o entre profesional y paciente. Como consecuencia de esta diferenciación cultural, es importante desarrollar y fomentar la salud intercultural, en la que se establezca una colaboración entre profesionales y pacientes a pesar de sus diferencias. Es decir, existe una necesidad de fomentar una visión más positiva de la diversidad cultural, en este caso en el ámbito de la salud, mediante la colaboración por ambas partes incluyendo los conocimientos y culturas distintas en la forma de dar respuesta a las enfermedades y respecto a la salud en general.

Se hace necesario desde el desarrollo de una política de salud intercultural el diseño de estrategias que faciliten un mayor diálogo y comunicación entre modelos médicos, que constituyan respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad. Las instituciones sanitarias se deben fundamentar en los actuales principios de bioética médica, de manera que coexista el respeto y el derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la propia cultura (Alarcón, 2003). Las diversas respuestas a la salud y la enfermedad a través de conductas y comportamientos relacionados con las creencias culturales son evidentes. En una sociedad multicultural como en la que vivimos actualmente se enfrentan en muchas ocasiones los diversos modelos médicos y formas de dar respuesta a la enfermedad. Por ello, es fundamental tener en cuenta estos aspectos que afectan a la salud de las personas inmigrantes y fomentar estrategias de complementariedad de estos modelos relacionados con la salud y la enfermedad.

Los conceptos de salud y enfermedad, así como las cuestiones relativas a estas, no pueden ser analizadas de forma aislada de los demás ámbitos de la vida social influenciada por la cultura que da sentido a estas experiencias (Langdon, 2010). Los estudios desde la antropología aplicada relacionados con la visión del mundo de las diversas culturas y su vinculación con el ámbito de la salud y la enfermedad se hacen fundamentales desde esta perspectiva, y pretende conseguir eliminar la idea de la verdad universal y absoluta en relación a estas cuestiones de salud, porque no existen. Solamente existen las distintas respuestas y comportamientos dirigidos para mejorar la salud y hacer frente a la enfermedad y es desde esta diversidad cultural que tenemos que actuar en dirección al respeto y atención médica desde una dimensión de multiculturalidad.

En la actualidad, con la crisis del COVID19, observamos que al ser una pandemia que ha afectado a la mayor parte del mundo por su facilidad de transmisión, debemos poner el

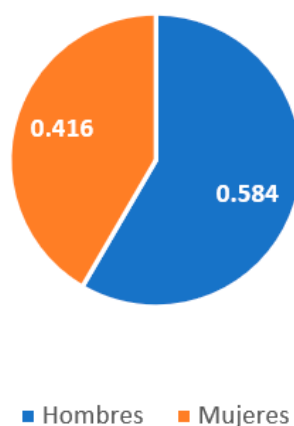
foco de atención en los países donde su actuación e intervención ha sido exitosa a la hora de rebajar los números de contagios, así como la importancia de la coordinación y cooperación entre los países para lograr mejoras en todos los ámbitos que afecta esta crisis; científico; sanitario; social; económico; cultural, etc.

## 6. EL ACCESO DE LA MUJER INMIGRANTE EN EL MERCADO LABORAL

Mayoritariamente, encontramos los trabajos de baja cualificación y precarizados ocupados, sobre todo, por mujeres inmigrantes. La demanda de trabajo femenino, en el sector servicios, en el que habitualmente se prefiere el trabajo de la mujer, es creciente. El envejecimiento de la población crea una demanda de trabajo en el cuidado de personas mayores, gran parte de la cual está siendo satisfecha por mano de obra de mujeres inmigrantes. Por otro lado, está el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral en los países europeos, EEUU y Canadá, en muchos de los cuales el cuidado infantil que se ofrece es insuficiente y/o inasequible, lo cual origina una demanda que también es cubierta mayoritariamente por las mujeres migrantes (Bastia, 2009). La precarización de estos trabajos es mayor cuando las mujeres inmigrantes se encuentran en situación irregular y ocupan estos puestos sin contrato de trabajo.

Las mujeres constituyen 41.6% del total de personas trabajadoras migrantes en el mundo y ellas representan 73.4% del total de las trabajadoras y los trabajadores domésticos que son migrantes internacionales. (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

Distribución mundial de los y las trabajadores/as migrantes por sexo, 2017



**Gráfico 2.** Distribución mundial de los y las trabajadores/as migrantes por sexo, 2017. (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

Entre los trabajadores/as migrantes hay más hombres que mujeres. En 2017, el número de hombres con respecto al total de trabajadores migrantes se estimaba en 95,7 millones de hombres, y el de mujeres, en 68,1 millones, es decir, el 58,4 por ciento y el 41,6 por ciento, respectivamente. La mayor presencia masculina podría atribuirse a su mayor proporción entre los migrantes internacionales en edad de trabajar (54,2 por ciento en

comparación con el 45,8 por ciento de mujeres) y a su mayor participación en la población activa (75,5 por ciento en comparación con el 63,5 por ciento de mujeres). (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

La mayor proporción de migrantes trabajadores masculinos podría explicarse por otros factores, entre ellos la mayor probabilidad de que las mujeres emigren por razones distintas al trabajo (por ejemplo, para la reunificación familiar), así como por la posible discriminación contra la mujer, que reduce sus oportunidades de empleo en los países de destino. La estigmatización social y los efectos discriminatorios de las políticas y las leyes, así como la violencia y el acoso provocan trabas al acceso al trabajo decente a las mujeres. Además, estos factores también pueden dar lugar a salarios bajos, a la ausencia de igualdad de remuneración y a la infravaloración de los sectores en los que predominan las mujeres (OIT, 2018).

Existe una complicidad indirecta entre los empleadores de servicio doméstico y la salud pública. Es decir, resulta mucho más barato permitir que los ancianos y sus familias busquen inmigrantes que les atiendan en sus domicilios mediante mano de obra barata y con necesidad de empleo, que construir y adecuar centros de tercera edad y atención para la discapacidad. Además del factor ahorro también resuelven problemas de afecto y de compañía (Bermúdez, 2004). La unión de los dos factores anteriores, ser inmigrante y mujer, conlleva mayores dificultades para salir de ese círculo de ocupaciones relacionadas en cuidados y servicios. Esto significa que las oportunidades laborables para las mujeres inmigrantes se reducen a trabajos más precarios y de baja cualificación.

Por otra parte, la prostitución constituye una práctica habitual en el mercado laboral, ejercido mayoritariamente por mujeres inmigrantes. En España a principios de los noventa, la proporción de mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución captadas en diferentes dispositivos sanitarios no superaba el 35%. En estudios más recientes se detecta un cambio en la composición de este colectivo, con aumentos en la proporción de mujeres inmigrantes que ha superado el 80%, la mayoría procedente de Latinoamérica, seguido por África subsahariana. En una investigación sobre condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid se obtuvo información de 579 mujeres. El 96% procedía de Latinoamérica, y de éstas la mayoría había nacido en Colombia (62%), Ecuador (20%) y República Dominicana (12%), siendo la edad media de desviación estándar de 28,7 años. Otro dato de relevancia es que el 93,3% de ellas comenzó a prostituirse en España, después de la migración, siendo Madrid la ciudad donde se iniciaban con más frecuencia (69,2%) (Belza, 2004). Estos resultados muestran como la prostitución significa un recurso económico para un alto porcentaje de la población latinoamericana, sobre todo mujeres, en España. Además, muestra cómo, una vez más, las mujeres inmigrantes ocupan trabajos caracterizados por condiciones precarias.

Además, el trabajo doméstico ha estado históricamente relacionado con la migración. Hasta los años 80, muchas mujeres habían migrado de la zona rural a la ciudad para trabajar como empleadas domésticas. La globalización y las nuevas dinámicas económicas a nivel mundial han impulsado las migraciones internacionales y ahora mujeres migrantes buscan un lugar de destino, que normalmente son países con mayores rentas y con demanda de mano de obra barata, para ejercer trabajos domésticos (Letxartza, 2013). En todo caso, las migraciones femeninas continúan siendo desde hace muchas décadas, trabajos de escasa

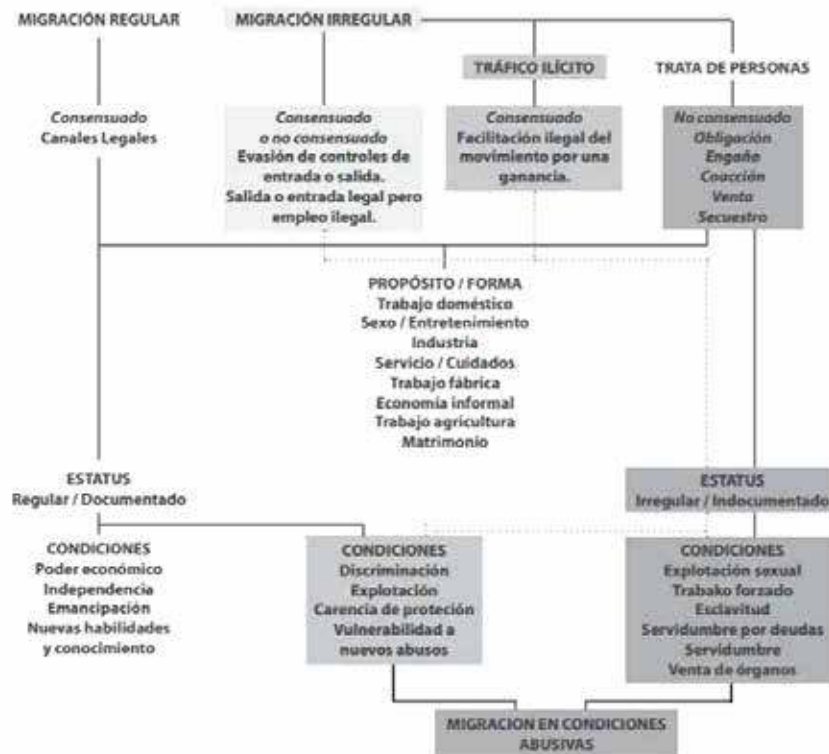
cualificación directamente relacionados con trabajos domésticos mayoritariamente. Lo anteriormente expuesto muestra la fuerte segmentación de los roles de género en cuanto a la realización de las tareas del hogar, cuidado de los hijos e hijas, personas mayores dependientes y de la reproducción social, recayendo como responsabilidad en la mujer.

En el artículo publicado en la página web de ONU Mujeres México, 2020, se mencionan algunos de los efectos y consecuencias negativas que puede causar la crisis de COVID-19, especialmente a las mujeres empleadas del hogar, haciéndolas más vulnerables de riesgo de exclusión social:

*“La pandemia de COVID-19 tiene importantes efectos en las trabajadoras del hogar que, primeramente, asumen una carga de trabajo adicional en su círculo familiar; en segundo lugar, deben seguir las recomendaciones de salud y, por último, sus ingresos pueden ser reducidos, retrasados o simplemente retirados a causa de despidos. Las trabajadoras del hogar migrantes enfrentan retos adicionales, como la incertidumbre de su estatus migratorio, la necesidad de salir a cumplir con trámites administrativos migratorios y la discriminación derivada de su condición migratoria”*

*“Las mujeres trabajadoras del hogar migrantes se convierten en eslabones débiles en la cadena de contagio, pues no siempre pueden atender las recomendaciones de salud y prevención porque tienen que salir a trabajar para preservar sus medios de subsistencia o cumplir con requisitos administrativos de su situación migratoria”.*

A continuación se presenta cuadro de interrelaciones entre migración regular e irregular, trata y tráfico ilícito de personas elaborado por la OIT (2005), donde podemos observar las dificultades y consecuencias negativas que puede provocar la situación administrativa irregular para una persona inmigrante:



**Cuadro 1.** Interrelaciones entre migración regular e irregular, trata y tráfico ilícito de personas. OIT (2005).



Desde el feminismo, se han contemplado muchas reflexiones sobre el hecho de que se sustituya a la mujer en la realización de las tareas de reproducción social y aquellas relacionadas con las tareas domésticas por otras mujeres, normalmente provenientes de países en vías de desarrollo como los de Latinoamérica. Se plantea así una construcción de desigualdades de clase, raza y etnia, entre las propias mujeres, reproduciéndose, además las estructuras patriarcales (Casas, 2008). De este modo los roles domésticos entre hombres y mujeres siguen manteniendo la tradicional estructura patriarcal y agudizando las desigualdades de género, por tanto, la sustitución de mujer por mujer. Ahondando, no solamente la mujer de clase media tiene la posibilidad de liberarse de aquellas tareas domésticas, sino que refuerza las desigualdades trasladando esas responsabilidades a otras mujeres de clase inferior. Los hombres siguen quedando libres de compromisos en las tareas domésticas y de reproducción social en el hogar. Esto se ve reflejando después en los hijos educados en una sociedad en la que las desigualdades de género, raza y etnia son reforzadas de forma evidente.

En definitiva, se hace fundamental conocer la ideología del género dominante para comprender el papel de la mujer migrante, las oportunidades y facilidades que puede encontrar y cómo se considerará su migración desde la sociedad. Por tanto, es fundamental conocer y actuar también frente a las diversas políticas segregantes que obstaculizan la cohesión social y la integración de las personas inmigrantes en la sociedad de acogida.

En la actualidad, en plena crisis de COVID19, nos encontramos con la dificultad de acceder a puestos de trabajo y/o mantenerse en el que realiza, además de quedar totalmente excluidas del teletrabajo. Todo ello se agrava cuando la persona inmigrante se encuentra en situación administrativa irregular, sin contrato y sin posibilidad de recibir ningún tipo de prestación económica. Esto conlleva la imposibilidad de seguir pagando las viviendas de alquiler o la habitación alquilada en la que se encuentran. Algunos de ellos han tenido que hacer frente a “desahucios” ya que los propietarios los han obligado a desalojar el domicilio por impago. Ante esta situación y por la sensación de indefensión no denuncian los hechos por miedo a ser retornados al país de origen al encontrarse en situación administrativa irregular.

En estos casos los servicios sociales u otras entidades del tercer sector derivan a estas personas sin hogar a albergues disponibles o habilitados desde la entrada de la crisis del COVID19 y el estado de alarma.

## 7. PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD DE ACOGIDA OCIO Y TIEMPO LIBRE

Desde el trabajo social nos encontramos con mujeres inmigrantes que en la gran mayoría sienten que disponen de poco tiempo libre y/o disfrute para ellas. Este tiempo libre lo suelen utilizar para realizar las tareas domésticas y el cuidado de hijos e hijas, es decir, el ocio lo suelen relacionar con el tiempo no laboral o no remunerado, pero si con otras tareas diarias. En muchos casos relacionan su ocio y tiempo libre con actividades dedicadas al disfrute de su marido (ej. ver el fútbol con él) o con el de sus hijos e hijas (ej. ir al parque para que ellos jueguen y se diviertan). Las actividades destinadas a ellas mismas son muy escasas, aunque en algunos casos encuentran algún momento para acudir a alguna asociación dirigida a inmigrantes o de ámbito religioso. La iglesia supone un importante apoyo



social, habitualmente para aquellas mujeres inmigrantes que no disponen de estudios y trabajos más cualificados. La religión tiene una fuerte influencia en los países de origen, especialmente se observa en el grupo de personas inmigrantes que provienen de países de Latinoamérica, por tanto, seguir realizando sus prácticas religiosas asociadas a las creencias interiorizadas, como por ejemplo acudir regularmente a la iglesia, supone para ellas un permanente contacto con su país de origen y con su identidad. Son las redes locales, normalmente de su mismo país de origen, quienes les ponen en contacto con las asociaciones y otras actividades culturales.

Por otro lado, el tiempo de ocio también está relacionado con actividades asociadas a patrones culturales, como celebrar fiestas regionales con sus redes locales del mismo país de origen. Los bailes regionales suelen ser otra de las actividades que las conecta con su identidad y le proporciona satisfacción. Estas actividades son practicadas también por sus hijos e hijas, ya sea acudiendo a la iglesia, a clases de bailes y celebraciones regionales, aprendiendo la gastronomía de su país de origen, etc. De esta manera se sigue transmitiendo los patrones culturales de generación en generación.

Con la crisis actual de COVID19 y el estado de alarma se ven suspendidas las actividades que se venían realizando, afectándoles a su estado de ánimo. En el caso de las personas inmigrantes, la incertidumbre sobre la salud de su familia y el factor nostalgia se agudizan por la falta de medios y acceso a las nuevas tecnologías.

## 8. EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS INMIGRANTES EN CRISIS DEL COVID-19

Desde el trabajo social nos encontramos frente a personas en situación administrativa irregular, con cargas familiares de personas mayores o menores de edad, en situación de vulnerabilidad extrema, con escasos recursos socioeconómicos y poca o ninguna red social de apoyo. Asimismo, muestran un desconocimiento de la disponibilidad de recursos que la comunidad podría ofrecerles.

La mayoría de las personas migrantes en situación administrativa irregular se encontraban trabajando en la economía sumergida. En el caso de las mujeres, un alto porcentaje de las mismas, lo hacían como cuidadoras de personas mayores o de limpiadoras del hogar. Con la aparición del COVID-19 y el estado de alarma decretado por el Gobierno se han visto con la imposibilidad de seguir desarrollando su trabajo, por tanto, sin ningún tipo de ingreso económico ni derecho a prestación alguna, quedándose en situación muy precaria.

Por otro lado, cabe destacar la desorientación que tienen algunas de estas mujeres en cuanto a las directrices a seguir con el estado de alarma actual y sobre los nuevos protocolos de comunicación con las distintas administraciones, como el SEPE, SOIB, Centros Municipales de Servicios Sociales, consultas médicas, etc. Esto se puede deber a la dificultad idiomática, barreras culturales, falta de medios de comunicación y de acceso a la información.

Por ello, cabe destacar la importancia de la tarea de los trabajadores sociales y de otros profesionales del ámbito social de transmitir la información adecuada y de conexión con los recursos de la comunidad.

Durante esta etapa de crisis de COVID-19, el trabajo social se ha visto sometido a una profunda transformación en cuanto a la intervención, obligándose a priorizar y a atender

las situaciones de exclusión social grave, velando para cubrir las necesidades básicas de las personas usuarias. Esta tarea, si bien se venía realizando anteriormente a la crisis, se ha enfrentado a un gran aumento de demanda de la población en situación de exclusión. Por ello, ha tenido que pasar a segundo plano, la atención a otro tipo de necesidades, como las de orientación laboral, orientación e información de otras temáticas de interés, mediar entre conflictos intrafamiliares y otras atenciones dirigidas a la mejora del bienestar de la población en general. Actualmente, los y las trabajadores/as sociales nos hemos encontrado con la obligación moral de priorizar las atenciones destinadas a cubrir las necesidades básicas, entre ellas, las de alimentación, vivienda y trámite de ayudas económicas.

El Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital es una nueva prestación económica aprobada a raíz de la pandemia COVID-19. Se trata de una prestación de la Seguridad Social del Gobierno de España dirigida a prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas que viven solas o están integradas en una unidad de convivencia y carecen de recursos económicos básicos para cubrir sus necesidades básicas. Los titulares con derecho a acceder a esta prestación son personas de entre 23 y 29 años que deberán haber tenido residencia legal y efectiva en España y haber vivido de forma independiente durante al menos los tres años anteriores a la solicitud, salvo que hayan abandonado el domicilio habitual por ser víctimas de violencia de género, hayan iniciado trámites de separación o divorcio u otras circunstancias que se determinen (Seguridad Social, 2020).

Según el artículo publicado por Oxfam Intermón (2020), una de las peticiones en su artículo para evitar la precariedad es que se ofrezcan garantías de acceso inmediato al ingreso mínimo vital para los grupos más vulnerables: víctimas de trata, solicitantes de asilo y familias migrantes con menores a su cargo, independientemente de su situación administrativa.

Por otro lado, el Consejo General de Trabajo Social en España ha elaborado y publicado unas recomendaciones y propuestas dirigidas a todos los trabajadores sociales ante la situación del COVID-19 que, a su vez, los Colegios Oficiales de Trabajo Social lo han difundido a sus colegiados, instituciones y organismos públicos. Estas recomendaciones conforman un conjunto de instrucciones donde se abordan las medidas preventivas de contagio de los trabajadores sociales, así como la forma de actuar ante la sospecha de la enfermedad y sus síntomas. También recoge diferentes recursos sociales y propuestas de intervención social orientadas a optimizar las buenas prácticas profesionales. (Consejo General del Trabajo Social 2020).

Cabe destacar que el gran aumento de demanda de atención desde los distintos servicios sociales y otras entidades de atención social ha conllevado a que la intervención deba realizarse con mayor rapidez, provocando una reducción del estudio de la situación sociofamiliar, para atender a la mayoría de la población que lo precisa. Y, aun así, las líneas telefónicas de los servicios sociales siguen saturadas, sobre todo en las grandes ciudades donde el número de población es mayor y la red de apoyo social informal suele ser más escasa. En cambio, en las localidades podemos observar que la red social informal entre vecinos es más estrecha y el apoyo entre ellos es mucho mayor.

Como trabajadores sociales debemos poner el foco en primer lugar en mitigar el impacto de la pandemia sobre la desigualdad y la pobreza, teniendo en cuenta también a las personas inmigrantes, incluidas las que se encuentran en situación administrativa irregular.

Esta situación de irregularidad administrativa aumenta exponencialmente la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión social de las personas frente a la emergencia sanitaria, social y económica. Muchas personas migrantes en situación de irregularidad se encuentran con la falta de derechos en distintos niveles: falta de empleo o de empleo formal con la desprotección asociada, obstáculos para el empadronamiento e incluso el miedo a salir para acudir al centro de salud por la posible incoación de un expediente sancionador por estancia irregular. (Oxfam Intermón, 2020).

Por otro lado, hay que destacar el esfuerzo desde el trabajo social para adaptar la intervención a la nueva situación en crisis de COVID-19, en la que seguimos enfatizando la importancia del trabajo interdisciplinar, coordinándonos con todos los recursos que intervienen en los casos que atendemos, para no solapar intervenciones y abordar el caso de forma más eficiente.

## 9. CONCLUSIONES

Destacar el reconocimiento en la importancia de la presencia de la pluralidad cultural que coexiste en nuestras sociedades actuales. Esta pluralidad provoca a veces conflictos sociales entre sus integrantes y debe darse solución desde el estudio de la antropología de la interculturalidad de las sociedades y analizar en detalle de qué se habla cuando se habla de cultura, de identidad cultural y de diferencias. Estos aspectos tienen una indudable repercusión en la práctica de la intervención social y por ello deben ser estudiados y analizados previamente desde la antropología social y cultural. Solo así podremos prevenir errores en la intervención, es decir, actuar desde el conocimiento previo de los factores sociales e interculturales que explican los comportamientos y posibles conflictos en la sociedad. Para un estudio en profundidad de la comunidad en la que se pretende intervenir solo es posible a través de un trabajo de campo, de manera que se permita la interacción y conocimiento de las personas y de su manera de vivir y de relacionarse con la comunidad. Por ello, debemos teorizar también de la práctica empírica de la intervención en trabajo social e incentivar los proyectos de investigación de los agentes sociales.

En el instante en que una persona decide o se ve obligada a migrar, entra en un proceso de cambio sustancial lo que le obliga a una adaptación expés en muchos sentidos, en el que surgen sentimientos ambivalentes, pena, culpa, miedo a lo desconocido, al fracaso y que en su conjunto predisponen a sufrir ansiedad, estrés y con el riesgo de padecer importantes crisis emocionales y de identidad.

En función del sexo, edad, origen u otros factores socioculturales característicos de la persona que migra, puede ser muy diferente el proceso de adaptación a una nueva sociedad, aunque eso no es determinante a que le resulte más o menos complicado. En esta determinación también juega un papel esencial la sociedad receptora.

Con la decisión de migrar a otro país, surgen muchos sentimientos citados anteriormente y uno de los motivos es la idea de dejar atrás todo un entorno y vida conocida, toda su red de apoyo, familia, vecinos, amigos, etc... Todas estas personas que se quedan en el país de origen, tienen un papel muy influyente en su periodo de adaptación, ya que demostrando un apoyo incondicional a la persona que va a migrar, desde que toma la decisión, su llegada y estancia en un lugar desconocido, resulta fundamental para ésta que siga sin-

tiendo ese sentimiento de pertenencia a su lugar de origen y con posibilidad de un regreso positivo. Es decir, que la persona que emigra perciba que sigue teniendo esa red de apoyo que tenía en su lugar de arraigo, aunque sea a distancia, y que sus relaciones no se corten o rompan definitivamente por el hecho de migrar a otro país.

La sociedad receptora tiene otro papel muy significativo en la adaptación de la persona migrante. Es fundamental que esta sociedad tenga una visión y actitud de interculturalidad, con la idea de que es posible la convivencia en armonía de personas con diferentes culturas y de distintos orígenes. Es imprescindible fomentar el positivismo y las ventajas que tiene la posibilidad de convivir con personas con culturas distintas, aprendiendo unas de otras, permitiendo las diferencias entre cada una de ellas. También, en el proceso de adaptación tiene un gran peso determinante las políticas dirigidas a las personas migrantes. Es evidente, que actualmente, las políticas de migración en nuestro país no favorecen la adaptación de estas personas en nuestra sociedad, sino todo lo contrario, originan escollos, en todos los ámbitos que le afectan; laborales, educativos, sanitarios, etc.

Además, la misma persona migrante desempeña un rol muy importante en su proceso de adaptación a un nuevo lugar, sociedad o cultura (a una nueva vida). Puede suceder que ésta, si rechaza la cultura de acogida, entre en un proceso de exclusión social y de auto-marginación. Por ello, es fundamental que acepte y permita las diferencias, sin dejar atrás su ideología y cultura, igual que la sociedad receptora, con semejanzas y diferencias, con culturas, normas, valores, costumbres y tradiciones distintas.

Por este motivo, cabe destacar la importancia del trabajo social en la intervención con toda la población en general, la de acogida y la migrante, para facilitar lo máximo posible los procesos de adaptación e incentivar la cohesión social. Es fundamental la intervención en la población en general para la desmitificación y deconstrucción de los estereotipos que marcan, especialmente, a la mujer migrante y le supone impedimentos para su proceso de adaptación y la posiciona en un contexto de vulnerabilidad y de riesgo de exclusión social.

Esta intervención conlleva que se realice desde la perspectiva del trabajo social comunitario y motivar a la población a ser partícipe de ello, difundir posibles estrategias para conseguir los objetivos marcados y que las personas partícipes conozcan y comprendan el qué, el porqué, para qué y cómo colaborar. Para conseguir la participación de la comunidad es necesario que las personas entiendan la importancia de cooperación para conseguir los objetivos de cohesión social en una sociedad multicultural. A participar nos referimos al pleno entendimiento del proyecto, de sus objetivos y metas marcados, mediante el conocimiento de la población implicada y de acuerdo con sus códigos culturales y sociales. Tan solo de esa forma y no de otra, su participación será real, eficaz y eficiente, que es al fin y al cabo la meta de cualquier intervención.

Resulta necesario el estudio previo de los diversos factores culturales y sociales a la hora de planificar, intervenir y evaluar políticas, proyectos y/o programas en cualquier comunidad. De esta manera, comprendiendo las necesidades de cambio de la propia comunidad podremos extraer la información necesaria que contribuya a la mejora o solución de problemas y conflictos de la forma más eficaz, adaptándose a las características de ésta. Es decir, se trata de aplicar una antropología comprometida social, cultural, política y moral con la comunidad estudiada. Esto solo puede hacerse mediante la práctica, la convivencia y el trabajo de campo junto al colectivo de estudio

Los estereotipos y prejuicios en relación con las mujeres migrantes, sobre todo en casos de mujeres extracomunitarias, están presentes en nuestra sociedad y se muestran en la precariedad de los puestos de trabajo que se les ofrece y en el trato de la sociedad de acogida en muchas ocasiones y contextos distintos. Este colectivo puede creer que no pueden acceder a otro tipo de trabajo por su condición y muchas veces ocurre que están agradecidas porque se les ofrezca un trabajo en condiciones precarias y no luchan porque esto no sea así y exigir las mismas condiciones que se ofrecen al resto de la población. Esto podría explicarse porque ellas se ven a sí misma en una posición inferior respecto al resto por su condición de migrantes. Esta perspectiva de visión inferior hacia este colectivo de población es otro aspecto que debería ser mejorado y ser tratado a través del empoderamiento de estas mujeres y la incidencia en positivizar su autoestima. Y no podemos obviar que no solamente se requiere un trabajo con el colectivo vulnerable, sino que se requiere la participación también del resto de la población de acogida y encaminar un trabajo hacia la integración y la cohesión social.

Desde el trabajo social tenemos la responsabilidad de velar para detectar las situaciones de discriminación que se producen y denunciarlas, además de actuar de forma preventiva para evitar que se produzcan, desde el ámbito educacional, sanitario, político y en toda la población en general. Debemos provocar un sentimiento de rechazo absoluto a las conductas discriminatorias y/o xenófobas hacia cualquier persona y ser intolerantes frente a estas, actuar y denunciarlas. Esto lo podemos hacer mediante la divulgación de la importancia de la cohesión social y cómo actuar frente a situaciones de discriminación.

Por otro lado, cabe destacar la importancia de la evaluación durante todo el proceso, en el que se recabarán datos que podrán ser útiles para la mejora de la intervención y proyectar nuevas estrategias de acción comunitaria. Se debe evaluar desde la perspectiva profesional del trabajo social y de otros agentes implicados y desde la perspectiva de la población que participe en el proceso siempre con el horizonte de mejorar la cohesión social de la comunidad.

Para concluir, es imperativo tomar conciencia de la incorporación de las mujeres migrantes a nuestra sociedad, teniendo en cuenta que forman parte de las dinámicas sociales, laborales, económicas y culturales. Es decir, forman parte de la sociedad influyendo en todos los ámbitos que nos afectan, aunque sigan siendo un grupo con especial vulnerabilidad y con alto riesgo de exclusión social. Esto sucede, no solo por su falta de participación en la configuración de la integración social, sino por los inconvenientes que se encuentran desde las políticas institucionales hasta las de la propia sociedad de acogida. Por ello, es fundamental el trabajo dirigido a proporcionar apoyo a este colectivo, así como los estudios que reflejen las expectativas y realidades que viven estas mujeres y otros colectivos que se encuentran en una posición de vulnerabilidad y en riesgo de exclusión social.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A., Vidal, A. & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
- Bastia, T. (2009). La feminización de la migración transnacional y su potencial emancipatorio. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*. N°104, 67-77.
- Belza, M. J., Clavo, P., Ballesteros, J., Menéndez, B., Castilla, J., Sanz, S., ... & Romero, J. D. (2004). Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 177-183.
- Bermúdez, E. M. (2004). Imágenes de la salud y la enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3(7).
- Canales, A., & Zolniski, C. (2000). Comunidades transnacionales y migración en la era de la globalización. *La migración internacional y el desarrollo en las Américas*, 413-432.
- Casas, L. (2008). Migración, género y hogares transnacionales. La inmigración en la sociedad española. *Una radiografía multidisciplinar*. Barcelona. Edicions Bellaterra, 561-586.
- Federación de Asociaciones de SOS Racismo. (2018). Informe anual 2018 sobre el racismo en el estado español.
- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185.
- Lexartza, L., Carcedo, A. & Chaves, M. J. (2013). Mujeres centroamericanas en las migraciones. Una mirada alternativa frente un discurso homogeneizante sobre las migraciones. *Centro Feminista de Información y Acción, PCS*.
- Mañeca, A. (2006). La multiculturalidad de la Biomedicina. *Salud e interculturalidad: antropología de la salud y crítica intercultural*, 1802.
- Martine, G., Hakkert, R., & Guzmán, J. M. (2000). Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares. *Revista Notas de Población* (73).
- ONU Mujeres México. (2020). Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la COVID-19. Publicación <https://mexico.unwomen.org/>
- Organización Internacional para las Migraciones, OIM. (2020). <https://rosan jose.iom.int/site/es/blog/los-riesgos-adicionales-de-la-covid-19-para-las-mujeres-migrantes-y-como-abordarlos>
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). Estimaciones mundiales de la OIT sobre los trabajadores y las trabajadoras migrantes. Resultados y metodología.
- Oxfam Intermón. (2020). Una reconstrucción justa es posible y necesaria. *No es momento para la austeridad, elijamos dignidad*. <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/informe-pobreza-desigualdad-pandemia-covid-19.pdf>



Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital. «BOE» núm. 154, de 1 de junio de 2020, páginas 36022 a 36065 (44 págs.) BOE-A-2020-5493 <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/05/29/20>

Salazar, M. (2008). Espacios transnacionales: migración y globalización. *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 9(2), 8.

## 11. GRÁFICOS Y CUADROS

Gráfico 1. Conflictos y agresiones racistas. Federación de Asociaciones de SOS Racismo (2018).

Gráfico 2. Distribución mundial de los y las trabajadores/as migrantes por sexo, 2017. (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

Cuadro 1. Interrelaciones entre migración regular e irregular, trata y tráfico ilícito de personas. OIT (2005).

## ***El rol del Trabajo Social en la violencia filio-parental*** ***The role of Social Work in child-to-parent violence***

*Modalidad: Teoría del Trabajo Social*

**Javier Espinosa Mateos**

Trabajador Social en Ejercicio Libre (Fundador de Jábega Social)

### **Resumen:**

El presente estudio tiene como objetivo profundizar en el rol profesional del Trabajo social en la violencia filio-parental y la aplicabilidad de su conocimiento a esta problemática. A través de una revisión bibliográfica se expone la relevancia de los factores sociales en su origen y la importancia de las dinámicas familiares que inciden en el fenómeno. Se muestran diversos planteamientos explicativos y las soluciones que aporta el conocimiento generado por el Trabajo Social. También se señalan las funciones que pueden llevar a cabo trabajadores/as sociales en procesos como la prevención, diagnóstico e intervención. En las conclusiones se recopilan las evidencias encontradas sobre la pertinencia de este tipo de profesionales para trabajar la Violencia filio-parental y el valor de su aportación para la comprensión y abordaje del fenómeno.

### **Palabras clave:**

Violencia filio-parental, Trabajo Social, intervención, diagnóstico social, rol, equipo interdisciplinar, menores, jóvenes familia

### **Abstract:**

The objective of this study is to deepen the professional role of social work in child-parent violence and the applicability of their knowledge to this problem. Through a bibliographic review, the relevance of social factors in their origin and the importance of family dynamics that affect the phenomenon are exposed. Various explanatory approaches and the solutions provided by the knowledge generated by Social Work are presented. The functions that can be carried out by social workers in processes such as prevention, diagnosis and intervention are also indicated. In the conclusions, the evidence found on the pertinence of this type of professionals to work on child-parent violence and the value of their contribution to the understanding and approach of the phenomenon are compiled.

## Keywords:

Child-parent violence, Social Work, intervention, social diagnosis, role, interdisciplinary team, minors, young families

## INTRODUCCIÓN

La violencia filio-parental (VFP de aquí en adelante) es producto de una suma de factores que derivan en agresiones psicológicas, físicas y económicas de hijos/as hacia sus progenitores. Dada su naturaleza diversa es necesario contar con profesionales de distintas disciplinas para entender y abordar toda su complejidad. Si bien existen profesiones como la psicología o la psiquiatría que se han prodigado en el estudio e intervención de la VFP, el rol profesional del Trabajo Social no ha sido convenientemente estudiado ni clarificado. Siendo la VFP un fenómeno de reciente eclosión, apenas existe bibliografía que sitúe un rol concreto dentro de esta problemática. Esta investigación/revisión bibliográfica tiene como objetivo poner en valor lo que puede aportar la profesión en la VFP y qué funciones puede desarrollar, no de una forma limitante o exclusiva, si no con una visión sumativa a las aportadas por otras disciplinas. Esclarecer qué conceptos propios de la profesión aportan al conocimiento de la VFP contribuirá a una profundización en la problemática y concretar el rol en los diferentes procesos a desarrollar en su abordaje, poniendo en valor la presencia de trabajadores/as sociales en entidades que abordan el fenómeno.

### Presentación del tema y contextualización

La VFP es un fenómeno cuya visibilidad ha experimentado una fuerte eclosión en la última década. Según las memorias de la Fiscalía General del Estado, en el periodo 2008-2018 existen más de 4000 casos cada año, con diversas variaciones en su crecimiento.

Cabría mencionar los siguientes hitos conceptuales sobre la materia<sup>1</sup>:

- 1979: Harbin y Madden describieron un nuevo síndrome de la violencia familiar, el maltrato a los padres.
- 2005-2006: Primeros manuales específicos que abordaban conceptos o tipos de violencia de hijos hacia padres, como el “síndrome del emperador” (Garrido), y el “pequeño dictador” (Urra).
- 2006: Pereira introdujo en España el término “Violencia Filio-Parental”
- 2012: Fundación de la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP)
- 2017: Celebración del 1º Congreso SEVIFIP y propuesta de consenso de definición

Esta enumeración de hechos, lejos de ser exhaustiva, resulta esclarecedora para entender el avance reciente de la VFP. Han sido numerosas las investigaciones que han intentado

.....

<sup>1</sup> Resumen cronológico de datos extraídos del documento de definición de la VFP de SEVIFIP (2017)

arrojar luz sobre el fenómeno, con una gran disparidad de criterios en cuanto a lo que se considera VFP debido a la ausencia de una definición de consenso científico. La fundación de SEVIFIP supone una relevante unión profesional para promover el desarrollo conceptual de esta problemática. Así, en 2017, un grupo de 11 expertos de dicha entidad proponen la siguiente definición:

Conductas reiteradas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) o económica, dirigida a las y los progenitores, o a aquellas personas que ocupen su lugar. Se excluyen las agresiones puntuales, las que se producen en un estado de disminución de la conciencia que desaparecen cuando esta se recupera (intoxicaciones, síndromes de abstinencia, estados delirantes o alucinaciones), las causadas por alteraciones psicológicas (transitorias o estables) (el autismo o la deficiencia mental severa) y el parricidio sin historia de agresiones previas. (SEVIFIP, 2017, p.220).

Desde una perspectiva de género Lozano y Estévez (2013) señalan que las agresiones de la VFP son más frecuente en la madre que en el padre citando otras investigaciones (por ejemplo, Calvete, Orue, y Sampedro, 2011) y en consonancia con estudios anteriores (Bertino, et al., 2011; Pereira, 2011; Tobeña, 2012), los resultados muestran que los chicos recurren más a la violencia física (golpes y patadas) y las chicas más a la violencia psicológica (gritos, insultos y amenazas). Lejos de ser una violencia presente en mayor medida en familias desestructuradas o en riesgo, se trata de una violencia que se da en familias normalizadas, con un predominio de las familias monomarentales (Fundación Atenea, 2018). Este último estudio señala la necesidad de seguir estudiando la brecha de género.

También resulta necesario acudir a la propia definición de Trabajo Social (Federación internacional de Trabajadores Sociales, 2014): *“es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. (...) el trabajo social involucra a las personas.”*. En una definición anterior del mismo organismo, se mencionaba que: *“mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno.”* (FITS, 2000)

Es necesario reseñar que el desconocimiento de la labor del Trabajo Social o su asociación a ámbitos tradicionales desdibuja bastante la riqueza de la disciplina. Centrándonos en los roles profesionales según el ámbito, organización, función o posición jerárquica que ostente el trabajador social puede adoptar por exigencias o expectativas de la entidad contratante un conjunto de roles bastante alejado del estándar con el que se identifica el Trabajo Social (Pelegrí, 2006). Siguiendo la visión del autor es necesario romper con la imagen unívoca y estereotipada de la profesión para abrirse desde la formación a la posibilidad de otras identidades y presentar mayor variedad de roles. Esta Visión reduccionista relega en ocasiones su función a un mero administrador de recursos. Siguiendo esta percepción, que pareciera ser generalizada, suele limitar el trabajo a atender la exclusión social desde la administración pública o el tercer sector. Aunque efectivamente estos son espacios que cuentan con un gran número de profesionales del Trabajo Social no son los únicos ámbitos ni sectores en los que se trabajan. El ejercicio libre de la profesión, o Trabajo Social Privado, emerge con una gran fuerza en España y supone una vía de empleabilidad destacada que puede generar iniciativas que respondan a este y otros problemas.

Como punto de partida a la diversidad de identidades cabe reseñar que son objeto del Trabajo Social los problemas psicosociales derivados de la falta de producción y desarrollo de las oportunidades vitales necesarias para el crecimiento de los individuos en las situaciones de pobreza, privaciones morales, sociales y culturales, dependencia y cualesquiera otras que impidan la realización de su autonomía, identidad social y desarrollo personal (Zamanillo, 2012). La autora cita el papel del trabajador social para valorar los factores de protección y de riesgo en los que se encuentra la persona para intervenir a posteriori.

El Trabajo Social no es estático, si no especialmente dinámico. La finalidad que tiene la profesión es la de dar respuesta a los cambios sociales y transformar las situaciones sociales mediante la implicación de los diferentes agentes que forman la comunidad, promoviendo la justicia social y los derechos humanos de las personas (Cazorla y Bernal, 2014). Las complicaciones y los desafíos que los cambios sociales están generando en el principal pilar de socialización suponen un reto para el Trabajo Social y la necesidad de conocer, reconocer y analizar una nueva realidad social (Palma, 2015, como se citó por Somovilla et al. 2016). Ante la aparición emergente de la VFP como problema social, la disciplina ofrece respuestas válidas y de gran impacto que son merecedoras de ser puestas en valor.

### La importancia de los factores sociales en la VFP

Diversos autores referentes en VFP ponen en relieve la importancia de los factores sociales que se asocian a la aparición de este problema. La teoría Ecológica de Bronfenbrenner (citada por Cottrell y Monk, 2004) concibe al ser humano como un sujeto que está integrado en un conjunto de estructuras ambientales a distintos niveles, y como cada uno de dichos niveles contiene al otro. Lo componen el Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema, y vienen a reflejar nuestra pertenencia y relaciones con los distintos grupos que componen la sociedad (familia, amigos, barrio, escuela, ciudad etc.). Cottrell Y Monk (2004) toman como base dicha teoría para extraer diversos factores relacionados con la aparición de la VFP como son: el mantenimiento de la privacidad familiar, falta de información y apoyos de la comunidad, valores culturales, estilos de crianza, dinámicas familiares, el aislamiento social o el estrés.

Cabe destacar la teoría del aprendizaje social que Akers (2006) utiliza para explicar el comportamiento antisocial o delictivo, que señala cómo se aprende, mantiene y modifica la conducta desviada a partir de su contemplación en los grupos primarios, secundarios y terciarios, siendo la familia el modelo principal de influencia y aprendizaje, mientras que los amigos, los medios de comunicación, etc., conforman el resto de los grupos. Este modelo ha sido utilizado por otros destacados autores como explicación a la VFP

La escasez de habilidades y de tiempo para educar son aspectos también contemplados por Pereira y Bertino (2009) al exponer cómo determinados factores sociales merman el ejercicio de la autoridad. Los citados autores consideran que los cambios producidos en el ciclo vital familiar están en el origen de la escasez de habilidades para establecer una disciplina educativa. Muy en esta línea Cagigal *et al.* (2008) pone en relieve como el nuevo marco social y sus consecuentes cambios han traído consigo nuevos beneficios, pero también ha reducido la capacidad educadora de la familia, de manera que la modificación de los valores en las dinámicas familiares haya podido favorecer la violencia de hijos a padres.

En este sentido destaca la siguiente cita:

Los cambios sociales que se han producido en las últimas décadas en la mayor parte del mundo (...) han favorecido extraordinariamente la aparición de nuevas dinámicas que han promovido la alteración de los equilibrios de poder en el interior de las familias, así como en el otro gran sistema educativo: la escuela. (Pereira, 2011, p.58)

Según un estudio sobre el nexo violencia-adolescencia y Trabajo Social (Gómez, 2015) los orígenes de la violencia aparecen asociados a causas sociales y culturales. Se destaca la importancia otorgada a la familia en la génesis de la problemática. Las causas que se consideran más relevantes aluden a dimensiones vinculadas con la socialización parental y las relaciones familiares, como el exceso de autoridad o la sobreprotección y papel de los miembros de la familia como modelos de conducta. Esto nos recuerda a los modelos explicativos de la VFP como la teoría del aprendizaje social de Bandura (1973) o el más reciente síndrome del emperador (Garrido, 2005),

También el absentismo escolar es relevante dentro del fenómeno. Existen diversos motivos explicativos de las faltas injustificadas a clase, y uno de ellos es el poder que ostenta el menor dentro del núcleo familiar (Rosa, 2018). Según la autora, a través de los informes que se reciben Servicios Sociales se puede detectar este tipo de violencia en sus primeras fases, lo que permite trabajarla antes de que pase a mayores. De su estudio también destaca el importante papel de profesionales del Trabajo Social en la intervención de casos

### **Trabajo social y violencia filio-parental**

Tras constatar que la VFP es una problemática familiar y social profundizamos en su nexo con la profesión. La eclosión de la VFP en la última década ha supuesto una producción científica considerable en la que la profesión del Trabajo Social no ha formado parte de forma relevante. Las investigaciones en violencia filio-parental han aumentado considerablemente en la última década, sin embargo, la presencia de la disciplina en este ámbito teórico es insuficiente, ya que la mayoría están centradas en el ámbito de otras profesiones como la psicología o la educación social (Jiménez y Romero, 2017). Las autoras señalan que la escasa delimitación de las funciones del trabajador social en VFP puede conllevar a que esta figura sea absorbida por otras disciplinas que lleven a cabo la intervención con adolescentes y sus familias como educadores sociales o psicólogos. Sobre la relación existente entre profesión y fenómeno existe diversa bibliografía que analiza los factores, modelos explicativos o descripción de los recursos específicos, pero apenas menciona la aplicabilidad del conocimiento propio de la disciplina y la praxis dentro de esta problemática.

El Trabajo Social Familiar es una forma de intervención profesional (Calcedo, 2018). Según la autora el acercamiento a esta problemática desde la profesión se puede realizar desde la investigación, la intervención o prevención. En los casos denunciados de VFP en los que los equipos judiciales encargados de llevar a cabo los programas educativos con menores están compuestos por profesionales de la Psicología, Educación Social y Trabajo Social. La intervención puede producirse de forma individual, multidisciplinar o interdisciplinar, según el tipo de medida que deba ejecutarse; y es el programa educativo individual, elaborado al efecto, el que debe dar respuesta a las necesidades educativas del infractor, para tratar de modificar aquellos aspectos personales, familiares o sociales que le han lle-



vado a ser objeto de una medida (Agustina y Romero, 2013, p.241). En la actualidad las perspectivas ecológicas refuerzan más el papel de los trabajadores sociales como colaboradores, capacitadores, docentes o mediadores con funciones de facilitación, orientación y organización fundamentalmente (Payne, 1995 como se citó por Gómez, 2015).

Para resaltar la aplicabilidad del Trabajo Social a la VFP se exponen dos conceptos que nacen y se identifican con la profesión y una práctica profesional algo menos conocida en España que incide en puntos importantes y suman conocimiento a la intervención.

#### a) La visita domiciliaria

La propia historia del Trabajo Social está unida a esta práctica. La disciplina ha tenido desde sus orígenes un fuerte compromiso con la familia que se demuestra en hechos como que fue la primera profesión que se acercó a las familias en el lugar donde vivían, lo que le permitió desarrollar una comprensión compleja de ellas en su contexto social (Aylwin y Solar, 2002). Las autoras refuerzan su planteamiento citando a los psiquiatras Rosselott y Carrasco (1997) que afirmaron que las primeras conceptualizaciones del funcionamiento familiar surgen del aporte de las trabajadoras sociales que se preocupaban de la familia como unidad social en la que focalizaban sus intervenciones.

La visita domiciliaria es la realizada por el Trabajador Social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento (Ander-Egg, 1995). Se trata de una entrevista efectuada en el domicilio del sujeto de atención para profundizar y observar el ambiente familiar, contribuye directamente a interrelacionar hechos reales facilitando la precisión del diagnóstico.” (Quiroz y Salazar,1999). La visita domiciliaria es una herramienta fundamental que nos puede ayudar a conocer y comprender la dinámica interna de las familias y su entorno, confirmar hipótesis de trabajo o generar otras nuevas ya que el trabajo en el domicilio de la familia ofrece tremendas posibilidades terapéuticas si la intervención se conduce adecuadamente (González, 2003). El autor destaca que no hablamos de una simple entrevista a domicilio ya que los espacios físicos donde se desarrolla la interacción tienen una enorme importancia en la definición de las relaciones y la intimidad, y el clima del hogar es propicio para realizar manifestaciones íntimas que no se producirían en el despacho.

En casos de VFP la visita domiciliaria es una valiosa técnica ya que las agresiones de hijos a progenitores se suelen producir en el hogar familiar aprovechando la intimidad de la casa, ya que es este contexto en el que se producen la mayoría de las agresiones. La visión y análisis de patrones de conductas, dinámicas familiares, jerarquías, límites y mitos familiares que se detectan en la visita domiciliaria enriquecen el conocimiento de lo que ocurre en el hogar familiar y del funcionamiento interno de sus miembros. Esta visita debe ser preparada minuciosamente estableciendo un objetivo, temas a tratar y aspectos a observar. El profesional debe contar la suficiente pericia de controlar la situación en un ambiente que le es ajeno y en el que prevalecen las normas de la propia familia. Pueden llegar a darse situaciones de tensión y riesgo para las que el/la profesional tiene que estar preparado. Visionar las agresiones propias de la VFP ayudará a conocer numerosos detalles que no sería posible detectar en otros espacios. Profundizar desde esta

perspectiva, teniendo en cuenta el contexto natural en el que se producen las agresiones, reporta una información especialmente significativa.

## b) Diagnóstico social

La precursora del Trabajo Social Mary Richmond define el Diagnóstico Social como un proceso a través del cual el trabajador o trabajadora social trata de definir la situación y personalidad de una persona que presenta alguna carencia social (1917). Para ello tiene en consideración el concepto evidencia social, que se refiere al conjunto de hechos e historias personales que sirven para señalar el origen de los problemas sociales y los instrumentos para su solución.

También destaca la siguiente definición;

Un diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles. (Aguilar y Ander-Eg, 2011, p. 31-32)

Los citados autores enfatizan el establecimiento de prioridades y estrategias de intervención para determinar de antemano su viabilidad teniendo en cuenta medios disponibles y actores implicados. El diagnóstico social se considera por tanto una síntesis, una interpretación y una evaluación profesional de una situación. Dentro del diagnóstico social se encuentra el pronóstico, que indica las posibilidades de reversibilidad de la situación social que se estudia y los medios necesarios para mejorarla; también indica las posibilidades de atención desde el servicio desde el que se trabaje (Rosell, 1998). De esta forma se pueden definir los objetivos, las prioridades y los plazos de actuación. Otra definición del diagnóstico es la citada a continuación:

Procedimiento utilizado por los trabajadores sociales con el que se hace un juicio interpretativo de una situación personal o de grupo, y establece una jerarquización de las necesidades según su naturaleza y magnitud para encontrar una hipótesis de trabajo e intervención profesional como base de una acción programada que responda eficazmente a tales necesidades. (Arredondo, 2010, p. 54)

A través de un recopilatorio de distintas autorías relevantes Díaz y Fernández (2013) señalan cuatro niveles distintos del diagnóstico social:

- Síntesis descriptiva: selección de aquellas evidencias relevantes y explicativas ordenadas de forma diacrónica que permita comprender e interpretar las situaciones de necesidad social.
- Análisis causal: atribución de causalidad a las distintas evidencias para inferir si éstas actúan como variables dependientes o independientes en el conjunto de relaciones que construyen las necesidades sociales
- Interpretación y conceptualización: ubicar las situaciones particulares en el modelo de necesidades sociales básicas a partir de sus principales componentes y causas.
- Evaluación y pronóstico: persigue identificar los factores protectores o de riesgo existentes y el pronóstico predice la evolución que se puede esperar.

El diagnóstico social nos ofrece una completa radiografía de qué está ocurriendo, la visión de los actores implicados y su entorno, los factores de riesgo y potencialidades, dinámicas familiares, necesidades detectadas por orden de prioridad y propuesta de intervención concreta. Las líneas que conducen al Diagnóstico Social (Richmond, 1917) son:

- La primera entrevista (acercamiento. indicios y preguntas, toma de notas, consejos y promesas prematuros etc.).
- El grupo familiar: (la familia como un todo, el marido/padre, esposa/madre, hijos, otros miembros etc.)
- Las fuentes externas (parientes, médicos, escuela, trabajo, vecindario, entidades afines etc.)

Estos ámbitos de conocimiento que el diagnóstico social estudia guardan gran paralelismo con los niveles incluidos en el Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema por Cottrell y Monk (2004) en la adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987). Es fundamental, en la evaluación de este tipo de casos, tener en consideración las variables tanto personales, como ambientales, y muy presente las construcciones sociales relacionadas con jerarquías familiares, el género, la clase social, la etnia, educación, duelos no elaborados, o la orientación afectivo sexual que puedan estar afectando/modulando la conducta de ambos: víctima y agresor/a. La riqueza documental de todo este proceso resulta valiosísima en casos de VFP para conocer y actuar de forma certera.

### c) Trabajo Social Clínico

La práctica del Trabajo Social Clínico hunde sus raíces en los inicios de la profesión con las pioneras que comenzaron la disciplina, como la ya mencionada de Mary Richmond. A nivel internacional existen multitud de profesionales<sup>2</sup> que han influido en la historia de la terapia familiar en países de habla inglesa como Irlanda, Reino Unido y Estados Unidos. Virginia Satir con un estilo personal y carismático, dirigió numerosos seminarios de Formación, y publicó uno de los primeros libros sobre Terapia familiar en 1964 (Pereira, 1994).

Se define como “una práctica especializada del Trabajo Social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional” (Ituarte, 2017, p. 20). Antipán y Reyes (2013, como se citó por Huaiquiche y Bastía en 2016).) consideran que su finalidad es realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares a través de la visión clínica de los fenómenos empleando estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. La capacitación formativa en esta especialidad habilita al profesional del Trabajo Social a trabajar de forma terapéutica con casos de VFP

.....

2 Recopilación de profesionales elaborada por Reyes D. (2017) descargable en [https://902fa8ab-4446-4336-9aed-51005fd9c437.filesusr.com/ugd/27eaf7\\_f762ba239b4e4bea964b584152152963.pdf](https://902fa8ab-4446-4336-9aed-51005fd9c437.filesusr.com/ugd/27eaf7_f762ba239b4e4bea964b584152152963.pdf)

Partiendo de la base de que el objeto del Trabajo Social es tanto el individuo y el ambiente, como la interacción entre ambos, su práctica clínica tiene un **carácter profundamente ecosistémico y constructorista** (Regalado, 2017). Señala el autor que estas variables, esenciales pero invisibles, se traducen en importantes diferencias en la práctica clínica del con respecto a la de otras disciplinas, principalmente en: el cómo se ve a la persona, cómo se lleva la relación terapéutica, cómo y dónde se sitúa el problema y cuáles son las soluciones al mismo. La dimensión terapéutica del Trabajo Social engloba los procesos de investigación-intervención realizados por un o una profesional, que pretenden lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de las y los sujetos, con el fin de que translaboren, resignifiquen y superen el sufrimiento subjetivo, o bien, que rompan con la repetitividad de su historia personal, familiar o comunitaria, cuando ésta se presenta como un obstáculo para su bienestar y el de su entorno (Rojas, 2011)

En España la práctica del Trabajo Social Clínico ha sido habitual desde los inicios de la profesión ya que un gran número de profesionales la ejercen, sin embargo, no son conscientes de que se trata de una especialidad profesional, y han llegado a ella formándose como terapeutas o psicoterapeutas en diversas modalidades (Col. T.S. Sta. Cruz, 2019). Esta entidad señala cómo esta práctica se está expandiendo y desarrollando por todo el país, y algunas universidades están trabajando para lanzar títulos de posgrado para formar al colectivo profesional en esta especialidad. Recientemente (2017) se ha publicado un manual específico de Trabajo Social Clínico por parte de autores españoles<sup>3</sup>. En 2017, dentro de la Federación de Asociaciones de Terapia Familia de España había inscritos 218 trabajadores sociales, que correspondían a un 11,8% de los 1845 socios con los que contaba la entidad en dicha fecha<sup>4</sup>.

### **Funciones de profesionales de Trabajo Social en VFP**

Tras exponer diversos conceptos que avalan la aplicabilidad del Trabajo Social en la VFP cabe señalar algunas de las funciones que puede realizar este/a profesional dentro del abordaje de la problemática.

#### **a) Prevención y Detección**

La prevención de riesgos permite evitar la aparición de una problemática, especialmente en grupos que presentan numerosos factores de riesgo. Partiendo de este concepto existen numerosas actuaciones posibles. Hay que señalar cómo la intervención del Trabajo Social dentro del contexto educativo supone un proceso de ayuda que permite detectar, en las familias y en los escolares, las situaciones que generan malestar y violencia fomentando nuevas perspectivas de acción que les permitan modificar, no solo los significados negativos de estas, sino también sus relaciones internas (Gómez, 2015).

Es especialmente relevante la educación de progenitores a hijos como factor de riesgo de este tipo de violencia. Por ello resulta fundamental colaborar en la prevención de la

.....

3 Prácticas de Trabajo Social Clínico (2017) coordinado por Amaya Ituarte.

4 Consulta directa realizada a dicha entidad

VFP a través de actividades como la formación y sensibilización sobre este tema, fomentando la salud integral de personas y su participación en actividades (Calcedo, 2018). Pueden realizarse con madres/padres/tutores campañas para el desarrollo de pautas educativas adecuadas trabajando los límites, la escucha activa, resolución de conflictos y apego en los progenitores. A su vez, con los hijos/as se pueden trabajar conceptos como negociación, respeto a la autoridad, empatía, y manejo de la frustración y agresividad. A través de estas actuaciones pueden detectarse casos incipientes o en sus fases iniciales que podrían ser intervenidos.

Suele ser habitual que la red de apoyo familiar, incluso la más cercana, sea ajena a las dificultades que se están produciendo. El miedo a la culpabilización y a la identificación de pautas educativas ineficaces son razones para el silencio, pero hay otras como puede ser la detección de pautas violentas generalizadas entre diferentes miembros de la familia (Urruela, 2012). Para facilitar la detección resulta necesario elaborar campañas de difusión para hacer llegar la población más datos sobre la VFP presentándola como la realidad en auge que es, soliviantando en la medida de lo posible los casos en los que no se pide ayuda por vergüenza y mostrando que existe solución de la mano de profesionales especializados. Estas campañas de hacen más que necesarias en recursos claves tales como medios de comunicación, servicios sociales, servicios sanitarios o AMPAS.

## b) Diagnóstico

La visión de conjunto que aporta el diagnóstico social es una herramienta valiosa en sí misma. Siguiendo el modelo ecológico se puede aportar valiosa información sobre el microsistema, y especialmente del mesosistema y exosistema del usuario que en ocasiones resulta fundamental. Recoger toda esta información de la familia y entorno es un proceso arduo y complejo en el que la profesión está especializada a través de la redacción del conocido como informe social.

La visita domiciliaria anteriormente expuesta aporta una visión amplia rica en matices para conocer la familia que sufre VFP y su funcionamiento. Introducirse de lleno en esta realidad es una gran oportunidad para vivir los procesos que están desarrollándose en la intimidad del hogar y cerciorar de primera mano las interacciones y condiciones en que se producen. El conocimiento del propio espacio físico nos dará una composición de lugar que en ocasiones habla “por sí misma” y va más allá de lo verbalizado por los usuarios.

Un buen análisis sobre como los individuos interactúan con su entorno es fundamental para elaborar el posterior plan de acción. Contar con la visión de actores implicados como el colegio, familiares externos al hogar, o cualquier otro informante clave supondrá un salto cualitativo y cuantitativo de la información recogida. Tras el análisis de datos y posterior elaboración del diagnóstico- en solitario o junto a un equipo - se efectuará la pertinente propuesta de intervención.



### c) Intervención

En la intervención de la VFP contar con especialistas en Trabajo Social Clínico para el apoyo terapéutico supone una valiosa aportación. Implementar un programa de intervención en solitario es un reto reservado para trabajadores/as sociales que cuenten con formación específica en terapia para atender a estos colectivos. Al desarrollar la práctica clínica se hará hincapié en aspectos fundamentales de interacción en VFP como son el vínculo familiar, dinámicas y roles en el hogar, deficiencias en el estilo educativo, profundizar en la historia de vida o relaciones con el grupo de iguales. Se neutralizarán factores de riesgo y estimularán las potencialidades de la familia. Intervenir en el propio contexto donde se produce (el domicilio) es una oportunidad pertinente debido al conocimiento que atesora el Trabajo Social sobre este tipo de contextos.

Formar parte de un equipo interdisciplinar o multidisciplinar es otra opción para el Trabajo Social en el que se pueden asumir tareas como sesiones individuales de intervención con padres/madres/tutores e hijos/as para temas específicos. También se puede actuar facilitando la comunicación con el entorno estableciendo contactos con familiares que no vivan en el hogar, colegios, trabajo o cualquier sistema perteneciente al ámbito del caso además de aportar una visión técnica a decisiones de equipo. La intervención en el contexto social que rodea al hijo/a o la familia supone una labor importante que a veces se descuida y supone un factor protector relevante para que el cambio persista tras la intervención.

Diseñar y ejecutar un proyecto de intervención es otra de las funciones que pueden desarrollar trabajadoras/es sociales desde el estudio de necesidades y justificación hasta el planteamiento de actividades y evaluación. En este tipo de documentos se detallan las funciones a realizar por cada profesional, objetivos y metodologías empleadas. La visión holística que encierra el Trabajo Social convierte a sus profesionales en personal adecuado para desarrollar este tipo de actuaciones.

## CONCLUSIONES Y APORTACIONES

Tras los datos expuestos cabe señalar al Trabajo Social como una disciplina que viene a enriquecer el estudio y la intervención de la violencia filio-parental. El conocimiento atesorado de la disciplina sobre la casuística de los problemas sociales, y la profundización en el funcionamiento familiar convierte a trabajadoras/es sociales en profesionales necesarios y preparados para el abordaje de la VFP. El diagnóstico social, la visita domiciliaria o el T.S. Clínico son algunos ejemplos de la valiosa aportación que pueden realizar a todos los niveles. La propia historia de la profesión nos sitúa en el germen del conflicto trabajando a través de la proximidad con las personas y su entorno para superar dificultades. El Trabajo Social de casos de Mary Richmond supone un testimonio de 100 años de labor con las familias que han seguido numerosos profesionales de la disciplina. También son relevantes las figuras como Virginia Satir que han aportado al desarrollo de la terapia familiar. El Trabajo Social Clínico es una realidad que debe seguir poniéndose en valor, tanto a nivel formativo (desarrollando capacitaciones específicas) como en su práctica.



Debido a una visión reduccionista y simplista de la profesión son muchos los casos en los que estos/as profesionales no ejercen un papel activo en el abordaje de la VFP. Existen numerosas entidades que suelen limitar sus funciones a administrar y gestionar recursos siguiendo la creencia de que esa es su única función sin aprovechar todo el conocimiento teórico-práctico de la disciplina y del/la profesional. Como consecuencia, el resto de las funciones han sido absorbidas por otras profesiones que llevan a cabo la intervención como la Educación Social, Psicología y Psiquiatría. Poner en valor el rol dentro de la VFP es imprescindible para una mejor comprensión y abordaje.

La eclosión de la VFP en la última década ha supuesto una producción científica considerable en la que la profesión no ha formado parte de forma relevante. Existe diversa bibliografía sobre la VFP elaborada por trabajadoras/es sociales que definen y clarifican los factores, causas, y modelos explicativos, pero sin hacer referencia a su labor específica. Es responsabilidad de la disciplina reivindicar su rol profesional en las nuevas problemáticas sociales. Este estudio pretende aportar algunas de las claves en las que hay que seguir profundizando en futuros estudios a nivel teórico y práctico. Sistematizar las diferentes experiencias profesionales sería de gran valía para avanzar en este aspecto.

El Trabajo Social tiene respuestas contrastadas para ponerlas al servicio de la sociedad y de las nuevas problemáticas que van emergiendo como es el caso de la Violencia Filio-parental. Contar con este tipo de profesionales para funciones como la prevención, el diagnóstico y la intervención enriquece significativamente este tipo de actuaciones. Ya sea en solitario o junto a otras disciplinas, la disciplina aporta un valor añadido merecedor de ser conocido e implementado para ofrecer la mejor intervención a familias que así lo requieren.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar M.J. y Ander-Egg E. (2001). *Diagnóstico Social. Conceptos y metodología* (2ª edición revisada y ampliada). Buenos Aires-México: Lumen
- Agustina, J.R. y Romero, F. (2013). *Análisis criminológico de la violencia filio-parental*. Revista de derecho penal y criminología, 3ª Época, 225-266. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4369380>
- Akers, R. L. (2006). *Aplicaciones de los principios del aprendizaje social. Algunos programas de tratamiento y prevención de la delincuencia*. En F. Bueno, H. Kury, L. Rodríguez y E.R. Zaffaroni (Eds.), *Derecho penal y criminología como fundamento de la política criminal* (p.1117-1138). Madrid: Dykinson.
- Ander-Egg E. (1995). *Técnicas de Investigación Social* (24ª edición). Argentina: Lumen
- Arredondo, R. (Coord.) (2010). *Diccionario práctico de Trabajo Social*. España-Málaga: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga.
- Awlyn L. y Solar O. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Universidad Católica de Chile.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Barría, D. (2017). *Trabajadores sociales que han influido en la historia de la terapia familiar*. Tabla recuperada de: [https://902fa8ab-4446-4336-9aed-51005fd9c437.filesusr.com/ugd/27eaf7\\_f762ba239b4e4bea964b584152152963.pdf](https://902fa8ab-4446-4336-9aed-51005fd9c437.filesusr.com/ugd/27eaf7_f762ba239b4e4bea964b584152152963.pdf)
- Cagigal V., Serrano A. y Aza G. (2008). *La violencia de los hijos a los padres*. 440. Vol. 66 núm. 129. MISCELÁNEA COMILLAS pp. 439-459. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017134&orden=0&info=link>
- Calcedo R. (2018). *Dimensionando la Violencia Filio-Parental: revisión, percepciones e intervención social*. Trabajo Fin de Grado. Universidad De Valladolid. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32539/TFG-G3235.pdf?sequence=1>
- Cazorla, J. y Bernal, S. (2014). *Ética aplicada en la investigación del Trabajo Social: La mirada ética como eje vertebrador de la investigación social*. Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social, 4, 3-19. Recuperado de <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/2508/2790>
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife (2019). *Guía breve de Trabajo Social Clínico*. Recuperado de [https://www.colegiotstenerife.org/files/GUIA\\_BREVE\\_TRABAJO\\_SOCIAL\\_CLNICO.pdf](https://www.colegiotstenerife.org/files/GUIA_BREVE_TRABAJO_SOCIAL_CLNICO.pdf)
- Cottrell, B. y Monk, P (2004). *Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes*. Journal of Family Issues, 25 (8), 1072-1095
- Díaz E., y Fernández, P. (2013). *Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas*. Cuadernos de Trabajo Social, 26(2): 431-443.
- Federación Internacional de Trabajo Social (2000). *Definición Internacional de Trabajo Social*.
- Federación Internacional de Trabajo Social (2014). *Definición Internacional de Trabajo Social*. Recuperado de [www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial](http://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial)

- Fundación Atenea (2018). *En la sombra: el fenómeno de la violencia filio-parental desde una perspectiva de género*. Recuperado de [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=5911](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5911)
- Garrido, V. (2005). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.
- Gómez R. (2015). *Adolescencia y violencia del el Trabajo Social: Un estudio etnográfico*. Tesis Doctoral. Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/otras-publica/t-rafael-gomez.pdf>
- González, V. (2003). *La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia*. Rev. Servicios Sociales y Política Social. N°61 p.63-86 2003 Consejo General de Colegios de Dipl. en Trabajo Social. Madrid. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00005.pdf>.
- Huaiquiche, T. y Bastías, C. (2016). *Trabajo social y práctica clínica individualizada-familiar en salud mental: una mirada analítica y sociohistórica*. Revista Electrónica de Trabajo Social, Universidad de Concepción, 3, 33-50. Recuperado de <http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2016/07/3.pdf>
- Ituarte, A. (coord.) (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. España-Valencia: Nau Llibres
- Jiménez R. y Romero D. (2017). *Presencia del Trabajo Social en la Intervención y Tratamiento de la Violencia Filio-Parental*. Trabajo Fin de Grado. Universidad Pablo de Olavide (Sevilla).
- Palma, O. (2015). Trabajo Social en el siglo XXI. Una perspectiva internacional comparada. *Comunitaria: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 10, 139-141.
- Pelegrí X. (2006). *Los roles en Trabajo Social: profesionalización y formación*. Acciones e investigaciones sociales, ISSN 1132-192X, N° Extra 1, 2006, pág. 304. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002348>
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). *Una comprensión ecológica de la violencia filio-Parental*. *Redes*, Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. Junio 2009. Segunda época. Volumen I, N° 21. Recuperado de [http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Una\\_compr\\_ecológ\\_de\\_la\\_VFP.pdf](http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Una_compr_ecológ_de_la_VFP.pdf)
- Pereira, R. (Coord.) (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. Madrid: Morata.
- Pereira R. et al (2017). *Propuesta de definición de violencia filio-parental: Consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Violencia filio-parental (SEVIFIP)*. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*. Vol. 38(3), 216-223. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2839>
- Lozano S. y Estévez E (2013). *Factores individuales y familiares de riesgo en casos de violencia Filio-parental*. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, ISSN 1133-6552, N°52, págs. 239-254.
- Quiroz E., y Salazar D. (1999). *Términos de uso frecuente en el Trabajo Social Chileno*. Chile-Temuco: Ediciones Universidad de la Frontera.

- Regalado J. (2017). *Las diferencias entre Trabajo Social Clínico y Psicología Clínica*. Artículo de blog. Recuperado de <https://www.jonathanregalado.com/single-post/2017/02/26/LAS-DIFERENCIAS-ENTRE-TRABAJO-SOCIAL-CLÍNICO-Y-PSICOLOGÍA-CLÍNICA>
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Fundation. [Edición española: (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social].
- Rojas C. (2011). *La dimensión terapéutica del Trabajo Social y la protección de los derechos humanos*. *Revistas de Trabajo Social Costarricense*, 1, 19-23.
- Rosa M.B. (2018). *Aproximación al fenómeno de la violencia filio-parental*. *Documentos de Trabajo Social* · nº59, 85-116. Recuperado de <https://www.trabajosocialmalaga.org/revista-dts-59/>
- Rossell, T. (1998). *La entrevista en el Trabajo Social*. España-Barcelona: EUGE
- Rosselot F, Carrasco E. (1997). *Modelos y escuelas de terapia familiar. Mapa histórico de referencia: de familias y terapias*. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar* (Santiago de Chile). 5(8):64-87.
- Somovilla, E., Aguilera, J., Berrocal, R., y Domínguez, L. (2016). *Análisis discursivo de la violencia filio-parental: ámbito profesional y familiar*. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 6(10), 96-120. Recuperado de [revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/download/3814/pdf](http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/download/3814/pdf)
- Urruela I. (2012). *Entre la atención y el control. Prácticas reflexivas sobre la intervención en situaciones de violencia filio-parental*. Trabajo Final de Máster. Universidad Católica de Madrid.
- Zamanillo T. (2012). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social. Reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. España: Edit. Universidad de Deusto. ISBN: 978-84-9830-359-9.

## **Intervención del Trabajo Social sanitario ante los determinantes de la salud**

*Modalidad: Teoría del Trabajo Social*

**Ana Agulló Porras**

Trabajadora Social de la Conselleria de Sanidad. Departamento Salud de Alcoy

**Laura Martín Esparza**

Trabajadora Social Sanitaria Centro Salud Muro de Alcoy

### **Resumen:**

La salud es un aspecto relevante en la vida de las personas pero existen muchos factores que nos rodean y que pueden incidir en la misma. Podemos hacer una diferenciación general de dichos factores, por una parte existen los determinantes físicos y por otra parte elementos sociales que envuelven el entorno del usuario y que influyen en la misma.

Es importante como profesionales sociosanitarios ser conocedores de la relevancia e influencia de estos elementos, para fomentar los factores saludables así como ofrecer alternativas que mantengan y mejoren la salud.

Por lo tanto, hay que concienciar y responsabilizar tanto a los/as usuarios/as como a los/as profesionales de la importancia de las vivencias y las elecciones de vida que repercuten en el presente y futuro de la salud.

### **Palabras clave:**

Determinantes de salud, promoción de salud, hábitos de vida, prevención de la enfermedad, trabajo social sanitario.

### **Summary:**

Health is a relevant aspect in people's lives, but there are many factors that surround us and that can affect it. We can make a general differentiation of these factors, on the one hand there are physical determinants and on the other hand social elements that surround the user's environment and that influence it.

It is important as socio-health professionals to be aware of the relevance and influence of these elements, to promote healthy factors as well as offering alternatives that maintain and improve health.

Therefore, users and professionals must be made aware and held responsible for the importance of experiences and life choices that affect the present and future of health.

## 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

### ■ Conceptualización de Salud

La salud, según la definición que la OMS hace del término, “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran:

- Estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural).
- Estado fisiológico de equilibrio.
- Equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación).
- Perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos).

### ■ Cultura y Salud

Cada cultura define su salud de una manera específica en función de las condiciones particulares que rodean su forma de vida.

Esta cultura del binomio salud/enfermedad se transmite intergeneracionalmente, y se van interiorizando elementos catalogados en nuestro imaginario como “normales”, que nos llevan al desarrollo de pautas relacionales y/o comportamentales que condicionan la experiencia y vivencia colectiva.

Este enfoque cultural hace hincapié en la influencia del entorno social y la cultura de pertenencia, en los beneficios y riesgos asociados a la salud. Cada cultura tiene su propio autoconcepto de los aspectos relacionados con la salud en función de sus propias características.

Hay que tener en cuenta que dentro de cada cultura aparecen microculturas en función de agrupamientos, según los condicionantes específicos que los envuelve, es decir, se pueden unificar por diferentes criterios, en un mismo contexto social en los que pueden ser relevantes unos valores más que otros y por tanto esto va a provocar una forma diferente de percepción de la salud de sus miembros.

La adaptación a la cultura y a sus valores dependerá de las condiciones tanto socioeconómicas, como personales de cada individuo o grupo social. En una misma sociedad no todos los/las integrantes tienen las mismas condiciones de vida, por lo tanto, los constructos sociales no son los mismos y existen variaciones.



Podemos observar que la cultura no es homogénea ni estática, está en continuo proceso de cambio, y esto nos debe animar, como profesionales de la salud, a intentar establecer cambios a corto y medio plazo que se vayan incorporando a nuestro constructo social y nos lleve a la mejora gradual de los condicionantes de nuestra salud.

Un ejemplo de que la cultura es cambiante, es el hecho de que en épocas anteriores se asociaba el bienestar al sobrepeso, y en la actualidad, tras el estudio y la experiencia se aboga precisamente por lo contrario.

Socialmente, la gran mayoría de usuarios/as acepta la premisa cultural de salud, pero en ocasiones hay personas que debido a sus vivencias, su valoración particular se desvía de la aceptada mayoritariamente.

Por tanto, vemos el impacto de la cultura en la salud a través:

- Las creencias relacionadas con la salud.
- Explicación/justificación sobre las causas relacionadas con enfermedad.
- Establece características específicas sobre el tratamiento y la cura.
- Forma opiniones sobre el cuidado y los/as cuidadores/as.

## ■ Determinantes sociales de la Salud

La OMS nos define los determinantes sociales de la salud de la siguiente forma:

*Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.*

*Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.*

*En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:*

1. *Mejorar las condiciones de vida cotidianas*
2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*
3. *Medición y análisis del problema*

Determinantes de la salud son por tanto, aquellos elementos tanto intrínsecos como extrínsecos que la van a condicionar.

Hay algunos no modificables, debido a su construcción genética, y otros cambiantes en función de las características específicas de la vida que desarrolla cada usuario/a. Se pueden dividir estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros.

**Los principales determinantes de la salud, según Marc Lalonde (1974),** ministro de sanidad de Canadá, (anexo 1) son:

- **Factores ambientales:** en relación a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- **Estilos de vida:** relacionados con los hábitos personales y de grupo, de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- Los factores relacionados con los aspectos **genéticos y biológicos** de la población. Este determinante no puede modificarse hoy en día.
- Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los **servicios de salud** que se brindan a las poblaciones, que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Todos estos elementos están relacionados con el ámbito psicosocial que rodea al usuario/a y debemos potenciar que dicho entorno favorezca la salud de las personas. Por lo que se deben desarrollar acciones que en caso de necesidad minimicen los elementos de riesgo que puedan afectar negativamente en la salud.

### ■ Estilo de vida

El estilo de vida es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

La oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que describe el estilo de vida del siguiente modo: *“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”*

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida.

De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud define como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”*.

Estilo de vida, hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables.

Existen una serie de rutinas que se desarrollan diariamente y de manera reiterada que influyen directamente en la salud y podemos destacar los siguientes:

- La organización del trabajo
- El descanso
- La alimentación
- La higiene
- El tiempo de ocio

Determinados elementos de cómo “vivimos” están estrechamente ligados a la salud bien de manera positiva o negativa. Destacamos los siguientes:

- Tabaco
- Alcohol
- Nutrición
- Ejercicio Físico

Todos estos hábitos y estilos de vida cotidianos que hemos enumerado, están condicionados culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. Por esto observamos que donde nacemos y como vivimos es una influencia directa en nuestra salud y en la conciencia que tenemos de la misma.

Partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios definidos culturalmente de salud.

Teniendo clara la influencia de estos comportamientos socioculturales debemos hacer hincapié en que estos constructos sociales no son estáticos, son cambiantes y de ahí la labor de los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as en la modificación de los mismos para favorecer la salud tanto a nivel individual como colectivo.

## ■ Desigualdad en salud

Término que abarca cualquier diferencia en la salud de las poblaciones, es decir, a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud.

Según la OMS: *Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.*

## ■ Decálogo de recomendaciones saludables para vivir mejor

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), pretende que las personas se hagan responsables de la propia salud y adopten medidas para prevenir la enfermedad. Dentro de la campaña sobre el autocuidado y para reforzar la idea de que seguir un estilo de vida saludable depende de cada uno, desde la semFYC han elaborado una serie de propuestas para vivir más y mejor.

1. **Alimentación.** Debe ser suficiente, variada, equilibrada, segura, apetecible. Los especialistas ponen como ejemplo la dieta mediterránea.
2. **Consumo de alcohol.** Los expertos recomiendan que cuanto menos cantidad mejor, a excepción de embarazadas, niños o si después se conduce, que en estos casos no hay que beber nada.
3. **Ejercicio físico** adecuado a la edad y a la condición de cada uno, pero de forma regular. Lo idóneo es una hora diaria como mínimo cinco días a la semana.
4. **Consumo de sustancias tóxicas.** Los especialistas aconsejan abandonar el tabaco y evitar espacios contaminados por su humo. Insisten en que ninguna droga es saludable.
5. **Uso racional de medicamentos** bajo la supervisión de un sanitario cualificado.
6. **Cuidar la salud sexual.** Abogan por no correr riesgos innecesarios; consultar con el médico si se ha tenido alguna conducta de riesgo; evitar contagiar a otras personas, si se sufre una enfermedad transmisible; y disfrutar del sexo con salud.
7. **Protegerse del sol.** Con media hora al día es suficiente para cubrir las necesidades. Recuerdan que la piel tiene memoria y que hay que utilizar cremas con el fotoprotector adecuado y de forma correcta.
8. **Conducir de forma responsable.** Esto supone emplear cinturones de seguridad, cascos en motos y bicicletas, sistemas de retención infantil y, sobre todo, no beber nada de alcohol ni usar nunca el móvil mientras se conduce.
9. **Tener una actitud positiva ante la vida.** Conlleva descansar, evitar el estrés y buscar un sentido a la vida que motive levantarse cada día.
10. **Participar en la comunidad.** Entretenerse en compañía de otras personas y gozar de la familia y los amigos acercan a la felicidad. Los especialistas de la semFYC aconsejan reír, ya que es un hábito saludable que produce efectos positivos físicos y psicológicos.

## 2. OBJETIVOS

### GENERALES

- Promocionar la salud
- Prevenir la enfermedad
- Mantener la calidad de vida

## ESPECÍFICOS

- Ofrecer información sobre los determinantes de la salud
- Minimizar los riesgos de la exposición a conductas nocivas
- Concienciación sobre elementos relacionados con la salud
- Responsabilizar a los usuarios de su propia salud
- Fomentar el autocuidado
- Mejorar las condiciones de vida que afectan a la salud

## 3. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO Y LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

### 3.1 EL PAPEL DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO/A

La intervención del/de la trabajador/a social sanitario/a se centra en las relaciones existentes entre la salud y los factores sociales, sin olvidar el contexto social en el que está inmerso.

El sistema sanitario debe atender la realidad de las personas que presentan a la vez problemas sanitarios y sociales. El Servicio de Trabajo Social, aporta la visión social a los problemas de salud y es el nexo de unión entre el sistema sanitario y el social, estableciendo la necesaria coordinación para el abordaje conjunto sin parcializar la atención del/de la usuario/a y así evitar duplicar recursos e incongruencias en dicha atención. Esto lo vemos reflejado en La Ley General de Sanidad: *“la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurren en situaciones de enfermedad garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”*.

Abarca tanto las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, como aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud.

Por tanto, el papel del/de la trabajador/a social sanitario/a puede desarrollarse en los tres niveles de prevención:

- **Prevención Primaria**

Desarrollo de actuaciones preventivas dirigidas a la población en general, de forma individual o colectiva, que ayuden a la concienciación sobre la importancia de la salud y fomenten conductas positivas que disminuyan o retarden la aparición de la enfermedad.

- **Prevención Secundaria**

Una vez detectada una necesidad debemos trabajar para disminuir el riesgo, mejorar la situación y evitar el empeoramiento. Se trabaja en la consecución del afrontamiento de la realidad de la situación, incidiendo en aquellos aspectos que puedan ayudar a mejorar o mantener la salud, minimizando sus consecuencias, desde una perspectiva realista que no genere falsas expectativas.

- **Prevención Terciaria**

Esta fase es la etapa de la rehabilitación. Se realiza el abordaje cuando ya existe afectación de la salud, por lo que se debe incidir en los determinantes sociales de la salud, fomentando el mantenimiento de la calidad de vida.

### 3.2 NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO

La intervención que realiza el/la trabajador/a social sanitario/a debe ser acorde a las características y necesidades específicas de cada usuario/a y atendiendo al momento particular en que esté inmerso.

Por lo tanto, es en el propio contexto social de la persona donde podemos y debemos desarrollar acciones para conseguir:

- Modificar conductas no saludables.
- Promocionar conductas saludables.

Y en función de la afectación de la salud podemos realizar actuaciones e intervenciones ajustadas a cada demanda de los/las usuarios/as. La demanda no siempre es explícita, por lo que analizaremos la situación para ofertar los recursos adaptados a la misma.

#### ■ **Intervención individual.**

Se prestará atención a los determinantes sociales que rodean al/la usuario/a.

- **Estudio social** de la situación personal del/de la usuario/a y su influencia en el ámbito de la salud.
  - Antecedentes sociales
  - Historia laboral
  - Nivel socioeducativo
  - Datos socioeconómicos
  - Núcleo familiar
  - Relación con el entorno
  - Características de la vivienda
- **Diagnóstico social**, se determinarán las necesidades existentes, priorizando en función de su relevancia. Se organizará la intervención específica con cada usuario/a teniendo en cuenta los recursos necesarios tanto intrínsecos como extrínsecos.
- **Intervención.** Diseño del Plan de Intervención social y participación en la implementación del Plan de atención individual del/de la paciente aportando al mismo la esfera social específica del/de la usuario/a y su entorno.
  - Coordinación con los profesionales Sanitarios implicados.
  - Coordinación con los profesionales de Servicios Sociales de base y especializados.



- Asesoramiento e información sobre el trámite para solicitar los recursos sociales necesarios en cada caso.
  - Derivación a los servicios sociales municipales, así como a los distintos centros/recursos en caso necesario.
  - Incidir en la adhesión al tratamiento, facilitando los recursos adecuados para su consecución y fomentando el cumplimiento terapéutico.
  - Cumplimentación, en la historia social sanitaria, de todas las actuaciones realizadas, así como de la información relevante.
- **Evaluación.** Se realizará una evaluación a lo largo de toda la intervención, para valorar la evolución y posibles cambios que puedan ser necesarios para adaptarse ante la aparición de nuevas necesidades. Una vez finalizada la intervención se realizará una evaluación final.

### ■ Intervención Familiar

- **Estudio social** de la situación familiar del/de la usuario/a y su influencia en el ámbito de la salud.
- **Diagnóstico social**, se determinarán las necesidades existentes, priorizando en función de las necesidades como conjunto familiar.
- **Intervención** Diseño del Plan de Intervención Social familiar donde estén inmersos todos o la mayoría de sus miembros.

La intervención familiar permite ampliar el ámbito de intervención, ayuda a mejorar las relaciones entre los miembros de la familia y facilita la superación de dificultades. Un buen funcionamiento familiar es un apoyo fundamental en caso de afrontamiento de una enfermedad.

Se debe trabajar como una unidad integral, pero a la vez diferenciando las características específicas y los roles que desempeñan cada uno de sus miembros.

Se propiciará el apoyo a la familia, sobre todo, en aquellos casos en los que la aparición de la enfermedad provoque dependencia, reforzando al/la cuidador/a principal y ofertando los recursos que más se ajusten a sus necesidades.

Nos coordinaremos con los servicios y profesionales necesarios para la mejora y el mantenimiento de la situación.

- **Evaluación.** Se evaluarán las intervenciones realizadas a lo largo de todo el proceso, adaptando la intervención en función de la evolución de la situación familiar. Así mismo, se realizará una evaluación al final del proceso para valorar si se han conseguido los objetivos fijados.

### ■ Intervención grupal

- **Estudio social** de aquellas necesidades que puedan ser tratadas de forma grupal.  
Se formarán los grupos atendiendo a las características propias, y teniendo en cuenta el número de participantes.
- **Diagnóstico social** priorizando en función de las necesidades grupales existentes.
- **Intervención** Diseño del Plan de Intervención grupal, fijando los objetivos a lograr con las actividades grupales.
- **Evaluación.** Se evaluará a lo largo del proceso, para ajustarse de manera dinámica a las necesidades del grupo, y al finalizar, para valorar si se ha producido la consecución de los objetivos grupales propuestos.

Se podrá trabajar con grupos de diferentes características. Lo cual favorece el intercambio de información y el apoyo interpersonal. Los grupos de apoyo mutuo permiten generar relaciones sociales y ayudan a no sentirse solo/a ante la aparición de circunstancias estresantes derivadas de la enfermedad.

### ■ Intervención comunitaria

Se ofrecerá información relevante sobre el fomento de la salud a la población en general en función de su vulnerabilidad o incidencia de la enfermedad asociada a algunos factores de riesgo.

Se pueden realizar actividades variadas o diversas tales como cursos, talleres, jornadas...

Mediante esta intervención se pueden abarcar los tres niveles preventivos: primario, secundario y terciario en función de los objetivos fijados en cada una de las actividades a desarrollar.

Es importante desde el ámbito comunitario incidir en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, adaptándose a las características de los/las usuarios/as a los que va dirigida la intervención comunitaria.

Ejemplos de intervención comunitaria pueden ser actividades para la prevención del uso y abuso de las drogas, tanto legales como ilegales, actividades para fomentar la igualdad de género o actividades para mejorar la convivencia familiar o comunitaria.

Mediante la educación podemos generar cambios en ciertas conductas semiaceptadas culturalmente, permitiendo elecciones libres y por tanto posibles avances en el autocuidado y promoción de la salud.

### 3.3. TÉCNICAS

- Entrevista individual
- Entrevista familiar
- Observación
- Reuniones de equipo
- Coordinación interdisciplinar
- Talleres
- Charlas
- Jornadas
- Técnicas grupales

### 3.4. INSTRUMENTOS

- Informe social
- Ficha de valoración social (anexo 2)
- Historia socio familiar, que incluye los siguientes apartados:
  - Antecedentes sociales
  - Historia laboral
  - Nivel socioeducativo
  - Datos socioeconómicos
  - Núcleo familiar, relación con el entorno
  - Características de vivienda
  - Escalas y tests

## 4. ABORDAJE DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA SITUACIÓN ACTUAL

### 4.1 BINOMIO SALUD/ENFERMEDAD

Con el fin de analizar el binomio recordamos la definición de salud que la OMS hace del término, *“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Según la OMS, la definición de enfermedad es la *“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”*.

La Salud por tanto tiene en cuenta tanto aspectos subjetivos (bienestar), objetivos (capacidad), como aspectos sociales (adaptación).

Estas definiciones desde el punto de vista operativo y práctico no son realistas, ya que la valoración del bienestar es subjetiva. Además existe un gradiente de posibilidades en el

que la salud y la enfermedad pueden sucederse en diferentes episodios, así como funcionar de manera paralela.

Desde el Trabajo Social Sanitario debemos trabajar este continuo en que se entremezclan ambos conceptos, incidiendo en la prevención y fomentando la mejora y el mantenimiento de la calidad de vida del/de la usuario/a y de su entorno social.

#### 4.2 VIVENCIA PERSONAL DE LA SALUD

Cada persona tiene unas características personales inmodificables que afectan directamente a su salud. Estos elementos a pesar de no tener posibilidad de cambio, se deben tener en consideración a la hora de abordar la salud, como por ejemplo la edad. Por otra parte, cada persona adopta determinados hábitos o estilos de vida que realiza de forma reiterada, y que por la relación causa-efecto influyen directamente en la salud y en su particular vivencia de la misma, como los hábitos alimenticios o el deporte.

Estas elecciones personales sí que son modificables. Por lo que la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a aquí cobra una especial relevancia, ya que se encarga de detectar los estilos de vida nocivos, para analizarlos, y posteriormente asesorar a la persona sobre las medidas a realizar o actitudes a cambiar para modificarlos, buscando siempre el consenso con el/la usuario/a, y teniendo en cuenta sus necesidades o demandas. En caso de que sea conveniente, se derivará al servicio correspondiente, manteniendo la coordinación con la unidad correspondiente.

Las personas disponen de un tiempo de ocio que ocupan de forma distinta. El ocio es un elemento fundamental de bienestar físico, psicológico y social, por tanto potenciaremos el desarrollo de actividades de ocio en función de las características personales y preferencias del/de la usuario/a, orientándolo/a hacia aquellas asociaciones o instituciones que ofrezcan estos recursos relacionados con la ocupación del tiempo libre.

Mediante la inserción en dichas actividades también estamos potenciando de manera indirecta, el establecimiento de redes sociales. Su apoyo es indispensable en todos los ámbitos que rodean y afectan a la vida del/de la usuario/a. En caso de aparición de enfermedad y sobre todo en aquellas que provocan dependencia, se deben reforzar y ofrecer ayuda a los/as cuidadores/as para evitar la sobrecarga de los/as mismos/as.

#### 4.3 ACCESO A LA SALUD

El acceso a la cobertura sanitaria no es uniforme en todas las culturas y depende de las características de cada sociedad, lo que se define como prioridades relacionadas con el ámbito de la salud.

En nuestra sociedad, en la actualidad, el acceso a la sanidad pública es universal para aquellos/as que han sido dados de alta en la Seguridad Social por el desempeño de tareas laborales, y para sus beneficiarios/as.

Aquellas personas que residen en nuestro territorio sin derecho propio, deben realizar los trámites pertinentes para el acceso a la asistencia sanitaria por otras vías.

Como las competencias en materia de Sanidad han sido transferidas a cada Comunidad Autónoma, cada una de ellas cuenta con su propia normativa al respecto.

En el caso de la Comunidad Valenciana la asistencia sanitaria es universal para todos/as los/las residentes en España si bien esta atención no siempre es gratuita. Se debe estudiar la situación específica de cada usuario/a para determinar la acreditación que le corresponde en materia de cobertura sanitaria.

El trámite de acceso a la Asistencia Sanitaria Universal para las personas sin derecho propio se realizará desde la consulta del/de la trabajador/a social sanitario/a.

La universalidad de la Asistencia Sanitaria permite ofrecer recursos sociosanitarios necesarios para fomentar el bienestar bio-psico-social.

Desde el Trabajo Social se debe velar para que todos los/as usuarios/as tengan la información pertinente para poder optar a este derecho.

## 5. ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO CON GRUPOS DE POBLACIÓN VULNERABLE O RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Desde el Trabajo Social Sanitario se identificarán aquellos grupos de población vulnerable y con riesgo de exclusión social para intervenir con ellos.

### 5.1 GÉNERO Y SALUD

Según la OMS *“El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres”*.

El género es por tanto un constructo social que nos impone determinados roles por el hecho de pertenecer a un determinado sexo. Cada sociedad tiene su propia conceptualización y existen diferentes acepciones dentro de una misma comunidad en función de sus microculturas específicas. No es un concepto por tanto homogéneo, sino adaptado a las condiciones socio-económicas de los diferentes grupos que la integran y de su particular transmisión de valores.

En el caso de la salud, la pertenencia a un determinado género también provoca ciertas actuaciones, hábitos y autocuidados que repercuten en la salud.

Se asocian subjetivamente determinados elementos relacionados con la salud, determinadas enfermedades, actitudes, fortaleza...

Existen datos objetivos sobre la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas al sexo, por lo que se tendrá en cuenta, prestando especial atención a aquellos elementos que ayuden a su prevención o detección precoz, incidiendo en aquellos estilos y hábitos que potencian el mantenimiento o mejora de la salud.

Es importante también destacar el papel de la mujer como cuidadora de sus familiares. Suele ejercer el rol de cuidadora de hijos/as y parientes enfermos/as y/o dependientes. Por lo que se debe fomentar la redistribución de tareas y el apoyo mutuo intrafamiliar, lo que permitirá la mejora de la salud de todos/as y cada uno/a de los/las integrantes.

Hay que trabajar en el fomento de la igualdad, la convivencia sana, y evitar conductas negativas que interfieren en la salud. Se debe incidir en la prevención y detección precoz de la violencia de género, que es un elemento de riesgo para la salud individual y global de nuestra sociedad.

## 5.2 MENORES Y SALUD

Desde el ámbito sanitario se debe velar para que los/as menores tengan el máximo nivel de salud prestando atención a aquellas actuaciones que pueden mermar su bienestar o poner en riesgo su salud bio-psico-social.

Desde el ámbito sanitario se evaluará progresivamente la evolución correcta de los/las mismos/as a través del programa del niño sano. Trabajando de forma coordinada con los/las profesionales necesarios/as.

Se fomentará el buen trato y cuidado al/a la menor, ofreciendo los apoyos necesarios. En este sentido los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as tenemos un papel relevante en la detección e intervención ante situaciones de maltrato infantil.

En caso de detección de algún riesgo se debe realizar una intervención que incluya trabajar con los/las menores, sus familiares, y en caso necesario, coordinadamente con otras instituciones para favorecer el cuidado adecuado de los/las menores.

Cuando la situación lo requiera, se realizará una notificación a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas para asegurar la protección del/de la menor.

Se fomentará el trabajo comunitario para promocionar hábitos saludables, como la prevención de conductas adictivas, el fomento del ejercicio, prevención del acoso escolar, dieta saludable, promoción de la igualdad, prevención de la violencia de género...

## 5.3 TERCERA EDAD Y SALUD

Según la OMS, *“las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.”*

Es importante recalcar la relación existente entre edad y enfermedad, siendo la tercera edad un colectivo especialmente afectado y que se debe gestionar de una manera especial por su elevada prevalencia. Es conveniente remarcar la cantidad de población envejecida que tenemos en la actualidad y los problemas derivados de las enfermedades geriátricas asociados al aumento de la esperanza de vida. El aumento del número de personas con edad avanzada conlleva un aumento de los problemas de salud y su cronificación.

Se debe establecer una coordinación interdisciplinar tanto en el ámbito sanitario como con los diferentes ámbitos sociales para ofrecer un abordaje holístico y generar actuaciones conjuntas y de esta forma minimizar los efectos de la enfermedad y mantener la calidad de vida.

La atención prestada en el ámbito sanitario debe tener en cuenta las características cognitivas y apoyos con que cuenta cada paciente para un buen afrontamiento de la enfermedad.



Desde el Trabajo Social Sanitario se debe tener en cuenta la prevención de la enfermedad atendiendo conductas y/o situaciones que pueden incidir negativamente en la salud de los/as mayores, así como el seguimiento de un adecuado cumplimiento de los tratamientos médicos, y de las necesidades sociales estableciendo los necesarios apoyos formales e informales. Se establecerá la coordinación necesaria para la gestión adecuada teniendo en cuenta los deseos del/de la usuario/a para ajustarse lo más posible a los mismos y generar el autocuidado y responsabilidad en la medida que lo permitan sus características específicas.

#### 5.4 GRUPO ÉTNICO Y SALUD

Los grupos étnicos según Cecilia Bembibre son *“Conjuntos de personas que conforman a la Humanidad y que son los responsables de que los seres humanos presenten notables diferencias entre sí no sólo a nivel de los rasgos físicos (por ejemplo, el color de piel, de ojos, el tipo de cabello, la contextura física) sino también a nivel cultural (por ejemplo, las prácticas religiosas, la forma de organización social, las actividades económicas, etc.). Los grupos étnicos son muy variados y aunque hoy en día el fenómeno de la globalización tiende a unir diferencias y a hacer desaparecer los elementos propios de muchas etnias, aquellos elementos sobresalientes siempre mantienen su distinción y dan riqueza a la diversidad humana”*.

Desde el Trabajo Social Sanitario debemos trabajar en este sentido en una doble vía:

- Fomentar el respeto a las diferencias y a las características específicas de las diferentes etnias que conviven en nuestra sociedad, ayudando a que lo desconocido o diferente no provoque rechazo, sino, aceptación y complementariedad.
- Integrar a los diferentes grupos en nuestra cultura, informando de los derechos y deberes de las personas, obligatorios legal y culturalmente, para una buena convivencia e integración. En esta línea se trabajará en la consecución de la aculturación, que consiste en aprender a funcionar en una cultura nueva manteniendo la identidad propia.

Se debe ayudar a nivel sanitario, a que accedan a los recursos existentes y conozcan los derechos y deberes de las personas para evitar conductas y actuaciones culturalmente aprendidas, que resultan en el nuevo contexto, insanas a nivel biológico, psicológico o social.

#### 5.5 POBREZA Y SALUD

Pobreza según Salinas es *“falta o carencia de recursos necesarios para satisfacer las llamadas necesidades básicas”*

La OMS ha reconocido que en la actualidad, la pobreza no solamente se trata de lo económico, sino del resultado de una combinación de factores en la que los ingresos sólo son un elemento que la componen.

La enfermedad puede ser tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. Son factores que se retroalimentan.

Podemos ver que la enfermedad puede influir en aspectos como la economía, oportunidad, productividad y la calidad de la vida, influyendo de forma directa en la estatus

económico. Las personas con escasez de recursos tienen mayores riesgos personales, ambientales y sociales.

La pobreza tiene como consecuencia la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden desarrollarse, lo cual puede suponer que no se tengan cubiertas las necesidades básicas, la falta de acceso a la atención sanitaria, a la información o a un entorno de vida saludable.

Por tanto desde el Trabajo Social Sanitario se debe de intentar minimizar las consecuencias de la pobreza, atendiendo tanto a las necesidades básicas como a los otros niveles de necesidades planteados en la pirámide de Maslow, y haciéndole partícipe del conjunto de recursos sociosanitarios.

## 5.6 DISCAPACIDAD Y SALUD

Según la OMS *“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.*

*Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.*

No siempre debemos asociar a las personas con discapacidad al concepto de enfermedad. Pero es cierto que pueden presentar problemas de salud como cualquier otra persona.

El/la trabajador/a social sanitario/a facilitará el acceso a la atención sanitaria o social que precise e incidirá en el desarrollo de hábitos saludables que contribuyan en su bienestar.

Se debe actuar prestando especial atención a la consecución de la igualdad de oportunidad en el acceso tanto a la asistencia como a los tratamientos necesarios, teniendo en cuenta la figura del/de la cuidador /a y/o tutor/a en los casos en los que sea necesario.

Se fomentará la máxima involucración del/de la usuario/a en lo que se refiere a su autocuidado y calidad de vida, teniendo en cuenta sus características específicas, trabajando la comprensión de la información que se le facilita, y ofreciéndole los recursos necesarios.

## 6. CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo hemos tratado de demostrar cómo nuestra salud se ve influenciada por aspectos sociales que nos envuelven en nuestro quehacer diario, esos aspectos sociales conocidos como determinantes sociales de la salud.

Los conceptos de salud y enfermedad están presentes en el día a día, y son diferentes según cada cultura, a la vez que son cambiantes en función del momento temporal y espacial. Es por ello que para generar cambios para obtener beneficios positivos para la salud precisamos intervenir con las personas tanto de forma individual, como colectivamente, ya que de este modo se incide en la salud global de la sociedad.

Los determinantes sociales de la salud inciden en las inequidades y diferencias entre los países para ello es muy importante buscar la manera de mitigar la influencia que tienen en la salud de las personas. Por lo que la intervención debe darse desde todos los ámbitos y en todos los niveles.

Los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as somos el nexo de unión entre el sistema sanitario y el sistema social. Por lo que debemos convertirnos en la figura referente de apoyo para manejar situaciones en las que existe posibilidad de mejora en el afrontamiento personal y social de la salud y la enfermedad.

El desarrollo de la actividad diaria del/de la trabajador/a social sanitario/a le permite conocer y analizar los determinantes sociales que inciden en la salud de las personas dado el contacto directo que se tiene con ellas.

Tenemos la capacidad y formación para trabajar los elementos modificables que influyen en la salud de las personas y por lo tanto es una de las funciones prioritarias que se ejerce desde el Trabajo Social Sanitario.

Trabajamos con las personas desde los diferentes niveles de intervención para generar cambios personales en cuanto a su salud, minimizando conductas de riesgo y potenciando por lo tanto las actitudes positivas y la responsabilidad del/de la propio/a usuario/a en su autocuidado, siempre ofreciendo el apoyo de los/as profesionales en la consecución del objetivo de la máxima calidad de vida.

Podemos acceder y contactar más fácilmente con cualquier grupo de población así como con grupos vulnerables y/o de riesgo, prestando mayor atención a estos colectivos con el fin de minimizar consecuencias negativas para la salud en su término más amplio de bienestar físico, psicológico y social.

Por todo ello, es necesario visibilizar la importancia de los determinantes sociales en la salud de las personas así como las consecuencias positivas y negativas que las diversas elecciones personales pueden provocar en la salud del/de la propio/a usuario/a, dándole así la posibilidad de elección de actuaciones que incidan de forma positiva en su particular binomio salud/enfermedad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Arboix, M. (2013). Estilo de vida y salud, ¿hasta qué punto se relacionan?. Revista Consumer Eroski.
- De la Cruz, E. y Pino, J. (2009). Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Murcia
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad y Conselleria Bienestar Social (2006) El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil.
- Generalidad Valenciana (2016). Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. IV Plan de Salud de Salud 2016-2020 de la Comunidad Valenciana. [http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV\\_PLAN+DE+SALUD\\_CV\\_2016\\_Castellano\\_web.pdf](http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf)

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. Entrada en vigor: 19/05/1986.

Ministerio de Sanidad y Consumo Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS (2006). Los hechos probados.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE.

### Webgrafía

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública (2018). Informe “Desigualdades en Salud en la Comunitat Valenciana”. Disponible en la Web del Observatorio Valenciano de Salud, [www.sp.san.gva.es/ovs](http://www.sp.san.gva.es/ovs)

Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

## 8. ANEXOS

**Anexo 1.** Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud”. Vega Jeanette et al. “Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción”. OMS.



**Anexo 2.** Ficha de valoración social elaborada por los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as del departamento de Salud de Alcoi.

<b>VALORACION SOCIAL</b>								
<b>FECHA</b>								
<b>N°SIP</b>		<b>AA</b>	<b>DISC</b>	<b>MÉDICO</b>		<b>ENFERMERO</b>		
<b>APELLIDOS</b>				<b>NOMBRE</b>		<b>EDAD</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	
<b>DOMICILIO</b>						<b>TELÉFONO</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS SOCIALES</b>				<b>VALORACIÓN POR ESCALAS</b>				
				1. Independencia para A.V.D.				
				Básicas (I. Barthel)				
				Cognitivas (Pfeffer)				
				Instrum. (E. Lawton y B.)				
				2. Apoyo socio-familiar				
				APGAR familiar				
				E. Gijón				
				E. Zarit				
<b>RED APOYO</b>								
<b>CUIDADOR PRINCIPAL</b>			<b>CUIDADOR PRINCIPAL</b>			<b>CUIDADOR PRINCIPAL</b>		
NOMBRE			NOMBRE			NOMBRE		
EDAD	FECHA NACIMIENTO		EDAD	FECHA NACIMIENTO		EDAD	FECHA NACIMIENTO	
PARENTESCO			PARENTESCO			PARENTESCO		
ESTADO SALUD:	E. CRONICA		ESTADO SALUD	E. CRONICA		ESTADO SALUD	E. CRONICA	
	E. INCAPACITANTE			E. INCAPACITANTE			E. INCAPACITANTE	
	SIN PATOLOGIA			SIN PATOLOGIA			SIN PATOLOGIA	
RELACIÓN	BUENA		RELACIÓN	BUENA		RELACIÓN	BUENA	
	INEXISTENTE			INEXISTENTE			INEXISTENTE	
	CONFLICTIVA			CONFLICTIVA			CONFLICTIVA	
	CLAUDICACIÓN			CLAUDICACIÓN			CLAUDICACIÓN	
TELÉFONO			TELÉFONO			TELÉFONO		
¿ES CUIDADOR PROFESIONAL?			¿ES CUIDADOR PROFESIONAL?			¿ES CUIDADOR PROFESIONAL?		
<b>VIVIENDA</b>								
CONDICIONES ADECUADAS DE HABITABILIDAD								
BARRERAS ARQUITECTONICAS								
CONDICIONES INSALUBRES DE LA VIVIENDA								

**GESTIÓN DE RECURSOS**

	INFORMACIÓN	EN TRÁMITE	APROBADA	DENEGADA
Dependencia				
Grado de Discapacidad				
SAD	Público			
	Privado			
Teleasistencia				
Ortoprotésicos	Silla ruedas			
	Colchón			
	Andador			
Reintegro de gastos	Oxigenoterapia			
	Transporte			
	Ortoprotésico			
	Farmacológicos			
Ayudas económicas	INSS			
	PNC			
	PEIS			
	SEPE			

**AYUDAS TÉCNICAS**

**OBSERVACIONES**



ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA  
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS



**TÍTULO:** Revista Servicios Sociales y Política Social  
ISSN: 1130-7633  
EDITOR: Consejo General del Trabajo Social  
PERIODICIDAD: Cuatro números al año  
FECHA DE INICIO: 1984  
WEB: [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)  
CORREO ELECTRÓNICO: [revista@cgtrabajosocial.es](mailto:revista@cgtrabajosocial.es)



**TÍTULO:** Portularia  
ISSN: 1578-0236  
EDITOR: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva  
PERIODICIDAD: Semestral  
FECHA DE INICIO: 2001  
WEB: [www.portularia.com](http://www.portularia.com)  
CORREO ELECTRÓNICO: [portularia@uhu.es](mailto:portularia@uhu.es)



**TÍTULO:** Alternativas. Cuadernos de trabajo social  
ISSN: 1133-0473  
EDITOR: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante  
PERIODICIDAD: Anual  
FECHA DE INICIO: 1992  
WEB:  
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5269>  
<http://dtsss.ua.es/es/alternativascuadernostrabajosocial/>  
CORREO ELECTRÓNICO: [dtsss@ua.es](mailto:dtsss@ua.es)



**TÍTULO:** DTS. Documentos de trabajo social. Revista De Trabajo Social Y Acción Social  
ISSN: 1133-6552  
EDITOR: Colegio profesional de trabajo social. Málaga  
PERIODICIDAD: dos números al año.  
FECHA DE INICIO: 1993  
WEB:  
[http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/acerca\\_de.php](http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/acerca_de.php)

CORREO ELECTRÓNICO:  
[dts@trabajosocialmalaga.org](mailto:dts@trabajosocialmalaga.org)



**TÍTULO:** Revista Canaria de Trabajo Social "Trazos, Horizontes y Alisios".  
DEPÓSITO LEGAL : G.C.-1071-1996  
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Las Palmas.  
PERIODICIDAD: Cuatro números al año  
FECHA DE INICIO: 2006  
WEB: [www.trabajosocialcanarias.org](http://www.trabajosocialcanarias.org)  
CORREO ELECTRÓNICO: [trasos@trabajosocialcanarias.org](mailto:trasos@trabajosocialcanarias.org)



**TÍTULO:** Acciones e Investigaciones Sociales  
ISSN: 1132-192X  
EDITOR: Universidad de Zaragoza  
PERIODICIDAD: Semestral  
FECHA DE INICIO: 1991  
WEB:  
<http://eues.unizar.es/index.php?modulo=fichas&id=334>  
CORREO ELECTRONICO: [ais@unizar.es](mailto:ais@unizar.es)



**TÍTULO:** Trabajo Social y Salud  
ISSN: 1130-2976  
EDITOR: Asociación Española de Trabajo Social y Salud  
PERIODICIDAD: Cuatrimestral  
FECHA DE INICIO: 1989  
WEB:  
<http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>  
CORREO ELECTRONICO: [suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es](mailto:suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es)



**TÍTULO:** Cuadernos de Trabajo Social  
ISSN: 0214-0314  
EDITOR: Servicio Publicaciones Universidad Complutense de Madrid  
PERIODICIDAD: Semestral  
FECHA DE INICIO: 1987  
WEB: [www.ucm.es/publicaciones](http://www.ucm.es/publicaciones)  
CORREO ELECTRÓNICO: [ctrabajo@trs.ucm.es](mailto:ctrabajo@trs.ucm.es)



**TÍTULO:** Trabajo Social Hoy  
ISSN: 1134-0991  
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid  
PERIODICIDAD: Tres números al año  
FECHA DE INICIO: 1993  
WEB: [www.comtrabajosocial.com](http://www.comtrabajosocial.com)  
CORREO ELECTRÓNICO: [publicaciones@comtrabajosocial.com](mailto:publicaciones@comtrabajosocial.com)



**TÍTULO:** Revista Galega de Traballo Social FERVENZAS  
ISSN: 1698-5087  
EDITOR: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia  
PERIODICIDAD: Anual  
FECHA DE INICIO: 1997  
WEB:  
[http://traballosocial.org/web/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl](http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl)  
CORREO ELECTRÓNICO: [fervenzas@traballosocial.org](mailto:fervenzas@traballosocial.org)



Colegio Profesional  
de Trabajo Social de  
**Málaga**

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga  
Telf.: 952 22 71 60 - Fax: 952 22 74 31  
Correo-e: [dts@trabajosocialmalaga.org](mailto:dts@trabajosocialmalaga.org)  
[www.trabajosocialmalaga.org](http://www.trabajosocialmalaga.org)