

RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

227 DICIEMBRE 2024

Estudios. A fondo_ Los procesos comunitarios en contextos de vulnerabilidad y diversidad. El papel de las metodologías participativas | Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona | Trabajo Social y memoria democrática:

intervención socioeducativa en procesos de duelo y transmisión generacional del trauma | Hábitos de vida de la generación Z tras la pandemia de covid-19, a la luz de un proyecto de promoción de la salud en adolescentes

Praxis_ Trabajo infantil e intervención municipal: experiencia de transferencia y praxis profesional desde la Universidad Nacional de Misiones, Argentina | Creación del proceso de Trabajo Social sanitario y su integración en los sistemas de información clínica de los hospitales del Institut Català de la Salut

Consejo de Redacción

Dirección: Maria Victòria Forns i Fernández

Subdirección: Claudia María Anleu Hernández

Secretaría: Mati González Jiménez

Equipo de redacción: Maite Boldú Alfonso, Anna López Romero, Montserrat Pedret Risco y Xavier Pelegrí Viaña

Soporte técnico: Jaume Ferrández Rubió

Consejo Asesor Editorial

Ana Alcázar Campos, Universidad de Granada. **Montserrat Bacardit Busquet**, directora de l'RTS (2006-2014). **Beth Bàrbara Sirera**, Ajuntament de Barcelona. **Àngel Gabriel Belzunegui Eraso**, Universitat Rovira i Virgili. **Joaquim Brugué Torruella**, Universitat de Girona. **Annamaria Campanini**, Università degli Studi di Milano-Bicocca (Itàlia). **Rosa M. Carrasco Coria**, Institut Català de la Salut. Directora de l'RTS (2018-2022). **Maria Dolors Comas d'Argemir i Cendra**, Universitat Rovira i Virgili. **Cristina De Robertis**, autora i docent (França). **Teresa Facal Fondo**, Universidad de Santiago de Compostela. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Rosa Maria Ferrer Valls**, directora de l'RTS (2014-2018). **Josefa Fombuena Valero**, Universitat de València. **Pilar Fransitorra Brase**, directora de l'RTS (1968). **Marga Garcia Canela**, Institut Català de la Salut. **Víctor Manuel Giménez-Bertomeu**, Universitat d'Alacant. **Carme Guinovart Garriga**, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. **Soraya Hernández Moscoso**, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. **Francisco Idareta Goldaracena**, Universidad Pública de Navarra. **María Tereza Leal Cavalcante**, Universitat de Barcelona. **Silvana Martínez**, Federación Internacional de Trabajo Social - FITS (Argentina). **Francesca Masgoret Llardent**, directora de l'RTS (1965-1968). **M^a Teresa Massons Rabassa**, directora de l'RTS (1998-2002). **Miguel Miranda Aranda**, Universidad de Zaragoza. **Xavier Miranda Ruche**, Universitat de Lleida. **Carlos Montaña Barreto**, Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brasil). **Laura Morro Fernández**, Parc Salut Mar de Barcelona. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Enrique Pastor Seller**, Universidad de Murcia. **Francina Planas Vilella**, Vinle. Associació per la Recerca i l'Acció Social. **Laura Ponce de León Romero**, Universidad Nacional de Educación a Distancia. **Esther Raya Diez**, Universidad de La Rioja. **Enrique Raya Lozano**, Universidad de Granada. **Elena Requena Varón**, Universitat Ramon Llull. **David Rodríguez Abellán**, membre de la Junta del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Vicenta Rodríguez Martín**, Universidad de Castilla-La Mancha. **Montserrat Rovira Jarque**, Ajuntament de Barcelona. **Glòria Rubiol González**, directora de l'RTS (1969-1975). **Emma Sobremonte de Mendicuti**, Universidad de Deusto. **Octavio Vázquez Aguado**, Universidad de Huelva. **Teresa Zamanillo Peral**, Universidad Complutense de Madrid.

Equipo de revisión externa de la RTS 227

Elisa Alegre Agís, Universitat Autònoma de Barcelona. **Raúl Álvarez Pérez**, Universidad Pablo de Olavide. **Marta Bonilla Ibern**, Institut Català de la Salut. **Neus Caparrós Civera**, Universidad de la Rioja. **Neus Cárdenas Morell**, Villablanca Serveis Assistencials i Universitat Rovira i Virgili. **Ferran Cortès Izquierdo**, Universitat de Barcelona. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Eva M^a Garcés Trullenque**, Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza i Universidad de Zaragoza. **Marisa Garcia Tena**, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. **Anna Mata Romeu**, Universitat de Lleida. **María Valeria Pérez Chaca**, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). **Magda Purroy Montull**, Universitat de Barcelona. **Pilar Quejido Molinero**, Universitat de Lleida. **Christian Andrés Quinteros Flores**, Universidad Católica del Maule (Xile). **Cecilia Serrano Martínez**, Universidad de la Rioja. **José Juan Zurro Muñoz**, Universidad de Valladolid.

Diseño y maquetación: Carme Guri Felíu

Corrección y traducción: Núria Saurina Eudaldo

Traducción y corrección inglés: Nicholas G. Charles Colomina

Imprenta: Sprint Copy

Depósito legal: B-19535/1968

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

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Carrer de Llança, 39 - 08015 Barcelona. Tel. 93 318 55 93

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

Junta de Govern del Col·legi

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

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

Sumario

Editorial

Consejo de Redacción _____ 5

Editorial invitado

Reflexionando acerca del bienestar y los cuidados
Carne Guinovart Garriga _____ 9

Estudios. A fondo

Los procesos comunitarios en contextos de vulnerabilidad
y diversidad. El papel de las metodologías participativas
Manuel Basagoiti Rodríguez y Paloma Bru Martín _____ 13

Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona
Elisa Esteban-Carbonell y Enrique Carnicero-Hernández _____ 41

Trabajo Social y memoria democrática: intervención socioeducativa
en procesos de duelo y transmisión generacional del trauma
María José Aguilar Idáñez y Agustín Bolinches Monteagudo _____ 61

Hábitos de vida de la generación Z tras la pandemia de covid-19,
a la luz de un proyecto de promoción de la salud en adolescentes
María Abreu Velázquez y Nuria Santana Siverio _____ 85

Praxis

Trabajo infantil e intervención municipal: experiencia
de transferencia y praxis profesional desde la Universidad Nacional
de Misiones, Argentina
*María Gabriela Miño, Carla Antonella Cossi
y Raimundo Elías Gómez* _____ 109

Creación del proceso de Trabajo Social sanitario y su integración
en los sistemas de información clínica de los hospitales
del Institut Català de la Salut
*Ana Rocio Ciudad Padilla, Sandra Soler Soto
y Victoria Mir Labalsa* _____ 123

Entrevista

A Teresa Zamanillo Peral _____ 141

Reseñas

*El diagnóstico social sanitario y la gestión de casos.
Los pilares en la clínica del trabajo social sanitario* _____ 165

*Tratado General de Trabajo Social, Servicios Sociales
y Política Social* _____ 169

Competencias interculturales: Una propuesta emancipadora _____ 173

Normas para la presentación de artículos a la RTS _____ 177

Compromiso ético de la RTS _____ 187

Editorial

Consejo de Redacción de la *Revista de Treball Social* (RTS)

El Consejo de Redacción de la RTS quiere manifestar su solidaridad con todas las víctimas y los familiares de los damnificados por las fuertes lluvias que el 29 de octubre asolaron la Huerta Sur de Valencia. Ese día y los siguientes, las dramáticas noticias que nos llegaban a través de todos los medios de comunicación nos acercaban a las historias personales de aquellos que lo habían perdido todo, incluso la esperanza en el futuro. Las muestras de solidaridad se multiplicaban por todo el Estado y la ayuda mutua y la colaboración ciudadana respondían en la medida de sus posibilidades a las necesidades de las personas afectadas; a pesar de la ineficiencia, e indolencia en algunos casos, de los poderes públicos responsables, en particular de la Generalitat Valenciana.

En situaciones de catástrofe o emergencia como la que todavía está muy viva en el País Valenciano, las consecuencias van mucho más allá de las pérdidas materiales. El impacto emocional sobre las víctimas requiere una intervención psicosocial, de profesionales especializados que puedan acompañar durante la emergencia y también en la post emergencia. La intervención debe mantenerse en el tiempo dado que los procesos de recuperación son largos, y las profesionales deben atender a la persona en cuestiones relacionadas con la pérdida de seres queridos, el estado de choque por la situación vivida, la salud, la vivienda, el trabajo, la economía...

Las trabajadoras sociales acostumbradas a gestionar situaciones de crisis y capaces de articular los recursos necesarios en cualquier situación, también en situaciones de emergencia, forman parte de los equipos interdisciplinarios de intervención. Desde hace años, los colegios de Trabajo Social han constituido comisiones de emergencias y catástrofes que tienen por finalidad ofrecer la atención psicosocial en el apoyo a las personas afectadas en su propio entorno y de manera inmediata.

Desde el 29 de octubre, en Cataluña las trabajadoras sociales se han movilizado a través del TSCAT, asumiendo el reto que suponía la atención a las personas damnificadas por la DANA y desplazándose al terreno para organizar la ayuda a través de los dispositivos que tanto los colegios como el Consejo General del Trabajo Social habían diseñado desde una actuación conjunta y coordinada, en el que la colaboración de los vecinos y las vecinas de las poblaciones afectadas tiene un papel significativo.

Esta intervención desde la realidad misma y centrada en las personas (ACP) y en su contexto forma parte del ADN del Trabajo Social. Una atención que se fundamenta en un conjunto de principios que orientan la intervención social en las capacidades, competencias, experiencias, valores, conocimientos y reconocimiento de un mismo para llegar al empoderamiento necesario y tomar decisiones relacionadas con el cambio

o transformación de sus vidas. Algunos de los principios por los que se destaca la ACP se basan en el reconocimiento de la singularidad de cada persona, la necesidad de conocer cada una de las biografías, la capacidad de tomar decisiones y la relevancia que pueda tener el entorno en la resolución de los problemas, la reducción de los daños, la recuperación del equilibrio en la vida y el empoderamiento de la persona (McCormack, 2004¹ ; Martínez, 2013²).

La gestión de los efectos devastadores de la DANA ha visualizado una vez más el papel fundamental del Trabajo Social en la resolución de conflictos y en el abordaje de situaciones de crisis en contextos de emergencia y de catástrofe desde la acción integral, y con una mirada amplia de todas y cada una de las dimensiones de la persona. Tanto en lo que refiere a la diagnosis como a la intervención, el Trabajo Social considera la gravedad de la situación y cómo la percibe la persona, identifica las dificultades y los problemas, analiza cómo afecta a las familias y a toda la comunidad, tiene en cuenta los factores de estrés de la emergencia, reconoce los apoyos y los recursos de la persona y de su entorno y, en definitiva, desarrolla una acción en la que el protagonismo recae en los sujetos.

Acabamos este editorial con un agradecimiento profundo a las trabajadoras sociales que forman parte de los equipos de emergencias y que estos días han participado sobre el terreno en las tareas de apoyo a Valencia, dando una respuesta rápida y velando por las necesidades de las personas, especialmente de las más vulnerables. Todas ellas han actuado con el rigor y el compromiso propios del Trabajo Social y han estado y estarán junto a las personas, acompañándolas en su dignidad y ayudándolas a recuperar todo lo que les procuraba bienestar.

1 McCormack, Brendan. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literatura. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31-38.

2 Martínez Rodríguez, Teresa. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-223.

Editorial

Editorial Board of the *Social Work Journal* (RTS)

The Editorial Board of RTS wishes to express its solidarity with all the victims and relatives affected by the floods that devastated the Horta Sud region of Valencia on 29 October. On that day and in the days that followed, harrowing news reports in the media brought us the personal stories of those who had lost everything, including hope for the future. Acts of solidarity became widespread across the country, with mutual aid and civic collaboration stepping in as much as possible to meet the needs of those affected. This stood in stark contrast to the inefficiency—and in some cases, indifference—exhibited by the public authorities in charge, especially the Autonomous Government of Valencia.

At times of disaster or emergency, such as the situation that continues to impact the Valencia region, the consequences extend way beyond material losses. The emotional effect on victims necessitates psychosocial intervention by specialised professionals who can provide support both during and after the emergency. Such interventions must be sustained over time, as recovery processes are lengthy, with professionals assisting those affected in addressing issues such as the loss of loved ones, the shock of the experience, health, housing, employment and economic stability, among many other difficulties.

Social workers, accustomed to managing crises and adept at coordinating necessary resources in every circumstance, play a vital role in interdisciplinary intervention teams, including in emergencies. For years, social work associations have established emergency and disaster committees in order to provide immediate psychosocial support to affected individuals within their own environments.

Since 29 October, social workers in Catalonia have mobilised through the TSCAT (Catalan Association of Social Workers), rising to the challenge of supporting those affected by the DANA phenomenon (Isolated Depression at High Levels). They travelled to the affected areas to organise aid via the mechanisms designed jointly through collaboration between the associations and the General Council of Social Work. Crucially, the cooperation of local residents in the affected communities has played a significant role in these efforts.

This approach—grounded in the reality of the situation and focussed on people (Person-Centred Approach, PCA) and their context—is at the core of social work. It is a method rooted in a host of principles that steer social intervention by focussing on individuals' capabilities, competencies, experiences, values and self-awareness to achieve the required empowerment and enable them to make decisions that bring about change or transformation in their lives. Key principles of the PCA

include recognising the uniqueness of each person, understanding their life stories as a vital aspect, supporting their decision-making capacity and appreciating the role their environment plays in problem resolution, harm reduction, recovery of balance in life and empowerment (McCormack, 2004³; Martínez, 2013⁴).

The response to the devastating effects of the DANA has once again highlighted the essential role that social work plays in solving conflicts and addressing crises in emergency and disaster contexts. Social work approaches these situations holistically, taking the individual into consideration from every dimension. In both assessment and intervention, it looks closely at the severity of the situation and how it is perceived by the person, it identifies difficulties and challenges, it analyses the impact on families and the wider community, it takes into consideration the stress factors associated with the emergency, it recognises the resources and support systems available to the individual and within their environment more generally, and ultimately social work undertakes actions where the individual remains central.

We wish to conclude this editorial by expressing profound gratitude to the social workers who form part of the emergency response teams and who, in recent days, have been on the ground in Valencia, providing swift support and endeavouring to meet the needs of affected individuals, particularly the most vulnerable. These professionals have acted with the rigour and commitment characteristic of social work, standing alongside individuals, safeguarding their dignity and helping them regain the elements of their lives that provide well-being.

3 McCormack, Brendan. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31-38.

4 Martínez Rodríguez, Teresa. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-223.

Editorial invitado

Reflexionando acerca del bienestar y los cuidados

Carme Guinovart Garriga

Miembro del Consejo Asesor Editorial de la RTS. Hospital Universitario de la Santa Creu de Vic

Trabajar para el bienestar de las personas en situaciones de vulnerabilidad y dificultad vitales diversas y procurar su capacitación personal es uno de los objetivos de la práctica del Trabajo Social. El bienestar individual desde el punto de vista objetivo se ha entendido en el sentido de que la persona tiene satisfechas unas necesidades básicas que le permiten un sostén y una funcionalidad relacional y social.

En las sociedades contemporáneas occidentales, el bienestar colectivo de los ciudadanos es el gran bien que la política social protege y promueve y que a la vez se convierte en el instrumento para mejorar las desigualdades. La sanidad, la educación, los servicios sociales, el sistema de pensiones para proteger los riesgos vitales, la vivienda y la garantía de ingresos son las actividades dirigidas a procurar este bienestar y son espacios habituales del ejercicio del Trabajo Social. Y también, por otro lado, el bienestar personal se entiende y está vinculado al hecho de que es bueno para cada persona individual, lo que hace que su vida tenga sentido y calidad, y así cada bienestar personal es una construcción subjetiva, propia y única.

En este contexto, el Trabajo Social sanitario sitúa su acción en la intersección entre dos de estos bienes protegidos: la salud y los servicios sociales como la actividad del sistema de bienestar que se ocupa de intervenir en las necesidades de cuidado derivadas de la enfermedad y/o sus consecuencias.

Actualmente, en estas situaciones los trabajadores sociales observamos los efectos de una de las debilidades primigenias de nuestro sistema de bienestar: contar principalmente con las mujeres de las familias como proveedoras principales de cuidado de sus miembros. Esta realidad no ha variado sustancialmente con iniciativas legislativas como la Ley de Autonomía y Protección a la Dependencia, creada precisamente para corregirla. Por otro lado, y como consecuencia de numerosos cambios sociales, cada vez son más frecuentes las situaciones en las que no existe ningún entorno de cuidado.

Los profesionales del Trabajo Social, tanto en el ámbito sanitario como comunitario, constatamos a diario la no proporcionalidad ni linealidad entre la cobertura pública y gratuita que el sistema sanitario ofrece (alta tecnología, tratamientos, fármacos...) en determinadas situaciones sanitarias no necesariamente complejas (vinculadas principalmente a la atención de la cronicidad, envejecimiento y procesos de final de vida),

con la precariedad o directamente con la ausencia de provisión pública a las necesidades de cuidado que se derivan y con las que de hecho están en permanente interacción. Esta diferencia en la provisión de protección acaba siendo la principal fuente de malestar de los implicados y de crecientes dificultades para los trabajadores sociales que los acompañamos en esta transición, que debemos gestionar las necesidades y contener la angustia y las expectativas de las familias al encontrarse con una realidad desconocida, inesperada y muy burocratizada con relación a los posibles apoyos en el ejercicio del cuidado.

Hace ya unos años, el informe HASTINGS sobre “Los fines de la medicina” advertía del desafío ético y de sostenibilidad que implica en las sociedades desarrolladas dar respuestas medicalizadas a todos los aspectos de la vida negligiendo la función de atención y cuidado que es consustancial a todo proceso de intervención con las personas enfermas. Victòria Camps, en el prólogo de la publicación, afirma que hay que situar al mismo nivel “curar” y “cuidar”, y que procurar el bien del cuerpo y la mente de la persona, que es la finalidad de la medicina, es un factor que contribuye pero no constituye su bien completo.

Actualmente, voces expertas de ambos ámbitos plantean posibles medidas para responder a este reto. En el ámbito sanitario, se señala que habría que practicar la reflexión sobre los propios límites de intervención en cada situación individual (sobremedicalización, pruebas o tratamientos fútiles, limitación terapéutica, planificación de decisiones anticipadas), y también de gestión del gasto, sobre todo el farmacéutico. En el ámbito de servicios sociales, se plantea que es necesario un incremento de las medidas financieras y estructurales que permitan una maduración de los servicios sociales y una clarificación, un reconocimiento y una visualización pública de que el “bien” que protegen es la autonomía funcional y la integración relacional de las personas, y los cuidados son un componente esencial para lograrlo.

Desde estos planteamientos, y con un mayor equilibrio entre los recursos destinados a la protección de estos dos bienes absolutamente complementarios, se acercaría la capacidad operativa y colaboradora de los dos sistemas, imprescindible para una integración con garantías. A la vez, y desde las propias pericias, tendrían que converger hacia un entendimiento de la salud como un bien compartido que puede procurarse incluso cuando no se puede curar, y que está estrechamente vinculado al bienestar que las personas encontramos en la interacción social y relacional. Sentirse escuchado, comprendido, acompañado y ayudado en la toma de decisiones sobre las estrategias de cuidado más adecuadas, así como que la persona que las necesita y el cuidador las puedan ejecutar con garantías, también es SALUD.

Y de esta salud, los trabajadores sociales somos expertos proveedores, como tan bien supo captar el escritor Carles Capdevila cuando, en pleno proceso de enfermedad, escribió: “En un trabajador social hay una mirada global y artesana, la de reparación y reforma... la de reconstrucción... y convendrá escucharlos y darles margen de maniobra”. Pues eso.

Estudios. A fondo

Los procesos comunitarios en contextos de vulnerabilidad y diversidad. El papel de las metodologías participativas

Manuel Basagoiti Rodríguez y Paloma Bru Martín

Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona

Elisa Esteban-Carbonell y Enrique Carnicero-Hernández

Trabajo Social y memoria democrática: intervención socioeducativa en procesos de duelo y transmisión generacional del trauma

María José Aguilar Idáñez y Agustín Bolinches Monteagudo

Hábitos de vida de la generación Z tras la pandemia de covid-19, a la luz de un proyecto de promoción de la salud en adolescentes

María Abreu Velázquez y Núria Santana Siverio

Los procesos comunitarios en contextos de vulnerabilidad y diversidad. El papel de las metodologías participativas

Community processes in contexts of vulnerability and diversity.
The role of participatory methodologies

Manuel Basagoiti Rodríguez¹

ORCID: 0000-0001-6322-3314

Paloma Bru Martín²

ORCID: 0000-0002-9639-5427

Recepción: 11/04/24. Revisión: 09/06/24. Aceptación: 19/06/26

Paracitar: Basagoiti Rodríguez, Manuel, y Bru Martín, Paloma. (2024). Los procesos comunitarios en contextos de vulnerabilidad y diversidad. El papel de las metodologías participativas. *Revista de Treball Social*, 227, 13-40. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.01>

Resumen

El crecimiento de los procesos de urbanización tiene diferentes efectos en la vida de las ciudades y los barrios. El incremento de los problemas sociales y de la diversidad etnocultural son dos de ellos, que retan a las administraciones a una necesaria adaptación de las estrategias políticas y métodos de intervención que garanticen la convivencia y cohesión sociales. El autor y la autora del artículo analizan de forma comparativa varios procesos desarrollados en territorios vulnerables y de alta diversidad etnocultural en la Comunidad de Madrid. Estos procesos combinan la eficacia investigativa, la intervención social y la construcción ciudadana a través de la participación social y tienen impacto en diferentes ámbitos de la vida comunitaria; en concreto, en las políticas públicas locales en contextos de vulnerabilidad, en la construcción de pertenencias comunitarias en barrios de alta diversidad y en la mejora de las condiciones de vida de la población de dichos territorios. Los aprendizajes extraídos de la aplicación de estas

1 Profesor asociado. Departamento de Análisis social. Universidad Carlos III. mbasagoi@polsoc.uc3m.es

2 Profesora asociada. Departamento de Análisis social. Universidad Carlos III. mbru@polsoc.uc3m.es

metodologías son sin duda iluminadores, de cara al asentamiento de nuevos paradigmas de intervención y acción colectiva en lo local.

Palabras clave: Metodologías participativas, procesos comunitarios, vulnerabilidad, diversidad, análisis comparativo.

Abstract

The growth of urbanisation processes has diverse effects on city and neighbourhood life. These include the increase in social issues and ethnocultural diversity, which challenge administrations to adapt political strategies and intervention methods to ensure social coexistence and cohesion. The authors of the article conduct a comparative analysis of several processes undertaken in vulnerable, highly diverse ethnocultural areas within the Community of Madrid. These processes combine research efficacy, social intervention and community-building through social participation; and they have an impact across various areas of community life; specifically, they influence local public policies in vulnerable contexts, they foster a sense of community belonging in highly diverse neighbourhoods and they improve living conditions for the residents of these areas. The insights gained from the application of these methodologies are highly instructive for establishing new paradigms of local intervention and collective action.

Keywords: Participatory methodologies, community processes, vulnerability, diversity, comparative analysis.

1. Introducción

En este artículo se muestran dos experiencias comunitarias desarrolladas en contextos urbanos con rasgos de vulnerabilidad y alta diversidad etnocultural y cuya finalidad compartida es la mejora y transformación de las situaciones identificadas de partida. Estas experiencias se han realizado en los distritos de Usera y Villaverde (barrio de San Cristóbal de los Ángeles) de Madrid.

Para ello se va a abordar el análisis comparativo de las claves y resultados de ambos procesos. Este análisis permitirá extraer aprendizajes en relación con los beneficios, logros y límites de la aplicación de metodologías participativas (la Investigación-Acción Participativa y la Intervención Comunitaria Intercultural) en determinados contextos. A partir de estos aprendizajes, el autor y la autora se preguntan sobre los retos de futuro y la transferibilidad de estos modelos en otros contextos similares.

Para ello, se desarrollan investigaciones y diagnósticos que tienen por objeto identificar las principales necesidades, problemáticas y oportunidades del territorio y se construyen planes, programas o proyectos dirigidos a la superación de estas situaciones detectadas partiendo de las potencialidades locales. Estos dos ámbitos dotan a los procesos de un nivel investigativo y otro de acción/intervención íntimamente unidos. Hasta aquí podríamos hablar de procesos de investigación aplicada (Rubio, 1997).

Sin embargo, su innovación más relevante se encuentra en su carácter participativo. No se trata exclusivamente de diseñar acciones que den respuesta a problemas, sino que, en ese proceso, la comunidad tome conciencia de sus propios problemas y de las estrategias que tiene a su alcance para solucionarlos, o al menos, de generar las condiciones adecuadas para poder hacerlo a medio-largo plazo. Por ello, la participación, de la mano de la investigación y la acción, se convierte en una estrategia inclusiva que permite que toda la diversidad comunitaria pueda ser protagonista de su propio proceso de mejora (Alguacil et al., 2011).

Teniendo en cuenta estos elementos, los propósitos analíticos de este texto son varios. En primer lugar, dar cuenta de los resultados investigativos a los que estas experiencias han dado lugar, tanto desde el punto de vista diagnóstico de cada territorio, como desde el punto de vista evaluativo de los procesos analizados. En segundo lugar, analizarlas de forma crítica y a la vez constructiva en base a una selección de criterios de valoración de procesos participativos y comunitarios. En tercer lugar, y partiendo de los aprendizajes acumulados y de la consulta a diferentes agentes clave, esbozar algunos retos en el desarrollo de estos procesos. Por último, la intención del artículo no es solo desarrollar los aspectos que definen cada experiencia, sino poder reflexionar más allá de los resultados concretos de cada una de ellas con el objetivo de poder valorar su impacto y extraer aprendizajes transferibles a otros ámbitos territoriales.

2. Marco teórico y contextualización

2.1. Sobre los procesos participativos y comunitarios

A lo largo de los años se han ido implementando en diferentes territorios del Estado español metodologías diversas de desarrollo comunitario, todas de carácter participativo, que han permitido el impulso de procesos de mayor o menor duración, donde los diferentes agentes presentes en el territorio se han relacionado de manera diversa. En unos casos, estos procesos han sido promovidos desde una base social organizada (asociaciones o movimientos sociales). En otros desde instituciones locales, bien a través de recursos técnicos o de profesionales de equipamientos públicos del ámbito educativo, de salud, de servicios sociales, etc. Otras veces, desde diferentes tipos de alianzas entre estos agentes. Y en todos ellos, con el soporte (y dinamización) de equipos investigadores y/o de intervención, que han permitido el despliegue de las diferentes etapas, herramientas y estrategias de Investigación-Acción Participativa e Intervención Comunitaria. Estos equipos profesionales se nutren de los desarrollos teórico-metodológicos que se vienen realizando al respecto desde los años setenta y ochenta tanto desde el ámbito académico como desde otros ámbitos profesionales. Desde los años ochenta del pasado siglo, los desarrollos teórico-metodológicos a este respecto han sido múltiples. Autores y autoras como Orlando Fals-Borda y Carlos Rodrigues Brandão (1986), Paloma López de Ceballos (1989), Tomás Rodríguez-Villasante (2006) o Tomás Rodríguez-Villasante y Manuel Montañés (2000) en el desarrollo de las metodologías de Investigación-Acción participativa, o Marco Marchioni (1987, 2004), Ezequiel Ander-Egg (1990), Enrique Pastor (2004), Manuel Barbero y Ferrán Cortés (2005); obras colectivas como la colección “Construyendo ciudadanía” (2000 a 2018) editada por la editorial Viejo Topo, el más reciente monográfico “Participación, Investigación Acción y Desarrollo Comunitario: retos, oportunidades y esperanzas” publicado en la revista *Prisma Social* (Ahedo et al., 2023), o los cinco volúmenes sobre Intervención Comunitaria Intercultural, que bajo el título “Juntos por la convivencia. Claves de la metodología de Intervención Comunitaria Intercultural”, publicó la Fundación “la Caixa” (Marchioni y Giménez, 2015), así como manuales prácticos de metodología y técnicas dirigidos a equipos profesionales de diversos ámbitos.³ También es de destacar su asentamiento en ámbitos de intervención directa como el tercer sector, la economía social o espacios de militancia, lo que ha abierto sin duda una ventana a la entrada de nuevas aportaciones a estos procesos, a través de la incorporación de dinámicas vinculadas al arte urbano, el teatro foro, la comunicación social, la mediación en conflictos, el aprendizaje-servicio, los juegos pedagógicos, etc., llegando incluso a cristalizar en nuevas metodologías como el método Oasis⁴ o los laboratorios ciudadanos,⁵ por citar dos ejemplos.

3 Algunos de estos manuales son CIMAS (2009) y Buades y Giménez (2013).

4 Instituto Elos de Brasil. <https://institutoelos.org/>

5 V. Casado (2021).

Por tanto, la combinación, con diferentes intensidades, de la investigación, la acción y la participación se ha ido haciendo presente en diversos procesos políticos de presupuestos participativos, agendas 21, planes estratégicos; en procesos de base conectados con estrategias de transformación en lo local desde movimientos sociales (movimientos campesinos e indígenas, movimientos ciudadanos de diverso tipo...) o en procesos de desarrollo comunitario donde emerge la alianza de diversos agentes locales en el objetivo de cambio. En esta última categoría, que desarrollamos a continuación, es donde se sitúan las experiencias aquí analizadas.

2.2. Entre la comunidad y lo comunitario

Las experiencias aquí presentadas encajan en la categoría de procesos comunitarios y participativos y en ambas existe un sentimiento fuerte de pertenencia territorial.

Los debates en ciencias sociales en torno al concepto de comunidad han sido continuos, prolijos y controvertidos. Por una parte, los primeros aportes de autores como Ferdinand Tönnies (1947), Robert Redfield (1973) o Émile Durkheim (1982), hacían referencia de formas diferentes a la idea de comunidad como agrupación de personas enlazadas entre sí, que se reconocen mutuamente, adscritas a un territorio, que se conectan en base a lazos subjetivos y emocionales o que comparten una cierta conciencia colectiva. Esto situaba la idea de comunidad como un todo homogéneo, sin aparentes diferencias, desigualdades o disputas. Sobre estas bases, otras aportaciones han puesto el acento en aspectos que nos permiten analizar mucho mejor el contexto actual: la “no preexistencia de la comunidad” (Osorio, 2023) y la heterogeneidad de las comunidades en su composición interna (Delgado, 1998; Elías y Scotson, 2016).

La existencia de comunidad estaría ligada a la acción colectiva, a las interacciones y a la existencia de conciencia compartida en torno a dicha acción, lo que nos lleva a intuir la importancia de la memoria histórica, de elementos simbólicos que generan identificación colectiva y de formas relacionales que visibilizan conflictos, pero también apoyos y solidaridades. En esta línea, si ponemos el foco en la acción y en las relaciones, la comunidad se convierte en un proyecto dinámico en permanente construcción.

Por otro lado, aunque los procesos comunitarios urbanos interpretan la idea de comunidad desde una base fundamentalmente territorial, sin embargo, las pertenencias grupales en base a prácticas presenciales o virtuales y/o a condiciones compartidas (sexo, edad, etnia, clase...) siempre han estado presentes y se han complejizado aún más con las nuevas tecnologías de la comunicación o la llegada creciente de población migrante. Todo ello implica que, en los procesos de construcción comunitaria en contextos urbanos, siendo el barrio el elemento común que puede aglutinar voluntades, debe hacerlo desde un reconocimiento y respeto de las diversidades (Delgado, 1998; Yuval-Davis, 2006). De esta forma, desde la antropología se ha puesto mucho el acento en las diferentes intersubjetividades que afloran en estos procesos y que implica que el sentido de

pertenencia comunitario, asentándose sobre bases comunes (la mejora de las condiciones de vida para todo el mundo), se vivencia y se practica de forma diversa. Este es el marco de actuación del que partimos en la implementación de metodologías participativas en barrios, un contexto que permite pensar la comunidad no como algo dado, sino como algo dinámico, interdependiente y como proyecto de futuro (Tsing, 2000).

La dimensión relacional y sociopolítica de la comunidad está cruzada por tanto con su heterogeneidad y diversidad. Esta se hace presente no solo en la presencia de grupos diferenciados por su condición, como decíamos anteriormente, sino por la existencia de relaciones jerarquizadas y el conflicto dinámico entre poder y resistencia popular o por la posibilidad de asentar nuevas estructuras de relación donde la solidaridad y la creatividad sean los motores de una nueva cultura común (Alvarado et al., 2021). En este sentido, se debe pensar la construcción comunitaria en relación directa con la participación ciudadana y con las posibles estrategias relacionales que se puedan dar o promover (en términos de gobernanza, de movimientos sociales, de redes de apoyo mutuo...). Partimos de la premisa de que estos elementos –relaciones, diversidad y participación– son inseparables y cualquier proceso de desarrollo comunitario debe tenerlos presentes y promoverlos de forma constructiva e inclusiva.

Estos procesos permiten la gobernanza, abriendo las administraciones a otras formas de hacer, menos jerárquicas y burocráticas, en red, “incorporando en los procesos decisionales a los actores, colectivos y personas involucradas en los mismos. Y ello debe hacerse desde la proximidad, buscando la atención a la diversidad y la capacidad de mantener la cohesión social” (Subirats, 2010, p. 187).

Como medio para poder tejer estos elementos, es necesaria la participación social y ciudadana, lo que implica no solo ser parte de un grupo o estar en un determinado lugar, sino la percepción subjetiva de sentirse parte de ellos y tomar parte en determinados procesos, proyectos, intervenciones... (Alguacil et al., 2011). Por tanto, la participación también es un valor en sí, por su poder cívico y como motor democrático.

En el marco que nos ocupa, y en línea con García (2004), la participación social, como metodología, tiene la potencialidad de activar y recrear la vida comunitaria haciendo partícipe a la población de su propio cambio. Por ello, esta participación debe involucrar a todos los agentes, promover un conocimiento compartido del territorio y proyectar horizontes colectivos que asienten la idea de “hacer en común” e impulsen acciones, proyectos, planes y políticas que le den sostenibilidad.

2.3. Los procesos analizados

Las experiencias que se analizan tienen en común al menos tres aspectos iniciales: se ubican en entornos caracterizados como vulnerables y de alta diversidad; en los dos casos los procesos han sido impulsados en primera instancia por instituciones públicas o privadas en colaboración con

ONG; y en ambos se han aplicado metodologías de carácter comunitario y participativo, como veremos en el siguiente punto.

La primera experiencia tiene relación con la puesta en marcha en el año 2019 de un observatorio participativo de género en Usera. Esta iniciativa se enmarca en la gestión del Espacio de Igualdad Berta Cáceres, dependiente del Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social del Ayuntamiento de Madrid. El proceso surge a partir de la incorporación de una entidad local, la Asociación Proyecto San Fermín, a la gestión de dicho Espacio. Tiene especial relevancia el aporte de esta ONG, arraigada en el territorio desde hace décadas, que convierte este recurso público en un auténtico servicio de proximidad, al incorporar nuevas metodologías de intervención y participación comunitarias a través del recurso del Observatorio.

La segunda experiencia, el proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) desarrollado en el barrio de San Cristóbal de los Ángeles (distrito de Villaverde), arranca en el año 2014, impulsado de nuevo por una ONG local (la Asociación Educación, Cultura y Solidaridad), en colaboración con la Fundación "la Caixa" y la Junta Municipal del distrito.

Ambos procesos continúan activos hoy en día, en el primer caso con el mismo formato que le dio origen y con ámbito distrital y en el segundo en forma de un nuevo servicio de Intervención Comunitaria con extensión al resto de barrios de Villaverde e impulsado en esta ocasión desde los Servicios Sociales distritales.

Los distritos en los que se desarrollan las experiencias forman parte de la periferia sur de la ciudad de Madrid. En el caso de Usera, la experiencia tiene incidencia en sus siete barrios, mientras que en Villaverde se centra en uno de ellos, San Cristóbal de los Ángeles, aunque acaba extendiéndose al resto de barrios. Ambos distritos con una historia importante de llegada de población migrante del interior de España en los años cincuenta y sesenta del pasado siglo y de población migrante de otros países a partir de mediados de los noventa y con especial incidencia en este siglo. También, Usera y Villaverde son territorios con una memoria y acción muy relevante del movimiento vecinal, especialmente en los años setenta y ochenta, en torno al plan de remodelación de barrios que permitió el realojo de población de asentamientos informales en nuevos barrios que se incorporaron al paisaje de ambos distritos.

En ambos distritos el porcentaje de mujeres es ligeramente mayor que el de hombres, especialmente a partir de los cincuenta o sesenta años. En cuanto a la población extranjera, se encuentran entre 5 y 7 puntos por encima de la media municipal (22% y 17,7% respectivamente),⁶ distancia que se amplía en el caso de San Cristóbal (30,4%).⁷ Esta alta diversidad etnocultural se refleja en muchas dimensiones de la vida: extensión de

6 Fuente: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes Ayuntamiento de Madrid, 2023.

7 Fuente: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes Ayuntamiento de Madrid, 2023.

un nuevo comercio multicultural, presencia creciente de hijos e hijas de familias migrantes, surgimiento de nuevas asociaciones, etc.

Finalmente, ambos distritos son territorios afectados por múltiples indicadores de desventaja (en términos de oportunidades y condiciones de vida) y malestar social, lo que les atribuye la condición de territorios vulnerables (Alguacil et al., 2016). Según datos del Ayuntamiento de Madrid (2020), Villaverde y Usera ocupan el segundo y tercer puesto respectivamente por distritos y San Cristóbal de los Ángeles el primero por barrios en el ranking de vulnerabilidad. Además, en los dos distritos la pandemia incidió en una profundización de estas situaciones de forma muy evidente.⁸ Pero más allá de las situaciones carenciales, son territorios con gran dinamismo comunitario y asociativo.⁹

3. Abordajes metodológicos: entre lo particular de cada proceso y su comparabilidad

Como ya se ha adelantado en el apartado anterior, el interés del artículo está en el estudio de procesos participativos y comunitarios y su desarrollo en contextos de vulnerabilidad y alta diversidad.

El análisis de casos nos permite abordar la singularidad y particularidad de cada proceso a la vez que su complejidad. En consonancia con los planteamientos de Robert Yin (2018), los procesos elegidos constituyen fenómenos contemporáneos que se desarrollan dentro de un contexto local determinado con características socioeconómicas y demográficas similares. En dichos procesos, las metodologías aplicadas, las acciones llevadas a cabo y los modelos relacionales que se despliegan responden a la consecución de objetivos sociopolíticos vinculados al fomento de la mejora y transformación del entorno. Por último, los objetivos del estudio de casos responden al cuestionamiento sobre cómo estos procesos se despliegan e impactan en el entorno territorial en el que se desarrollan. El cómo también nos lleva a reflexionar sobre el porqué de estos como buenas prácticas comunitarias.

Esto implica realizar un análisis situado y contextual de cada caso, identificar los elementos más relevantes del mismo y utilizar fuentes de información diversas (Avalle, 2022).

En este apartado se dará cuenta del proceso de diseño de estos como casos particulares pero que, por sus elementos en común, permiten un proceso de comparación del que extraer conclusiones y aprendizajes socioantropológicos de importancia.

8 OEISM (2020) y Aguilar et al. (2020).

9 V. *Los Madriles: Atlas de iniciativas vecinales* (www.losmadriles.org/mapas).

3.1. El diseño de casos múltiples y comparables

Profundizando más en el porqué de la comparabilidad de las dos experiencias elegidas, se pueden señalar varios criterios importantes.

En primer lugar, es destacable la dimensión metodológica, presente en varios aspectos: en las dos experiencias se ha completado al menos un ciclo de las etapas principales (que veremos más adelante) que componen un proceso participativo y comunitario y se han aplicado técnicas investigativas de análisis de datos estadísticos y de carácter cualitativo y participativo. Además, en las tres experiencias se ha podido realizar investigación desde dentro, de carácter participativo.

En segundo lugar, el objetivo de los procesos es similar, ya que ambos persiguen la mejora de la situación de partida identificada en las investigaciones diagnósticas.

En tercer lugar, el impulso de estos implica a diferentes tipos de protagonistas locales (recursos públicos, privados y asociativos) y se busca la construcción de espacios de interrelación y gobernanza.

Por último, ambos se asientan en contextos territoriales de vulnerabilidad y diversidad, influyendo de forma específica esta circunstancia en su desarrollo y su propia justificación.

Todo ello permite identificar unas causas similares en la puesta en marcha de estas iniciativas, aunque en cada uno de los territorios el desarrollo de estos procesos sea diferente y tenga efectos particulares. Además, el proceso de sistematización de las prácticas y acciones realizadas por los diferentes actores participantes de los procesos nos permite un acercamiento al impacto de dichas prácticas en cada entorno territorial.

Por esta razón, elegimos un proceso de sistematización a partir de metodologías de análisis de casos múltiples.

Por otro lado, para el establecimiento de un marco analítico y de comparación adecuado, se ha partido de la propuesta de análisis de casos múltiples de Neiman y Quaranta (2006), para los que el contexto económico, político, social, urbano, etc., y la dinámica de relaciones existente entre los actores y grupos implicados en dichos ámbitos, son dos aspectos de especial relevancia. A esta aportación, se han añadido otros dos aspectos: las prácticas y los métodos. Como se ve en la tabla, cada uno de estos aspectos dan cuenta de diferentes dimensiones analíticas que se cubren en base a la aplicación y análisis de diversas técnicas y procedimientos y fuentes de información.

Tabla 1. Aspectos, fuentes y procedimientos utilizados en el diseño de casos múltiples y en su análisis comparativo

Nivel de estudio	Dimensiones a tener en cuenta	Fuentes de información	Procedimientos y técnicas
Contexto	Procesos sociales, demográficos, económicos, políticos, urbanísticos...	Documentación secundaria, testimonios y vivencia en el terreno.	Análisis documental y de datos, entrevistas, observación, mapeos.
Actores-relaciones	Perfil, papel y participación de los diferentes actores (instituciones, recursos y ciudadanía) en el proceso. Relaciones de colaboración o conflicto.	Datos, testimonios, actividades, espacios de relación.	Entrevistas y coloquios, observación, talleres, sociogramas, dinamización de grupos.
Prácticas	Existencia de acciones y actividades comunitarias de forma previa al proceso y su activación a partir de su puesta en marcha.	Testimonios, experiencia en terreno, soportes visuales, webs... Memorias, vivencia en el terreno, archivos visuales...	Entrevistas, coloquios, líneas del tiempo...
Métodos	Presencia y eficacia de la investigación, la participación, la planificación, la acción y la evaluación en los procesos.	Productos del proceso (diagnósticos, programaciones, memorias, actas...).	Talleres participativos, entrevistas y coloquios, observación participante, fotoelicitación...

Fuente: Elaboración propia a partir de Neiman y Quaranta (2006).

Las fuentes empíricas utilizadas en cada caso analizado han sido las siguientes:

a) Observatorio de Género de Usera:

- Informes anuales de resultados de investigación diagnóstica –cuantitativa y cualitativa– (2019-2022).
- Informes anuales de evaluación participativa de resultados del proceso (2019-2022).
- Memorias anuales del Observatorio de Género de Usera (2019-2022).
- Memorias anuales del Espacio de Igualdad Berta Cáceres (2019-2020).

- b) Proyecto ICI San Cristóbal de los Ángeles:
- Monografía comunitaria (abril 2016): producto resultante del proceso de investigación (audición) que constituye un relato diverso del barrio.
 - Programación Comunitaria Intercultural de San Cristóbal (julio 2016).
 - Informe de Evaluación Comunitaria de San Cristóbal de los Ángeles. Valoración de logros (2019).
 - Memoria territorial 2014-2020 (2020).
 - I Plan de convivencia y cohesión social de Villaverde (2016-2020).

Buena parte de la información de estas fuentes proviene de la importante actividad investigadora desarrollada en los procesos: una de carácter diagnóstico (para la identificación de problemas, necesidades, recursos y oportunidades de cada territorio) y otra de carácter evaluativo (analizando los logros y retos de cada proceso). Ambas tareas se desarrollan con objetivos similares (identificar una situación de partida y medir los resultados), pero con técnicas de investigación cualitativas y participativas variadas, algunas comunes (observación participante, entrevistas, transectos) y otras particulares de cada uno de ellos (análisis fotográfico, mapas de diversidad, mapas parlantes, mapas de activos, líneas del tiempo, sociogramas...).

Tabla 2. Momentos de trabajo de campo en cada proceso

Procesos analizados	Investigación diagnóstica	Investigación evaluativa
Observatorio de Género de Usera	2019 (actualizaciones anuales)	continuada desde 2019
Proceso ICI San Cristóbal	2014 y 2021	2019-2020

Fuente: Elaboración propia.

3.2. El andamiaje metodológico en cada proceso analizado

Como ya se ha señalado, los procesos que aquí se presentan se basan en metodologías participativas y comunitarias, en concreto la Investigación-Acción Participativa y Planificación de Acciones Integrales (IAP-PAI) y la Intervención Comunitaria Intercultural (ICI). Ambas metodologías tienen un carácter híbrido, la IAP bebe de diferentes disciplinas como la sociología, antropología, educación popular o animación sociocultural y la metodología ICI surge del trabajo social, la antropología y el ámbito de la mediación intercultural.

En el caso del Observatorio de Género de Usera, la Investigación-Acción Participativa (IAP) y el Aprendizaje-Servicio (APS) son los enfoques teórico-metodológicos que lo han guiado, a través de la realización de talleres y sesiones formativas, en paralelo con el trabajo de campo para

la recogida de información, análisis y diagnóstico de la realidad social del distrito en materia de igualdad de género y la realización de acciones comunitarias con impacto local.

El proyecto se planteó desde su arranque como un proceso de formación-acción en técnicas cualitativas y participativas, para la construcción de una herramienta de investigación, sistematización y análisis de la realidad social de la igualdad entre mujeres y hombres en el distrito de Usera.

El proceso se ha desarrollado en torno a los siguientes ejes de actuación:

- La construcción participada de un instrumento metodológico que se aplica en diversos espacios de mujeres y en los barrios de Usera, para tomar el pulso a las necesidades, demandas, problemas y propuestas de las niñas, adolescentes y mujeres adultas del distrito.
- Informes periódicos de análisis sociodemográfico con perspectiva de género y diagnóstico participativo de la realidad social del distrito en materia de igualdad.
- Consolidación de un grupo motor formado por las profesionales del Espacio de Igualdad Berta Cáceres, profesionales, activistas y vecinas de las diferentes entidades y recursos que forman parte de la Mesa de Género del distrito.
- Aplicación y sistematización de diversas técnicas de Investigación-Acción Participativa, tanto con el grupo motor como con mujeres y hombres del distrito, de diferente sexo, edad, origen, nacionalidad y etnia.
- Sesiones formativas mensuales con el equipo técnico del Espacio de Igualdad Berta Cáceres y con el grupo motor del Observatorio.
- Desde un enfoque de Aprendizaje Servicio, en la experiencia del Observatorio de Género ha colaborado también alumnado de Sociología, Antropología y Ciencias Políticas de la Universidad Carlos III de Madrid, a través de la aplicación de técnicas cualitativas de observación, entrevista y coloquio-audición.

Por su parte, la metodología de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) ha sido la que ha guiado el proceso comunitario de San Cristóbal de los Ángeles. Se trata de una metodología de intervención social y gestión de la diversidad social y etnocultural. Para ello, se nutre de las propuestas metodológicas de Intervención Comunitaria y de mediación social intercultural de Marchioni y Giménez (2015). La propuesta del Proyecto ICI consiste en facilitar y apoyar la articulación de proyectos comunes que reúnan a todos los protagonistas del territorio –administraciones, recursos técnicos y ciudadanía– en torno a un mismo proceso de desarrollo social y de mejora de la convivencia local.

Esta metodología se desarrolla de forma cíclica en cuatro etapas:

- El establecimiento de relaciones y confianzas en el territorio que fomenten la implicación de todos los agentes.

- El desarrollo de un proceso de conocimiento compartido en base a una amplia escucha a la comunidad que dé lugar a un diagnóstico participativo consensuado por todos y todas.
- La construcción de una programación comunitaria intercultural que tenga un carácter estratégico y posibilitador de la mejora del territorio.
- La evaluación como estrategia de socialización de resultados y que sienta las bases para una posible reconducción del proceso en el futuro.

En todas las etapas, un elemento clave es el análisis de las formas de sociabilidad y el impulso de acciones y estrategias comunitarias que permitan avanzar hacia una mayor cohesión y convivencia intercultural.

Todo el proceso se facilita desde un equipo comunitario de carácter técnico y desde una estructura organizativa con diversos espacios de relación donde participa la ciudadanía, profesionales y la administración local. Estos espacios impulsan, hacen seguimiento y avalan el proceso posibilitando su desarrollo. Destaca en este sentido el papel del Núcleo, un espacio donde confluyen los tres perfiles de protagonistas en la conexión del proceso y sus actuaciones a escala de barrio con su alineamiento o plasmación con políticas públicas territorializadas.

Las dos iniciativas se dotan de instrumentos metodológicos y técnicas que promueven la toma de conciencia colectiva y la participación ciudadana. En el Observatorio de Género, de talleres de autoformación que facilitan un aprendizaje significativo y de implicación, y de técnicas participativas de investigación (sociogramas, mapeos, coloquios, observación participante, paseos de Jane¹⁰) que permiten promover un proceso activo y constructivo de producción del conocimiento, a partir de una interpretación y análisis grupal de la realidad (enfoque de Investigación-Acción Participativa). En el proyecto ICI, de la promoción de un proceso de escucha abierta a la comunidad, a través de la aplicación de técnicas como los coloquios, mapeos o el desarrollo de acciones comunitarias en áreas estratégicas como la salud, la educación o la convivencia.

Un último elemento metodológico importante de ambos procesos es que se ven transversalizados por temáticas como el género y la diversidad etnocultural, que tienen un calado fundamental en las relaciones cotidianas, y en el diseño de actuaciones de promoción de la igualdad y de la convivencia intercultural, atravesando todos los campos de intervención.

3.3. Variables de análisis. Criterios de valoración de los procesos participativos y comunitarios

Para definir las variables analíticas que han sido utilizadas, se realizó un análisis documental previo de cinco propuestas de sistematización de criterios (ver tabla 3) para la valoración de prácticas y procesos comu-

10 <https://elpaseodejane.wordpress.com/>

nitarios y participativos, priorizando que estuvieran elaboradas desde equipos académicos e institucionales y que contaran con aportes del tejido asociativo.

Tabla 3. Criterios para la valoración de procesos participativos y comunitarios

Plan de Desarrollo Comunitario San Cristóbal	Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural	UNESCO: Criterios Buenas Prácticas	Observatorios de democracia participativa (Ayto. Donostia)	IGOP-UAB, Ayto. Barcelona
<p>Metodología: Favorece participación, conocimiento y proyección de cambio. Adaptable y flexible.</p>	<p>Metodología: Desarrollo cíclico. Implicación 3 protagonistas. Transparencia. Formación. Capacidad mediadora.</p>	<p>Innovación: Soluciones nuevas y creativas a problemas comunes.</p> <p>Efectividad: De acciones, proceso.</p>	<p>Coordinación: Consenso necesidad del proceso. Transversalidad Liderazgo. Sinergias. Planificación y recursos.</p>	<p>Calidad de las acciones: Objetivos (claros y evaluables). Planificar (diagnostico, acciones). Metodología (participativa).</p>
<p>Conocimiento: Eficacia investigadora. Socialización. Aprendizaje mutuo. Aplicabilidad para la mejora.</p>	<p>Sostenibilidad: Organización comunitaria. Apoyo institucional. Apropiación. Compromisos, protocolos...</p>	<p>Sostenibilidad: Mantenerse en el tiempo (recursos). Efectos positivos duraderos.</p>	<p>Quién participa: Cantidad. Diversidad. Representación. Acogida y apertura.</p>	<p>Impacto sobre la población: Favorece la inclusión y la diversidad. Fortalece la comunidad (formación, pertenencia, organización...).</p>
<p>Comunicación: Estructurada. Transparente. Multidireccional. Adaptada.</p>	<p>Impacto: Incidencia en políticas. Ampliación de la participación.</p>	<p>Replicabilidad: Servir de guía o modelo en otros contextos.</p>	<p>Sobre qué se participa: Relevancia. Ajuste a necesidades.</p>	<p>Mejora las condiciones de vida.</p>

Participación: Consciente. Comprometida. Diversa. Espacios.	Resultados: Transferibilidad. Productos comunitarios (monografía, programación...). Visión del territorio. Canalización de oportunidades.	Elementos favorecedores: Lógica de proceso. Metodología flexible. Hábito de trabajo en red. Coordinación (entre áreas, agentes). Compromiso del gobierno con el proceso. Contexto abarcable.	Cómo se participa: En cada etapa. Grado de participación. Calidad de la información. Métodos y técnicas de deliberación.	Espacios de trabajo y relación: Motivación por participar y colaborar con otros. Diagnósticos y programaciones compartidas. Transferencia de la información. Protocolos comunes. Equipo comunitario eficaz.
Relaciones: Transversalidad. Confianza. Capacidad mediadora.			Qué deja el proceso: Acciones efectivas. Devolución de resultados. Mejora de las relaciones. Capacitación. Cultura comunitaria.	
Resultados: Canalización de oportunidades y proyectos. Mejora de la situación de partida.				

Fuente: Elaboración propia a partir de desarrollos de diferentes equipos técnicos, asociativos e institucionales.¹¹

La organización de la propuesta por parte de cada equipo es similar, estructurando los criterios en base a bloques temáticos, salvo la propuesta de la UNESCO, donde se diferencia entre criterios y elementos favorecedores. No obstante, más allá de cómo se nombran, interesa centrarse en aquellos aspectos comunes a todas ellas (metodología, conocimiento, participación, relaciones, sostenibilidad, resultados e impacto en la comunidad) y en otros que, por su singularidad, se ajustan a las circunstancias de los procesos que aquí se analizan (diversidad, liderazgo o pertenencias).

Por tanto, para la comparación de las dos experiencias, se utilizará la siguiente propuesta de criterios (estructurada en base a los principales elementos de un proceso).

¹¹ Estas propuestas han sido desarrolladas por equipos técnicos a partir de procesos como el del Plan de Desarrollo Comunitario de San Cristóbal (2004-2009), los proyectos ICI de 37 localidades españolas (2010-2020); y desde instituciones como la UNESCO (2003) –en Gradaille y Caballo (2016)–, el IGOP (2006) o el IGOP-UAB (Rebollo et al., 2016).

Criterio 1: Eficacia investigadora

En cualquier proceso participativo y comunitario, la generación de conocimiento sobre la situación territorial es un elemento esencial. Este conocimiento debe ser relevante y surgir de un proceso de escucha y apertura a la comunidad. Debe ser científico, representativo de la diversidad y operativo a la vez, es decir, aplicable a la resolución de los problemas, cristalizando en diagnósticos locales. Debe ser un conocimiento compartido, que se socializa con la comunidad, permitiendo una concienciación colectiva sobre los problemas comunes.

Criterio 2: Lógica de proceso

La lógica de proceso implica continuidad y tener en cuenta la necesaria combinación de objetivos a corto, medio y largo plazo. Se estructuran de forma cíclica en etapas o fases, que se replican adaptándose a los cambios y a partir del análisis evaluativo de logros y nuevos retos. Estos procesos se guían a través de metodologías flexibles, que se adaptan a los cambios (en cuanto a problemáticas, a la acogida de nueva población o recursos, a la incorporación de nuevas técnicas) y son eficaces en su dinamización.

Esta lógica de proceso es la que guía la acción comunitaria, entendiendo esta como aquella que surge de la activación de la comunidad y que “adquiere sentido cuando se desarrolla a partir de un colectivo humano que comparte un espacio y una conciencia de pertenencia, que genera procesos de vinculación y apoyo mutuo, activando voluntades de protagonismo en la mejora de su propia realidad” (Gomà, 2007, p. 1). Por lo tanto, implica la participación de la comunidad en las diferentes fases del proceso (diagnóstico, desarrollo de propuestas, planificación, ejecución y evaluación de estas y del propio proceso). En el marco de esta acción comunitaria situamos las actividades comunitarias, de carácter más puntual, que emanan de los diferentes espacios de relación y que buscan tener un impacto específico en la vida cotidiana, visibilizando el proceso y la participación diversa en el mismo.

Por último, un elemento fortalecedor del proceso debe ser la comunicación, entendida en términos de transparencia (informar a todo el mundo sobre los avances).

Criterio 3: Participación e implicación

La participación es un criterio central en estos procesos y debe estar presente en todas las etapas. Para que esta sea posible, los procesos deben fomentar y sostener la confianza entre todos los agentes locales, lo que favorecerá la cooperación, la coordinación, el apoyo mutuo. Debe acoger diferentes formas de colaboración e implicación en el proceso (no todo el mundo tiene la misma disponibilidad e intereses) y fomentar espacios de formación y herramientas que la posibiliten. Todo ello debe basarse en los criterios de equidad, diversidad e inclusión.

Criterio 4: Resultados e impacto en la comunidad

Una cuestión central es partir de objetivos que definan qué queremos conseguir en cuanto a conocimiento, participación y acción (horizonte de mejora). En este sentido, el asentamiento de una organización comunitaria, la transferibilidad de los resultados y de la metodología, el aumento de la participación comunitaria, la incidencia política del proceso, la mejora de la calidad de vida de la comunidad, la promoción de la innovación y la creatividad y la sostenibilidad del proceso a medio-largo plazo son aspectos importantes a tener en cuenta y clave en la consecución del éxito de cualquier proceso comunitario. Por todo ello es de especial relevancia no perder de vista la mirada hacia el futuro y, en este sentido, identificar posibles retos en estos procesos.

4. Resultados

En este apartado se procede a mostrar los resultados del análisis comparativo de los procesos en función de los criterios propuestos en el apartado anterior. Para ordenar la información y los análisis de la forma más operativa posible, se irán relatando los aspectos valorativos de cada experiencia de forma simultánea, haciendo hincapié en los más relevantes de cada una.

4.1. Eficacia investigadora

Los dos procesos presentan desarrollos investigativos y productos diagnósticos participados. En ambos se identifican de una u otra forma necesidades, barreras, limitaciones, oportunidades, recursos y propuestas. Para ello, se han utilizado herramientas de investigación diversas: análisis de datos, entrevistas, coloquios, sociogramas, flujograma, mapeos, observación... Todo ello convierte estos diagnósticos en herramientas operativas y aplicables a la resolución de problemas, aunque esta aplicabilidad es efectiva en función de elementos diferentes. Por ejemplo, en el caso del proyecto ICI, la estructuración del diagnóstico pone el acento en la identificación de los recursos y procesos ya existentes, incorporando propuestas para reforzarlos, así como retos (no tanto problemáticas) donde existe un vacío de intervención, lo que permite una construcción positiva e innovadora de las propuestas. El diagnóstico es un documento de partida para todos los recursos y asociaciones locales, pues en los diferentes espacios técnicos de relación se incorpora la estrategia de “tomar el pulso a la realidad” de manera continuada, lo que actualiza este diagnóstico permanentemente.

Este elemento de continuidad también aparece en la experiencia de Usera: en el Observatorio de Género, la tarea diagnóstica se asienta como una dinámica periódica del grupo motor, que nutre las acciones y actividades comunitarias del Espacio de Igualdad (promotor del proyecto de observatorio) y de la Mesa de Género del distrito.

Otro aspecto que da cuenta de la eficacia investigadora es la capacidad de los procesos para recoger la voz de toda la diversidad de grupos y posiciones existentes. En este sentido, se pueden destacar dos cuestiones: la abarcabilidad del territorio y la plasticidad de las metodologías y las técnicas empleadas. Ser un territorio abarcable, como es el caso de San Cristóbal, permite llegar a un espectro poblacional amplio, alcanzando el proceso de escucha a la comunidad a todos los sectores y perfiles poblacionales, profesionales y políticos. En Usera la situación es diferente, pues se trata de un distrito completo y el diagnóstico participativo se centra en la temática “género y territorio”. No obstante, desde el grupo motor se es consciente de la dificultad para llegar a algunos perfiles poblacionales (v. g. población joven y algunos colectivos migrantes).

En las dos iniciativas se considera una fortaleza diagnóstica la capacidad de identificar actores, grupos y recursos presentes en el territorio y trabajar colectivamente en torno a dinámicas relacionales de colaboración, conflicto, etc., como un elemento clave para las actuaciones posteriores.

Por último, ambos procesos incorporan, de forma adaptada a cada contexto, estrategias y espacios para la socialización de la información diagnóstica, lo que permite su continua actualización y su apropiación por parte de la población. En Usera y San Cristóbal, la existencia de espacios de relación permite esta socialización de forma natural. Además, se buscan espacios más amplios, como la Feria de Igualdad en Usera o el 25N, los Encuentros Comunitarios en San Cristóbal de los Ángeles y, actualmente, las Mesas Comunitarias en todos los barrios del distrito de Villaverde. Además, en el proyecto ICI se conecta esta estrategia de socialización con la de comunicación del proceso, generando soportes y medios diversos para esta transmisión informativa (programa de radio comunitaria, paneles, hojas informativas, etc.).

4.2. Lógica de proceso y acción comunitaria

Las iniciativas escogidas para este artículo se caracterizan por tener una dimensión tanto estratégica como táctica. Estratégica en cuanto a proceso de ciclo largo (Investigación-Acción Participativa y Planificación de Actuaciones Integrales e Intervención Comunitaria Intercultural); y táctica en cuanto a actuaciones de ciclo corto aquí y ahora (Acción Global Ciudadana en San Cristóbal, Feria de Igualdad en Usera). Estas acciones puntuales, aunque algunas se repiten cada año, son clave para visibilizar tanto los objetivos de los procesos (mejorar la convivencia y las condiciones de vida de los barrios y promover la igualdad de género), como su capacidad organizativa y cooperativa en contextos de diversidad (acciones comunitarias en red).

Además, estos procesos enriquecen y se nutren de otros procesos intermedios que ayudan a afianzar los principios metodológicos generales (Feria de Igualdad y paseos de Jane en Usera, buzones violetas, autoformación con familias y foros abiertos de diálogo en San Cristóbal). Se trata de actividades acotadas en el tiempo –pero no puntuales– en las que también

se aplican estrategias de acción-reflexión-acción, que permiten obtener resultados a medio plazo y capacitan para la participación, reforzando el proceso general.

En las dos experiencias, el proceso general se caracteriza por estructurarse en etapas, aunque con terminologías diferentes (ver metodología), se contempla un primer momento de contacto con la comunidad, presentación del proceso y generación de confianzas y constitución de los primeros grupos motores o espacios de dinamización (equipos comunitarios), un segundo momento de apertura a la comunidad (o escucha), a través del despliegue de una estrategia investigadora y la realización de un diagnóstico participado que se socializa con la comunidad (proceso de conocimiento compartido en el caso del ICI), y una tercera fase de priorización de propuestas en torno a un plan de actuaciones integrales o programación comunitaria, que consolide estrategias compartidas en torno a problemáticas nucleares o ejes estratégicos. Finalmente, se desarrolla una evaluación comunitaria (de forma continua y al final), que implica un nuevo proceso investigativo (de escucha a la comunidad en el caso de San Cristóbal) o a través de espacios y talleres participativos (Usera).

En ambos casos, es especialmente relevante el carácter cíclico de estas etapas, donde la evaluación cumple una función de reimpulso y continuidad de los procesos.

La estructuración en fases no debe convertirse en un esquema de funcionamiento cerrado que impida incorporar a los procesos nuevos agentes, nuevas preocupaciones, etc. En los tres territorios se puede identificar la capacidad de adaptabilidad a cada contexto (de las técnicas, el método y la presencia del equipo en San Gregorio, de acogida a nuevos grupos y recursos en San Cristóbal o de ajuste al ritmo de las mujeres participantes en Usera). Además, en los dos últimos, los espacios de relación se convierten en lugares de intercambio y autoformación grupal, lo que permite en ocasiones la recreación de las técnicas y dinámicas utilizadas en las diferentes etapas o el ajuste de los ritmos del proceso a la colectividad.

Tras el diagnóstico, la etapa de planificación cristaliza en un plan o programación integral. Estos productos se convierten en patrimonio de la comunidad, en la medida en que esta ha participado activamente en su definición, a través de talleres participativos (por ámbitos temáticos –educación, salud– o grupos poblacionales –infancia, mayores, mujeres, hombres–), asambleas o encuentros comunitarios, y dan lugar a agendas comunitarias y planificaciones a corto (acciones mensuales, anuales), medio (fases, proyectos) o largo plazo (proceso).

Un aspecto significativo de los dos procesos es la posibilidad de ejecución de estas actuaciones. En San Cristóbal hay un desarrollo amplio de la programación comunitaria (sobre la temática central del cuidado), que da lugar a múltiples grupos de trabajo; en el Observatorio de Género se prioriza una definición anual de actuaciones en relación con la promoción de la igualdad, que consensúa las agendas de los diversos recursos y grupos.

El Observatorio de Género de Usera, además de ser una herramienta de diagnóstico, se proyecta como un espacio abierto de participación

y encuentro de las mujeres del distrito de Usera y en un laboratorio de innovación territorial en el ámbito de la igualdad. En el caso del proceso de Intervención Comunitaria Intercultural en San Cristóbal-Villaverde, su carácter innovador radica en la conexión entre participación, intervención social y mediación social intercultural.

4.3. Participación e implicación

Al hablar de participación, se parte de la premisa de que, aunque se busca promover la implicación de población y profesionales, esta suele ser minoritaria; no se espera que la totalidad de la comunidad esté comprometida con el proceso. No obstante, se deben identificar las diferentes disponibilidades, motivaciones e intereses y promover, a través de estrategias participativas, que esta implicación vaya creciendo poco a poco.

Existen grupos o sectores con un alto nivel de implicación, otros que colaborarán puntualmente en acciones o espacios concretos y otros que no podrán participar, pero a los que habrá que mantener informados, por si quieren/pueden incorporarse en algún momento. Porque todas las escalas de participación, desde estar meramente informados y acudir a eventos, participar en consultas, hasta una participación más interactiva o incluso autogestionaria, son valiosas.

Esto está presente en los dos casos que aquí se analizan: se parte de identificar estos grupos y sus diferentes formas de participar y después cada proceso se focaliza en su población diana (la totalidad de perfiles y grupos poblacionales en San Cristóbal y las mujeres, de forma prioritaria –aunque no exclusiva–, en Usera). Ello implica desplegar estrategias adaptadas a cada contexto. Mientras en San Cristóbal, debido al tamaño poblacional, se crean grupos diversos a través de los que canalizarla en torno a diferentes líneas de acción, en el Observatorio de Género de Usera, por su focalización en una parte de la población, los espacios de implicación son más reducidos: un grupo de líderes vecinales en el primer caso y un grupo motor y una mesa de género en el segundo.

La creación de estos grupos motores es un elemento central de las metodologías participativas. En Usera este grupo motor está fuertemente ideologizado, formado en parte por activistas del Movimiento Feminista, tanto de perfil vecinal como profesional, y las actuaciones combinan dos objetivos: la promoción de la igualdad y la mejora del territorio desde la perspectiva de género. En el caso de San Cristóbal, no hay un único grupo motor. Arranca con un equipo comunitario reducido de perfil técnico y evoluciona hacia la creación de diversos espacios de relación (de salud, socioeducativo, de mediación de calle...), cuya composición suele ser mixta (técnica y ciudadana), que impulsan las diferentes líneas de actuación consensuadas. Estos espacios tienen menos carga ideológica y su objetivo es la mejora del territorio en diferentes dimensiones y la mejora de la convivencia intercultural. En este sentido, el papel de perfiles profesionales con orientación comunitaria, como las trabajadoras sociales de diferentes

ámbitos, es un valor añadido en estos proyectos por su conocimiento específico sobre el territorio, sus recursos y las necesidades poblacionales.

También se pueden identificar en ambos procesos limitaciones en cuanto a la participación de ciertos perfiles poblacionales. La participación en la etapa de investigación, en acciones comunitarias o a través de los recursos y asociaciones a los que acuden es más amplia, pero existen dificultades a la hora de implicar, de manera continuada, a mujeres menos activas y a jóvenes, en el caso del Observatorio de Género, a determinados grupos de población migrante y a colectivos que se mueven en torno a los cultos religiosos, en el caso de San Cristóbal. De igual modo se detecta la dificultad de que la población con menos formación o perteneciente a minorías se involucre, por factores diversos: falta de disponibilidad, falta de adaptación de los procesos, existencia de otras prioridades en la población (de cobertura de necesidades básicas, de identificaciones étnicas, religiosas o grupales diferenciadas).

Los sectores técnicos también presentan limitaciones: marcos competenciales rígidos, falta de recursos suficientes para poder participar, falta de compromiso político... Aun así, se logra mantener la confianza en torno al proceso, a través de la transparencia informativa, la creación de espacios abiertos o la evaluación crítica. Además, en San Cristóbal y Usera se cuenta con una cultura cooperativa en torno a lo común que se ha ido asentando en los barrios a lo largo del tiempo.

La formación es una de las herramientas que permite corregir las desigualdades de acceso e implicación; en Usera vinculada a la autoformación en el grupo motor y en San Cristóbal a través de talleres, píldoras formativas y, en la etapa en que el proceso se extiende a otros barrios del distrito, una formación amplia dirigida a grupos de cada uno de los barrios del distrito. En ambos casos, estos espacios son clave para llegar a población de forma directa, o a través de los profesionales y entidades que participan en dicha formación.

4.4. Impacto en la comunidad

El primer impacto de estos procesos en la comunidad radica en que todos tienen como resultado la elaboración participativa y puesta en marcha de planes de acción integrales, con diferentes niveles de incidencia en lo local.

En Villaverde, el proceso, que arranca en San Cristóbal en 2014, construye espacios de relación y de cogobernanza que la administración va asumiendo como propios (el caso del Núcleo, ya mencionado) y se crea un nuevo servicio de Intervención Comunitaria de carácter distrital, dentro de un nuevo plan de convivencia y cohesión social del distrito.

Estos procesos están llamados a promover cambios en la situación identificada de partida y los planes de acción son ambiciosos en sus intenciones. El proyecto ICI de San Cristóbal plantea una línea estratégica de promoción del cuidado (personal, colectivo y comunitario) que incide en ámbitos como educación y salud comunitaria, convivencia e imagen

del barrio, y el Observatorio de Género de Usera tiene como objetivo la promoción de la igualdad y el empoderamiento de las mujeres del distrito.

En cuanto a los efectos visibles de estas actuaciones, en las evaluaciones de los procesos se destaca la incidencia de todos ellos en la reconstrucción positiva de las redes de relaciones, la creación de nuevas formas de organización comunitaria (a través de grupos motores, de trabajo, mesas comunitarias, comisiones, asociación vecinal, etc.), el aumento de la participación o el incremento de la conciencia colectiva en torno a los problemas comunes.

Sin embargo, los diagnósticos también desvelan problemas de carácter estructural (económicos, sociales, culturales y urbanísticos) de difícil abordaje desde las programaciones planificadas. Por ejemplo, falta de ingresos, dificultades para acceder a empleos de calidad, situación precaria de la vivienda, discursos negacionistas de las desigualdades de género, etc.

Estas cuestiones son de difícil abordaje, de manera directa, desde los procesos de participación comunitaria, por lo que se buscan estrategias de actuación indirectas (redes de cuidado y apoyo, incidencia en planes locales, búsqueda de alianzas con entidades especializadas en estas temáticas, para impulsar acciones conjuntas, etc.). Aun así, son necesarias actuaciones políticas desde instancias que excedan lo local.

Finalmente, un logro importante de los procesos de Usera y San Cristóbal-Villaverde es su sostenibilidad, relacionada con varios aspectos: la vinculación a políticas públicas (el Espacio de Igualdad o los planes de convivencia), la continuidad de la estrategia formativa, la actualización diagnóstica y la consolidación de estructuras organizativas (técnicas y ciudadanas), que asienten estrategias de gobernanza y cooperación.

Además, este tipo de procesos comunitarios consiguen incorporar un estilo de trabajo en red que introduce nuevas formas de hacer, en torno a "lo común", y el papel del tercer sector adquiere un protagonismo y liderazgo clave, por su proximidad y conocimiento del territorio y porque a través suyo se vertebra la participación ciudadana.

4.5. Retos de futuro

Como ya se ha señalado, los retos de futuro identificados en el análisis de las diferentes fuentes documentales y en el discurso de las personas entrevistadas en cada proceso, se concentran en torno a temáticas como la participación, el conocimiento compartido, el impacto y los resultados o el trabajo en red.

Respecto a la participación, aun siendo amplia, se ve necesario profundizar en su diversidad y horizontalidad, que no priorice el ritmo y los saberes técnicos sobre los ciudadanos, que genere mecanismos igualadores e inclusivos y que se consolide a través de la reflexión, la formación y la acción, sin perder el carácter reivindicativo y político.

En lo referente a los procesos diagnósticos, un reto constante es que contemplen todas las voces y saberes existentes en el territorio, teniendo

especial cuidado con las de los colectivos más vulnerables, y una mirada plural sobre la realidad (por género, etnia, edad...).

En cuanto a los impactos y resultados, se destaca la importancia de que estas metodologías y lógicas comunitarias impregnen las estructuras y políticas institucionales, para afrontar y resolver los problemas estructurales.

Por último, los espacios de relación que estos procesos promueven no deben perder de vista la centralidad del trabajo colaborativo y en red como elemento transversal de los procesos y clave para su sostenibilidad.

5. Conclusiones

El análisis documental de diversas propuestas de evaluación de procesos participativos y comunitarios (ver tabla 2) ha revelado la existencia de criterios comunes a todas ellas que constituyen la base de la propuesta analítica aquí desarrollada. Este artículo profundiza en varios aspectos que otros modelos no tienen tan presentes: la vulnerabilidad (Alguacil et al., 2011) y la alta diversidad que preexisten en determinados territorios y que inciden en la construcción de pertenencias comunitarias y en los procesos de cohesión y convivencia (Buades y Giménez, 2013).

Con este proceso se ha podido establecer el marco comparativo e identificar aspectos clave presentes en todos los procesos y elementos diferenciadores que hacen que cada caso sea único. De este modo, se han podido extraer aprendizajes útiles y transferibles. No obstante, sería necesario un análisis de mayor profundidad y extensión que permitiera ahondar más en las casuísticas de cada proceso y en los efectos que tienen en cada territorio.

En los apartados anteriores ya se han señalado muchos de ellos. Aquí, se mencionan brevemente los elementos comunes más significativos, que pasan a ser líneas estratégicas o ejes metodológicos de los procesos comunitarios.

- Identificar problemas y soluciones de forma participada.
- Localizar agentes y grupos clave y reforzar sus relaciones.
- Construir un horizonte común que permita ir ubicando los diversos procesos a corto y medio plazo y darles sentido global.
- Romper con los paradigmas tradicionales de la investigación y la intervención sociales y promover un conocimiento socialmente útil, que sea compartido, que involucre a la propia comunidad en la diagnosis y en la posterior generación de propuestas y planes de acción.
- Sistematizar y modelizar aquellas experiencias que permitan aprender de la diversidad existente con mirada de futuro, entendiendo la metodología IAP-PAI o ICI como metodologías híbridas que se nutren de diferentes disciplinas (sociología, antropología, trabajo social, educación popular, mediación social, por ejemplo) y que tienen objetivos simultáneos de investigación

(construcción de conocimiento), pedagógicos (como proceso de aprendizaje colectivo), de intervención y acción (como proceso que busca la transformación y mejora de las condiciones de partida).

- Impulsar procesos de capacitación técnica en dos sentidos: formación en competencias técnicas específicas por parte de las personas que los impulsan y aprendizaje de técnicas participativas que estén al servicio del propio proceso.
- Poner en el centro a la comunidad, entendiéndola como un entramado de relaciones que se dan en un espacio social diferenciado, en las que están implicados diversos protagonistas (ciudadanía formal e informal, profesionales y técnicos y la administración local), priorizando estrategias para que todos los pobladores del territorio puedan participar y beneficiarse de dichos procesos.
- Incidir en los procesos de toma de decisiones y en las políticas públicas locales, como vía para transformar las estructuras y procesos generadores de los problemas sociales y mejorar las condiciones de vida de la comunidad.
- Tejer redes y construir pertenencias comunitarias e inclusivas, buscando la unidad desde la diversidad e incorporando diferentes miradas y expectativas, quizá como base para una identidad inclusiva.
- Entender que la participación es el eje desde el cual se puede estructurar tanto la construcción del conocimiento como la acción política y avanzar en la toma de conciencia y el compromiso colectivo en torno a proyectos comunes de transformación y mejora.

En los casos estudiados, se destaca el papel tanto de las instituciones y sus recursos técnicos, como de la ciudadanía, en diversos estilos organizativos. Además, se evidencia la importancia de su papel financiador y político, técnico o dinamizador. El impulso de las ONG locales es fundamental, por su participación activa en las redes territoriales y su rol de comunicador entre diferentes grupos y agentes del territorio.

Sin embargo, se observa una contradicción: la dificultad para participar de forma más activa por su falta de recursos. Las contrataciones públicas para la dinamización de estos procesos suelen ser adjudicadas a empresas o entidades con solvencia económica y técnica, pero a veces con muy poco o ningún asentamiento local. Esto puede generar lógicas de intervención más técnicas que asociativas, y más de gestión que transformadoras.

En todo caso, el análisis situado de las dos experiencias permite confirmar la viabilidad y pertinencia de las metodologías participativas, para la promoción de procesos comunitarios en contextos de especial vulnerabilidad y diversidad, si bien con las limitaciones y retos que se han apuntado.

Finalmente, la metodología participativa debe tener presente que métodos y técnicas (cómo, cuándo, con qué y quién) están al servicio del sentido de los procesos (por qué, para qué y para quién), por lo que deben adaptarse al contexto, incorporando asimismo mecanismos correctores de las desigualdades y estrategias mediadoras para construir lo común, desde el reconocimiento de la diferencia, y consolidarse como prácticas sostenibles y transformadoras.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, Tusta; Basagoiti, Manuel; Ortiz, Andrea, y Villanueva, Sara (Equipo ICI de San Cristóbal de los Ángeles). (2020). *Informe de impacto de la COVID19 en el barrio de San Cristóbal de los Ángeles*. ECYS. Recuperado 1 octubre 2024, de <https://tinyurl.com/26hx3uvj>
- Ahedo, Igor; Ormazábal, Andere; Rodríguez-Villasante, Tomás, y Greenwood, Davyd (Coords.). (2023). Participación, Investigación Acción y Desarrollo Comunitario: retos, oportunidades y esperanzas. *Revista Prisma Social*, 43. <https://revistaprismasocial.es/issue/view/258>
- Alguacil, Julio; Basagoiti, Manuel; Bru, Paloma, y Camacho, Javier. (2011). *Experiencia y metodología para un modelo de desarrollo comunitario*. Editorial Popular.
- Alguacil, Julio; Camacho, Javier, y Hernández, Agustín. (2016). La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *Empiria, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 27, 73-94. UPM. <https://oa.upm.es/37430/>
- Alvarado, Iván; Parejo, David, y Díaz, Luis. (2021). The Liberal Community as a Concept in Crisis: Contradictions and Opportunities of Community Interventions in Spain. *Coils of serpent*, 9, 43-62. Universität Leipzig. <https://ul.qucosa.de/api/qucosa%3A77024/attachment/ATT-0/>
- Ander-Egg, Ezequiel. (1990). *Repensando la investigación-acción participativa. Comentarios, críticas y sugerencias*. Dirección de Bienestar Social, Gobierno Vasco.
- Avalle, Gerardo. (2022). El estudio de caso sociológico, una estrategia de análisis de los datos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 245, 461-470. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2022.245.77473>
- Ayuntamiento de Madrid. (2020). *Ranking de vulnerabilidad de los distritos y barrios de Madrid*. Recuperado 1 octubre 2024, de <https://tinyurl.com/2lc6mqtu>

- Barbero, Manuel, y Cortés, Ferrán. (2005). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social*. Alianza editorial.
- Buades Fuster, Josep, y Giménez Romero, Carlos (Coords.). (2013). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios*. CeiMigra, IMEDES y Generalitat Valenciana. <https://tinyurl.com/2d8zgpsu>
- Casado, Fernando (Coord.). (2021, febrero 10). Laboratorios ciudadanos distribuidos, año cero [Entrada blog]. *El País*. Recuperado 1 octubre 2024, de <https://tinyurl.com/2cj45u22>
- Delgado, Manuel. (1998). Dinámicas identitarias y espacios públicos. *Revista CIDOR d'afers internacionals*, 43-44, 17-33. JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/40585709>
- Durkheim, Émile. (1982). *La división del trabajo social*. Akal.
- Eliás, Norbert, y Scotson, John. (2016). *Establecidos y marginados*. Fondo de Cultura Económica.
- Fals-Borda, Orlando, y Rodrigues Brandão, Carlos. (1986). *Investigación participativa*. Instituto del hombre.
- García Roca, Joaquín. (2004). *Políticas y programas de participación social*. Ed. Síntesis.
- Gomà, Ricard. (2007). La acción comunitaria: transformación social y construcción de ciudadanía. *Revista de Educación Social*, 7. Eduso. <https://eduso.net/res/revista/7/marco-teorico/la-accion-comunitaria-transformacion-social-y-construccion-de-ciudadania>
- Gradaille, Rita, y Caballo, María Belén. (2016). Las buenas prácticas como recurso para la acción comunitaria, criterios de identificación y búsqueda. *Revista Contextos Educativos*, 19, 75-88. <http://doi.org/10.18172/con.2773>
- IGOP. (2006). *Guía práctica de evaluación de procesos participativos. Observatorios Locales de democracia participativa*. Ayuntamientos de Barcelona y Donostia. Red Cimas. Recuperado 2 octubre 2024, de <https://tinyurl.com/23cf5l3f>
- López de Ceballos, Paloma. (1989). *Un método para la investigación-acción participativa* (2.ª ed.). Ed. Popular.
- Marchioni, Marco. (1987). *Planificación social y organización de la comunidad: Alternativas avanzadas a la crisis*. Editorial Popular.
- Marchioni, Marco. (2004). *La acción social en y con la comunidad*. Ed. Certeza.

- Marchioni, Marco, y Giménez, Carlos (Coords.). (2015). *Juntos por la Convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural*. Obra Social "la Caixa".
- Neiman, Guillermo, y Quaranta, Germán. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Irene Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (p. 213-237). Ed. Gedisa. <https://tinyurl.com/26l9jtsq>
- Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS). (2009). *Manual de Metodologías Participativas*. Red Cimas. Recuperado 2 octubre 2024, de <https://tinyurl.com/2k6cp7ft>
- OEISM. (2020). *Informe de impacto de la COVID en la periferia de Madrid: Distrito de Usera*. Recuperado 1 octubre 2024, de <https://tinyurl.com/23r887un>
- Osorio, Oscar. (2023). El concepto de comunidad en los proyectos de intervención comunitaria: disonancias, opacidades, rupturas. *Revista Alteridades*, 33(65), 61-72. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2023v33n65/Osorio>
- Pastor, Enrique. (2004). La participación ciudadana en el ámbito local, eje transversal del trabajo social comunitario. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 103-137. RUA. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5593>
- Rebollo Izquierdo, Óscar; Morales Morales, Ernesto; González Motos, Sheila, y Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) - Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). (2016). *Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria*. IGOP-UAB. Recuperado 3 octubre 2024, de https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf
- Redfield, Robert. (1973). *The Little Community and Peasant Society and Culture*. University of Chicago Press.
- Rodríguez-Villasante, Tomás. (2006). *Desbordes creativos. Estilos y estrategias para la transformación social*. Ed. Catarata.
- Rodríguez-Villasante, Tomás, y Montañés, Manuel (Coords.). (2000). *La investigación social participativa: construyendo ciudadanía*. Ed. El Viejo Topo.
- Rubio, María José. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social*. Editorial CCS.
- Subirats, Joan. (2010). ¿Tenemos las políticas públicas que necesitamos? Gobernanza y factores de cambio en la política y en las políticas. En Paula Amaya (Ed.), *El estado y las políticas públicas en América Latina* (p. 163- 189). Ed. Universitaria de La Plata. Dipòsit digital de

documents de la UAB. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2010/195392/estpolpub_2010p163iSPA.pdf

- Tönnies, Ferdinand. (1947). *Comunidad y sociedad*. Editorial Losada.
- Tsing, Anna. (2000). The global situation. *Cultural Anthropology*, 15(3), 327-360. JSTOR. <https://www.jstor.org/stable/656606>
- Yin, Robert. (2018). *Case Study Research and Applications. Design and Methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Yuval-Davis, Nira. (2006). Belonging and the politics of belonging. *Patterns of Prejudice*, 40(3), 197-214. <https://doi.org/10.1080/00313220600769331>

Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona¹

A Lola. A Marco.

Social work and perinatal loss: a first-hand narrative

Elisa Esteban-Carbonell²

ORCID: 0000-0002-1639-875X

Enrique Carnicero-Hernández³

ORCID: 0000-0001-9443-3656

Recepción: 26/07/24. Revisión: 26/09/24. Aceptación: 03/10/26

Para citar: Esteban-Carbonell, Elisa, y Carnicero-Hernández, Enrique. (2024). Trabajo Social y pérdida perinatal: relato en primera persona. *Revista de Treball Social*, 227, 41-60. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.02>

Resumen

El Trabajo Social tiene su campo de acción en el ámbito de la salud y, dentro de él, en el acompañamiento a las familias en el duelo. Sin embargo, cuando detenemos la atención en el duelo perinatal, el Trabajo Social tiene poco recorrido. Este tipo de duelo tiene una serie de características que lo hacen particular y también permanece invisible en la sociedad. Es por ello que, en el presente artículo, se quiere reflexionar sobre la importancia que tiene nuestra disciplina para la intervención con familias y, en particular, con mujeres que han experimentado una pérdida perinatal. Para ello, se parte de un caso concreto y, a partir de un relato autobiográfico, se analiza el papel (o la ausencia) del Trabajo Social en este ámbito de estudio. El análisis refleja la ausencia de protocolos de intervención y el necesario despliegue de profesionales del Trabajo Social (con la debida formación necesaria) para trabajar con mujeres que han sufrido una pérdida perinatal.

1 Agradecimientos a todo el personal de CHU Brugmann de Bruselas y, de forma especial, a Teresa, Eleonora y Christine.

2 Doctora en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales. Graduada en Trabajo Social. Profesora ayudante doctora en el Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Zaragoza. estecar@unizar.es

3 Máster en Terapia Familiar Socioeducativa. Licenciado en Psicología. Psicólogo y profesor sustituto en el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Zaragoza. kikecar@gmail.com

Palabras clave: Salud, pérdida perinatal, interrupción médica, acompañamiento.

Abstract

Social work operates within the field of health and, in said sphere, in providing support to families in times of grief in particular. However, when it comes to perinatal loss, social work has seen limited development. This type of grief has unique characteristics that set it apart, yet it remains largely invisible within society. Consequently, this article aims to reflect on the importance of social work intervention when it comes to supporting families and, in particular, women who have experienced perinatal loss. To do so, the discussion is based on a specific case and, drawing from an autobiographical account, analyses the role (or lack thereof) of social work in this area. The analysis reveals the absence of intervention protocols and highlights the urgent need for trained social work professionals to support women who have experienced perinatal loss.

Keywords: Health, perinatal loss, medical termination, support.

Introducción

El duelo puede ser entendido como la pérdida de un familiar o ser querido y las consecuencias que, desde el punto de vista psicoafectivo, genera dicha pérdida, así como el proceso que se desencadena (Bourgeois, 1996). Esta concepción de duelo identifica dos aspectos. Por un lado, las consecuencias y, por otro lado, el proceso del duelo.

Por su parte, Vargas (2003) identifica, a partir de varios autores, tres etapas o fases en el duelo: de impacto, de “repliegue” o depresiva y de recuperación.

Otros autores como Bowlby (1993) están de acuerdo en que el duelo atraviesa cuatro etapas: 1) de aturdimiento o de shock; 2) de anhelo y búsqueda; 3) de desorganización y desesperación; y 4) de reorganización. En este sentido, como afirma López (2011), son muchos los autores y las autoras que se han interesado en formular teorías sobre las fases o etapas del duelo.

Además de las fases del duelo, también es habitual identificar diferentes tipos de duelo en función de su intensidad (Vargas, 2003). Es decir, nos encontramos con un duelo “normal” frente a otro “patológico” o complicado (Cabodevilla, 2007).

Por otra parte, López sugiere que “ciertas normas sociales tácitas orientan sobre quién puede y debe hacer el duelo, cómo, por quién y durante cuánto tiempo” (2011, p. 55). No cumplir con esas normas sociales puede dar lugar a que quienes están atravesando un duelo lo vivan desde la soledad y, en consecuencia, sin contar con los apoyos necesarios.

En este punto, conviene centrar la atención en un tipo particular de duelo: el duelo perinatal. Mejías afirma que se trata de un duelo diferente del producido por otras pérdidas:

en cuanto que se pierde un sueño, todo un proyecto de futuro, y se vive con sensación de fracaso biológico (...). Además, se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de comprensión por el entorno familiar y social (incluido el sanitario) y por eso entra dentro de la categoría de duelo desautorizado (2012, p. 53).

Los duelos desautorizados son aquellos que no están socialmente reconocidos o aceptados (Vicente, 2014). En este sentido, los duelos por muertes perinatales no suelen ser públicamente reconocidos ni socialmente expresados (Cassidy et al., 2009).

Otra característica del duelo perinatal es ser considerado un tipo de “duelo olvidado” (Mejías, 2012), tanto por el sistema sanitario como por la propia pareja. Por un lado, desde la sanidad se ha negado durante largo tiempo este tipo de duelo y, por otro lado, la negación por parte de quien lo vive y el paso del tiempo no contribuyen a sanarlo. Esta misma autora identifica algunos de los síntomas más frecuentes que experimenta la pareja y, en particular, la mujer, y son:

- Tristeza.
- Alta emotividad (culpa, rabia, ira).
- Vulnerabilidad.
- Sensación de vacío.
- Rumiación de lo sucedido.
- Evitación social.
- Ambivalencia de sentimientos ante una nueva gestación.
- Alucinaciones de dolor.

Interesantes son también las características que identifican Gómez-Ulla y Contreras (2022). En primer lugar, al igual que otros autores y autoras, señalan que se caracteriza por la aparición del silencio, tanto por parte de la sociedad en general, como de las instituciones en particular. Incrementándose este silencio cuando la muerte del bebé se produce como efecto de un aborto provocado o tras un diagnóstico de malformación o anomalía congénita. Un silencio que va unido a una incomodidad de no saber cómo tratar o actuar con la familia. Lo que conduce a que sea un duelo desautorizado.

En segundo lugar, se trata de un duelo inesperado e impensable. No suele ser un escenario presente en la mente de los padres y además, habitualmente, los acontecimientos suceden de forma rápida, lo que condiciona todavía más este duelo, haciendo que el trauma esté presente y la condición traumática condicione el duelo (Gómez-Ulla y Contreras, 2022).

En tercer lugar, este duelo va acompañado del sentimiento de culpa. Aunque esta característica no es algo propia del duelo perinatal, sino que suele aparecer en casi todos los duelos. Como señalan las autoras, “la irreversibilidad de la muerte nos empuja a revisar la relación con el ser querido” (Gómez-Ulla y Contreras, 2022, p. 61).

En cuarto lugar, influye la atención de los profesionales en el duelo de la familia. El tiempo transcurrido entre el nacimiento y la muerte es relativamente corto, pero muy trascendente. Lo que sucede en ese período es clave y ahí entra en juego el papel de los y las profesionales.

En quinto lugar, se trata de un acontecimiento de enorme impacto emocional y las personas que lo viven atraviesan un estado de shock que hace que, en ocasiones, les cueste asimilar la noticia, no retengan informaciones y se vean incapaces de tomar decisiones, entre otras dificultades.

En sexto lugar, son muy importantes los “mensajes enmarcadores” y que van a condicionar la visión de las cosas o la posición vital ante ellas. Es decir, aquellos mensajes que llegan en un momento de crisis. Que un profesional en el momento del parto le diga a la mujer “no mires” o “feto” en lugar de “bebé” va a tener un impacto en la mujer.

En séptimo lugar, hay un vacío en torno a la identidad de quienes han vivido un duelo perinatal. No existe un término para llamar a quienes pierden un hijo como sí lo hay para quienes pierden un progenitor (huérfano o huérfana) o un cónyuge (viudo o viuda).

En octavo lugar, el duelo perinatal implica un proceso de trascendencia, de cambio. De alguna manera, Gómez-Ulla y Contreras (2022) sostienen

que se produce un “crecimiento” en el sentido que muchos padres quieren hacer de su dolor algo que sirva a otros.

Y, por último, en este duelo también entra en juego la espiritualidad de cada uno (sea religiosa o no). En ocasiones, la pérdida perinatal conduce a un replanteamiento de esa espiritualidad.

En cualquier caso, hay que puntualizar que el duelo perinatal se produce tras la muerte o pérdida perinatal. Desde un punto de vista médico, se considera aborto cuando la pérdida se produce antes de la semana 21 del embarazo, mientras que la pérdida perinatal tiene lugar desde la semana 21 hasta el primer mes de vida (Espinosa, 2001, citado en Vicente, 2014). Existen diferentes escenarios o circunstancias que originan esta pérdida perinatal y que son (López, 2011): aborto espontáneo (pérdida antes de la semana 12 de gestación); aborto voluntario (terminación del embarazo por voluntad propia); interrupción voluntaria del embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna; reducción selectiva en embarazos múltiples; mortinato (pérdida por muerte intrauterina o intraparto); pérdida en embarazos múltiples y pérdida del neonato.

Este artículo se centra en la interrupción voluntaria del embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna, que se produce cuando los padres tienen que tomar la decisión de interrumpir el embarazo debido a que el bebé presenta una malformación o enfermedad. En esta decisión entran en juego sentimientos encontrados (alivio y dolor) que hacen incluso más difícil la toma de decisión. Esta misma situación viene denominada “interrupción médica del embarazo” en el contexto francófono (Weber et al., 2008), lo que permite poner el acento en las causas médicas o clínicas como elemento indispensable para la interrupción.

Por la propia configuración de estas pérdidas, se puede dar la aparición de un “duelo anticipado”. Es decir, un duelo previo a la pérdida, pero cuando esta ya se presenta como inevitable. El duelo comienza, por tanto, cuando hay un diagnóstico y pronóstico incompatible con la vida, haya nacido o no el bebé (Santos et al., 2015). Como bien señalan estos autores, los momentos previos al fallecimiento del bebé van a ser recordados por los padres durante toda su vida y, especialmente, durante el proceso de duelo. Es por ello por lo que es necesario que haya una atención adecuada, empática y humana por parte del personal sanitario (Santos et al., 2015).

Por tanto, la atención profesional es uno de los factores que van a influir en la elaboración del proceso de duelo, además de muchos otros identificados y estudiados por diversos autores (García y Yagüe, 1999; González, 2006; González et al., 2013; Leon, 1990; Sánchez-Pichardo, 2007; Neugebauer et al., 1992; López, 2011).

La aplicación de LAST constituye cuatro pasos para apoyar desde el punto de vista profesional a las personas que han experimentado una pérdida perinatal (Cacciatore, 1999, citado en Cassidy et al., 2009): *Listen* (escucha), *Acknowledgement* (reconocimiento), *Support* (apoyo) y *Touch* (tacto). Por su parte, Cassidy et al. (2009) ofrecen una serie de pautas dirigidas a los profesionales de la salud:

- Preséntate, usa tu nombre.
- Escucha.
- Dales tiempo.
- Habla con ellos sobre la situación actual.
- Explícales sus opciones y apóyales en sus decisiones.
- Mantén la calma.
- Cuida tu lenguaje corporal.
- Sé comprensivo/a.
- No intentes encontrarle algo positivo a la muerte del niño o de la niña.
- Hazles sentir tu presencia, pero con discreción.
- No les digas que tendrán más bebés.
- No les digas que entiendes su dolor si no has pasado por algo similar.
- Aconséjales, pero nunca oblígales.
- Ayúdales a tomar decisiones.
- Ayúdales a tener recuerdos de su bebé, si lo desean.
- Cuida la terminología: utiliza el nombre del bebé.
- Habla con ambos padres equitativamente.
- Explícales personalmente los resultados de la autopsia.

Sin embargo, ¿qué papel pueden desempeñar las profesionales del Trabajo Social en la pérdida perinatal? No cabe duda de las funciones que ejercen las trabajadoras sociales sanitarias (Porcel, 2008; Colom, 2008), encargándose de los aspectos sociales de la enfermedad. En particular, Colom (2008) identifica cuatro argumentos que justifican la existencia del Trabajo Social sanitario. En primer lugar, la atención sanitaria también interviene sobre el medio del paciente, es decir, en su medio social. En segundo lugar, la aparición de una enfermedad provoca una ruptura de la dinámica social del paciente. En tercer lugar, la persona enferma puede verse separada de su entorno social. Y, por último, “se encuentra que la persona enferma necesita confiar en su autonomía psicosocial, en este caso, la trabajadora social ayuda a la persona enferma a gestionar pérdidas, a reelaborar sus miedos o a planificar el futuro a medio/largo plazo” (Quesada, 2020, p. 24).

En esta misma línea, Garcés (2010) ofrece un listado de funciones clave que las trabajadoras sociales desarrollan en los diferentes niveles de atención del sistema sanitario y que Romea resume de la siguiente manera (2024, p. 155):

- a) Promover el bienestar (...).
- b) Garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud (...).
- c) Ofrecer apoyo emocional y psicosocial a pacientes y familias para ayudarles a enfrentarse al impacto emocional de enfermedades, discapacidades o diagnósticos médicos difíciles.
- d) Colaborar estrechamente en equipos interdisciplinarios con profesionales de la salud (...).

- e) Reconocer la influencia de factores sociales, económicos y ambientales en la salud (...).
- f) Defender los derechos de los pacientes, promoviendo la equidad en el acceso a la atención médica (...).
- g) Brindar información y educación a individuos y comunidades sobre temas de salud, empoderándolos para tomar decisiones informadas sobre su cuidado y promoviendo la alfabetización en salud.
- h) Intervenir en situaciones de crisis médicas o de salud pública (...).

De todas estas funciones, la c) y la g) son las que están especialmente relacionadas con los pacientes que se encuentran en un proceso de pérdida perinatal; dado que, por un lado, se necesita ese apoyo emocional y psicosocial ante el diagnóstico médico y, por otro lado, la paciente (y su pareja si la hay) necesita información sobre el proceso que está experimentado a fin de tomar decisiones informadas.

Además, la pérdida perinatal tiene un fuerte impacto emocional que, en ocasiones, repercute en la salud mental de las mujeres; lo que justifica asimismo la necesidad de contar con trabajadoras sociales. Es bien sabido que la presencia de estos profesionales en unidades de salud mental tiene una larga trayectoria (Romea, 2024), pero también es necesario que las profesionales que trabajan en este ámbito reciban una formación determinada debido a la especificidad que presentan este tipo de pacientes (Miranda, 2010).

Sin embargo, a pesar de que la presencia de la trabajadora social en el ámbito sanitario es indiscutible (Rodríguez, 2018), todavía son pocos los protocolos existentes que delimiten las funciones de la trabajadora social ante la pérdida perinatal y su posterior duelo; y no solo eso: son raras las comunidades autónomas que cuentan con protocolos de actuación esté presente o no la figura del Trabajo Social. En primer lugar, hablemos de la pérdida y el duelo perinatal. A este respecto, cabe destacar el protocolo elaborado por Santos et al. (2015) para el Servicio Extremeño de Salud o el elaborado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (Valls et al., 2016). La asociación Red el Hueco de mi Vientre incorpora en su página web un buen número de guías y protocolos de comunidades autónomas y de hospitales. En esta línea, el trabajo de Ruiz (2020) ofrece algunas que no venían identificadas por la Red. Se observa, por tanto, que Aragón parece no disponer de un protocolo autonómico de actuación a este respecto y solo algunos de sus hospitales parecen disponer de él;⁴ sin embargo, son de difícil acceso.

4 La Red el Hueco de mi Vientre se hace eco en su página web de una noticia sobre la creación de un protocolo de atención al duelo perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel; sin embargo, parece no estar publicado. También la página web del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón en una de sus noticias informa sobre la existencia de un protocolo en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Quesada (2020) describe el papel de la Unidad de Trabajo Social en el Hospital Clínic de Barcelona a partir del protocolo sobre el duelo de que dispone el Hospital. Serán las profesionales del Trabajo Social quienes se encarguen de ofrecer información y asesoramiento respecto a cuestiones administrativas.

Y, en segundo lugar, quiero detener la atención en las guías o protocolos de actuación de la interrupción del embarazo. Rodríguez et al. (2013) ofrecen una guía general sin estar dirigida a ninguna región u hospital donde se detallan las pautas médicas que deben darse en la interrupción del embarazo diferenciadas según semanas de gestación. Lo mismo que el protocolo elaborado por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI, 2019). A escala regional, Cataluña (Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, 2011) y la Comunidad Valenciana (Alcover et al., 2017) cuentan con protocolos propios. En este último se plantea el “apoyo psicosexual y social” como una ayuda a la recuperación de la pareja, pero sin hacer ninguna mención a las profesionales del Trabajo Social.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad (López et al., 2023) ha publicado una guía común del Sistema Nacional de Salud sobre la interrupción voluntaria del embarazo donde ya hay referencias expresas al Trabajo Social sanitario. Por un lado, se les incluye como profesionales del equipo de atención primaria y de atención hospitalaria. Y, por otro lado, en la guía se incorpora el papel de estas profesionales en la atención sanitaria a las mujeres. En concreto, las trabajadoras sociales sanitarias realizarán la valoración psicosocial en los cuidados postaborto. No obstante, cabe señalar que esta valoración puede o no realizarse, tal y como señala la guía:

Valoración psico-social. Una adecuada comunicación con las y los profesionales de la salud disminuye las potenciales dificultades psicológicas. Estos casos, aun no siendo frecuentes, pueden minimizarse con asesoramiento pre y post aborto, pudiendo derivar a la mujer en cualquier momento del proceso a especialistas en Psicología y a Trabajo Social Sanitario ante cualquier situación de vulnerabilidad, violencia de género, especialmente ante IVEs de repetición (López et al., 2023, p. 27).

Además, la guía incluye un documento específico de derivación a profesionales del Trabajo Social sanitario. Sin embargo, la guía no incorpora nada respecto a funciones o tareas propias de la profesión ni tampoco a la necesidad de que las mujeres (y sus familias) requieran sí o sí la intervención de estas profesionales.

En este punto conviene ampliar la mirada y acercarnos a otros contextos europeos, en particular, al contexto francófono (Francia y Bélgica), donde encontramos protocolos de actuación en los que aparece ya la figura de la trabajadora social (*assistante sociale*). Por poner un par de ejemplos, la guía elaborada por el Hôpital de la Croix-Rousse de Lyon (s. f), en Francia, señala como una de las etapas de la interrupción médica del embarazo un encuentro con una trabajadora social para ayudar en las distintas tareas

administrativas. Incluso en la propia guía se incorpora el nombre de la trabajadora social y el número de teléfono. El hospital universitario CHU de Liège (s. f.), en Bélgica, también ofrece una guía y nuevamente el encuentro con la trabajadora social es una de las etapas. En esta guía se especifica que la trabajadora social informará sobre los pasos una vez ya haya nacido el bebé, respecto al cuerpo, la organización o no de un funeral o de una cremación. La guía también indica que en Bélgica los bebés que nacen sin vida a partir de las 26 semanas de embarazo deben estar registrados. Hay que cumplimentar una declaración y es ahí donde nuevamente la trabajadora social presta su apoyo a los padres. Asimismo, se incorpora el contacto de la trabajadora social del hospital.

Por tanto, hay ejemplos que evidencian el papel que el Trabajo Social puede jugar en la pérdida perinatal y, en particular, en la interrupción médica del embarazo. En este sentido, la *National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW)* señala que las trabajadoras sociales perinatales intervienen para:

1. Trabajar con las mujeres y las familias para evaluar sus fortalezas y desafíos a medida que se acercan a la maternidad.
2. Mejorar los efectos de los desafíos psicosociales y médicos trabajando directamente con la mujer y la familia, al mismo tiempo que les ayuda a acceder a servicios de apoyo a largo plazo cuando sea necesario.
3. Ayudar a crear relaciones sanas y enriquecedoras entre padres e hijos.
4. Abogar por la mujer y su familia dentro del ámbito de atención médica y en la comunidad (NAPSW, s. f.).

A partir de estos objetivos, Rodríguez (2018) plantea las principales funciones de las trabajadoras sociales sanitarias en este ámbito de intervención y son:

- Talleres grupales de preparación al parto y a la maternidad.
- Intervención psicosocial en embarazos saludables.
- Intervención social hospitalaria.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Voluntad de dar al bebé en adopción.
- Intervención social en embarazo en la adolescencia.
- Riesgo de mutilación genital femenina.
- Intervención social en la crianza.
- Intervención social ante el duelo.

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, Rodríguez señala que la trabajadora social “informará, orientará, asesorará y derivará al servicio de salud especializado” (2018, p. 12) mientras que “el/la trabajador/a social sanitario/a tiene un papel fundamental en la atención al duelo perinatal haciendo frente a los sentimientos de dolor y ayuda a aprender a vivir con la nueva situación” (2018, p. 16). En ninguno de los dos

casos se hace referencia expresa a la información y orientación en relación con aspectos administrativos o legales como sí lo hacían los protocolos francófonos.

En este contexto, el presente artículo tiene por objetivo identificar, a partir del relato autobiográfico, aquellos aspectos susceptibles de haber recibido una atención social por parte de profesionales del Trabajo Social en un proceso de pérdida perinatal como consecuencia de una interrupción médica del embarazo. Se opta por utilizar la nomenclatura francófona (interrupción médica del embarazo) porque se ajusta más a la causa de la interrupción de la paciente. Esta investigación pretende ser el punto de partida de una investigación posterior sobre la atención social recibida a mujeres que han pasado por una pérdida perinatal.

Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto se ha optado por una metodología cualitativa de estilo narrativo. En particular, la técnica autobiográfica. La narración permite aflorar la parte más emotiva de la experiencia, así como la singularidad de cada acción (Bolívar y Segovia, 2019).

Por otra parte, la autobiografía forma parte del conjunto de técnicas o estrategias de carácter biográfico donde también se encuentran los documentos personales y la historia (o relato) de vida (Mora, 2020). Así, la autobiografía es un relato de vida, pero elaborado por el mismo investigador y puede ser empleada con distintas finalidades o funciones.

Cabe señalar que aquí se ha empleado con una función exploratoria dado que el objetivo es identificar aspectos susceptibles de ser abordados por las profesionales del Trabajo Social. Es decir, se recurre a esta herramienta metodológica para iniciarse en un campo de estudio (Bertaux, s. f.). En particular, este trabajo tiene por objetivo responder a las siguientes cuestiones: ¿en qué momentos del proceso de pérdida perinatal hubiera sido necesaria la intervención de una trabajadora social?; ¿qué funciones hubiera desempeñado?

Los resultados obtenidos conducirán a una segunda fase de investigación para comprobar si las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal han sido atendidas por profesionales del Trabajo Social en los ámbitos o temas reseñados.

La población objeto de estudio es la propia investigadora, cuyo relato se ha recogido a partir de una entrevista en profundidad. Cabe señalar que la pérdida perinatal se sufrió en el último trimestre de gestación en octubre de 2021.

En cuanto a las técnicas de análisis de datos, se realizó un análisis de contenido clásico (López-Aranguren, 1986) a partir del texto y sin incorporar inferencias sobre su contexto. Una vez transcrito el material cualitativo, se identificaron unidades de significado, se categorizaron y se codificaron las categorías (Hernández et al., 2010).

Cabe señalar que se realizó un análisis de contenido de tipo categorial, interpretativo e inductivo, permitiendo la opción de observar códigos emergentes y evitando el recuento de frecuencias para las categorías de análisis (Alonso, 1998). El tipo de análisis utilizado fue, por lo tanto, de naturaleza cualitativa e interpretativa, destinado a recopilar información abundante y variada, y con un diseño emergente y no frecuencial para las categorías de análisis (Alonso, 1998).

Caso de estudio

A continuación, se describen algunos rasgos del caso de estudio.

Se trata de una pareja compuesta por una mujer (33) y un hombre (36) en proceso de reproducción asistida. Tras varios años en el proceso, ella se queda embarazada en el tercer intento de inseminación artificial (marzo 2021). En la semana 20 del embarazo, el equipo médico sospecha de un retraso en el crecimiento de la bebé y, tras muchas pruebas diagnósticas, confirma que hay una displasia ósea (malformación en los huesos) sin diagnóstico concreto confirmado.

Tras valoración por parte del equipo médico, se recomienda solicitar la interrupción del embarazo por la que, debido a que se encuentra en una semana avanzada de gestación (superior a las 24 semanas), debe realizarse solicitud al comité ético. Tras la resolución negativa por parte de dicho comité, la pareja decide solicitar dicha interrupción en un hospital belga. La paciente acude al sistema público de salud belga y da a luz en un hospital belga tras la interrupción médica del embarazo en 32 + 6 semanas de gestación.

Análisis

El testimonio revela la ausencia de personal del Trabajo Social en todo momento de ambos procesos. Es decir, en ninguna fase de la interrupción médica del embarazo tuvo contacto con profesionales del Trabajo Social del hospital donde se le atendía excepto en la fase final dado que se desarrolló en otro hospital. Pero tampoco tras la interrupción, esto es, en el proceso de duelo, se proporcionó apoyo por parte del personal de Trabajo Social.

Pasamos a detenernos en estos dos procesos identificando momentos clave donde se hubiera precisado la presencia de profesionales del Trabajo Social, así como el objetivo de esa atención.

Interrupción médica del embarazo

Dentro de la interrupción médica del embarazo, debemos distinguir dos momentos clave: “partiendo de mi experiencia y, pasado un tiempo, yo distinguiría antes y después de la interrupción como momentos de gran impacto y estrés”.

En ese sentido, hay que poner sobre la mesa que la posibilidad de interrumpir, en ocasiones, no surge de un día para otro, como es el presente caso de estudio; sino que el seguimiento del embarazo por parte del profesional sanitario puede advertir sobre ese fatal desenlace. Durante este seguimiento, se denuncia la ausencia de otros profesionales más allá de los pertenecientes al ámbito puramente sanitario. La atención se puso sobre la evolución clínica del bebé, olvidando aspectos psicológicos, sociales e incluso administrativos.

La madre, así como su pareja, no recibieron atención psicológica por parte del hospital ni del sistema sanitario público en ningún momento; a pesar de que la angustia, el estrés o la ansiedad aparecían: “Los nervios y miedos se sucedían constantemente”. Sin embargo, valoraban positivamente acudir a terapia, de modo que buscaron una consulta privada para que les ayudaran a gestionar la situación que estaban viviendo. En este punto, la paciente explica lo importante que fue precisamente en los momentos previos a la interrupción:

Llevaba un tiempo acudiendo a terapia. Las visitas se volvieron mucho más frecuentes durante el último mes y medio. Días antes de tomar el avión a Bruselas acudí a terapia con mi marido. Nunca antes había venido conmigo. Abordamos el tema de la interrupción: cómo iba a ser, si quería o no conocer a mi hija, etc.

No obstante, se les proporcionó la posibilidad de acudir a atención psiquiátrica justo en el preciso momento en el que firmaban la solicitud de interrupción.

En ese momento apareció una de las psiquiatras del hospital. Nos preguntó si queríamos atención psiquiátrica. Aceptamos y subimos con ella a su despacho. Estaban tres profesionales. Creo recordar que alguna era MIR. Les relatamos nuestra situación y me recetó ansiolíticos para “cuando me pusiera muy nerviosa”.

Además de la atención psicológica, tampoco contaron con profesionales del Trabajo Social que los hubieran acompañado en el proceso. Habitualmente, estos procesos suelen suponer una novedad y el desconocimiento es algo generalizado. Por ejemplo, la paciente se sometió a pruebas y análisis, pero sin conocer con exactitud el objetivo de estos, las posibles consecuencias, el tiempo de espera, los aspectos legales, etc.: “Pasaban los días y no había noticias de los resultados”.

Otro aspecto susceptible de atención social guarda relación con el reconocimiento de derechos. ¿A qué tengo derecho como paciente durante el proceso de interrupción del embarazo? ¿Debo tener un justificante de la solicitud de las distintas pruebas y trámites? Estas son cuestiones que se plantean a posteriori, pero que, durante el transcurso de la interrupción hubiera sido conveniente haber podido resolver. No cabe duda de que quienes viven este proceso atraviesan diferentes momentos de shock donde las fuerzas van dirigidas a resolver aspectos cruciales puesto que “el tiempo

siempre va en contra” más allá de asegurarse de aquello a lo que puedo o no tener derecho. Ahora, mirando al pasado con calma y detenimiento, uno se pregunta: “¿Me informaron sobre mis derechos como paciente?”. En concreto, la paciente y su pareja no tienen resguardo alguno de las distintas pruebas médicas que se solicitaron. Evidentemente, de las que fueron realizadas portan los resultados, pero, sin embargo, no hay constancia escrita de aquellas pruebas que rechazaron hacer, ni tampoco de la propia solicitud de la interrupción ni de la resolución por parte del comité ético.

Esto nos conduce a la segunda fase de la interrupción o, dicho de otro modo, la interrupción propiamente. En este punto, cabe reseñar que la paciente, tras la negación por parte del comité ético autonómico, tuvo que desplazarse hasta un hospital público belga para poder realizar la interrupción médica. Este hecho es clave dado que la atención social cobra un papel destacado en esta fase.

Una vez rechazada la interrupción en España, la paciente contacta con una médica en Bélgica explicándole su situación y aportando toda la documentación posible para valorar la situación:

(...) escribimos a la doctora belga. No tardó demasiado en responder. Creo que al día siguiente tenía un correo suyo. Nos solicitaba pruebas e informes médicos. Fueron días frenéticos con viajes constantes al hospital para recopilar todo aquello que nos requerían desde Bélgica, así como continuos emails con la doctora belga y su equipo. Recibí una llamada donde me explicaban que mi caso iba a estudiarse y que me llegaría un email con detalles sobre el proceso y las citas médicas.

Una vez aceptado su caso (no la interrupción), se traslada a Bruselas para realizar algunas pruebas médicas, cotejar el diagnóstico y autorizar la interrupción. El servicio de medicina fetal se pone en contacto con la paciente y le proporciona información sobre el proceso donde se especificaba todo lo relativo a los aspectos médicos, pero también respecto al cuerpo del bebé (despedida, cremación, trámites administrativos, etc.). Asimismo, se indica la presencia de un equipo psicosocial (psicólogo/a y trabajadora social) para ayudar a la paciente en todos estos aspectos.

En Bruselas, tras la realización de las pruebas médicas y la autorización de la interrupción, la doctora encargada de esta explicó con detalle a los interesados el proceso, toda la documentación que debían cumplimentar, así como las pruebas posteriores que debían realizar a la bebé y a los padres para determinar la enfermedad que sufría la bebé y el origen de esta.

Asimismo, tuvieron la posibilidad de recibir atención psicológica (aunque se valoró innecesario tener una única sesión) y recibieron la visita del trabajador social del hospital para explicarles los trámites administrativos que debían realizar (inscripción de la bebé en el registro, cremación o entierro, tratamiento de las cenizas, etc.); asimismo, el trabajador social, tras la autorización por parte de los pacientes, tenía potestad para realizar ciertos trámites ante las administraciones de la ciudad. Y lo relata de la siguiente manera:

También esa tarde recibimos la visita de un trabajador social del hospital. Anteriormente nos habían preguntado si queríamos ayuda psicológica, pero considerando que tenía poco sentido tener una única consulta, declinamos el ofrecimiento. El trabajador social acudió con un señor de una funeraria y una intérprete. El jueves, cuando nos explicaron el proceso, tuvimos que decidir si queríamos incinerar o enterrar a nuestra hija. El trabajador social nos ayudó con todas las gestiones administrativas, principalmente en relación con la obligación de registrar a nuestra hija en el registro civil de la ciudad. Él nos hacía todos los papeles. También resolvimos las cuestiones con la empresa funeraria. Sabíamos que, tras el parto, debían realizarle autopsia a nuestra hija y, posteriormente, se produciría la incineración. Nos avisaría para hacer el pago. También debíamos saber que tendríamos que volver a Bruselas para recoger las cenizas de Lola y traerlas a España.

Duelo perinatal

El duelo perinatal producido como resultado de una interrupción del embarazo tiene la particularidad que ya se produce durante el embarazo.

Un primer aspecto que destacar guarda relación con el tratamiento dado a la bebé por el personal médico. La paciente relata diferencias en el trato en España y en Bruselas. En España muchas veces se dirigían a su hija como “feto” o “bebé” sin aplicarle el sexo “la niña” o “la bebé” o directamente el nombre que los padres habían asignado a su hija. En Bruselas, por el contrario, se les preguntó por el nombre e incluso el trabajador social les explicó que es bueno ponerle un nombre para ayudar en el proceso del duelo. En este caso, lo tenían decidido.

Otro aspecto es la atención psicológica recibida. Ya hemos avanzado que no tuvieron atención por parte de psicólogos o psicólogas públicos en ningún momento de su vivencia, y únicamente se les ofreció atención psiquiátrica una vez firmaron el documento de interrupción. ¿Hasta ese momento no se consideraba que era necesaria una atención psicológica-psiquiátrica? No cabe duda de que el momento vivido era de fuerte estrés y ansiedad, como se ha relatado, y que tuvieron que estar de baja en sus respectivos trabajos. Entonces, ¿por qué no les atendió ningún profesional de la sanidad pública?

Como bien señalan, la madre recibió atención médica, pero olvidando los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad.

Ya en Zaragoza, la atención médica fue correcta. Las protocolarias revisiones médicas, como a cualquier madre después de haber dado a luz. Decliné volver a la psiquiatra. No quería medicarme. Comencé a informarme sobre asociaciones de duelo perinatal y di con Brisa de Mariposas. Ofrecían terapia grupal gracias a la colaboración con AFDA. Pensé que sería buena idea estar con mujeres que habían pasado por lo mismo que yo.

Y, por último, la propia atención de la trabajadora social. Como se relata, fue ella misma quien se informó de asociaciones sobre duelo perinatal, así como terapias grupales para familias. No tuvo ningún tipo de atención social.

Conclusiones y discusión

Es evidente la falta de apoyos que hay durante todo el proceso. Por un lado, apoyos desde el punto de vista psicosocial. Y, por otro lado, apoyos desde el punto de vista administrativo y social.

Los pacientes no contaron con atención psicológica, a pesar de que es un aspecto clave del duelo (Bourgeois, 1996). Tuvieron que acudir fuera del sistema público y destinar dinero para cuidar su salud mental. Sin embargo, no todas las mujeres que pasan por esta situación tienen los recursos económicos para ello.

El sistema únicamente les derivó al servicio de psiquiatría y al tratamiento mediante el suministro de ansiolíticos una vez finalizado el seguimiento médico del embarazo y ante la negativa del comité ético. Es decir, se recurrió al apoyo psicológico-psiquiátrico una vez concluido el tratamiento médico y no durante el transcurso de este.

En este punto, hay que tener en cuenta que el duelo perinatal debido a una interrupción médica del embarazo (Weber et al., 2008) tiene lugar de forma anticipada cuando la mujer (y su pareja) reciben el diagnóstico y el pronóstico (Santos et al., 2015). Así, a raíz de los resultados obtenidos, se evidencia la falta de asistencia, de apoyo y de atención psicosocial recibida durante el transcurso del embarazo, es decir, durante el “proceso” de diagnóstico. Y es necesario poner el acento en la palabra *proceso* dado que el diagnóstico en sí no tiene lugar en un momento específico, sino que con el devenir de los días poco a poco la pareja va recibiendo información sobre la situación médica de su hija. En consecuencia, el acompañamiento por personal profesional debidamente formado en duelo es necesario dado que va a influir en cómo la pareja (en este caso) elabore el duelo (García y Yagüe, 1999; González, 2006; González et al., 2013; Leon, 1990; Sánchez-Pichardo, 2007; Neugebauer et al., 1992; López, 2011).

Si bien es cierto que la atención psicológica es determinante para esa elaboración del duelo, también lo es el apoyo emocional y psicosocial por parte de profesionales del Trabajo Social (Romea, 2024). Sin embargo, no se tuvo acceso en ningún caso a la trabajadora social del centro hospitalario.

Además del impacto emocional que supone perder a un hijo, este proceso está lleno de trámites: antes, durante y después. Trámites que vas conociendo a medida que avanzas y porque los propios interesados se informan y buscan en internet. Se echó de menos contar con una trabajadora social que acompañara en el proceso, que ayudara literalmente a rellenar papeles, a saber qué pasos había que dar, y por qué, también a conocer cuáles eran y son sus derechos como paciente. Es decir, a atender los aspectos sociales de la enfermedad (Colom, 2008).

Este relato pone de manifiesto que la orientación por parte de una trabajadora social hubiera sido clave tanto en el final del proceso como durante el mismo, es decir, en el diagnóstico y en la interrupción médica.

Por un lado, hay muchas decisiones que deben tomarse en un período corto de tiempo cuando va a producirse la interrupción y que, debido al shock (Gómez-Ulla y Contreras, 2022), los padres, en ocasiones, se ven sobrepasados. Así, el acompañamiento de una trabajadora social hubiera sido relevante. Quesada (2020) ya incorpora en el protocolo sobre el duelo del Hospital Clínic de Barcelona la necesidad de contar con una Unidad de Trabajo Social que desempeñe la función de información y asesoramiento respecto a cuestiones administrativas.

No obstante, varias de estas cuestiones sí que se vieron resueltas dado que los pacientes acudieron a un hospital belga donde el trabajador social sí que les proporcionó el apoyo necesario (inscripción del bebé, tratamiento del cuerpo durante el parto, cremación o entierro, etc.). Pero es clave incidir en esas necesidades que, aunque puramente burocráticas, sobrepasan en un momento de estrés.

Y, por otro lado, decisiones también durante el proceso. Esto es, durante el trascurso del embarazo y la decisión de tener que interrumpir. Nuevamente, los acontecimientos se suceden muy rápidamente y los padres pueden incluso hasta desconocer sus derechos.

En este sentido, la paciente echa en falta documentos que acrediten ciertas decisiones que se tomaron con su cuerpo, con su vida. No tienen constancia alguna de qué pruebas se solicitaron y cuáles y por qué no se hicieron, ni de la solicitud de la interrupción ni tampoco de la decisión del comité. Hubiera sido necesario contar con una trabajadora social sanitaria de referencia (probablemente perteneciente al hospital donde se realizaba el seguimiento médico) para informarla a ella y a su pareja de sus derechos en torno a estas cuestiones tan importantes.

Hace falta personal social, especialista en el proceso de pérdida perinatal, pero también en el proceso de interrupciones del embarazo. En la pérdida perinatal uno se encuentra en shock y actúa como puede, tratando de ser operativo y porque el tiempo está en su contra. Uno no se para a pensar, en ningún momento, si el proceso es transparente, confía en el sistema. Y es crucial, ya que como advierten Gómez-Ulla y Contreras (2022), cómo vivir esta situación va a condicionar cómo vivir el duelo.

Referencias bibliográficas

- ACAI. (2019). *Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE*. ACAI. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>
- Alcover Giménez, Sonia; Mitjans Lafont, Luís, y Muñoz Muñoz, Palmira (Coords.). (2017). *Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico*. Generalitat Valenciana. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.san.gva.es/documents/337762/3024906/guia_clinica_para_la_ive_farmacologica_es.pdf/c7e9db4b-6802-c231-3cc0-c93bb78e2fb4?t=1676021592056
- Alonso, Luis Enrique. (1998). *A qualitative approach to sociology. An interpretative approach*. Editorial Fundamentos.
- Bertaux, Daniel, (s. f.). *La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades*. CPM. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/metodologia/Bertaux.pdf
- Bolívar, Antonio, y Segovia, Jesús Domingo. (2019). *La investigación (auto)biográfica en educación*. Octaedro.
- Bourgeois, Marc. (1996). *Le deuil clinique. Pathologie*. Presses Universitaires de France.
- Bowlby, John. (1993). *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Cabodevilla, Iosu. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, supl. 3, 163-176. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es
- Cacciatore, Joanne. (1999): Muerte, ética y comunicación para profesionales de la salud. En Jillian Cassidy et al., *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal* (Anexo I, p. 20-24). Umamanita y El Parto es Nuestro. Recuperado 8 octubre 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
- Cassidy, Jillian; Castro, Juan; Lo Cascio, Luz Marina; Villacampa, Gemma; Blázquez, María Jesús; Claramunt, M. Ángeles; Guijarro Serna, Natalia; Müller, Angela E.; Olza, Ibone; Álvarez Álvarez, Mónica; Silvente, Cristina; Herrera, Blanca, y Aguayo, Pepa. (2009): *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Umamanita y El Parto es Nuestro. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>

- CHU de Liège (s.f.). *Interruption médicale de grossesse (IMG) et deuil périnatal Vous informer pour mieux vous accompagner*. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.chuliege.be/upload/docs/application/pdf/2021-02/brochure_a5_img.pdf
- Colom Masfret, Dolors. (2008). *El Trabajo Social sanitario: Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Siglo XXI.
- Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. (2011). *Protocol de l'Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) farmacològica*. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Recuperado 3 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2190/protocol_interrupcio_voluntaria_embaras_farmacologica_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garcés Trullenque, Eva María. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García Martínez, Carmen, y Yagüe Frías, Alberto. (1999). Duelo perinatal. *Revista de Enfermería*, 10, 17-20. UCLM. <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/1e4fb980-5e15-49bf-baa5-0d3d997f5b92/content>
- Gómez-Ulla, Pilar, y Contreras García, Pilar. (2022). *Duelo perinatal*. Editorial Síntesis.
- González Calvo, Valentín. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, núm. extra 1, 451. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
- González Castroagudín, Sonia; Suárez López, Isabel; Polanco Teijo, Flavia; Ledo Marra, M.^a José, y Rodríguez Vidal, Elena. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 113-117. AGAMFEC. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_2.pdf
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos, y Baptista Lucio, María del Pilar. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hôpital de la Croix-Rousse (s. f.). *Interruption médicale de grossesse. Livret d'informations à l'usage des parents*. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/livret-img-hopital-croix-rousse.pdf>
- Leon, Irving G. (1990). *When a baby dies*. Yale University.
- López-Aranguren, Eduardo. (1986). El análisis de contenido tradicional. En Manuel García et al. (Comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social* (p. 594-616). Alianza Editorial.

- López García de Madinabeitia, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlng=es
- López Rodríguez, Rosa María; Cardaba Plaza, Marta María Socorro; Rucandio Alonso, Ignacio, y Sánchez González, Ana. (2023). *Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método farmacológico*. Ministerio de Sanidad.
- Mejías Paneque, M.^a del Carmen. (2012). Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. *Revista científica Hygia de Enfermería*, 79, 52-55. ICOES. <https://colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/2022/05/Hygia79.pdf>
- Miranda Aranda, Miguel. (2010). La formación en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 323-332.
- Mora Castro, Albert. (2020). *Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Tirant Humanidades.
- NAPSW. (s. f.). *What is a Perinatal Social Worker*. Recuperado 3 octubre 2024, de https://www.napsw.org/what_is_a_perinatal_social_wor.php
- Neugebauer, Richard; Kline, Jennie; O'Connor, Patricia; Shrout, Patrick; Johnson, Jim; Skodol, Andrew; Wicks, Judith, y Susser, Mervyn. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1332-1339. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.10.1332>
- Porcel i Omar, Pilar. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Recuperado 3 octubre 2024, de https://institucional.academia.cat/docs/monografies/mo_me13.pdf
- Quesada Fernández, Cristina. (2020). *El duelo gestacional y perinatal y su abordaje desde el trabajo social sanitario. Propuesta de intervención en el ámbito hospitalario de Cataluña* (Trabajo de Fin de Grado no publicado). Universidad Ramon Llull.
- Rodríguez González, Ana María. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2018.0013>
- Rodríguez Pérez, María Ángeles; Prats Rodríguez, Pilar; Fournier Fisas, Sofía; Ricart Calleja, Marta; Echevarria Tellería, Mónica; Comas Gabriel, Carmina, y Serra Zantop, Bernat. (2013). Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico prenatal*, 24(1), 11-14. <http://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.005>

- Romea Martínez, Ana Cristina. (2024). Ámbitos de intervención del Trabajo Social. En Elisa Esteban Carbonell y Chabier Gimeno Monterde (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (p. 151-169). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Ruiz Toledo, Matilde. (2020). *El velo de la muerte perinatal* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Autónoma de Barcelona. Dipòsit digital de documents de la UAB. Recuperado 3 octubre 2024, de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2020/tfg_275797/Entrega_final_informe_TFG.pdf
- Sánchez-Pichardo, Marco Antonio. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 21(3), 147-150. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip073e.pdf>
- Santos Redondo, Pedro; Yáñez Otero, Ana, y Al-Adib Mendiri, Miriam. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado 3 octubre 2024, de <https://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/lactancia-materna-en-el-libro-duelo-SES.pdf>
- Valls Puente, Ester; Escuriet Peiró, Ramón, y Bullich Martín, Ingrid (Coords.). (2016). *Guía de acompañamiento al duelo perinatal*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 3 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%C3%B1amiento_duelo_perinatal_2016_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Vargas Solano, Rosa Elena. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&tlng=es
- Vicente Sáez, Natalia. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (Trabajo de Fin de Grado no publicado). Universidad de Salamanca.
- Weber, Jean-Christophe; Allamel-Raffin, Catherine; Rusterholtz, Thierry; Pons, Isabelle, y Gobatto, Isabelle. (2008). Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sciences sociales et santé*, 26(1), 93-120. <https://doi.org/10.1684/sss.2008.0105>

Trabajo Social y memoria democrática: intervención socioeducativa en procesos de duelo y transmisión generacional del trauma

Social work and democratic memory: socio-educational intervention in mourning processes and generational transmission of trauma

María José Aguilar Idáñez¹

ORCID: 0000-0002-0383-4153

Agustín Bolinches Monteagudo²

ORCID: 0009-0007-3942-6948

Recepción: 02/10/24. Revisión: 14/10/24. Aceptación: 06/11/24

Para citar: Aguilar Idáñez, María José, y Bolinches Monteagudo, Agustín. (2024). Trabajo Social y memoria democrática: intervención socioeducativa en procesos de duelo y transmisión generacional del trauma. *Revista de Treball Social*, 227, 61-84. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.03>

Resumen

El ámbito de la memoria democrática prácticamente no ha sido explorado como campo específico de intervención profesional desde las disciplinas del Trabajo Social y la educación social. A diferencia de otros países, en España la única Ley de Memoria Democrática data de 2022, a pesar de haber transcurrido casi medio siglo desde el final de la dictadura. Una de las consecuencias directas de esta persistente falta de reconocimiento, justicia y reparación a las víctimas, es que ha negado el duelo a las familias en las que el trauma se ha transmitido generacionalmente hasta la actualidad. El objetivo de la investigación ha sido doble: por un lado, indagar de manera exploratoria la pervivencia del duelo negado y su posible transmisión intergeneracional en descendientes de las víctimas; y, por

1 Catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Castilla-La Mancha. mariajose.aguilar@uclm.es

2 Graduado en Educación Social, Universidad de Castilla-La Mancha. abolinchesmonteagudo@gmail.com

otro, elaborar propuestas específicas de intervención desde la disciplina del Trabajo Social y la pedagogía social en la elaboración de ese duelo. Se ha realizado una investigación cualitativa mediante 23 entrevistas en profundidad a 25 informantes clave residentes en 11 localidades de dos regiones españolas, realizándose un análisis temático del discurso. Como resultados, se constata la persistencia del duelo negado y su transmisión intergeneracional, y se formulan seis propuestas específicas de intervención socioeducativa; con potencial para implementarse en el campo de la memoria democrática, junto con profesionales de otras disciplinas que tradicionalmente vienen actuando en ese ámbito, pero que carecen de la mirada y las competencias propias del Trabajo Social.

Palabras clave: Memoria democrática, duelo negado, transmisión generacional, franquismo, intervención socioeducativa.

Abstract

The field of democratic memory has scarcely been explored as a specific area of professional intervention within the disciplines of social work and social education. Unlike other countries, Spain's sole Democratic Memory Law dates back only to 2022, despite almost half a century having passed since the end of the dictatorship. One direct consequence of this persistent lack of recognition, justice and reparations for the victims is that it has denied families the opportunity to mourn, with trauma being passed down generationally to the present day. The goal of this research has been twofold: firstly, to conduct an exploratory investigation into the persistence of denied grief and its possible intergenerational transmission among the descendants of victims; and, secondly, to develop specific intervention proposals from the perspectives of social work and social pedagogy to address this unresolved mourning. Qualitative research was conducted through 23 in-depth interviews with 25 key informants residing in 11 towns across two Spanish regions, with a theme-based discourse analysis subsequently being performed. The findings confirm the persistence of denied grief and its intergenerational transmission, and six specific socio-educational intervention proposals are outlined. These proposals have the potential for implementation within the field of democratic memory, alongside professionals from other disciplines traditionally engaged in this area, though lacking the unique insights and competencies of social work.

Keywords: Democratic memory, denied grief, intergenerational transmission, Franco regime, socio-educational intervention.

1. Introducción

En España, la memoria democrática es un campo de intervención profesional poco explorado desde el Trabajo Social y otras disciplinas afines -como la educación social-, especialmente en lo que respecta a la elaboración de un duelo no terminado que se transmite entre generaciones, afectando a familias y comunidades (Villagrán, 2016).

Cuando la muerte carece de confirmación tangible (por la falta del cuerpo), la pérdida es ambigua e impide el cierre emocional, porque, paradójicamente, *tener* el cuerpo permite a los familiares dejarlo ir, superar la confusión y tener la certeza cognoscitiva de la muerte (Boss, 2001). “Este estado no es un trastorno psicológico sino un trastorno de relación en que el duelo permanece bloqueado y no puede ocurrir la resolución. No es una enfermedad sino una fuente de estrés agobiante” (Papalia et al., 2012, p. 609). Y, en el caso de las víctimas de la dictadura franquista, a esa pérdida ambigua hay que añadir la prohibición de realizar rituales de duelo en cualquier espacio público, familiar o comunitario, durante el largo régimen dictatorial, junto a la imposibilidad o no-facilitación de estos en el posfranquismo.

Hablamos de duelo negado para referirnos a la situación de pérdida unida a la imposibilidad de reconocimiento y manifestación del duelo por razones ideológicas y políticas. El duelo negado es, por ello, un duelo impedido por circunstancias externas a las personas que sufren la pérdida (sea esta ambigua o no).

El trauma se produce a través de una “situación en que la persona se ve expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercana a la víctima o testigo” (Figuerola et al., 2016, p. 643). La transmisión generacional del trauma hace referencia a la experiencia traumática que es transmitida de padres y madres a hijos e hijas, y su efecto alcanza la mayoría de las ocasiones a nietos y nietas, a través de la relación con sus padres (Faúndez y Cornejo, 2010).

Todas las personas experimentamos a lo largo de la vida algún episodio de duelo, donde la pérdida y separación nos afecta según la intensidad afectiva del vínculo y su valor. El duelo comprende todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado (Bowbly, 1997). Es un proceso largo y no lineal, que no depende del paso del tiempo sino de lo que se haga para aceptar la pérdida y redirigir las energías hacia una nueva forma de vivir (Kübbler-Ross y Kessler, 2005).

En todas las tradiciones culturales humanas, la elaboración del duelo ante la muerte de un ser querido se ha expresado y se expresa mediante diversos rituales fúnebres que se celebran en los ámbitos familiar, comunitario y social. La posibilidad de realizar rituales de duelo en espacios públicos y colectivos exclusivamente dedicados a ello (como es el caso de los enterramientos en cementerios, por ejemplo) es lo que permite a las

comunidades y colectividades humanas superar el trauma que supone la muerte. El régimen franquista hizo desaparecer los cuerpos de sus víctimas en fosas y cunetas, añadiendo a esa desaparición la prohibición de los ritos funerarios por parte de sus familias. Es decir, a la desaparición se sumó la imposición del silencio, la represión y el miedo. El aislamiento social y las diversas formas de represión hacia las viudas y familiares de las víctimas desaparecidas tuvieron como objetivo eliminar la memoria individual y colectiva. Esto generó grandes dificultades para expresar emociones sentidas por parte de las familias, provocando que las personas no comunicaran ninguna información sobre estos hechos. Esta imposibilidad y negación del duelo a las familias “provocó efectos emocionales directos a 440.000 personas” (Armañanzas, 2012, p. 14).

Algunos de los trabajos de investigación socioeducativa más recientes sobre memoria democrática se han centrado en aspectos relacionados con la justicia transicional (Casto, 2023), o la educación histórica y su escaso desarrollo curricular (Estepa, 2024; Martínez, 2023; Alonso, 2023; Bermúdez et al., 2020; Díez, 2020). Si ampliamos el campo de conocimiento más allá del socioeducativo, la producción científica es mayor; como ocurre, por ejemplo, en el ámbito de los estudios de género vinculados con la represión y violencia sufrida por las mujeres bajo dictaduras (Barreto y Gómez, 2022; Castañeda et al., 2019; Barranquero, 2017; Valencia et al., 2016; Valji, 2012; González, 2012).

En perspectiva internacional, las publicaciones referidas a experiencias de intervención socioeducativa sobre memoria de las víctimas del terrorismo y las dictaduras son mucho más numerosas, siendo la mayor parte de las publicadas en español referidas a países latinoamericanos como Colombia, Argentina, Chile, Perú, Brasil o El Salvador (INFOD, 2019; Legaralde y Brugaletta, 2017; Granados, 2017; Guzmán y Mendia, 2013; Reátegui, 2021; Beristain y Moreno, 2011; Oiaguren y Soliño, 2010; Muñoz y Meza, 2004). La mayoría de esas experiencias socioeducativas se conciben como pedagogías ciudadanas en un sentido laxo del término, no en el sentido estricto del Trabajo Social como profesión, siendo muy escasos los trabajos disciplinarios (Coca, 2017; Irañeta, 2018; Romero, 2023).

Por lo que se refiere al duelo y la transmisión generacional del trauma, los estudios proceden fundamentalmente del campo historiográfico (L'Etno, 2024; Casanova, 2022; Mas, 2022; García y Gadea, 2021; Vázquez et al., 2020; Villasante, 2017; Cate-Arries, 2016; Casanova, 2015; Álvarez, 2007) y del campo clínico (Laguna-Barnes, 2024; Ovejero, 2020; Volkan, 2018; Valverde, 2016; Morandi, 2012; Miñarro y Morandi, 2012; Beristain y Moreno, 2011; Gómez y Hernández, 2011; Ruiz, 2008 y 2011; Cabodevilla, 2007; Martín, 2003).

El hecho de que la inmensa mayoría de las publicaciones socioeducativas sobre memoria democrática o memoria histórica se inserten en el ámbito más general de la educación para la paz, y que la mayor parte de las experiencias profesionales se hayan propuesto o implementado en el ámbito escolar o de educación formal, justifica la necesidad de explorar posibilidades y alternativas de intervención profesional desde la disciplina

del Trabajo Social. Especialmente en aspectos concretos y menos explorados como es el caso de la elaboración del duelo negado y su transmisión generacional, en contextos como el español, donde ha transcurrido casi medio siglo desde el final de la dictadura sin que las víctimas hayan podido ejercer el derecho a la verdad, la justicia y la reparación.

2. Justificación y objetivos

La ausencia de justicia transicional en España ha sido una constante desde el final de la dictadura franquista. Algo que todas las personas especialistas han puesto en evidencia, incluyendo informes oficiales de organismos internacionales como Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2005 y 2008; ACNUDH, 2005 y 2015) y Amnistía Internacional (2007 y 2013). Por ello, a pesar de haber transcurrido 48 años desde el final de la dictadura, los datos oficiales del Ministerio de Justicia muestran que en la actualidad existen 2.567 fosas comunes en España, estimándose en más de 114.000 las personas desaparecidas cuyos restos continúan sin exhumar ni identificar (Mas, 2022). Este hecho constituye una grave violación del derecho a la verdad, la justicia y la reparación, incluido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que España suscribió en 1976, resultando de obligado cumplimiento. El corpus legislativo nacional e internacional suscrito por España incluye numerosos fundamentos de derecho que justifican la necesidad de investigación, siendo el más reciente la Ley 20/2022, de 19 de octubre, de Memoria Democrática, que establece por primera vez la obligación del Estado de exhumar a las víctimas desaparecidas y reconoce el derecho de las familias a dar una sepultura digna a sus restos. De ahí la importancia de explorar alternativas de intervención profesional en los procesos de exhumación, de elaboración del duelo negado (en el ámbito personal, familiar y comunitario) y de intervención social comunitaria, para contribuir al reconocimiento de la verdad, cierta reparación social y garantía de no repetición (pues la justicia restaurativa corresponde a la administración de justicia).

El objetivo de la investigación ha sido doble: por un lado, indagar de manera exploratoria la pervivencia del duelo negado y su posible transmisión intergeneracional en descendientes de las víctimas directas, identificando formas de expresión de dicho duelo que pudieran ser susceptibles de acompañamiento y apoyo profesional; y, por otro, elaborar propuestas específicas de intervención profesional en la elaboración del duelo, tanto en el ámbito de intervención individual y familiar como en el ámbito comunitario e institucional, inspiradas en experiencias realizadas en España en el campo sociocultural por profesionales de otras disciplinas.

3. Metodología

La investigación realizada ha sido de naturaleza cualitativa. Se han realizado 23 entrevistas en profundidad a 25 informantes clave, ya que dos entrevistas se realizaron a dos informantes clave simultáneamente. Dada la dificultad para encontrar a sujetos que constituyen un subgrupo pequeño de población, para la selección de informantes se ha utilizado un muestreo no probabilístico por bola de nieve, hasta alcanzar el punto de saturación, incluyendo a familiares de víctimas del franquismo, a personas de instituciones y entidades que han realizado proyectos socioeducativos en memoria democrática, a participantes activos en asociaciones de memoria histórica, o personas que han realizado trabajos de exhumación. En la tabla siguiente se detalla el perfil de las personas entrevistadas.

Tabla 1. Perfil de informantes clave entrevistados

ID	Género	Nivel/ generación	Localidad (realización entrevista)	Perfil	Edad
E1	M y M	G3	Requena (Valencia)	Docentes	54 y 44
E2	F	G3	Valencia	Docente (y familiar)	32
E3	M	G3	Las Monjas-Venta del Moro (Valencia)	Familiar	53
E4	F	G3	Las Monjas-Venta del Moro (Valencia)	Familiar	47
E5	M	G3	Turís (Valencia)	Docente (y familiar)	45
E6	M	No procede	Valencia	Pres. Asociación Víctimas	70
E7	M	No procede	Valencia	Empleada pública	51
E8	M	No procede	Valencia	Pres. Asociación Víctimas	73
E9	F	G3	Requena (Valencia)	Familiar	58
E10	F	G2 y G2	Cheste (Valencia)	Familiar	85 y 87
E11	F	G3	Buñol (Valencia) Online	Pres. Asociación Víctimas y familiar	69
E12	F y F	No procede	Buñol (Valencia)	Docentes	61 y 48
E13	M	No procede	L'Elia (Valencia)	Docente	54
E14	M	G3	Buñol (Valencia) Online	Familiar	49
E15	F	G3	Requena (Valencia)	Pres. Asociación Víctimas y familiar	60

E16	M	G3	Valencia	Pres. Asociación Víctimas y familiar	66
E17	F	G3	La Canyada-Paterna (Valencia)	Familiar	57
E18	F	G3	Alboraya (Valencia)	Familiar	62
E19	M	G3	Albacete	Pres. Asociación Víctimas y familiar	58
E20	F	G3	Albacete	Familiar	57
E21	M	G4	Requena (Valencia)	Familiar	35
E22	M y M	G2 y G3	Buñol (Valencia)	Familiares	74 y 48
E23	M	No procede	Paterna (Valencia)	Arqueólogo	35

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas se han realizado entre diciembre de 2023 y abril de 2024, en 11 localidades de dos comunidades autónomas limítrofes. Han tenido una duración media de casi tres horas cada una. Se ha recabado previamente a su realización el consentimiento informado por escrito y el equipo de investigación ha firmado el compromiso oficial de confidencialidad, exigidos por la Comisión de Ética de la investigación de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Castilla-La Mancha. Las entrevistas han sido grabadas y transcritas en su totalidad, como paso previo a su análisis temático.

El proceso de investigación se inició en octubre de 2023, llevando a cabo una revisión del estado del arte para la elaboración del marco teórico y el diseño metodológico. Se realizaron dos entrevistas piloto para poner a prueba y mejorar su guion. Dichas entrevistas se integraron al trabajo de campo final, dado que los reajustes en el guion fueron mínimos. La elaboración del informe final se terminó en mayo de 2024, y en junio los resultados de la investigación y las propuestas de intervención fueron sometidas a revisión crítica de cinco personas expertas (cuatro académicas españolas de Trabajo Social y de educación social de la Universidad de Valencia y la Universidad de Castilla-La Mancha y un académico argentino de psicología social de la Universidad de Salta), a fin de contrastar su interés, pertinencia y adecuación.

4. Resultados

El análisis temático del discurso de las 23 entrevistas ha permitido identificar tres bloques temáticos vinculados al duelo negado y su transmisión generacional: el silencio como factor detonante de la imposibilidad de elaborar el duelo, el valor e importancia de las fotografías, y el impacto del trauma y su transmisión generacional.

El silencio impuesto como detonante de imposibilidad del duelo

A la desaparición de los cuerpos en fosas y cunetas se añadió la prohibición de los ritos funerarios a las familias. Es decir, se impuso el silencio, la represión y el miedo. Esto generó grandes dificultades para expresar emociones sentidas por parte de las familias, provocando que las personas no comunicaran ninguna información ni hablaran sobre estos hechos.

Y yo muchas veces pensaba, pero ¿cómo puede ser, papá, que la abuela nunca te dijera a mi hermano lo han matado, a mi hermano lo han fusilado? Y no (E17).

Se quedó sin marido, se quedó sin hijo, y es que no hablaba de eso, es que no habló, se lo llevaron a la tumba, ese no soltar, o sea, no sacar de las tripas todas esas emociones (E22).

El silencio impuesto negó la posibilidad de elaborar y completar el duelo, al impedir la expresión de emociones, ya que no se hablaba sobre lo sucedido.

Es que no se permitía tampoco exteriorizar el duelo, la gente lo llevaba dentro. Entonces era una persona anciana y siempre de negro. Siempre triste, no hablaba de nada, el resto de vida que le quedó estaba siempre condicionada, porque la habían arrebatado al marido y se había quedado sin nada (E16).

Quedó así suspendido el duelo en el tiempo, porque donde no existe una tumba las familias están condenadas a seguir haciendo el duelo, en un pasado que no termina de concluir ni cerrarse, cronificando así el sufrimiento psíquico.

Yo la recuerdo a los pies de la fosa en una esquinita de la derecha. Diciendo, diciéndole, Ay, ¡cuándo vendrás a casa!, Ay, ¡cuándo vendrás a casa!, algún día vendrás a casa. Que ella esté diciendo, que por favor que se lo quiere llevar a Meliana, claro, ella vivía todavía y se lo quería llevar y no poder (E18).

Recuerdo a mi abuela y siempre, siempre ha ido de negro y desde la desaparición de su hermano de negro con el moño (E4).

Y en cuanto pude desplazarme yo sola a la tapia del cementerio, empecé de muy joven desde los 18 años a llevarle una rosa el 6 de diciembre. Yo me escapaba de mi casa sin decir ni pío, sin decir nada, fíjate, sin contárselo a mi padre (E20).

La dejación funeraria, el abandono político y social, el silencio individual, familiar y colectivo, ha mantenido negado el duelo durante décadas.

El valor e importancia de las fotografías

Las mujeres dolientes o viudas fueron las portadoras de la memoria, teniendo en el espacio privado de sus habitaciones (dentro de los cajones de sus cómodas) verdaderos altares que evocaban la memoria ante un duelo imposible de superar por la ausencia del cuerpo.

Guardaba con afán la última carta escrita, mi bisabuela pidió que la enterraran con todas las cartas que él le había ido escribiendo. Y cuando la enterraron la enterraron con todas (E21).

Las escasas fotografías servían para guardar la memoria prohibida, donde se podía mostrar el cariño familiar y otorgar la dignidad que les correspondía. En algunos casos, el resto de la familia no sabía que existían.

Mi abuela lo hacía cuando creía que no había nadie que la viese o la escuchase. Yo la escuchaba todas las noches, dormía en la habitación de al lado. Yo sabía que era su ritual, todas las noches, le daba besos, había unas fotografías o algunos objetos, lo que fuese no lo sabemos. Pero siempre la escuchaba, daba besitos, volvía otra vez a guardar la bolsa y lo volvía a meter debajo del colchón (E9).

Las fotografías son transmisoras del duelo negado, ya que operan como punto de unión entre la persona asesinada o desaparecida, y la persona (generalmente mujer) que llora su memoria, donde estas tenían la necesidad de tocarlas y mirarlas de manera ritual.

Conservo su habitación, todavía conservo muchos efectos personales suyos. Es un puente entre él y tú, es una manera de demostrar, pues, el respeto hacia él. El cariño de sus objetos, una manera de recordarlo, de tenerlo ahí (E19).

La carta pone todas las personas que están en la fosa, eso lo hice yo con una máquina de escribir con 12 o 13 o 14 años, que claro, tiene sus faltas de ortografía, pero yo transcribía sin parar ese documento para que no se perdiera. De hecho, mi padre siempre lo llevaba en su cartera, en el bolsillo del pantalón. Era lo único que tenía de su padre. Claro, el papel ya se desfiguró con los años (E15).

Las fotografías (junto con otros objetos como cartas o mechones de pelo, por ejemplo) permiten la continuidad entre el tiempo anterior y posterior a la pérdida. Las fotografías eran verdaderos tesoros, pues en esta época la clase obrera disponía de muy pocos recursos, y estas pocas fotografías han transmitido esa memoria oculta a las siguientes generaciones, proporcionando así un vínculo con el pasado y una comprensión más profunda de las experiencias familiares.

La fotografía sienta las bases de la posmemoria que heredan las descendientes de segunda y tercera generación, mostrando un discurso que en muchos casos se encontraba oculto dentro de la familia. Las imágenes

de familiares asesinados y desaparecidos se encontraban en el espacio más privado y oculto de la vivienda, hasta que con la muerte del dictador esas imágenes ocuparon un lugar central en el hogar, especialmente en áreas de reunión familiar. El profundo impacto de la desaparición provocó la suspensión del proceso de duelo que se ha transmitido a través de las generaciones, prolongando el sufrimiento y la incertidumbre. Como resultado, las nietas y nietos adquirieron “lealtades invisibles” entre generaciones y el legado de sus tareas. Hacerse cargo de los difuntos es una de las tareas asociadas al ámbito reproductivo y se transmite generacionalmente a las hijas, heredando estas la responsabilidad de no olvidar: el duelo negado pasaba de madres a hijas.

Mi madre tenía un retrato en la mesita, otro colgado en la cabecera. Tenía un colgante de plata con la foto de mi padre y un día, en un estirón, le quitaron el colgante. Lloró muchísimo, y yo que era su hija le dije “madre, no llore, que ahora se lo voy a hacer de oro”. Y lo tiene de oro, y siempre lo llevaba (E10).

Exacto, claro, tú estás, lo estás oyendo de tu abuela, luego lo estás oyendo de tu madre, luego ves un movimiento. Y dices, aquí esto se está moviendo, dices pues vamos con todo (E18).

Por eso yo he seguido haciendo esto por ellas, digamos por mis tías, mi madre y mi abuela, que decía siempre, si nos lo pudiéramos traer. Claro, en ese momento pensaba, pero ¿cómo lo voy a traer? Si está metido ahí en una fosa, y no sabemos cuál es (E11).

Las abuelas sacaron a sus hijos adelante con los medios de los que disponían. Fueron las nietas, mayoritariamente, quienes trasladaron a la memoria pública el pasado oculto que se encontraba en el ámbito privado de la familia, revelando a la sociedad que sus abuelos habían sido asesinados y se encontraban desaparecidos.

El impacto del trauma psicosocial y la transmisión generacional

Por medio del silencio, se pretendió evitar el trauma a las siguientes generaciones, lo que provocó de manera inconsciente comportamientos incomprensibles, comunicación no verbal y emociones que no estaban acompañadas de palabras. Llegando esta transmisión hasta la actualidad.

Ella se metía una habitación, se cerraban con llave y allí los militares hacían lo que querían, digamos, podían coger y llevarse lo que quieran (E11).

Le dijeron a mi padre, te van a meter al molino. Después, viene y dice, no me meterán. Dice, ¿por qué?, ya lo veréis, y efectivamente, el jefe dijo, si me hubieras dicho que era comunista, yo no lo hubiera metido y no va a entrar a trabajar (E22).

Entonces tuvo que ser un golpe muy duro, vino a Valencia y le robaron al bebé, pues imagínate. Pero vamos, yo no sé mi apellido, yo no sé ni su nombre, ni los apellidos de mi abuelo. ¿Sabemos más o menos su origen? Sé que vinieron a Valencia desde Cantabria, bueno, vino a Valencia, aquí lo fusilaron en el paredón de Paterna con muchísima gente (E14).

Con respecto al silencio, las víctimas no hablaron del trauma por miedo, individualmente se apartaron o aislaron los sentimientos de dolor. Como resultado, las víctimas en muchas ocasiones evitaron y eludieron exponer el trauma a las siguientes generaciones:

¿Pero saber que yo tenía un tío represaliado? ¿Que estaba en una fosa y que había tenido un juicio? Vamos, que se lo habían llevado y lo habían fusilado, eso lo averigüé en el 2018 (E17).

El tema de que mi abuelo estuvo en un campo de concentración es algo de lo que yo me enteré ya muy tarde. No sé, hubo un silencio, incluso mi padre no lo sabía (E3).

El silencio desencadenó comportamientos incomprensibles, comunicación no verbal (llantos, gestos y suspiros) y emociones que no estaban acompañadas de palabras, sosteniendo el trauma en el tiempo, lo que provocó que estas víctimas se sintiesen culpables si transmitían a la familia hechos tan horribles, y a su vez los hijos sentían que no podían preguntar sobre diferentes aspectos del pasado de la familia:

Claro, mi abuela, desde siempre, yo la oía, me llamaba mucho la atención. Como suspiraba, mi abuela siempre suspiraba. Todo se le iba en suspiros a la pobre mujer y nunca contaba nada (E9).

Mi hermano la primera vez que lo llevó a la fosa a Paterna. Tú no sabes cómo lloraba, tú, y dice mi madre, ya no te voy a traer más y no lo llevó más, ahora es cuando iba. Pero la primera vez tú no sabes cómo se puso llorando (E10).

En consecuencia, la transmisión del trauma atravesó varias generaciones provocando diferentes efectos, sobre todo a la primera, segunda y tercera generación.

A la primera generación (mujeres viudas mayoritariamente) se la conoce como la generación de “lo indecible”, pues vivió los efectos directos del trauma, donde las emociones les desbordaron y se mantuvieron en silencio, por el horror vivido o por proteger a sus familias.

Era la negación, pues su madre, o sea, mi bisabuela, pues callada, y mi abuela igual, al no poder enterrarlos, no poder llorarlos, y luego tener que seguir con tu vida, tragarte tu dolor (E20).

Mi tío mayor resulta que, siendo un niño, él lo vio todo y él fue el que tuvo que arrastrar a su padre después de muerto y ya le habían dado el tiro de gracia en el cráneo. Él fue el que lo arrastró porque claro, como los iban dejando ahí a montones (E18).

La segunda generación (hijos e hijas) se define como “la innumbrable”, porque recibió una herencia sin testamento, es decir les encomendaron de manera inconsciente el legado, cargando con lo traumático y la memoria familiar.

Un niño pequeño no entiende. Para un niño, su padre es su ídolo, su protector. A eso le sumamos el no poder llorar, no poder preguntar, tener que callar. Yo creo que marcar sí debe de marcar. ¿Debe de marcar el carácter para el futuro? Sí. (E9)

La tercera generación (nietas y nietos) es la de “lo impensable”, pues se recibe la transmisión de las abuelas, recogiendo la responsabilidad de dignificar la memoria familiar por medio de la sepultura digna. Aunque no son capaces de imaginar lo sucedido porque el contacto con el trauma original se ha perdido.

No puedo ser impermeable. O sea, eso te llega y marca tu manera de ser, tu manera de actuar (E22).

He recibido mucho de ese legado, a lo mejor más que mi hermano, más que otra gente. Entonces lo tengo y lo llevo, por eso yo creo que tenemos que seguir, y conseguir que esta sociedad sepa lo que fueron. Debemos gritar sus nombres diciendo que eran hombres buenos (E20).

Se ve como el legado se salta una generación. En realidad, quien gestiona y quien asume la exhumación y toda la búsqueda suelen ser los nietos, porque es como les han legado (E23).

De la cuarta generación no se ha logrado entrevistar a nadie, pues muchos familiares piensan que el trauma se encuentra muy lejano a ellos.

La elaboración del duelo, tanto en la esfera individual y familiar, como en el ámbito institucional, comunitario y social, resulta trascendental para superarlo como descendientes de víctimas y como sociedad, porque si no se combinan estos dos ámbitos va a persistir un déficit democrático. Es importante el valor de la palabra, de las narraciones y la expresión de emociones en espacios colectivos, con el objetivo fundamental de crear un diálogo público entre familias, comunidades y la sociedad:

Bailan, hacen música, pintan, es un conglomerado de artes que se representan en 10 minutos, después de los trabajos de investigación. En una ocasión representaron a una señora exiliada y su padre, tuvieron que salir con la retirada, entonces las nenas hicieron su historia, cuando escaparon por los Pirineos. Les dijimos tenéis que invitar a los testimonios para que ellos vengan, y la señora estaba en el público. Imagínate, le dieron un ramo

de flores a esa señora, fue superemotivo. Porque era su historia en primera persona, entonces fue muy reparador para ella, ver que alguien se está interesando por lo que a mí me pasó (E12).

Claro que nos ayuda a todos, porque es una forma, en parte, de la exposición pública. El darlo a conocer te ayuda, es una especie de catarsis (E6).

La memoria colectiva tiene que ser capaz de dar respuesta a la injusticia: pues, aunque ya no existe posibilidad de restitución a las víctimas de la primera generación, sí a las siguientes.

5. Discusión y propuestas de acción

Discusión

La definición operativa de “duelo negado” que aporta esta investigación se ha elaborado considerando que el concepto de “duelo no terminado” por “pérdida ambigua” de Boss (2001) dejaba fuera a familiares de desaparecidos por violencia política. Tampoco se consideró pertinente utilizar el concepto de “duelo congelado” (Shatan, 2001), porque este se refiere a la incapacidad de experimentar emociones por parte de supervivientes del trauma, acerca de sus pérdidas. Este tipo de duelo inhibido o pospuesto designa situaciones en las que las personas no dan signos de afectación o dolor por la pérdida del ser querido. Es decir, el duelo congelado, pospuesto o retardado aparece como mecanismo de defensa, como anestesia emocional, en el que el cerebro opta por negar o “congelar” el sufrimiento dejándolo para otro instante. Este duelo no describe la situación de las personas objeto de esta investigación, a las que se les negó la posibilidad de elaborar el duelo y realizar los rituales asociados a este, por causas ambientales externas de represión política y control social.

Las evidencias recogidas en la investigación respecto al papel del silencio como factor desencadenante del duelo negado y su imposibilidad de elaboración, coinciden con los trabajos de Villasante (2017), Villagrán (2016), Armañanzas (2012) o Lewintal (2012), para quien el duelo que no se elabora “es un pasado que no acaba de concluir” (p. 119). La dejación funeraria y el abandono político y social han impedido durante décadas la elaboración y cierre de los procesos de duelo, porque hacer desaparecer a una persona, privar a la familia de esa información y de la posibilidad de enterrarla, de poder honrar sus restos, de poder despedir esa vida –como afirma Valverde– es una tortura extrema: “A los desaparecidos se les priva de la muerte. No están vivos, pero tampoco están muertos. Lo que deja un desaparecido es mucho más que una cicatriz o una herida: deja el tiempo suspendido y el duelo no se puede hacer” (Valverde, 2016, p. 53). Para las familias, saber lo que ocurrió y enterrar dignamente a sus familiares ayuda a cerrar el duelo y permite “pasar página” del pasado (Ovejero, 2020). Porque el duelo negado está íntimamente relacionado con la indignación y en total unión con un sentimiento de injusticia que se ha transmitido de

generación en generación, debido a esa pérdida insoportable (Cate-Arries, 2016).

Este silencio impuesto coincide también con lo que Scott (2003) denomina “discurso oculto” o “fuera de escena” para referirse a la conducta del subordinado en presencia del dominador; especialmente en las mujeres y madres en quienes recaía la “responsabilidad de lo cotidiano” (Cabrero, 2006) o “el peso de la subsistencia diaria” (Rosón y Medina, 2017). El “disimulo” asociado al silencio impuesto, como explican Rosón y Medina, “podía resultar tanto una práctica de obediencia como de insumisión al régimen emocional del franquismo” (p. 416).

Con respecto al valor e importancia de las fotografías, los hallazgos de nuestro estudio corroboran que estas se transforman en lo que Volkan (2018) denomina “objetos vinculantes”, proporcionando continuidad entre el tiempo anterior y posterior a la pérdida, y una continuidad generacional de la memoria resistente (Laguna-Barnes, 2024); ayudando a sostener el presente al darle un sentido. Como señala Moreno (2020), es fundamental

entender el binomio fotografía / espacio doméstico, pues la imposibilidad de realizar un ritual funerario por la desaparición del cuerpo hizo que las familias tuvieran que sustituir las prácticas normativizadas de un entierro por otras diferentes subsumidas a un contexto siempre cercenado, como es el de la casa (p. 167).

Tisseron (2000) plantea las fotografías como objetos esenciales en el duelo, porque favorecen la aceptación y, a la vez, funcionan como reliquias, al sustituir a la persona ausente. Como señalan Rosón y Medina (2017), las fotografías en muchos casos permitieron elaborar emocionalmente la pérdida sin significarse políticamente o llamar la atención de las fuerzas represoras. En este sentido, las fotografías reconstruyen un sentido de unidad y pertenencia con las personas queridas ausentes. Además, las fotografías, al ser provistas de una profunda carga emocional, “desafían potencialmente formas de poder y los regímenes emocionales que los sustentan” (p. 420), convirtiéndose en lo que Piedras (2012) denomina “documentos subalternos”, es decir, materiales del pasado que no se han destruido pero tampoco se han archivado, y que contienen diferentes historias con cargas emocionales diferentes a las hegemónicas (citado por Rosón y Medina, p. 421). La fotografía encarna la presencia del cuerpo, funcionando como un talismán de la realidad pasada (Sontag, 1996). Son tesoros afectivos que funcionan como “refugios emocionales” (Reddy, 2001), y como “resistencias emocionales, domésticas y cotidianas” (Rosón y Medina, 2017).

Respecto al trauma psicosocial y su transmisión generacional, nuestra investigación evidencia que las víctimas no hablaron del trauma por miedo. Laguna-Barnes (2024) se refiere a ello mostrando que a escala individual se apartaron o aislaron los sentimientos de dolor, apareciendo a escala colectiva alianzas de negación, manteniendo a la sociedad alejada de la historia. La culpabilización por transmitir a la familia hechos horribles coincidió con que los hijos sentían que no podían preguntar sobre

diferentes aspectos del pasado de la familia, como muestra el trabajo de Valverde (2016). La sociedad actual guarda los traumas de sus antepasados de manera inconsciente. Este fenómeno se acota como transmisión generacional, y es definido por Gómez y Hernández (2011) como

la cadena de transmisión de significaciones que se lega de generación en generación y que abarca ideales, mitos, modelos identificatorios y enunciados discursivos que involucran lo que se dice, pero también lo que se omite, de manera que tales enunciados adquieren la fuerza de mandatos cuya determinación es inconsciente. Lo inconsciente aspira a irrumpir a través de la transmisión generacional. Las huellas que no alcanzan representación simbólica, o aquellas impresiones que superan las posibilidades de tramitación psíquica, se legan como herencia en su capacidad traumática (p. 483).

La evidencia sobre transmisión del trauma a diferentes generaciones concuerda también con otras investigaciones como las de Faúndez y Cornejo (2010), Ruiz (2011), Miñarro y Morandi (2012) o, la más reciente, de García y Gadea (2021), para quienes existen dos tipos de vínculos con esta transmisión: de forma horizontal y coincidente en el tiempo, la otra de manera vertical y totalmente asincrónica.

Propuestas para la acción

A partir de los hallazgos de la investigación centrada en la elaboración del duelo y su transmisión generacional, y atendiendo al sentido último de la misma (que no es otro que elaborar propuestas de intervención profesional en materia de memoria democrática), a continuación se describen brevemente las seis propuestas de intervención socioeducativa que han resultado mejor valoradas por las personas expertas a quienes se solicitó revisión técnica de todas nuestras iniciativas originales.

1. **Tertulias dialógicas a partir de novelas gráficas.** Como, por ejemplo, *El abismo del olvido*, *María la Jabalina* y *La promesa* (entre otras). Se pretende generar la expresión de las emociones y aportar una visión crítica sobre lo que nos cuenta la novela. Gracias al intercambio dialógico y colectivo se genera un contexto enriquecedor de conocimiento intergeneracional entre las personas que han leído los cómics.
2. **Narrativa del genograma como hilo conductor de nuestra historia familiar.** Busca generar un autoconocimiento para comprender el porqué de las interacciones y relaciones que se desarrollan en la familia. Por ello es importante que los participantes sean personas que hoy en día siguen viviendo estos problemas, con el propósito de crear un grupo donde exista la responsabilidad del cuidado y generar un vínculo. Para desarrollar la narración es necesario que el grupo adquiera previamente unos conocimientos básicos para construir su propio genograma. Después, cada integrante narrará la historia familiar de uno de

sus compañeros y al finalizar la persona narradora debe haber recogido las emociones que le despierta la historia. Trasladando al grupo el sentir que le ha despertado, generando un entorno de comprensión y permitiéndonos reflexionar sobre ello en un entorno relajado.

3. **Investigación-acción participativa a través de los espacios de memoria.** Se trata de que las personas intervengan en su entorno territorial más próximo desplegando un proceso de IAP, desde un primer contacto vivencial con los espacios de memoria de su comunidad local: ya sean espacios al aire libre (rutas, muros de fusilamiento, fosas, monolitos conmemorativos, *stolperstein*, placas de recuerdo, etc.), espacios cerrados (museos, centros de memoria, antiguas prisiones o campos de concentración resignificados, etc.) o espacios efímeros (como son las exposiciones temporales, algunas de las cuales, como la celebrada en 2023 y 2024 en el Museo L'Etno de Valencia, son realmente valiosas). El proceso de IAP estaría secuenciado del siguiente modo: generar un conocimiento del contexto histórico, que se elabore a través de la visita a los lugares de memoria; conocer la represión en el contexto local, para esto es fundamental que la comunidad recurra al archivo local; producir propuestas de acción por parte de la comunidad, para transformar la realidad social; devolución del aprendizaje obtenido a la comunidad y que esta se apropie de su historia local; evaluación continua por parte de la comunidad, sobre las acciones que se están llevando a cabo.
4. **Los círculos de curación en espacios rurales** se proponen a partir de testimonios recabados en las entrevistas, pues en entornos rurales existe el desafío de romper el silencio marcado por el miedo. Los familiares de las víctimas se reunirán en estos círculos, con la intención de elaborar el dolor a través de la narración de lo sucedido, escuchándose unos a otros y creando un clima de sanación por medio de la comprensión de lo sufrido a lo largo de los años, utilizando las palabras que se encontraban enterradas. Además, es importante que los descendientes de los victimarios se puedan incorporar en una segunda fase, con el fin de reconocer por medio de la verdad la violencia de sus antepasados, donde al final se reúnan ambos descendientes para mitigar el dolor.
5. **“Relatos contra el olvido”** propone realizar un podcast que se emita en medios digitales, buscando la creación de experiencias significativas, con el objetivo de crear lazos comunitarios a través de la comunicación y la cooperación intergeneracional, generando un intercambio de los aprendizajes. La propuesta consiste en realizar entrevistas a las familias, profundizando en la comunicación humana, desenterrando las palabras y generando una comprensión intergeneracional de las emociones.

Abordando todo el proceso, desde que tuvieron conocimiento de lo que había ocurrido a los ascendientes, cómo se vivía el duelo negado, y preguntando sobre el proceso de exhumación y qué ha significado.

6. **“Las guardianas de la memoria”** pone en valor los objetos conservados por las viudas como tesoros afectivos, utilizando la técnica grupal de “entrevista pública” a personas clave que hayan sufrido la transmisión generacional del trauma y el duelo negado. La secuencia de acciones sería: indagar en el contexto de violencia política que se desarrolló durante el golpe de Estado, la guerra, la posguerra y la dictadura, exponiendo la represión que se llevó a cabo hacia las viudas y las mujeres. A continuación, dialogar con la informante sobre la importancia de estos objetos y qué lugar ocupaban en el hogar, si estos acompañaron a la familia durante toda la vida o si fueron recuperados en las exhumaciones, y si ahora los guardan como auténticos tesoros. Lo que se busca es rescatar qué importancia tienen los objetos de las víctimas y observar cómo funcionan de puente para sus descendientes, como parte de la elaboración del duelo. Se recogen así las experiencias significativas para que surjan propuestas artísticas o de cualquier índole, con el objetivo de devolver a la sociedad el aprendizaje obtenido.

Queda pendiente la implementación de estas propuestas para realizar una evaluación sistemática de su puesta en práctica para mejorar su diseño, o repensar otros proyectos de intervención social en memoria democrática y elaboración del duelo; algo que está alineado con los principios del Trabajo Social como profesión basada en los derechos humanos y la justicia social. Desplegando una intervención socioeducativa que construya una conciencia colectiva que permita cerrar como sociedad las heridas abiertas y superar el déficit democrático que todavía tenemos pendiente como país.

6. Conclusiones

A pesar de la existencia de un importante corpus jurídico internacional y nacional, que desde finales de la década de los setenta del siglo xx (coincidiendo con el inicio del periodo conocido como “transición democrática”), obliga al Estado español a reconocer (y garantizar el ejercicio) del derecho de las víctimas del franquismo a la verdad, la justicia y la reparación, no ha sido hasta 2022 cuando se ha promulgado una Ley de Memoria Democrática. En la actualidad, según datos oficiales del Ministerio de Interior, existen al menos 2.567 fosas comunes y se estiman en 114.000 las personas que continúan desaparecidas. Una de las consecuencias directas de esta falta de justicia transicional y de reparación a las víctimas es que ha impedido a las familias (principalmente cónyuges, hijos e hijas y nietos y nietas), elaborar y completar un proceso de duelo

que permanece negado mientras no se pueda cerrar con dignidad, provocando un sufrimiento que se ha transmitido generacionalmente, de manera muchas veces inconsciente.

El silencio impuesto, los objetos vinculantes y la transmisión generacional del trauma han sido los hallazgos más relevantes de la investigación, en lo referido al duelo negado y su transmisión hasta la actualidad. Estas evidencias han sido el punto de partida y fundamento de seis propuestas disciplinarias específicas de intervención profesional para abordar esta problemática: tertulias dialógicas a partir de novelas gráficas, la narrativa del genograma como hilo conductor de nuestra historia familiar, la investigación-acción participativa a través de los lugares de memoria, los círculos de curación dentro de espacios rurales, un podcast llamado “Relatos contra el olvido” y “Las guardianas de la memoria”.

La investigación presentada reivindica el potencial de intervención profesional que el Trabajo Social tiene en todo lo referido a la necesidad de elaborar el duelo por parte de la sociedad española a través de diversas propuestas de acción específicas. Estamos convencidos de lo mucho que el Trabajo Social puede aportar dentro del campo de la memoria democrática, especialmente mediante el despliegue de intervenciones socioeducativas de impulso, acompañamiento y apoyo profesional en procesos personales, familiares, grupales y comunitarios de reconocimiento social, comprensión de la realidad y elaboración del duelo. Acompañando a familiares de víctimas durante sus procesos de exhumación; trabajando de manera multidisciplinaria con los diferentes profesionales que se encuentran en el trabajo de la memoria; también en el ámbito no formal por medio de la acción pedagógica, para crear procesos donde se genere una conciencia crítica sobre lo que ocurrió en nuestra historia reciente; conectando las asociaciones de memoria con los centros educativos y sociales; y estableciendo un contacto intergeneracional, que genere sinergias comunicativas basadas en el diálogo crítico-transformador. Acciones que, en definitiva, nos permitan construir un presente más emancipador.

7. Agradecimiento

Deseamos expresar nuestro agradecimiento más sincero a todas las personas que accedieron a ser entrevistadas en esta investigación, por haber compartido tan generosamente con nosotros su historia, sus emociones y sus anhelos de justicia y reparación.

Referencias bibliográficas

- ACNUDH. (2005). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. Naciones Unidas. Recuperado 8 noviembre 2024, de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation>
- ACNUDH. (2015). *Informe del Relator Especial sobre la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición 2015*. Naciones Unidas. Recuperado 8 noviembre 2024, de <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g15/202/07/pdf/g1520207.pdf>
- Alonso Dávila, Isabel. (2023). La memoria en el currículo de la ESO y Bachillerato: nuevas luces y viejas sombras. En Pablo García de Vicuña Peñafiel (Coord.), *Memoria democrática en las aulas* (p. 229-251). Fundación 1º de Mayo.
- Álvarez Fernández, José Ignacio. (2007). *Memoria y trauma en los testimonios de la represión franquista*. Anthropos.
- Amnistía Internacional. (2007). *Verdad, justicia y reparación Creación de una comisión de la verdad efectiva*. Recuperado 25 octubre 2024, de <https://acortar.link/buw1yR>
- Amnistía Internacional. (2013, octubre 16). *Cómo la detención del general Pinochet cambió el significado de la justicia*. Recuperado 25 octubre 2024, de <https://acortar.link/CwR6Mv>
- Armañanzas, Gregorio. (2012). Elaboración transgeneracional del trauma: Guerra Civil Española. *Norte de Salud Mental*, 10(43), 13-17. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3969893>
- Barranquero, Encarnación. (2017). La memoria de la represión franquista sobre las mujeres en la Red. *Historia y Comunicación Social*, 22(2), 363-380.
- Barreto, Yuly, y Gómez, Brenda. (2022). Enseñanza del conflicto armado en libros de texto de Colombia. Hacia una pedagogía feminista de la memoria histórica. *Revista Acciones Médicas*, 1(2), 50-71. <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.02.004>
- Beristain, Carlos, y Moreno, Carolina (Coords.). (2011). *Contribución de las políticas de verdad, justicia y reparación a las democracias de América Latina*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

- Bermúdez, Angela; Sáez de la Fuente, Izaskun, y Bilbao, Galo. (2020). *Contribuciones de la educación histórica a la deslegitimación de la violencia de motivación política*. Universidad de Deusto.
- Boss, Pauline. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Gedisa.
- Bowbly, John. (1997). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Paidós.
- Cabodevilla, Iosu. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176.
- Cabrero, Claudia. (2006). Una resistencia antifranquista en femenino. En Mary Nash (Ed.), *Represión, resistencias, memoria: Las mujeres bajo la dictadura franquista* (p. 119-138). Comares.
- Casanova, Julián. (2022). *La iglesia de Franco*. Crítica.
- Casanova, Julián (Dir.). (2015). *40 años con Franco*. Crítica.
- Castañeda Salgado, Martha Patricia; Mujika Chao, Itziar; Martínez Portugal, Tania; Dañobeitia Ceballos, Olatz; Cardona Curcó, Irene; Gómez Correal, Diana Marcela; Luxán Serrano, Marta; Legarreta Iza, Matxalen; Medina Martín, Rocío, y Beorlegui Zarranz, David. (2019). *Otras formas de (des)aprender. Investigación feminista en tiempos de violencia, resistencias y decolonialidad*. Hegoa.
- Casto Villegas, Julia. (2023). *Estudio sobre la educación para la memoria histórica como medida de justicia transicional. La experiencia del caso español* (Trabajo de Fin de Máster, Universidad del País Vasco). Hegoa.
- Cate-Arries, Francie. (2016). "De puertas para adentro es donde había que llorar": El duelo, la resistencia simbólica y la memoria popular en los testimonios sobre la represión franquista. *Journal of Spanish Cultural Studies*, 17(2), 133-162. <https://doi.org/10.1080/14636204.2016.1172434>
- Coca Pérez, María José. (2017). *¿Puede el trabajo social formar parte del proceso de la recuperación de la memoria histórica?* (Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pablo de Olavide). <http://hdl.handle.net/10433/3793>
- Díez Gutiérrez, Enrique Javier. (2020). *La asignatura pendiente. La memoria democrática en los libros de texto escolares*. Plaza y Valdés.
- Estepa Giménez, Jesús. (2024). Educar en memoria histórica y democrática a través de la educación patrimonial: el antipatrimonio. *REIDICS, Revista de Investigación en Didáctica de las Ciencias Sociales*, 14, 9-27. <https://doi.org/10.17398/2531-0968.14.01>
- Faúndez, Ximena, y Cornejo, Marcela. (2010). Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista*

- de *Psicología*, 19(2), 31-54. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26416966002.pdf>
- Figuerola, Rodrigo; Cortés, Paula; Accatino, Luigi, y Sorensen, Richard. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 643-655. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>
- García Hernandorena, María José, y Gadea i Peiró, Isabel. (2021). *Etnografía d'una exhumació. El cas de las fossa 100 del cementeri de Paterna*. Diputació de València - Delegació de Memòria Històrica.
- Gómez Marín, Inmaculada, y Hernández Jiménez, José Antonio. (2011). Revisión de la Guerra Civil Española y de la posguerra como fuente de traumas psicológicos desde un punto de vista transgeneracional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(3), 473-479.
- González Duro, Enrique. (2012). *Las rapadas. El franquismo contra la mujer*. Siglo XXI.
- Granados, Diana. (2017). La educación como garantía de no repetición en tiempos de negociación de la paz. *Trabajo Social*, 18, 56-74.
- Guzmán, Gloria, y Mendía, Irantzu. (2013). *Mujeres con Memoria. Activistas del movimiento de Derechos Humanos en El Salvador*. Hegoa.
- INFOD. (2019). *Selección de materiales y recursos para trabajar la "Semana de la Memoria"*. Ministerio de Educación de Argentina. Recuperado 25 octubre 2024, de <https://red.infod.edu.ar/wp-content/uploads/2020/03/Materiales-para-el-24-de-marzo-INFOD.pdf>
- Irañeta, Sergio. (2018). *Víctimas del franquismo en el trabajo social: Acompañamiento social y transmisión generacional* (Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pública de Navarra). <https://hdl.handle.net/2454/29251>
- Kübler-Ross, Elisabeth, y Kessler, David. (2005). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.
- Laguna-Barnes, María del Valle. (2024). La transmisión transgeneracional de situaciones traumáticas: papel de la psicología en el proceso de recuperación de la memoria colectiva de la dictadura franquista en España. *Apuntes de Psicología*, 42(1), 55-61. <https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1569>
- L'Etno. (2024). *Biblioteca humana: «Todo aquello que cuenta el silencio»*. Recuperado 25 octubre 2024, de <https://acortar.link/58YdRL>
- Legaralde, Martín, y Brugaletta, Federico. (2017). Introducción al dossier Pedagogía de la Memoria: políticas y prácticas de transmisión del pasado reciente en Argentina. *Aletheia*, 7(14), 1-7.

- Lewintal, Cecilia. (2012). Un silencio a voces. En Anna Miñarro y Teresa Morandi (Comps.), *Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la posguerra la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos* (p. 119-128). Xoroi Edicions.
- Ley 20/2022, de 19 de octubre, de Memoria Democrática, BOE núm. 252 § 17099 (2022). Recuperado 24 octubre 2024, de <https://www.boe.es/boe/dias/2022/10/20/pdfs/BOE-A-2022-17099.pdf>
- Martín Baró, Ignacio. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Trotta.
- Martínez Seijo, María Luz. (2023). La memoria democrática y su desarrollo en la ESO y Bachillerato. *Temas para el Debate*, 339, 33-35.
- Mas Paradiso, Fernando. (2022, julio 17). La España de Franco que perdura: 2.200 fosas comunes, 114.000 desaparecidos, 6.000 símbolos franquistas. *Infobae*. Recuperado 25 octubre 2024, de <https://acortar.link/ZM36DV>
- Miñarro, Anna, y Morandi, Teresa (Comps.). (2012). *Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos*. Xoroi Edicions.
- Morandi, Teresa. (2012). Violencia, trauma y duelo. En Anna Miñarro y Teresa Morandi (Comps.), *Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la posguerra la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos*. (p. 61-78). Xoroi Edicions.
- Moreno Andrés, Jorge. (2020). La aparición del desaparecido. Fotografía familiar y violencia política. *Discursos Fotográficos*, 16(29), 160-178. <https://doi.org/10.5433/1984-7939.2020v16n29p160>
- Muñoz, Jairo, y Meza, Fabio Alonso. (2004). Educación popular y educación para la paz en Colombia: herramientas para transformar el conflicto. *Papeles de Cuestiones Internacionales*, 88, 75-83.
- Naciones Unidas. (2005). *Informe de la Sra. Diane Orentlicher, experta independiente encargada de actualizar el conjunto de principios para la lucha contra la impunidad - Conjunto de principios actualizado para la protección y la promoción de los derechos humanos mediante la lucha contra la impunidad* (informe n.º 61). Recuperado 8 noviembre 2024, de https://ap.ohchr.org/documents/dpage_s.aspx?si=e/cn.4/2005/102/add.1
- Naciones Unidas. (2008). *Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 40 del pacto* (informe n.º 94). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Comité de Derechos Humanos. Recuperado 8 noviembre 2024, de https://memoriahistorica.dival.es/wp-content/uploads/05_comite_ddhnu_2008.pdf

- Oiaguren, María, y Soliño, Karmele (Coords.). (2010). *Experiencias pedagógicas en torno a la memoria de las víctimas del terrorismo y las dictaduras*. Bakeaz.
- Ovejero, Anastasio. (2020). *Trauma y memoria en las víctimas del franquismo. Su transmisión a las siguientes generaciones*. Edición del autor en <https://www.anastasio.ovejero.net/>
- Papalia, Diane; Feldman, Ruth, y Martorell, Gabriela. (2012). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Piedras Monroy, Pedro. (2012). *La siega del olvido. Memoria y presencia de la represión*. Siglo XXI.
- Reátegui, Félix (Ed.). (2021). *Justicia transicional. Manual para América Latina*. Comisión de Amnistía, Ministerio de Justicia de Brasil y Centro Internacional para la Justicia Transicional.
- Reddy, William M. (2001). *The navigation of feelings: A framework for the history of emotions*. Cambridge University Press.
- Romero, Ángel. (2023). *Nuevos campos para el Trabajo Social: la recuperación de la memoria histórica*. Niebla.
- Rosón, María, y Medina Domenech, Rosa. (2017). Resistencias emocionales. Espacios y presencias de lo íntimo en el archivo histórico. *Arenal, Revista de Historia de Mujeres*, 24(2), 407-439.
- Ruiz Vargas, José María. (2008). ¿De qué hablamos cuando hablamos de “memoria histórica”? Reflexiones desde la psicología cognitiva. *Entelequia. Revista Interdisciplinar*, 7, 53-76. <https://acortar.link/xGZy3B>
- Ruiz Vargas, José María. (2011). Trauma y memoria de la Guerra Civil y la dictadura franquista. En Julio Aróstegui Sánchez y Sergio Gálvez Biesca (Coords.), *Generaciones y memoria de la represión franquista* (p. 139-180). PUV.
- Scott, James C. (2003). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Txalaparta.
- Shatan, Chaim. (2001). Trastorno de estrés postraumático: Entrevista con Chaim F. Shatan (realizada por Francisco Orengo y Dominique Sabbah). *Boletín de la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático*, 0, 3-28.
- Sontag, Susan. (1996). *Sobre la fotografía*. Edhasa.
- Tisseron, Serge. (2000). *El misterio de la cámara lúcida: Fotografía e inconsciente*. Ediciones de la Universidad de Salamanca.
- Valencia Álvarez, Iván; Corredor, Oscar; Jiménez, Angélica María; De los Ríos, Juan Carlos, y Salcedo, Laura. (2016). *Pedagogía, educación*

- y paz en escenarios de postconflicto e inclusión social. *Revista Lasallista de Investigación*, 13(1), 126-140.
- Valji, Nahla. (2012). *La justicia transicional: ¿una oportunidad para las mujeres?* ONU Mujeres. Recuperado 8 noviembre 2024, de <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2012/10/WPSsourcebook-06B-TransitionalJusticeWork4Women-es.pdf>
- Valverde, Clara. (2016). *Desenterrar las palabras. Transmisión generacional de la violencia política del siglo XX en el estado español*. Icaria.
- Vásquez Zárate, Gladys Angélica; Faúndez Abarca, Ximena, y Pérez Guirao, Francisco Javier. (2020). Desenterrando emociones en las fosas comunes de la represión franquista. *Revista Nómadas*, 53, 159-175. <https://dx.doi.org/10.30578/nomadas.n53a9>
- Villagrán, Loreto. (2016). *Trauma psicosocial: Naturaleza, dimensiones y medición* (Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). <http://hdl.handle.net/10486/672523>
- Villasante, Helena. (2017). Memorias de la violencia franquista y exhumaciones contemporáneas de fosas. El caso del País Valenciano. En *Actas del IX Encuentro Internacional de investigadores del Franquismo: 80 años de la Guerra Civil Española, Granada 10 y 11 de marzo de 2016* (p. 622-635). Fundación Estudios Sindicales y Cooperación de Andalucía. Recuperado 25 octubre 2024, de <https://acortar.link/7WoieK>
- Volkan, Vamik D. (2018). *Psicología de las sociedades en conflicto. Psicoanálisis, relaciones internacionales y diplomacia*. Herder.

Hábitos de vida de la generación Z tras la pandemia de covid-19, a la luz de un proyecto de promoción de la salud en adolescentes¹

Lifestyle habits of Generation Z in the wake of the COVID-19 pandemic: insights from the standpoint of a health promotion project for adolescents

María Abreu Velázquez²

ORCID: 0000-0002-7575-4865

Nuria Santana Siverio³

ORCID: 0009-0001-0593-7607

Recepción: 14/06/24. Revisión: 11/11/24. Aceptación: 19/11/24

Para citar: Abreu Velázquez, María, y Santana Siverio, Nuria. (2024). Hábitos de vida de la generación Z tras la pandemia de covid-19, a la luz de un proyecto de promoción de la salud en adolescentes. *Revista de Treball Social*, 227, 85-106. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.04>

Resumen

La pandemia de covid-19 ha tenido un impacto significativo en la generación Z, por lo que es necesario diseñar proyectos de promoción de la salud dirigidos a mitigar sus efectos. Se emprendió una investigación de tipo cuantitativa-descriptiva orientada a conocer sus hábitos de vida con el objetivo de incorporar su propia visión. Participaron 588 estudiantes de Secundaria procedentes de un entorno urbano, de entre 11 y 17 años, de ambos sexos y no binarios. Los resultados indican que la mayoría de los jó-

1 Este estudio no contó con ningún tipo de financiación o beca proveniente del sector público o privado. Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses. Las autoras quieren expresar su agradecimiento a todos los profesionales sanitarios que contribuyeron a la distribución y realización de las encuestas.

2 Graduada en Trabajo Social. Máster en Trabajo Social Sanitario. Trabajadora social sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife. Servicio Canario de Salud. mabrvel@gobiernodecanarias.org

3 Diplomada en Trabajo Social. Máster en Intervención y Mediación Familiar. Trabajadora social sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife. Servicio Canario de Salud. nsansiv@gobiernodecanarias.org

venes mantienen relaciones satisfactorias en su contexto social inmediato y sus hábitos alimenticios comprenden la ingesta de hidratos de carbono, hortalizas, frutas y proteínas, al menos tres veces por semana; los dulces y alimentos preparados tienen una presencia importante en su dieta y el consumo de frutas es considerable. Se advierte un estilo de vida sedentario con el uso de redes sociales y de dispositivos electrónicos plenamente integrado dentro de sus actividades cotidianas, lo que puede acarrear problemas de salud. Las intervenciones de las trabajadoras sociales pueden favorecer la adopción y el mantenimiento de un estilo de vida saludable, ya sea mediante el trabajo con grupos de estudiantes, apoyándolos para que descubran sus propios recursos y puedan generar sus propias soluciones enfrentando los desafíos de su tiempo, ya sea mediante el diseño de programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito comunitario. La promoción de la salud debería estar respaldada por políticas públicas dirigidas a los colectivos más vulnerables y ser sostenidas en el tiempo.

Palabras clave: Hábitos de vida, generación Z, covid-19, promoción de la salud, Trabajo Social sanitario.

Abstract

The Covid-19 pandemic has had a significant impact on Generation Z, which made it necessary to design health promotion projects aimed at mitigating its effects. For this reason, a quantitative-descriptive research was undertaken orientated towards understanding their lifestyle habits with the purpose of incorporating their own vision. 588 high school students from an urban environment, aged between 11 and 17, of both sexes and non-binary participated. The results indicate that youngest people maintain satisfactory relationships in their immediate social context and their eating habits include the intake of carbohydrates, vegetables, fruits and proteins, at least 3 times a week; sweets and prepared foods have an important presence in their diet and the consumption of fruits is considerable. A sedentary lifestyle is noted with the use of social networks and electronic devices fully integrated into their daily activities, which can lead to health problems. Social workers' interventions can promote the adoption and maintenance of a healthy lifestyle, either by working with groups of students, supporting them to discover their own resources and generate their own solutions to the challenges of their time, or by designing prevention and health promotion programs at community level. Health promotion should be supported by public policies directed towards the most vulnerable groups and be sustained over time.

Keywords: Lifestyle habits, Generation Z, Covid-19, health promotion, social work in healthcare.

Introducción

Desde el ámbito del Trabajo Social sanitario se presentan los resultados de una investigación sobre los hábitos de vida de personas jóvenes pertenecientes a la generación Z, en un contexto de promoción de la salud, después de la pandemia mundial de covid-19. Esta generación aglutina a las personas nacidas durante el periodo comprendido entre el 1996 y el 2012 y se encuentran ya plenamente adaptadas a la era digital. Esta pandemia tuvo un amplio impacto en la sociedad a escala global; en muchos países se adoptaron medidas restrictivas de confinamiento que implicaron cambios repentinos en los estilos de vida de la población, lo que conllevó más sedentarismo, aislamiento social, aumento del consumo de alcohol, drogas y comida rápida, así como un mayor uso de pantallas. Con el avance de la pandemia, se produjo un empeoramiento de las condiciones de salud, entendida en sus distintas dimensiones –física, psicológica y social– en todos los grupos de edad. Este deterioro se constató mayormente en aquellos individuos que ya tenían enfermedades crónicas diagnosticadas, así como también se advirtió un incremento de la morbilidad y la mortalidad por patologías no relacionadas con la covid-19 (Chudasama et al., 2020). En la misma medida, propició el auge de problemas comportamentales, especialmente entre los grupos demográficos más vulnerables: jóvenes, mayores y mujeres. En un estudio llevado a cabo en Italia, durante la primera ola de la pandemia, se observó un marcado ascenso de los niveles de estrés entre los habitantes del país, a la vez que un mayor riesgo de desarrollo de estrés postraumático tanto en la generación Y como en la Z (Brivio et al., 2021). En Indonesia también se notificaron modificaciones en los hábitos alimenticios, comportamentales y de manejo del estrés en estas generaciones, siendo más acentuadas en la generación Z (Sitoayu et al., 2023). En el Reino Unido, un sondeo señaló que el 44% de los jóvenes de entre 16 y 25 años creía que sus aspiraciones de cara al futuro habían disminuido como consecuencia de la pandemia (Prince's Trust, 2020). Este mismo informe apuntaba a la generación Z como la que estaba siendo probablemente más afectada por la pandemia, con un mayor predominio de los problemas en la esfera de la salud mental (Prince's Trust, 2020).

Todo ello ha llevado a los organismos públicos, a los profesionales y a los investigadores de distintas disciplinas a poner el foco de atención de una manera más acentuada en las generaciones más jóvenes, haciendo necesario potenciar y a la vez adaptar las intervenciones dirigidas a ellas, por un lado, para el desarrollo de una mayor resiliencia frente a acontecimientos adversos de gran magnitud (Dennelly et al., 2022) mediante la puesta en marcha de programas y dispositivos orientados a la comunidad, especialmente desde los centros de atención primaria y las unidades de día de los hospitales (Organización Mundial de la Salud, 2019) y, por otro, para dar un importante impulso a la promoción de la salud en la adolescencia.

El objetivo es proporcionar estrategias a los jóvenes para la mejora de la salud, mediante la educación para la salud como herramienta que

facilite la adopción de estilos de vida saludables previniendo la ocurrencia de problemas psicosociales. Para alcanzar esta meta se hace necesario tener en cuenta los determinantes sociales de salud tales como la posición socioeconómica, la clase social, la educación, la disponibilidad de alimentos o el acceso a la vivienda por la capacidad de estos elementos de generar desigualdades en salud y en el bienestar personal y entre los distintos grupos de una comunidad. Unido a ello es esencial el examen no solo de las condiciones de vida de los individuos, sino también del proceso educativo que guía y puede llegar a hacer posible los cambios requeridos, reparando también en “las creencias, nociones, conocimientos, prácticas y la manera en que los conjuntos sociales interpretan y entienden el fenómeno de la salud-enfermedad, así como todas aquellas acciones que realizan para conservar y potenciar la salud” (Arenas y Paulo, 2001).

En España, existe una extensa base legislativa que ampara las acciones dirigidas a la promoción de la salud desde la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, que estableció que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”. Asimismo, dentro del marco de prestación de los servicios de salud, dicha ley estipula que la atención primaria de salud es el eje desde donde deben gravitar “las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad”. En el mismo sentido, el Real Decreto 1030/2006, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, estableció que desde este punto deben originarse “las actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados”, lo cual incluye “la información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables y las actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos”.

Es especialmente en este contexto educativo donde la promoción de la salud y la adquisición de hábitos de vida saludables en la población infantil y juvenil han tenido un abundante tratamiento legislativo. Los espacios escolares son considerados idóneos tanto para la formación académica como para el abordaje global de la salud de la población joven. El acuerdo entre el Ministerio de Educación y el de Sanidad, de 2019, para la educación y promoción de la salud en la escuela, venía a establecer el escenario primordial de colaboración para el desarrollo de estrategias conjuntas dirigidas al fomento de la salud en este ámbito. Una intervención coordinada entre estos dos ministerios podría contribuir a facilitar, por añadidura, el propósito de actuación ante uno de los principales determinantes de la salud –la educación– ya que “los niños y niñas con mejor educación llegan a ser personas adultas más saludables” (Ministerio de Sanidad, 2019). Las acciones para la salud en la escuela deben ser integrales, lo que se traduce en una visión desde las perspectivas biológica, psicológica y social. Siguiendo esta estela, se plantean como objetivos:

“promover la actividad física en las escuelas, la alimentación saludable y el bienestar emocional ...” (Ministerio de Sanidad, 2019).

Continuando con las líneas propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la normativa emanada de los citados organismos públicos, y considerando los cambios sobrevenidos por la pandemia, surge en 2021 el Proyecto Salud con Z para la promoción de la salud en la adolescencia en la isla de Tenerife (España). Esta iniciativa parte de la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Tenerife, que se plantea dar un impulso a las estrategias de prevención de la salud en todas las etapas de la vida, con el énfasis orientado hacia las personas adolescentes tras haberse constatado su mayor vulnerabilidad durante la pandemia (Gobierno de Canarias, 2023), igual que lo que ya se había venido manifestando en otras comunidades autónomas. El proyecto, elaborado desde la óptica de distintas disciplinas, entre las cuales se encuentra el Trabajo Social, tiene en cuenta la adolescencia como una etapa donde “se adquieren modelos de comportamiento y conductas que se mantendrán el resto de la vida... como el consumo de sustancias potencialmente perjudiciales para la salud, los hábitos alimenticios, la práctica del ejercicio físico y la manera de afrontar los diferentes conflictos” (Gobierno de Canarias, 2023). Desde una perspectiva de metodología participativa, se programaron actividades grupales impartidas en los centros educativos dirigidas a preparar a los estudiantes para adquirir y mantener estilos de vida saludables. Estas actividades, en formato taller, fueron impartidas por distintos profesionales sanitarios.

Una vez ejecutado el primer año del proyecto se trata de conocer los hábitos de vida, las creencias y en definitiva el *modus vivendi* de una población concreta con el fin de marcar líneas de mejora en la intervención contando con la visión de los propios jóvenes y sus posibles intereses, ya que inicialmente el contenido de los talleres se había determinado según las propuestas de los profesores y directores de los institutos.

La iniciativa de avanzar en este proyecto incorporando la perspectiva de los propios jóvenes surge desde el Trabajo Social sanitario en atención primaria. Los trabajadores sociales en los servicios sanitarios juegan un papel clave en la prevención de los problemas de salud al enlazar la visión individual y la comunitaria de las necesidades, detectando las posibles debilidades de los proyectos en la valoración del contexto social de las poblaciones a los que van dirigidos y para contribuir a aunar los esfuerzos sanitarios y sociales (Dennelly et al., 2022). La investigación en este marco además debe permitir la reflexión sobre la práctica profesional e indicar nuevos caminos para la propia acción investigadora (De Souza, 2019). Cabe destacar el interés tradicional de la disciplina en la comprensión tanto de la persona como de su entorno, así como en la salud pública y la prevención de la enfermedad mediante el estudio y abordaje de los determinantes sociales de la salud. Para algunos investigadores, esta tradición se remonta a los orígenes del Trabajo Social contribuyendo este foco de atención dual a la propia identidad profesional y favoreciendo con ello a una relación temprana con la medicina social y el desarrollo de la salud pública como entidad por la influencia del Trabajo Social en la medicina

(Brea et al., 2024); estos autores también señalan que las aportaciones del Trabajo Social comunitario a la salud pública no son bien conocidas. Con todo ello, el trabajo grupal y la orientación hacia la comunidad, promoviendo la participación de la población, son elementos que han contribuido a la incorporación de los trabajadores sociales a los equipos multidisciplinares, mayormente de atención primaria de salud, para la promoción de la salud. En este ámbito se han venido señalando algunas funciones específicas, como el diseño de las estrategias para la participación de la comunidad, el conocimiento de la estructura socioeconómica de una población dada y sus habitantes, así como sus recursos asociativos, sus líderes y sus instituciones (Abreu y Mahtani, 2018). No obstante, hay que tener en cuenta que pese a las directrices marcadas por el discurso surgido desde la OMS en la Declaración de Alma Ata de 1978 (Organización Panamericana de la Salud, s. d.), y en los sucesivos encuentros en esta materia, la promoción de la salud ha ido desdibujándose y redirigiéndose hacia enfoques más orientados a promover cambios conductuales en los individuos para adquirir estilos de vida saludables en detrimento de la actuación y modificación de los determinantes sociales. Los modelos teóricos de promoción de la salud en atención primaria hoy en día se caracterizan principalmente por la adhesión a modelos interpersonales en los cuales se fomentan cambios en los individuos por medio de actividades dirigidas por los profesionales (Gil-Girbau et al., 2021), lo que puede contribuir a reforzar la idea de la propia responsabilidad del individuo prestando una menor atención a los determinantes sociales (Ashcroft, 2015). En este sentido, el objetivo de este estudio exploratorio sería, teniendo en cuenta el punto de partida desde un modelo interpersonal, analizar los hábitos de vida en una población particular en un ámbito geográfico concreto con el fin de proponer los ajustes pertinentes del programa Salud con Z, incorporando la visión de los propios participantes, a la vez que se trataría de identificar las necesidades para la provisión de servicios e identificar o promover las políticas públicas efectivas para aminorar el impacto de las desigualdades sociales en dicho territorio.

Metodología

Diseño

El estudio se ubica en el municipio canario de Santa Cruz de Tenerife, que cuenta con una población total de 209.395 residentes. El barrio seleccionado, de tipo urbano, tiene 38.614 habitantes. Según la segregación estadística oficial por edades, el municipio cuenta con 22.814 pobladores entre los 6 y los 17 años (Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2023a, 2023b), de los cuales 3.730 jóvenes se encuentran censados en el barrio donde se llevó a cabo el estudio, constituyendo la población diana. Este enclave fue construido sobre antiguas zonas de actividad industrial, luego desplazadas al extrarradio, y está configurado mayormente por numerosas edificaciones de viviendas públicas y, en menor medida, autoconstruidas. Está dotado con tres institutos oficiales de enseñanza secundaria. El barrio en su conjunto conforma la zona básica de salud donde opera el equipo de atención primaria.

El propósito de la investigación, de tipo cuantitativa y descriptiva, era examinar los hábitos de vida de esta población joven con relación a la alimentación, el ejercicio físico, el nivel de percepción de autoestima, el consumo de sustancias, el uso de las redes sociales y los horarios de descanso y sueño. Para llevar a cabo el análisis se diseñaron cuatro tipos de encuestas, una por cada uno de los talleres de educación sanitaria impartidos a los estudiantes. En lo fundamental se trataba de detectar las necesidades de la población joven de la zona, para poder perfilar nuevas estrategias de promoción de la salud con mayor impacto teniendo en cuenta las necesidades específicas de la población diana. Mediante el conocimiento de los hábitos de vida de la población joven residente en un barrio con bajos niveles de renta una vez superada la pandemia, se planteó como objetivo secundario desvelar las posibles repercusiones negativas de la misma que otros estudios previos habían reportado para esta cohorte. Se tomaron en cuenta las características socioeconómicas de la zona por los datos aportados por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN, 2023), que en el avance de su informe “Estado de la pobreza en las comunidades autónomas”, destaca que el 13,2% del total de la población canaria se encuentra en situación de pobreza severa y el 11,9% sufre privación material y social severa, siendo muy elevada con respecto a su tasa de pobreza. El 29,4% de la población canaria se encuentra en riesgo de pobreza, siendo la segunda peor tasa del país.

Participantes

Para la selección de participantes se escogieron a todos los estudiantes que cursaron algún nivel de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) durante el periodo elegido para el estudio, en los tres institutos públicos de la zona. Las edades de los individuos estuvieron comprendidas entre los 11 y 17 años, correspondientes a la denominada generación Z.

Los datos fueron recopilados por los profesionales sanitarios durante la fase de desarrollo del programa Salud con Z en los centros de enseñanza, entre septiembre de 2022 y mayo de 2023.

Del total de participantes, el 43% se definió como mujer, el 52% como hombre y el 5% como no binario o no respondió a la pregunta. El número de participantes varió en las distintas encuestas debido a que la realización de estas se llevó a cabo en horario escolar en diferentes días y centros y a lo largo del curso lectivo, lo que supuso enfrentar la posible falta de asistencia al instituto de los estudiantes.

Así pues, se obtuvo una muestra en la encuesta de “autoestima” de 557 participantes, para la de “alimentación y ejercicio físico” una muestra de 588 participantes; la encuesta sobre “consumo de sustancias” obtuvo 543 participantes y la de “redes sociales y sueño”, un total de 537.

Se expone en la siguiente tabla:

Tabla 1. Tipo de encuesta y participantes por sexo

Encuesta	Participantes	Hombre	Mujer	No Binario
Autoestima	n 557	278	255	24
Alimentación y ejercicio físico	n 588	303	245	40
Consumo de sustancias	n 543	274	231	38
Uso de redes sociales y sueño	n 537	293	228	16

Fuente: Elaboración propia.

En la ejecución del estudio se contó con la autorización y la colaboración de los directores de los centros educativos públicos.

Para la recogida de datos fue indispensable la cooperación de los profesionales sanitarios que impartieron los talleres, quienes fueron los encargados de hacer llegar las encuestas a los alumnos.

Instrumentos

Se elaboraron cuatro cuestionarios diferentes de manera específica para este trabajo con el fin de analizar distintos aspectos: el estado / la percepción del nivel de autoestima, los hábitos alimenticios y de actividad física, el consumo de sustancias y, por último, el uso de redes sociales y las rutinas de sueño.

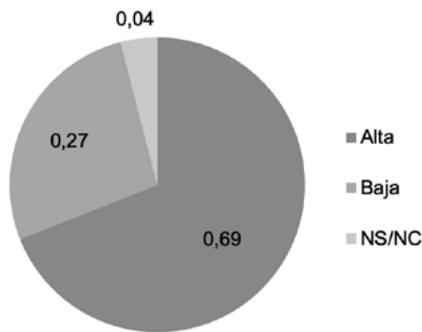
El número de preguntas varió en cada encuesta; se utilizó un tipo de pregunta cerrada con diferentes opciones de respuesta, que fueron agrupadas en función de la respuesta ofrecida por los estudiantes, para obtener una estadística/intensidad.

Resultados

Autoestima

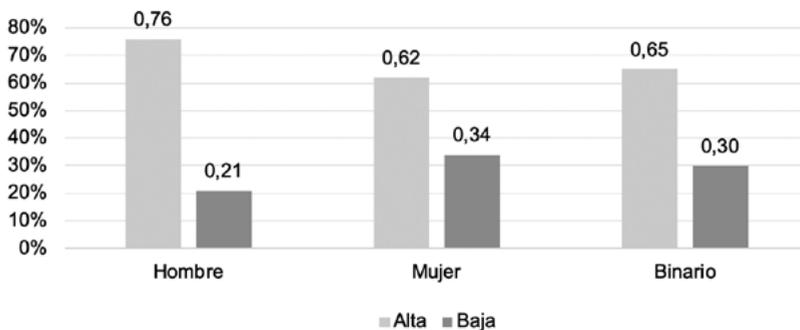
La encuesta constó de seis preguntas cerradas que versaron sobre la autoestima y la satisfacción en la relación con uno mismo y con los demás. También sobre cómo la imagen personal de alguna manera afecta o influye en la forma en que se relacionan con los demás. La primera pregunta planteada fue sobre su nivel de autoestima. Se presentan a continuación los datos totales, y segregados por sexos.

Figura 1. Percepción de la autoestima



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Percepción de la autoestima por sexo



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados sugieren que el nivel de autoestima de los participantes es alto. En el análisis de los datos diferenciados por sexos, el 76% de los varones de la muestra tienen una autoestima alta, mientras que el porcentaje en las mujeres es del 62%. El 21% de los adolescentes varones y el 34% de las mujeres tiene una baja autoestima. Se podría deducir que

los varones adolescentes tienen una mejor percepción de autoestima frente a las mujeres adolescentes.

Los resultados de la encuesta dirigida a conocer la satisfacción tanto consigo mismos como con las relaciones con su familia y amigos proporcionó los siguientes datos:

Tabla 2. Satisfacción en las relaciones

Satisfacción	Individual	Familiar	Amigos
Sí	76%	82%	85%
No	21%	13%	10%
NS/NC	3%	4%	5%

Fuente: Elaboración propia.

El nivel de satisfacción individual es alto; la satisfacción con las relaciones familiares (82%) como las que mantienen con sus amigos (85%) es también satisfactoria para un gran porcentaje de los adolescentes del estudio.

Alimentación y ejercicio

Esta encuesta de ocho preguntas cerradas versó sobre la realización de ejercicio físico y su intensidad semanal; también se incluyeron cuestiones sobre sus hábitos alimenticios: tipo de alimentos, capacidad de decisión sobre el consumo y el uso de aparatos tecnológicos en el momento de la ingesta.

Con relación al tipo de alimentación, un 72% de los jóvenes considera que mantiene una alimentación variada y saludable. En la tabla a continuación, se exponen los datos sobre los tipos de alimentos y la frecuencia semanal de consumo.

Tabla 3. Frecuencia consumo de alimentos

	Proteínas	Frutas	Verduras	Legumbres	Hidratos de carbono	Comida rápida o dulces
Diario	35%	44%	33%	16%	59%	21%
2/3 veces por semana	55%	38%	42%	57%	26%	43%
Nunca/ Casi nunca	4%	16%	23%	25%	3%	34%
NS/NC	6%	2%	2%	3%	1%	2%

Fuente: Elaboración propia.

Un 59% de los participantes declara consumir hidratos de carbono a diario mientras que el consumo de frutas (44%), verduras (33%) y legumbres (16%) se encuentran por debajo de esta cifra. El consumo de proteínas (55%) y de legumbres (57%) alcanza una frecuencia de 2/3 veces por semana seguidos por la comida rápida y los dulces (43%).

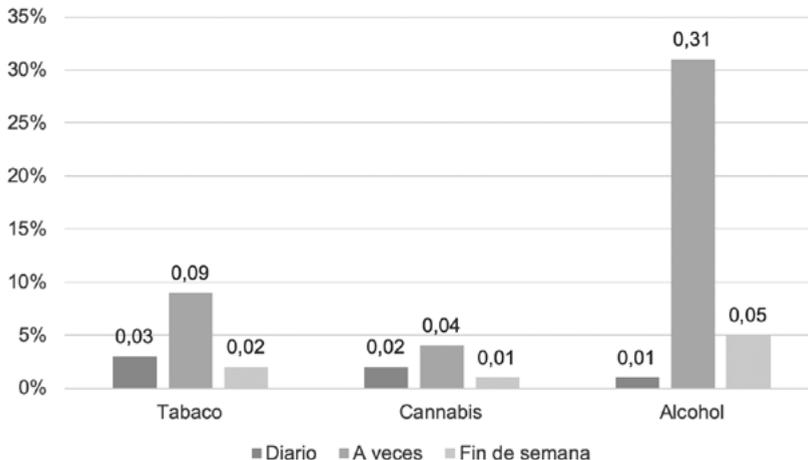
Un 81% de los adolescentes de la muestra expone que efectúa sus comidas principales acompañado de otras personas frente al 26%, que manifiesta hacerlo solo. Además, el 68% hace uso de los dispositivos móviles o la televisión mientras come, y el 66% refiere que puede participar en la elección y/o decisión sobre los alimentos que consume.

El 79% de los participantes refirieron realizar alguna actividad física mientras que el 20% no hacía ninguna. De los estudiantes que respondieron de forma afirmativa, el 32% dedica entre 0 y 3 horas semanales a la práctica y el 29%, entre 3 y 6 horas semanales. Un 18% de los encuestados dedica de 6 a 9 horas a la semana.

Consumo de sustancias

La sustancia que más consumen los jóvenes es el alcohol (30%). Se observa un consumo diario de alcohol y cannabis en algunos casos. El 7% de los participantes refirieron sentir presión para el uso de sustancias; el 42% de los hombres declaró sentir presión del grupo, entre las mujeres la cifra se elevó al 46%.

Figura 3. Consumo de cannabis, tabaco y alcohol



Fuente: Elaboración propia.

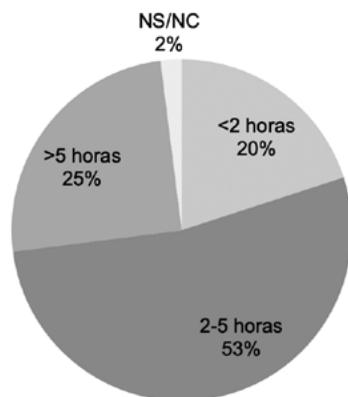
Redes sociales y sueño

La encuesta contó con diez preguntas cerradas con el fin de analizar el uso de las redes sociales y dispositivos electrónicos, así como los hábitos de descanso y sueño.

Del total de alumnos encuestados, el 92% afirmó que usaba a diario redes sociales, siendo las tres aplicaciones más utilizadas Instagram (64%), TikTok (59%) y WhatsApp (52%).

Del tiempo que dedican al día al uso de estas aplicaciones, el 20% de los encuestados manifestó que menos de 2 horas al día, y el 53%, entre 2 y 5 horas al día. Un 25% de los adolescentes utiliza más de 5 horas al día los dispositivos electrónicos.

Figura 4. Tiempo diario dedicado al uso de las redes sociales y otras aplicaciones



Fuente: Elaboración propia.

El 75% de los adolescentes está conectado a las redes sociales durante el día y un 25% las utiliza solo por la tarde-noche. Además, un 4% del total de entrevistados manifiesta que hace uso de las redes sociales y/u otras aplicaciones de madrugada. Con respecto a la supervisión del uso y del tipo de contenidos que visualizan, el 34% de los adolescentes manifiesta que son controlados por sus progenitores.

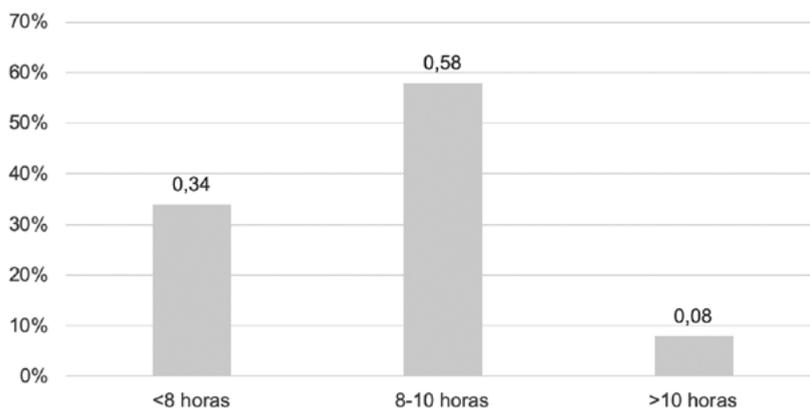
El 75% de los adolescentes considera que el tiempo que dedica al uso de redes sociales, dispositivos electrónicos y aplicaciones informáticas no limita la realización de otras actividades fuera del horario escolar. No obstante, el 43% de los encuestados considera que el uso de redes sociales sí afecta a la forma en la que se relacionan con los demás. El 15% de los jóvenes refieren haberse sentido acosados y/o vulnerables a través de estas plataformas digitales.

Con respecto a sus hábitos de sueño, el 34% de los adolescentes manifiesta que duermen menos de 8 horas al día, el 58% descansa entre 8

y 10 horas, y el 8% refiere hacerlo más de 10 horas al día. En la valoración del horario en el que los adolescentes se van a la cama, el 34% de los jóvenes se acuestan en torno a las 10 de la noche, el 46% entre las 11 y 12 de la noche, y el 20% más tarde de las 12 de la noche.

El 76% de los adolescentes afirma hacer uso de algún dispositivo electrónico mientras está en la cama y previo a la fase de sueño.

Figura 5. Tiempo dedicado al sueño



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El porcentaje de los jóvenes del estudio que percibe que su autoestima es alta es del 69%. Según los datos, se puede considerar que el género masculino tiene una mejor percepción de autoestima que el femenino.

Más de tres cuartas partes de la población entrevistada se siente satisfecha consigo misma. En una comparativa de estos datos con los resultados del estudio nacional HBSC/2018, sobre la adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social (Moreno et al., 2020) en el que el 72,5% de los jóvenes también la valoró como alta, se puede concluir que la población estudiada sigue la misma tendencia general, aunque en un porcentaje algo inferior.

En cuanto a la satisfacción de los jóvenes en su relación con la familia y su grupo de amigos, se observa que la población escrutada experimenta en general una mejor dinámica en sus relaciones familiares (82%) y con sus iguales (85%), frente a la media nacional, extraída del estudio HBSC/2018 ya citado, con un 60,6% y un 66,2% respectivamente. La familia y los amigos pueden actuar como un factor protector frente a las dificultades como fuente de provisión de apoyo social.

El grupo de mujeres que tiene baja autoestima es considerable (34%), al igual que el de los hombres (21%), así como el del conjunto de

jóvenes que no experimentan satisfacción en el ámbito individual (21%) ni familiar (13%). Es notable igualmente el porcentaje de jóvenes que se sienten acosados en las redes (15%). Se trata de un grupo de adolescentes con necesidades psicosociales complejas o que presentan ya una afectación en su bienestar psicosocial, por lo que se requeriría un enfoque de la intervención diferente, integral y con más intensidad que podría ser proporcionado en el entorno académico o mediante el establecimiento de canales de coordinación y actuación específicos con otros sistemas de protección, como los servicios sociales y sanitarios públicos.

El consumo de proteínas (55%) y de legumbres (57%) alcanza una frecuencia de 2/3 veces por semana seguidos por la comida rápida y los dulces (43%). Con respecto al consumo de frutas y verduras, en una comparativa con la media nacional ofrecida en el estudio HBSC/2018, es significativamente mayor en la población del estudio, siendo para la fruta un 44% frente al 16,5% de la media nacional, y un 33% para las verduras respecto al 13,5%. En el Informe del Consumo Alimentario en España 2022 (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2023) también destaca un consumo de fruta fresca inferior (6,8%) en personas entre la franja de edad de 15 a 19 años con una tendencia a la baja desde 2021 y más marcado en la clase socioeconómica de menor renta. Los porcentajes superiores de consumo de frutas y verduras en la población del estudio podrían deberse a los efectos del programa escolar de promoción de estos alimentos emprendido por el gobierno de la región (Suárez et al., 2016) destinado a incrementar la ingesta de fruta con el fin de prevenir la obesidad infantil.

El consumo diario de hidratos de carbono es realizado por el 59% de los adolescentes que participaron en el estudio.

Cabe pensar que en general los hábitos alimentarios de los participantes se hayan visto influenciados y modificados por acontecimientos sobrevenidos tanto durante la pandemia como a posteriori, tales como la retracción del consumo en los hogares debido al aumento de los precios, la guerra de Ucrania y su repercusión en la producción y distribución de cereales y otros alimentos o por la variación de los flujos comerciales (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2023). El acceso y la seguridad de disponer de manera continuada de los alimentos de mayor valor nutricional, esenciales para una vida saludable, debe ser un objetivo de las políticas públicas sociales y sanitarias para las rentas más bajas (Serrano et al., 2022).

Si como consecuencia de estos cambios sociales los hábitos alimentarios también mudaron no lo hicieron solo en un sentido negativo ya que, para otros jóvenes, en otros lugares, un mayor consumo de frutas, verduras o lácteos fue visto como una contribución al fortalecimiento del sistema inmune (Sitoayu et al., 2023).

En lo que respecta a la práctica de ejercicio físico, más del 80% de la población estudiada no cumple con el nivel de actividad semanal recomendado en la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud (Ministerio de Sanidad, 2023), establecido en 60 minutos con una intensidad moderada-alta, para niños y adolescentes. Solo el 18% de los jóvenes encuestados

logra alcanzar el objetivo propuesto por las autoridades sanitarias para que sea considerado beneficioso dentro de un estilo de vida sana.

En el análisis del consumo de sustancias se halló que casi la mitad de los jóvenes han consumido alcohol alguna vez; además, un 31% de los encuestados contestó que la ingesta de alcohol fue ocasional, una cifra similar a la media nacional (38,2%) aportada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). Igualmente, el porcentaje de los jóvenes que toman alcohol de manera diaria en este estudio (1%) coincide con el detectado por el OEDA.

Con respecto al consumo de tabaco, el 19% de la población encuestada refiere que ha consumido tabaco; el 3% manifiesta que consume a diario, y un 9% lo realiza de manera ocasional, en este caso el porcentaje se sitúa muy por debajo de la media nacional del 73,9% obtenida por el OEDA.

El cannabis es la sustancia de menor uso entre los jóvenes encuestados (7%). De estos, un 4% refiere realizar un consumo ocasional, frente al 28,6% de los encuestado a escala nacional (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022). Sin embargo, el uso diario se replica en ambos estudios (2%).

A la hora de adoptar determinados hábitos, como el consumo de tabaco, muchos jóvenes, sobre todo las mujeres y los adolescentes de menor edad, dicen sentirse influenciados por personas de su entorno que fuman (Rodríguez et al., 2017).

Con respecto al uso de las nuevas tecnologías, el Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) ha realizado varios estudios sobre el uso y el impacto de internet y redes sociales en menores y adolescentes. En el informe sobre “El uso de las tecnologías por los menores en España” (Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, 2022) se ha concluido que el 98% de los menores de entre 10 y 15 años usa internet de forma habitual, y que 7 de cada 10 menores tiene un dispositivo móvil. Además, concluye que Canarias es una de las comunidades autónomas en las que hay una mayor proporción de menores que usa ordenador, móvil y accede a internet. Estos datos, comparados con los obtenidos en el presente estudio, siguen una tendencia concordante acerca del uso de internet, redes sociales y dispositivos electrónicos. Si bien, una observación detenida sobre el modo de uso de los dispositivos electrónicos de los adolescentes del estudio subraya que solo un 34% han tenido una supervisión del tiempo que pasan conectados y que utilizan estos dispositivos cuando están en la cama (76%) o mientras comen (68%).

Otro informe de la ONTSI sobre el “Impacto del aumento del uso de internet y redes sociales en la salud mental de los jóvenes y adolescentes” (Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, 2023) concluye que el 33% de la población de entre 12 y 16 años se encuentra en riesgo elevado de hacer un uso compulsivo de servicios digitales. Esta tendencia puede estar vinculada a la época de confinamiento, debido a la covid-19, cuando el uso de internet y los dispositivos electrónicos fueron fundamentales para poder continuar su progreso académico y mantener contacto social, en un momento en que su desarrollo vital se vio truncado. Otros estudios también

advierten que este fenómeno pudo haberse originado una década antes, dado que desde 2010 el uso inadecuado de internet se ha venido relacionando con el aumento de la ansiedad, la depresión, las automutilaciones y el suicidio en población joven como consecuencia del aislamiento social que propicia el uso de las nuevas tecnologías (Haidt, 2024).

En contraposición, este estudio también habla del empleo positivo de internet y de las redes sociales por cuanto ayudan a vincular a personas de un mismo colectivo y también para apoyar determinadas causas.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde las personas experimentan ya de por sí distintos malestares. Si bien la generación Z tuvo más dificultad que otras para manejar el estrés por los cambios introducidos por los gobiernos para abordar la pandemia, hay que reparar que la resiliencia no es un factor estable y que su construcción se encuentra modulada por experiencias previas y por el proceso de aprendizaje desarrollado durante otros acontecimientos vitales (García y Beyebach, 2022).

En la actualidad, las jóvenes generaciones están también expuestas a otros acontecimientos que alteran su estilo de vida y suponen obstáculos para la adquisición y el mantenimiento de hábitos saludables por los problemas sociales emergentes derivados del contexto histórico que les ha tocado vivir. Se trata de un escenario donde están convergiendo distintas crisis (Nissen y Scheyett, 2021), como por ejemplo la introducida por el cambio climático, que produce una huella emocional significativa para los jóvenes de todo el mundo independientemente del nivel económico de su país (Hickman et al., 2021). Desde una perspectiva más positiva, el duelo ecológico en este caso puede ser también un estímulo para los jóvenes a la hora de propiciar acciones de lucha para mitigar y enfrentar los problemas medioambientales (Benoit et al., 2022).

Una de las tareas de los profesionales sería ayudarles a aprender de estas experiencias (Funes, 2009) para favorecer la construcción de sus propias narrativas y encontrar los significados inherentes (Dennelly et al., 2022) que hagan posible la mejora del bienestar psicosocial (Regalado, 2023). Proporcionar acompañamiento desde el Trabajo Social en los grandes periodos de crisis puede ayudar a prevenir problemas de salud mental en los estudiantes (Valduga et al., 2023).

Conclusiones

Dado que la población analizada se concentró en la franja etaria entre los 11 y los 17 años, no se puede establecer una comparativa exacta entre algunos de los resultados y los estudios nacionales aludidos.

Se puede inferir del conjunto de los participantes un perfil de persona joven que mantiene, en general, interacciones satisfactorias en su entorno más inmediato, si bien entre quienes expresaron una evaluación negativa se advierten diferencias de género. Una de las consideraciones para tener en cuenta a la hora de rediseñar el proyecto sería incluir la perspectiva de género tras detectarse como las mujeres resultan especialmente

afectadas en puntos como la autoestima o en las interacciones a través de las redes sociales.

Es imprescindible emprender tareas que permitan identificar y actuar para prevenir los problemas que pueden estar contribuyendo a la insatisfacción en las relaciones personales, como puede ser el acoso escolar y su continuación en las redes sociales.

A la hora de crear proyectos de promoción de la salud en los centros de enseñanza secundaria es necesario tener en cuenta los diferentes contextos sociales de los jóvenes, particularmente el familiar, aunque no solo este; los adolescentes viven con sus familias, por lo que hay que cooperar con los padres y las madres para que puedan desarrollar habilidades que les permitan ser modelos de vida sana para sus hijos y para ejercer un rol asertivo en la supervisión de la alimentación y el uso de los dispositivos electrónicos y los horarios de descanso y sueño.

Con respecto a la alimentación, se incluye la ingesta de hidratos de carbono, hortalizas y proteínas al menos tres veces por semana; los dulces y alimentos preparados tienen una presencia importante en su dieta y el consumo de frutas sigue siendo considerable, pero menos de la mitad de la población de esta franja etaria come fruta de manera diaria. En este sentido, las campañas institucionales y los planes escolares destinados al fomento de una dieta saludable deben intensificarse con el fin de incrementar los consumos actuales de productos frutícolas. Ahora bien, teniendo en cuenta los niveles de pobreza de la población canaria, deben ir de la mano de un apoyo material a las familias para poder incorporar y mantener estos productos en la cesta de la compra. También se advierte un elevado nivel de sedentarismo, probablemente vinculado al uso de redes sociales y de dispositivos electrónicos ya plenamente integrados dentro de su día a día, e incluso de la noche, lo que puede contribuir a favorecer la obesidad, los trastornos del sueño y otros problemas de salud asociados a este estilo de vida.

Las trabajadoras sociales sanitarias en el ámbito de la atención primaria de salud deben contribuir también, en un entorno multidisciplinar, a que los jóvenes adquieran estilos de vida saludables. En el Trabajo Social con grupos de estudiantes se trataría de apoyarles para que ellos mismos descubran sus propios recursos de tal forma que puedan generar sus propias soluciones y enfrentar los desafíos de este periodo que les ha tocado vivir, incorporando a la intervención el entrenamiento en habilidades sociales como factor de protección ante el desarrollo de enfermedades. Asimismo, mediante el diseño de proyectos de prevención y promoción de la salud o en la evaluación de estos. Más allá de estas cuestiones, la investigación debe servir para construir teorías de la promoción de la salud derivadas de las observaciones de los propios trabajadores sociales recuperando el impulso inicial de la disciplina.

Para crear una sinergia colaborativa entre el mundo sanitario y el educativo, dirigida a una adecuada comprensión del impacto de los determinantes sociales en la salud, es imprescindible ampliar los recursos humanos en Trabajo Social tanto en los centros sanitarios como en los

educativos. Todo ello apela a la necesidad de que los trabajadores sociales sanitarios retomen el impulso inicial de la disciplina en sus orígenes en su implicación en la salud pública y al trabajo colaborativo con otras profesiones sanitarias. No obstante, se hace ineludible tener en cuenta en el contexto sanitario que el predominio del modelo biomédico y las relaciones de poder que se derivan del mismo suponen un reto para crear este marco colaborativo multidisciplinario.

En futuras investigaciones sobre los hábitos de vida de los jóvenes es indispensable incluir cuestiones sobre los determinantes sociales de la salud, como la situación económica, de vivienda, el estatus migratorio o el medio ambiente y, además, tener en cuenta el contexto histórico y los desafíos en los que están inmersos los adolescentes de esta época.

Referencias bibliográficas

- Abreu Velázquez, María, y Mahtani Chugani, Vinita. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 355-368
- Arenas Monreal, Luz María, y Paulo Maya, Alfredo. (2001). Apuntes sobre la cultura y promoción de la salud. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 4(1), 6-9.
- Ashcroft, Rachelle. (2015). Health Promotion and Primary Health Care: Examining the Discourse. *Social Work in Public Health*, 30, 107-116. <https://doi.org/10.1080/19371918.2014.938395>
- Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. (2023a). *Población distrito administrativo por barrio-pueblo y grupo de edad*. Recuperado 10 diciembre 2023, de https://www.santacruzdetenerife.es/web/fileadmin/user_upload/web/Servicios_Municipales/Atencion_Ciudadana/estadisticas_censo/2023/EST._POBLACION_DISTRITO_GRUPO_DE_EDAD._2023.pdf
- Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife. (2023b). *Población por distrito administrativo - barrio-pueblo y nivel de estudios en el municipio de Santa Cruz de Tenerife*. Recuperado 10 diciembre 2023, de https://www.santacruzdetenerife.es/web/fileadmin/user_upload/web/Servicios_Municipales/Atencion_Ciudadana/estadisticas_censo/2023/EST._DISTRITO_ADMINISTRATIVO._BARRIO._NIVEL_ESTUDIOS.2023.pdf
- Benoit, Laelia; Thomas, Isaiah, y Martin, Andrés. (2022). Review: ecological awareness, anxiety, and actions among youth and their parents - a qualitative study of newspaper narratives. *Child and*

- adolescent mental health*, 27(1), 47-58. <https://doi.org/10.1111/camh.12514>
- Brea Iglesias, Juan; Arias Astray, Andrés, y Alonso González, David. (2024). Trabajo Social y Salud Pública. Genealogía de una relación recíproca. *Cuadernos de Trabajo Social*, 37(1), 115-155. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.90116>
- Brivio, Eleonora; Oliveri, Serena; Guidi, Paolo, y Pravettoni, Gabriella. (2021). Incidence of PTSD and generalized anxiety symptoms during the first wave of COVID-19 outbreak: an exploratory study of a large sample of the Italian population. *BMC public health*, (1), 1158. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11168-y>
- Chudasama, Yogini V.; Gillies, Clare L.; Zaccardi, Francesco; Coles, Briana; Davies, Melanie J.; Seidu, Samuel, y Khunti, Kamlesh. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals, Diabetes and Metabolic Syndrome: *Clinical Research and Reviews*, 14(5), 965-967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>
- Dennelly, Lauren; Sousa, Cindy, y Roberts, Kate. (2022). Shaping the Future of Social Work Practice in Healthcare: Addressing COVID-19 Needs through Integrated Primary Care *Social Work*, 67(1) 41-47. <https://doi.org/10.1093/sw/swab046>
- De Souza Moraes, Carlos Antonio. (2019). A pesquisa associada ao trabalho profissional do assistente social brasileiro na área da saúde. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(2), 341-349.
- EAPN / Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. (2023). *El estado de la Pobreza 2023. Primer avance de resultados*. Recuperado 5 diciembre 2023, de <https://www.eapn.es/publicaciones/525/estado-de-la-pobreza-en-espana-2022-primer-avance-de-resultados>
- Funes Artiaga, Jaume. (2009). Adolescencia y Servicios Sociales, una propuesta para el encuentro y la ayuda más allá de los problemas sociales. *Servicios Sociales y Política Social*, 87, 9-21.
- García, Felipe E., y Beyebach, Mark. (2022). *Superar experiencias traumáticas. Una propuesta de intervención desde la Terapia Sistémica Breve*. Editorial Herder.
- Gil-Girbau, Montse; Pons-Vigués, Mariona; Rubio-Valera, María; Murrugarra, Gabriela; Masluk, Barbara; Rodríguez-Martín, Beatriz; García Pineda, Atanasio; Vidal Tomás, Clara; Conejero-Cerón, José; Recio, Ignacio; Martínez, Catalina; Pujol-Ribera, Enriqueta, y Berenguera, Anna. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>

- Gobierno de Canarias. (2023, julio 3). Atención Primaria de Tenerife promueve hábitos de vida saludable entre más de 20.000 estudiantes de secundaria. *Portal de Noticias*. Recuperado 28 noviembre 2024, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/tag/salud-con-z/>
- Haidt, Jonathan. (2024). *A geração ansiosa: Como a infância hiperconectada está causando uma epidemia de transtornos mentais*. Dom Quixote.
- Hickman, Caroline; Marks, Elizabeth E.; Pihkala, Panu; Clayton, Susan; Lewandowski, R. Eric; Mayall, Elouise; Wray, Britt; Mellor, Catriona, y van Susteren, Lise. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863-e873. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00278-3)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 § 10498 (1986). Recuperado 28 noviembre 2024, de <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. (2023). *Informe del consumo alimentario en España 2022*. Recuperado 10 diciembre 2023, de https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/informe-consumo-2022-baja-res_tcm30-655390.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2019). *Acuerdo entre el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Ministerio de Sanidad, para la educación y promoción de la salud en la escuela*. Recuperado 3 diciembre 2023, de https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/docs/Acuerdo_MSAN_MEyFP_PromocionSaludEscuela.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Estilos de vida saludable*. Recuperado 13 diciembre 2023, de <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/de5a17/home.htm>
- Moreno, Carmen; Ramos, Pilar; Rivera, Francisco; Sánchez-Queija, Inmaculada; Jiménez-Iglesias, Antonia; García-Moya, Irene; Moreno-Maldonado, Concepción; Paniagua, Carmen; Villafuerta-Díaz, Ana; Ciria-Barreiro, Esther; Morgan, Antony, y Leal-López, Eva. (2020). *La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social: Resultados del Estudio HBSC 2018*. Ministerio de Sanidad. Recuperado 10 diciembre 2023, de https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2018/docs/HBSC2018_ResultadosEstudio.pdf
- Nissen, Laura, y Scheyett, Anna. (2021). Pandemics, Economic Systems, and the Future of Social Work. *Social Work*, 67(1), 5-7. <https://doi.org/10.1093/sw/swab048>

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe 2022: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Recuperado 10 diciembre 2023, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>
- Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. (2022). *El uso de la tecnología por los menores en España*. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Recuperado 28 noviembre 2023, de <https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/2022-02/usotecnologiamenoresespa%C3%B1a2022.pdf>
- Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. (2023). *Impacto del aumento del uso de Internet y las redes sociales en la salud mental de jóvenes y adolescentes*. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Recuperado 10 diciembre 2023, de https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8410
- Organización Mundial de la Salud. (2019, mayo 2). *Special initiative for mental health (2019-2023)*. Recuperado 3 diciembre 2023, de [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023))
- Organización Panamericana de la Salud. (s. d.). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado 28 noviembre 2024, de <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Prince's Trust. (2020). *The aspiration gap: A report from the Prince's trust September 2020*. Recuperado 3 diciembre 2023, de https://www.ascl.org.uk/ASCL/media/ASCL/News/Blogs/The-Aspiration-Gap-Report-2020_FINAL.pdf
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, BOE núm. 222 § 16212 (2006). Recuperado 28 noviembre 2024, de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030>
- Regalado, Jonathan. (2023). *Cómo hacer un diagnóstico de Trabajo Social: Diagnóstico Clínico Contextual*. Letrame Grupo Editorial.
- Rodríguez González, Ana María; Rodríguez Juanes, María Luisa, y Calvo Sánchez, María Cristina. (2017). Prevención primaria e intervención comunitaria en educación para la salud: conocimientos y actitudes del alumnado de tercer ciclo de educación primaria sobre consumo de tabaco. *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 4, 36-42.
- Serrano Pascual, Araceli; González Parada, José Ramón, y Simón Rojo, Marian. (2022). *Iniciativas para enfrentar el hambre y la inseguridad*

- alimentaria en la comunidad de Madrid: ¿está en crisis el modelo hegemónico de reparto de alimentos? *Cuadernos de Trabajo Social*, 35(1), 81-91.
- Sitoayu, Laras; Dewanti, Lintang Purwara; Melani, Vitria; Sumitra, Putri Azahra, y Marpaung, Mutiara Rulina. (2023). Differences in Eating Habits, Stress and Weight Changes Among Indonesian Generations Y and Z During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Research and Health*, 13(2), 79-86. <https://dx.doi.org/10.32598/JRH.13.2.2076.1>
- Suárez López de Vergara, Rosa Gloria; Suárez Santana, M.^a Dolores; Pedrosa Guerra, Ana Isabel; Herrera Rodríguez, Calixto; Bueno García, Inmaculada, y Morín de León, Margarita. (2016). *Plan de frutas y verduras: Medidas de Acompañamiento*. Instituto Canario de Calidad Agroalimentaria y Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas, Gobierno de Canarias. Recuperado 11 diciembre 2023, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/2881a122-729f-11e7-b055-5f2cc789d5a3/3.ResultadosEvaluaci%C3%B3nPlanFyVcurso2015-16.pdf>
- Valduga, Tatiane Lúcia; Muñoz, Isabel; Ramos, Paula, y Anile, Lorena. (2023). Pós pandemia COVID-19: a saúde mental e o bem-estar dos estudantes de Serviço Social. *Trabajo Social Global. Global Social Work*, 13, 66-91. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v13.28434>

Praxis

Trabajo infantil e intervención municipal: experiencia de transferencia y praxis profesional desde la Universidad Nacional de Misiones, Argentina

**María Gabriela Miño, Carla Antonella Cossi
y Raimundo Elías Gómez**

Creación del proceso de Trabajo Social sanitario y su integración en los sistemas de información clínica de los hospitales del Institut Català de la Salut

**Ana Rocio Ciudad Padilla, Sandra Soler Soto
y Victoria Mir Labalsa**

Trabajo infantil e intervención municipal: experiencia de transferencia y praxis profesional desde la Universidad Nacional de Misiones, Argentina

Child labour and municipal intervention: a case of knowledge transfer and professional practice from the National University of Misiones, Argentina

María Gabriela Miño¹

ORCID: 0000-0002-5057-5158

Carla Antonella Cossi²

ORCID: 0000-0002-3309-2912

Raimundo Elías Gómez³

ORCID: 0000-0002-4468-9618

Recepción: 28/08/24. Revisión: 27/09/24. Aceptación: 03/10/24

Para citar: Miño, María Gabriela; Cossi, Carla Antonella, y Gómez, Raimundo Elías. (2024). Trabajo infantil e intervención municipal: experiencia de transferencia y praxis profesional desde la Universidad Nacional de Misiones, Argentina. *Revista de Treball Social*, 227, 109-122. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.05>

Resumen

El artículo tiene como objetivo desarrollar nuestra experiencia profesional en la implementación del Modelo Municipal para la Prevención del Trabajo Infantil en la provincia de Misiones, Argentina. Para ello, el artículo sintetiza los avances logrados a partir de una actividad formativa producto

-
- 1 Graduada en Trabajo Social y Doctora en Ciencias Humanas y Sociales. Profesora e investigadora en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET). tsgabrielam@gmail.com
 - 2 Licenciada y doctora en Antropología Social. Profesora e investigadora en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Coordinadora del Observatorio de Trabajo Decente de la Triple Frontera (OTRAF). carlacossi@gmail.com
 - 3 Licenciado y doctor en Antropología Social. Profesor e investigador en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Actualmente en estancia posdoctoral en el Instituto de Sociología de la Universidad de Oporto (Portugal) mediante la convocatoria Marie Skłodowska-Curie de la Unión Europea.

de la articulación entre la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM) y la Asociación Sueño para Misiones, durante el año 2020. La actividad incluyó una serie de capacitaciones impartidas por el equipo interdisciplinario del Observatorio de Trabajo Decente de la Triple Frontera (UNaM), integrado por profesionales del ámbito del trabajo social, la antropología y la comunicación, dirigido a funcionarios con el fin de desarrollar un protocolo de actuación municipal para la prevención del trabajo infantil en la provincia. Los talleres, realizados virtualmente debido a las restricciones de la pandemia del COVID-19, facilitaron el intercambio de experiencias a través de grupos de discusión centrados en la intervención con familias en situación de precariedad laboral y vulnerabilidad social. Entre los participantes se encontraban referentes locales de salud, personal administrativo, representantes de escuelas rurales, fuerzas de seguridad y trabajadores sociales que intervienen en la problemática. Las sesiones se estructuraron en torno a la importancia de la identificación de situaciones de trabajo infantil en la esfera municipal, los factores de riesgo asociados, las propuestas y los agentes involucrados en la intervención.

Palabras clave: Trabajo infantil, intervención social, modelo municipal, universidad.

Abstract

This article aims to present our professional experience in implementing the Municipal Model for the Prevention of Child Labour in the province of Misiones, Argentina. It summarises the progress achieved through a training activity resulting from cooperative engagement between the Faculty of Humanities and Social Sciences of the National University of Misiones (UNaM) and the Association *Sueño para Misiones* in 2020. This activity included a series of training sessions led by the interdisciplinary team from the Observatory for Decent Work in the Triple Border Area (UNaM), composed of professionals in social work, anthropology and communication, and addressed to public officials to develop a municipal protocol for the prevention of child labour in the province. Conducted virtually due to COVID-19 restrictions, the workshops facilitated the sharing of experiences through discussion groups focused on interventions with families in precarious employment and socially vulnerable situations. Participants included local health representatives, administrative staff, rural school representatives, security forces and social workers involved in this issue. The sessions centred on the importance of identifying child labour situations at the municipal level, associated risk factors, proposals and the agents involved in intervention.

Keywords: Child labour, social intervention, municipal model, university.

Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define *trabajo infantil* como la actividad laboral, sea remunerada o no, que perjudica la salud física, psicológica y social de niños, niñas y adolescentes. Este tipo de trabajo, al interferir directamente con la educación, condiciona las oportunidades y trayectorias de vida de niños, niñas y adolescentes, privándolos de espacios de ocio, juego y recreación (Thévenon y Edmonds, 2019).

La Convención sobre los Derechos del Niño de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1989), en su artículo n.º 32, establece el derecho de los niños, niñas y adolescentes a estar protegidos frente a la explotación económica, así como de trabajos peligrosos o forzosos que puedan afectar su educación, bienestar y desarrollo.

En Argentina, la legislación de protección a la infancia, junto con la Ley 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y de la Protección del Trabajo Adolescente, fija la edad mínima de empleo en dieciséis años, prohibiendo la inserción laboral de niñas, niños y adolescentes en cualquier actividad productiva. Sin embargo, los adolescentes de entre catorce y dieciséis años pueden trabajar, bajo ciertas restricciones, en empresas familiares.

En la provincia de Misiones, la creación de la Comisión Provincial de Erradicación del Trabajo Infantil (COPRETI) en 2002 significó un compromiso por parte del Ministerio de Trabajo y Empleo provincial para combatir la vulnerabilidad y desarrollar programas que aseguren el cumplimiento de la normativa vigente. En el año 2020, la Cámara de Diputados de Misiones modificó la Ley XV - N° 5, sobre el funcionamiento de las municipalidades, para promover la creación de sistemas descentralizados de la capital administrativa provincial para la protección de los derechos de la infancia y adolescencia, fomentando la elaboración de estrategias municipales para prevenir y erradicar el trabajo infantil.

En este contexto, y siguiendo los objetivos de la COPRETI y las recientes modificaciones legislativas municipales, este artículo presenta una propuesta de praxis profesional que tuvo sus inicios en la necesidad de construir redes institucionales y aumentar la transferencia de conocimientos entre la Universidad Nacional de Misiones (UNaM) y las organizaciones civiles y estatales que abordan la problemática del trabajo infantil en la provincia de Misiones. En este sentido, el convenio firmado en el año 2020 por la decana de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNaM, y la presidenta de la Asociación Sueño para Misiones, tuvo como objetivo principal establecer una alianza institucional para la prevención y erradicación del trabajo infantil. La primera actividad de esta unión fue una capacitación virtual dirigida a trabajadores municipales, que buscó unificar lineamientos generales para desarrollar un protocolo de prevención del trabajo infantil para los distintos municipios de la provincia.

La iniciativa del Convenio y la planificación de las actividades, que contaron con el apoyo del gobierno provincial, fueron organizadas por miembros del Observatorio de Trabajo Decente de la Triple Frontera

(OTRAF) perteneciente a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones, Argentina, a través de un equipo interdisciplinario, el cual incluyó profesionales del ámbito del trabajo social, la antropología social y la comunicación. A continuación, se referencia la metodología utilizada.

Metodología

En el año 2020, durante los inicios de la implementación del Modelo Municipal a escala provincial, participamos como equipo formador desde la Universidad Nacional de Misiones en una serie de capacitaciones dirigidas a funcionarios municipales para la prevención del trabajo infantil. Este primer contacto nos permitió conocer a personas que trabajaban en la identificación y apoyo a familias con niños y niñas trabajadores, así como a referentes políticos de diversos municipios de la provincia.

Figura 1. Tríptico de una de las sesiones formativas realizadas en la provincia de Misiones durante el año 2020



Fuente: Universidad Nacional de Misiones (UNaM).

La formación tuvo como objetivo principal crear un espacio de diálogo sobre la intervención con niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, incentivando la unificación de criterios para el desarrollo de un protocolo unificado de actuación ante la detección de casos de trabajo infantil. Es importante resaltar que este esfuerzo se enmarcó en un momento en el que el sistema de protección infantil en la provincia y en el país estaba en desarrollo, un proceso iniciado con el cambio normativo de la ley de protección infantil del año 2005. Este contexto motivó que la Universidad promoviera la transferencia de conocimientos y servicios

hacia y con el gobierno provincial, ONG y la sociedad, con el fin de aportar colectivamente a las necesidades de las infancias en la provincia de Misiones. Las capacitaciones abarcaron diversas temáticas, organizadas en módulos, detallados a continuación.

Tabla 1. Contenido de los módulos de las capacitaciones para funcionarios municipales de la provincia de Misiones, año 2020

MÓDULO	CONTENIDO
1. El trabajo infantil como problema de intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Mitos y naturalización del trabajo infantil en Argentina. - Magnitud del problema en Argentina. - Causas y consecuencias en la salud y escolaridad. - Trabajo Decente en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la Agenda 2030.
2. Marco normativo de protección de niñas, niños y adolescentes frente al trabajo infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos del niño y protección del trabajo adolescente. - Convenios internacionales. - Legislación argentina sobre trabajo infantil y trabajo adolescente protegido. - Atribuciones nacionales, provinciales y municipales. - Trabajo infantil cero en Misiones.
3. Prevención del trabajo infantil en municipios de Misiones	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones concretas para la prevención del trabajo infantil. - Asistencia técnica a líderes municipales. - Sugerencias para el diseño de protocolos de actuación frente a casos de trabajo infantil.
4. Sistema de cumplimiento. Cierre de las sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - Pautas para desarrollar un sistema de cumplimiento. - Presentación del Premio GEN a las mejores iniciativas en prevención de trabajo infantil.

Fuente: Elaboración propia.

En referencia a la orientación de la perspectiva teórica abolicionista de las sesiones formativas, cabe señalar que, si bien existen formas regulacionistas frente al trabajo infantil, reivindicadas por niños y niñas trabajadores –como son ejemplos el Movimiento de Niñas, Niños y Adolescentes Trabajadores (NATS) o el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Niñas, Niños y Adolescentes Trabajadores (MOLACNATS)– la formación dirigida a funcionarios estatales delimitó una postura normativa sobre el tema. Esta decisión por parte del equipo formador se debió a que el protocolo que se buscaba construir debía contemplar la posición

del funcionariado estatal y su implicación directa en el cumplimiento de la legislación vigente.

Respecto a su modalidad, durante la formación, se llevaron a cabo dos cuestionarios anónimos, disponibles para las más de cien personas que participaron en la actividad. El primer cuestionario, al que respondieron veintitrés funcionarios/as, se centró en preguntas abiertas sobre el municipio al que pertenecían, los años de servicio en el lugar, su experiencia con el trabajo infantil y las acciones que consideraban necesarias implementar. Posteriormente, el segundo cuestionario, en el que participaron veinticuatro personas, incluyó preguntas sobre la identificación de situaciones de trabajo infantil, factores de riesgo y medidas preventivas.

Cabe señalar que los datos recopilados de los cuestionarios de Google Forms, así como las estadísticas obtenidas, fueron puestos a disposición de la Subsecretaría de Asuntos Municipales y posteriormente del Ministerio de Trabajo provincial mediante una entrevista con la funcionaria responsable de la COPRETI.

A continuación, se analizan los principales resultados de los cuestionarios, identificando los desafíos que presenta la intervención frente al trabajo infantil.

La intervención social frente al trabajo infantil: desafíos y aportes desde el trabajo social

Según Hill (1980), la intervención social integra principios de acción teórico-metodológicos de tipo funcionales y filosóficos que orientan nuestra postura frente a problemas sociales concretos. En este sentido, los modelos de intervención se delimitan como estrategias teórico-prácticas que facilitan una aproximación a la realidad social, permitiendo la identificación de factores y la definición de objetivos concretos (Pastor y Cabello, 2018). Así, la delimitación de un problema social no es un proceso neutral; se construye desde una perspectiva que incorpora valores simbólicos y morales, configurando una mirada específica sobre las personas o grupos a los cuales se dirige la intervención.

Siguiendo este argumento, sugerimos que las consideraciones objetivas que se delimitan en el transcurso de la intervención están impregnadas de significados sobre la posición de los sujetos sociales hacia los cuales se dirigen las prácticas preventivas. Según Grassi (1995), la producción de conocimiento en la intervención social implica un desafío epistemológico, ya que exige una problematización de los saberes que guían la práctica profesional. Desde esta perspectiva crítica, se propone desnaturalizar los principios y conocimientos que sustentan las categorías estatales, cuestionando la histórica división entre teoría y práctica en el campo de la intervención. Este enfoque crítico se ve reforzado por la reflexión de Zamanillo (2012), quien advierte:

La intervención social no es neutral; en su significado cobra un valor notable el contenido ideológico que le aporta el agente que interviene, el

contexto en el que se trabaja, la época histórica de la que se habla, y la formación y cultura de los profesionales y del entorno (p. 105).

Esta idea sugiere la importancia de reconocer que la delimitación de las problemáticas de intervención, por ejemplo, del trabajo infantil, está mediatizada por diversas características estructurales, como el contexto social, económico e histórico, así como por los discursos y prácticas culturales que prevalecen en los espacios de participación (Jaimes et al., 2023).

En consecuencia, el campo de las intervenciones, aunque se origina en un modelo estatal modernizante, se configura como un escenario dinámico y complejo, en constante cambio, lo cual exige un análisis que trascienda las conjeturas estatales tradicionales (Cruz, 2020). Es decir, las problemáticas sociales deben ser comprendidas como parte de dinámicas sociales y no únicamente como una respuesta inmediata del Estado hacia los ciudadanos.

Así, las representaciones y prácticas relacionadas con el trabajo infantil están profundamente influenciadas por una configuración socio-espacial, en la que participan agentes e instituciones en un entorno condicionado por trayectorias y habitus (Bourdieu, 2007) de familias, instituciones estatales y ONG.

En este contexto, sugerimos que las funcionarias y los funcionarios que actúan como agentes del Estado comparten disposiciones, posicionamientos morales y atributos que las y los integran en el espacio social de las intervenciones con las niñas y los niños trabajadores (Miño, 2023). En este sentido, la actuación del Estado tiende, por tanto, a considerar algunas situaciones infantiles como más riesgosas que otras, estableciendo distinciones entre aquellos hogares que cumplen con lo que se considera apropiado para la infancia y aquellos que no (Miño et al., 2023).

Cabe señalar que la construcción del riesgo se basa en los paradigmas de cada época; en el caso del trabajo infantil, por ejemplo, su prohibición surge a finales del siglo XIX y principios del XX, en un contexto que redefine las formas de cuidado parental. Como señala Bringiotti (2005), las familias en situación de riesgo suelen ser “las de los otros”, en referencia a la percepción de agentes del campo de intervención sobre formas de parentalidad que ocurren en contextos sociales y morales distantes de sus propias apuestas de clase. Así, la construcción del riesgo se fundamenta en un modelo de familia que se basa en estereotipos y valores compartidos.

Siguiendo este argumento, promoviendo una postura ética que logre vigilancia epistemológica en la intervención con niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, consideramos primordial identificar aquellas circunstancias de la intervención, como categorías construidas (Wacquand, 2022). Cabe señalar que la tipología de trabajo infantil en la provincia de Misiones es amplia y no todas las circunstancias son de la misma gravedad. Así, la identificación y delimitación de casos es primordial para lograr un trabajo de intervención inclusivo, que proteja todas las situaciones de riesgo de explotación laboral infantil, principalmente cotejando la normativa de la Organización Internacional del Trabajo (1999) en

la que se delimitan “Las Peores Formas de Trabajo Infantil”, en las cuales se incluye la mendicidad, el uso de niños y adolescentes en actividades delictivas, entre otras acciones que repercuten en el bienestar infantil. En este sentido, señalamos que el trabajo de campo y las investigaciones que se vienen realizando sobre trabajo infantil desde la Universidad Nacional de Misiones, con apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Zsögön, 2015; Re y Nessi, 2017; Flores, 2024; Miño et al., 2024) lograron plasmar la identificación de distintas formas de trabajo infantil que se mencionan a continuación:

- La venta ambulante de panificados, frutas y artesanías, incluso en servicios tercerizados, con la intervención y abastecimiento de los productos por parte de un adulto no familiar.
- El ofrecimiento de cuidado de coches en zonas transcurridas de bares y restaurantes en las ciudades de la provincia, actividad realizada incluso por niños menores de diez años.
- El trabajo doméstico de niñas y adolescentes mujeres en el cuidado de hermanos y personas dependientes.
- La presencia de niños y niñas no acompañados atendiendo pequeños negocios como almacenes de barrio o acompañando a sus familiares en emprendimientos y venta ambulante sin control estatal.
- La mendicidad en distintas zonas transcurridas, incluso en semáforos de las principales avenidas de las ciudades de la provincia.
- Niños y niñas trabajando en la cosecha de yerba mate, té o tabaco y otras actividades en zonas rurales de la provincia.

Estas situaciones dan una breve referencia a la urgencia que representa la problemática del trabajo infantil en la provincia y la necesidad de unir fuerzas para la promoción del cuidado infantil ante situaciones de desprotección.

A continuación, se analizan los resultados de los cuestionarios, realizados mediante la actividad formativa.

Resultados de los cuestionarios sobre identificación de situaciones, factores de riesgo y respuesta frente al trabajo infantil

En el contexto de la identificación de situaciones de trabajo infantil, los resultados de los cuestionarios realizados en el marco de las capacitaciones indican que las actividades consideradas por las funcionarias y los funcionarios como situaciones de mayor gravedad están relacionadas con la producción de té, tabaco y yerba mate. Estas actividades, propias del sector primario, se desarrollan en zonas rurales donde los niños y niñas acompañan a sus familiares o trabajan para terceros, realizando tareas vinculadas a la producción agrícola local. Como se señala en una respuesta sobre identificación de trabajo infantil, “Cuando los padres aprueban que

el niño o niña trabaje bajo la tutela de un extraño o de un familiar, los niños salen a tarefear”⁴ (funcionario/a municipal, cuestionario, año 2020).

Los agentes municipales que participan en la identificación y prevención del trabajo infantil sugieren que el problema se relaciona con la naturaleza de las actividades realizadas, entre las cuales se incluyen “(...) manipular sustancias tóxicas, usar herramientas cortantes, levantar objetos pesados, realizar tareas repetitivas o excesivas en tiempo, tareas nocturnas; en definitiva, cualquier tarea que exceda la responsabilidad de un niño está prohibida” (funcionario/a municipal, cuestionario, año 2020). En síntesis, el análisis de los factores de riesgo asociados al trabajo infantil por parte de los funcionarios y las funcionarias revela tres indicadores principales: a) el estado de salud del niño, niña o adolescente; b) el rendimiento escolar; y c) las condiciones de vida y trabajo en el entorno familiar. Estos indicadores, ampliamente mencionados por los funcionarios/as, reflejan preocupaciones clave sobre las consecuencias del trabajo infantil, que coinciden con las discusiones académicas que promueven su abolición (Cervini, 2015; Jorge y Sánchez, 2018; Liñan et al., 2024). Como señalan Del Río y Cumsille (2008), “(...) el trabajo precoz impide a los niños beneficiarse plenamente de la educación, afectando su rendimiento escolar y, en última instancia, induciéndolos a abandonar el sistema educativo formal” (p. 43).

Esta perspectiva destaca la importancia de la asistencia escolar como un factor de protección frente al trabajo infantil, contrastando con las investigaciones que sugieren que los condicionantes de la inserción laboral temprana no son las tensiones entre la escuela y el trabajo sino factores relacionados a la articulación del hogar, la relación de los niños y niñas con los adultos respecto a su agencia y la organización de cuidados parentales (Labrunée, 2024). En contraposición, las funcionarias y los funcionarios proponen en los cuestionarios analizados que la escolaridad es crucial para mitigar los riesgos asociados al trabajo infantil, y abogan por un enfoque que priorice la educación al trabajo.

Las características socioeconómicas de las familias también juegan un papel fundamental en la configuración del riesgo de trabajo infantil. Los cuestionarios revelan que las necesidades básicas insatisfechas (NBI) son vistas como los principales indicadores de riesgo, sugiriendo que el trabajo infantil se percibe como una respuesta a la falta de ingresos y como una estrategia de subsistencia: “Los factores son generalmente la necesidad de contar con lo básico para vivir, ya sea alimentos, alquileres, salud, educación, higiene” (funcionario/a municipal, cuestionario, año 2020). Este enfoque se alinea con la hipótesis de que un aumento en el capital económico de una familia reduciría la vulnerabilidad al trabajo infantil, hipótesis clásica del trabajo infantil sugerida por los autores Basu y Van (1998). Si bien se mencionan las condiciones de falta de recursos, una cuestión que llama la atención es que, tanto en los cuestionarios de respuesta abierta, como en

4 Actividades relacionadas a la cosecha de yerba mate. Uno de los principales productos primarios que se producen y exportan desde la provincia de Misiones.

las discusiones grupales de las sesiones de formación, no hubo mención a la necesidad de regulación y cambio en las condiciones informales de trabajo que acentúan las posiciones de desigualdad en las trayectorias infantiles, incentivando una inserción laboral temprana. La necesidad de un abordaje que contemple las condiciones respecto al trabajo decente y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, son cuestiones necesarias y pendientes en la región (Zsögön, 2018, Silva, 2019; Cossi y Gómez, 2020).

En cuanto al uso del tiempo, las actividades consideradas adecuadas por las funcionarias y los funcionarios para niños, niñas y adolescentes de cinco a catorce años incluyen la escolaridad obligatoria y actividades de ocio y tiempo libre, como juegos didácticos, talleres de expresión y pintura: “Realizar actividades recreativas, jugar, aprender sobre música, danzas, practicar deportes, relacionarse con sus pares y disfrutar de su infancia bajo el resguardo de un adulto responsable, que asegure sus derechos” (funcionario/a municipal, cuestionario, año 2020).

Además, se mencionaron actividades que promueven la autonomía, como talleres de huertas y el cuidado del medio ambiente, así como tareas cotidianas como poner la mesa o barrer.

Finalmente, respecto a las instituciones que deben formar parte de la intervención estatal en la prevención del trabajo infantil, las respuestas de los funcionarios y funcionarias reflejan una falta de consenso. Se mencionan diversas instituciones, tanto del ámbito municipal como provincial, incluyendo la Secretaría de Acción Social, el Juzgado de Familia, la policía, iglesias, escuelas, el Área de Mujer e Infancia municipal y la biblioteca. Esta diversidad de opiniones advierte la necesidad de unificar criterios de intervención y fortalecer la articulación institucional mediante la implementación de protocolos que configuren un sistema único de protección infantil. Cabe destacar que, en entrevistas realizadas en 2022, funcionarios y funcionarias provinciales expresaron que se está trabajando en una mayor coordinación entre las agencias que intervienen en la protección de los derechos de la infancia, existiendo diversos mecanismos institucionales, como el hogar de día o la patrulla urbana, cuyo fin es desmotivar las trayectorias infantiles de permanencia de niños, niñas y adolescentes en la venta ambulante en las ciudades y otras formas de desprotección infantil.

Conclusiones

La persistencia del trabajo infantil en la provincia de Misiones plantea la necesidad de una profunda reflexión sobre la delimitación del problema de intervención. Actualmente, los programas preventivos contra el trabajo infantil se dirigen principalmente a un perfil específico de familias en zonas rurales de la provincia. Estas familias suelen tener bajos ingresos, necesidades básicas insatisfechas, y están involucradas en la producción primaria de yerba mate, té o tabaco. Esta caracterización ha llevado a que las intervenciones se concentren en áreas rurales, mientras que las situaciones de trabajo infantil en las ciudades de la provincia,

como Posadas, Iguazú, Eldorado y Oberá, aún no son una prioridad en la agenda gubernamental.

Este enfoque se debe a que las familias urbanas no presentan todos los factores de riesgo tradicionalmente identificados por instituciones internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU) o la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Sin embargo, en las zonas urbanas también se observan vulneraciones de derechos infantiles relacionadas con trayectorias laborales en comercios informales, venta ambulante de panificados, fruta, artesanía y otras actividades del sector secundario. Esta omisión en la política de intervención revela la necesidad de revisar y ampliar la conceptualización del trabajo infantil para incluir las realidades de las zonas urbanas de Misiones.

La construcción de una tipología de familia en riesgo, ligada únicamente al contexto rural, condiciona no solo la actuación de la administración pública, sino también la de otros agentes responsables en las trayectorias infantiles. Este enfoque limitado refuerza estereotipos y deja desatendidas formas de trabajo infantil que persisten en contextos urbanos, donde las dinámicas laborales y sociales son distintas, pero igualmente preocupantes.

Por lo tanto, proponemos ampliar la mirada sobre el problema, integrando perspectivas que aborden la totalidad de las formas de trabajo infantil en la provincia. Esto incluye diseñar intervenciones que se adapten a las distintas realidades socioeconómicas y culturales de las familias en Misiones, con aproximaciones que contemplen la diversidad de agentes involucrados y las múltiples formas en que el trabajo infantil se manifiesta en distintos contextos.

Asimismo, es crucial que las políticas públicas y los programas de intervención se articulen de manera efectiva con las necesidades y realidades locales, evitando enfoques unilaterales que perpetúan la exclusión de ciertos grupos.

En este contexto, el trabajo social juega un rol fundamental al aportar una visión integral y crítica que cuestiona las categorías preestablecidas y promueve una praxis reflexiva. El trabajo social, en su compromiso con los derechos humanos y la justicia social, facilita la construcción de enfoques que no solo consideren las condiciones materiales de vida, sino también los aspectos culturales que influyen en la definición y tratamiento del trabajo infantil. A su vez, el abordaje intersectorial e interdisciplinario en la intervención del trabajo infantil es esencial para ofrecer respuestas adecuadas a un problema complejo. La colaboración entre profesionales de la Universidad y la administración pública permite una comprensión más holística de las causas y consecuencias del trabajo infantil, y facilita el diseño de estrategias de intervención más eficaces y sostenibles en el tiempo. Esta colaboración enriquece las prácticas de intervención, asegurando que todas las dimensiones del problema sean consideradas y que las soluciones propuestas sean tanto justas como aplicables a contextos concretos.

En resumen, este estudio subraya la urgencia de repensar las estrategias de intervención y la necesidad de generar propuestas de transferencia desde las universidades, como instituciones indispensables en la prevención de situaciones de trabajo infantil, bajo la conjunción de aportes académicos y alianzas institucionales. Se propone a futuro promover desde las universidades una acción más inclusiva que aborde el trabajo infantil en toda su complejidad, considerando las diferentes territorialidades de la provincia. En este sentido, el trabajo social y el enfoque interdisciplinar se presentan como herramientas clave para enfrentar este desafío, aportando un marco de análisis y acción que garantiza un abordaje más justo para la protección de los niños, niñas y adolescentes de la región.

Referencias bibliográficas

- Basu, Kaushik y Van, Hoang. (1998). The economics of child labor. *American Economic Review*, 88(3), 412-442.
- Bourdieu, Pierre. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI.
- Bringiotti, María Inés. (2005). Las familias en situación de riesgo en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 78-85. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414365010>
- Cervini, Rubén. (2015). Trabajo infantil y logro escolar en América Latina –los datos del SERCE. *Revista electrónica de investigación educativa*, 17(2), 130-146.
- Cossi, Carla Antonella, y Gómez, Raimundo Elías. (2020). *Yo trabajo en la frontera. Experiencias, tensiones y disputas sobre las condiciones laborales de los trabajadores fronterizos*. Edunam. <https://rid.unam.edu.ar/handle/20.500.12219/3059>
- Cruz, Elba Verónica. (2020). La construcción del campo del trabajo social desde una perspectiva relacional (1930-2010). *Escenarios: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 31, 1-11.
- Del Río, María Francisca, y Cumsille, Patricio. (2008). ¿Necesidad Económica o Preferencias Culturales? La Justificación Parental del Trabajo infantil en Chile. *Psykhé*, 17(2). <https://doi.org/10.4067/S0718-22282008000200004>
- Flores Pérez, Ezequiel Alejandro. (2024). Explotación infantil en la cosecha de yerba-mate y la implementación de los espacios de cuidado (1990 a la actualidad). Presentado en las IV Jornadas de Estudios Socioeconómicos del Litoral, Paraná, Argentina.
- Grassi, Estela (1995). La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social. *Margen: Revista de Trabajo Social y*

- Ciencias Sociales*, 9, 1-20. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2882559>
- Hill, Ricardo. (1980). *Caso individual: modelos actuales de práctica*. Humanitas.
- Jaimes Martínez, Karen Liliana; Del Carpio Ovando, Perla Shiomara, y López Mateo, Celina. (2023). Motivos educativos y familiares que propician trabajo infantil en municipios de Guanajuato. *Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 14, e1572. https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v14i0.1572
- Jorge Navarro, Marcelo Gaston, y Sánchez Enrique, Daniela Verónica. (2018). Educación, trabajo infantil y derechos humanos en el noroeste argentino. *Revista Educación*, 43(1), 563-574. <https://doi.org/10.15517/revedu.v43i1.26611>
- Labrunée, María Eugenia. (2024). Niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia en Argentina ¿Trabajar o estudiar? ¿Trabajar para estudiar? *Espacios en blanco*. 34(1), 161-175. UNICEN. <https://www.redalyc.org/journal/3845/384574691004/>
- Ley 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y de la Protección del Trabajo Adolescente. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado 10 octubre 2024, de https://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/legislacion/copreti/Ley_26390.pdf
- Ley XV - N° 5: Ley Orgánica de Municipalidades. Boletín Oficial de Misiones. Gobierno de la Provincia de Misiones. Recuperado 10 octubre 2024, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/05-ley_xv-no5_misiones_0.pdf
- Liñan Cuello, Inés; Eneth Vidal, Jaidith, y Solano Brito, Katherin. (2024). Situación actual del trabajo infantil en Latinoamérica: una mirada desde los constructos educativos. *Encuentros. Revista De Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, 21, 104-115. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11118092>
- Miño, María Gabriela. (2023). *El espacio social de las intervenciones con las infancias trabajadoras: desafíos en la prevención del trabajo infantil en la ciudad de Posadas, Argentina* (Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Misiones). <https://rid.unam.edu.ar/handle/20.500.12219/5553>
- Miño, María Gabriela; Cossi, Carla Antonella, y Gómez, Raimundo Elías. (2023). Las contribuciones de la perspectiva Bourdieana a la investigación del trabajo infantil en Argentina. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales (RELMECS)*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.24215/18537863e123>
- Miño, María Gabriela; Cossi, Carla Antonella; Gómez Raimundo, Elías, y Jiménez García, Alina. (2024). Child labour trajectories of girls

- and adolescents in the cross-border region of Posadas (Argentina) - Encarnación (Paraguay). *Cadernos IS-UP*, 5, 8-13. Digithéke. https://ojs.letras.up.pt/index.php/Cadernos-ISUP_1/article/view/14475
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado 10 octubre 2024, de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Organización Internacional del Trabajo. (1999). *Convenio sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil*, núm. 182. Recuperado 10 octubre 2024, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C182
- Pastor Seller, Enrique, y Cabello Garza, Marta. (2018). *Retos y desafíos del trabajo social en el siglo XXI. Una perspectiva integral comparada: México-España*. Dykinson.
- Re, Daniel, y Nessi, María Virginia. (2017). Educación y trabajo en la tarea de yerba mate: Un análisis a través de datos secundarios. En Daniel Re, M.^a Luz Roa y Javier Gortari (Coords.), *Tareferos: vida y trabajo en los yerbales* (pp. 231-247). Universidad Nacional de Misiones.
- Silva, María Alejandra. (2019). El desarrollo sostenible sin erradicar el trabajo infantil en Argentina y Brasil: ¿es una forma de discriminación? *Revista Ra Ximhai*, 15(1), 25-40. <https://doi.org/10.35197/rx.15.01.2019.02.ms>
- Thévenon, Olivier, y Edmonds, Eric. (2019). *Child labour: Causes, consequences and policies to tackle it*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 235. <https://doi.org/10.1787/f6883e26-en>
- Wacquant, Loïc. (2022). *The Invention of the "Underclass": A Study in the Politics of Knowledge*. Polity Press.
- Zamanillo Peral, Teresa. (2012). Las relaciones de poder en las profesiones de ayuda. Una cuestión ética de primer orden. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1, 157-170. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/151211>
- Zsögön, María Cecilia. (2015). Explotación infantil en la Triple Frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay: Anclaje territorial y modalidades. Presentado en las XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Zsögön, María Cecilia. (2018). Las formas del trabajo infantil en la región de la triple frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay. *Anais Brasileiros de Estudos Turísticos: ABET*, 8(3), 47-58.

Creación del proceso de Trabajo Social sanitario y su integración en los sistemas de información clínica de los hospitales del Institut Català de la Salut

Establishment of the social and healthcare work process and its integration into clinical information systems in Catalan Health Institute hospitals

Ana Rocio Ciudad Padilla¹

ORCID: 0009-0007-8466-0709

Sandra Soler Soto²

ORCID: 0009-0007-0780-1192

Victoria Mir Labalsa³

ORCID: 0000-0003-3495-1122

Recepción: 18/04/24. Revisión: 13/07/24. Aceptación: 01/10/24

Para citar: Ciudad Padilla, Ana Rocio; Soler Soto, Sandra, y Mir Labalsa, Victoria. (2024). Creación del proceso de Trabajo Social sanitario y su integración en los sistemas de información clínica de los hospitales del Institut Català de la Salut. *Revista de Treball Social*, 227, 123-140. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.06>

Resumen

La evolución de los sistemas de información clínica ha permitido la integración de los procesos en las estaciones de trabajo, aportando ventajas asistenciales. Paralelamente, la construcción de un proceso de Trabajo Social sanitario (PTSS) es una prioridad para nuestra especialidad. Por eso, desde la Coordinación de Trabajo Social del Institut Català de la Salut (ICS), se fijó como objetivo la construcción de un PTSS en los hospitales del ICS y la integración de este proceso en la historia clínica informatizada.

Para la creación del PTSS se constituyó el Grupo de Trabajo de Sistemas de la Información de Trabajo Social Sanitario (SITSS). Este grupo hizo una adaptación de un trabajo previo realizado en la estación clínica de

1 Colegiada núm. 7.361. arciudad.hj23.ics@gencat.cat

2 Colegiada núm. 5.151. projectestss.ics@gencat.cat

3 Colegiada núm. 1.378. victoriamir@gencat.cat

la atención primaria basado en un registro de variables sociales. El PTSS creado consta de seis fases: inicio de la atención hospitalaria, valoración social, maltrato, diagnóstico social sanitario, seguimiento y alta, con el objetivo de recoger el itinerario del paciente - la familia durante la estancia hospitalaria. La integración en la historia clínica la llevó a cabo el equipo técnico de procesos SABE-ARGOS. Paralelamente, se elaboró un cuadro de mando (CM) con el objetivo de visualizar los datos introducidos.

El PTSS está implementado en todos los hospitales del ICS, aunque el registro de los datos no es uniforme. Para corregirlo se están aplicando algunas medidas, como por ejemplo la actualización del documento de conceptualización de la valoración social, la revisión de los datos del CM y la creación de subprocesos para perfiles clínicos y sociales específicos.

Palabras clave: Proceso de Trabajo Social sanitario, variables sociales, sistemas de información clínica.

Abstract

The evolution of clinical information systems has enabled the integration of processes at workstations, providing significant benefits for patient care. At the same time, the development of a Social and Healthcare Work Process (SHWP) has become a priority for our field. For this reason, the Social Work Coordination Department at the Catalan Health Institute (ICS) set a goal of establishing an SHWP in ICS hospitals and integrating this process into electronic medical records.

To create the SHWP, the Social and Healthcare Work Information Systems task force (SHWIS) was formed. This group adapted an earlier project carried out at the primary care clinical workstation, which was based on a register of social variables. The resulting SHWP consists of 6 stages: initiation of hospital care; social assessment; abuse; social and healthcare diagnosis; follow-up; and discharge. It thus aims to document the patient-family pathway during hospitalisation. Integration into the medical records was carried out by the SAP-ARGOS technical process team. In parallel, a dashboard was created to visualise the data entered.

The SHWP has been implemented in all ICS hospitals, although data recording is not yet consistent. Measures are being applied to address this, including updating the social assessment conceptualisation document, reviewing dashboard data and creating sub-processes for specific clinical and social profiles.

Keywords: Social and healthcare work process, social variables, clinical information systems.

1. Introducción

1.1. Contexto

El Trabajo Social sanitario tiene como objetivo prestar servicios de atención social sanitaria dentro del sistema de salud a las personas y sus familias que, por carencia de salud o situaciones de vulnerabilidad social, se encuentren en riesgo de perderla (Salut Integral Barcelona, 2023). El modelo de atención centrada en la persona se sustenta en el diagnóstico social sanitario, y la intervención de los trabajadores sociales sanitarios (TSS) es indispensable para poder dar respuesta a una atención integrada (donde se incluyan los factores sociales y sanitarios) (Du Ranquet, 1996). En este contexto, la construcción de un proceso de Trabajo Social sanitario (PTSS) es una prioridad para nuestra especialidad.

Por otro lado, la evolución de los sistemas de información clínica ha permitido la integración de los procesos clínicos en las estaciones de trabajo aportando grandes ventajas asistenciales. Este sistema de gestión transversal implica la identificación del flujo de trabajo y de las variables que intervienen en cada proceso. Así, el profesional sanitario solo visualiza las variables que son relevantes para el proceso clínico que está abordando. Aplicando esta forma de trabajar también se rediseña la manera en que se recoge y se muestra la información en la estación clínica (Generalitat de Catalunya, 2017). Esta es la aplicación informática donde se almacenan las informaciones referentes a los diagnósticos, las pruebas complementarias y los tratamientos, que son las que conforman la historia clínica de los pacientes (Ley 16/2010).

Históricamente, los trabajadores sociales sanitarios han ido dando pasos para que esto sea posible. En el segundo trimestre del año 1993, un grupo de profesionales de los centros sanitarios solicitaron un software estandarizado para mecanizar la actividad de los equipos de Trabajo Social. A instancia de la gerencia del Institut Català de la Salut se constituyó un grupo de trabajo de los dos ámbitos de atención (la atención primaria y la atención hospitalaria) para elaborar un sistema de registro estandarizado de los datos sociales. En cuanto a los centros hospitalarios, la línea de trabajo acordada se orientó hacia la definición de los datos y el diseño de un documento de registro informatizado, y a finales del año 1993 se elaboró la primera propuesta para sistematizar la historia social. Este trabajo no se implementó en todos los centros hospitalarios del mismo modo. Mientras que algunos centros desarrollaron una herramienta informática, otros continuaron haciendo el registro en formato papel. Los centros que desarrollaron la herramienta informática crearon dos aplicaciones de forma paralela para el registro de los datos sociales. Por un lado, la aplicación UTS (Unidad de Trabajo Social) diseñada por los profesionales del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida y, por el otro lado, la aplicación SIUAC (Sistema de Información de las Unidades Atención Ciudadanía) y que solo estaba incorporada en el Hospital Vall d'Hebrón.

Durante un tiempo convivieron los dos programas (UTS y SIUAC) hasta que finalmente, alrededor del año 2010, se decidió la implementación del sistema informático SIUAC en todos los hospitales del ICS. A pesar de que el sistema informático SIUAC fue un gran avance en la sistematización y unificación del registro de los datos sociales en los centros hospitalarios, era un software externo. Por esta razón no estaba incorporado en la historia clínica del paciente y no permitía que otros profesionales asistenciales implicados en la atención accedieran a los datos sociales. Por otro lado, tampoco permitía una explotación homogénea de los datos sociales en todos los hospitales del ICS.

Más recientemente, dentro del marco del Plan Director de Sistemas de Información del SISCAT (2016-2020) se creó un grupo de trabajo formado por TSS de diferentes proveedores y niveles asistenciales (Departament de Salut, 2023a). Este grupo elaboró una nueva propuesta de sistemas de información de Trabajo Social sanitario dirigida a los servicios de salud comunitarios, incorporada en la plataforma de Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP). Sin embargo, estos últimos avances no llegaron al ámbito del Trabajo Social hospitalario. Además, se consideró que era una oportunidad para consensuar un lenguaje y un registro común de la actividad social hospitalaria. Esta realidad llevó a que a inicios del año 2020, desde la coordinación de Trabajo Social del ICS y con la validación de la dirección de cuidados, se apostara por la construcción de un PTSS basado en procesos clínicos y su integración dentro de la historia clínica electrónica.

En los hospitales del ICS, la estación clínica de trabajo para la gestión de la historia clínica se denomina SABE-ARGOS y está conectada con la plataforma de atención primaria ECAP y con las otras estaciones clínicas de la institución, así como con la historia clínica compartida en Cataluña (HC3) (Departament de Salut, 2023b).

1.2. Marco teórico

En la actualidad, las instituciones hospitalarias tienen la necesidad, como cualquier organización de salud, de optimizar los resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes y otros usuarios del sistema, así como a las personas que desarrollan su labor profesional en la prestación de los servicios de salud. Esto ha motivado las instituciones hospitalarias a implantar sistemas de gestión de calidad donde la prestación de los servicios se orienta hacia la consecución de buenos resultados y el compromiso de superar sus propios estándares (Vom Brocke y Rosemann, 2015). Este aspecto constituye un factor estratégico de extraordinaria relevancia en el sistema de calidad que asume la organización. Por eso los procesos clínicos resultan cruciales en este escenario, puesto que son la base para garantizar la eficacia y la eficiencia en la atención sanitaria. Además, la mejora continua de estos procesos permite una adaptación constante a las nuevas necesidades y expectativas de los pacientes.

El término *proceso* se puede encontrar en la literatura en varias definiciones: a) La Norma ISO 9001:2008 lo define como un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas en resultados; b) El modelo EFQM hace referencia a la secuencia de actividades que añade valor mientras se produce un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones. En las definiciones se puede apreciar que el concepto fundamental es el ordenamiento secuencial de las actividades para producir un resultado previsible y satisfactorio, orientadas a generar valor añadido para el paciente mediante la optimización de las tareas y la mejora continua de la calidad asistencial (Lozano et al., 2012).

Desde un punto de vista teórico, los cinco principios básicos utilizados en el diseño de los procesos son los siguientes:

1. Diseño de los procesos centrados en los pacientes y/o la población. Explora las necesidades y expectativas de los pacientes como paso inicial al diseño de un proceso; esto introduce en la visión de la calidad de los profesionales aspectos más allá de los científico-técnicos. Esta perspectiva proporciona un enfoque que favorece el cambio cultural de la organización y se orienta a tener presente quién es el verdadero centro de nuestras actuaciones: el paciente.
2. Implicar a los profesionales en el diseño de los procesos. Estos constituyen los verdaderos protagonistas de la gestión clínica. Es necesario formar grupos de trabajo multidisciplinares, gestores de la nueva perspectiva de la mejora continua en la organización.
3. Práctica clínica adecuada. Aporta al proceso las recomendaciones clínicas necesarias, basadas en la evidencia disponible, en forma de guías de práctica clínica, protocolos y planes de cuidados estandarizados con el objetivo de reducir la variabilidad de las actuaciones médicas.
4. Incorporar un sistema de información. Permite disponer de datos para monitorizar los resultados de las actividades.
5. La continuidad de la asistencia. Asegura las medidas necesarias de cooperación y participación que facilitan el paso del paciente entre los diferentes niveles asistenciales y elimina las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso asistencial (Hernández, 2021).

En el ámbito hospitalario, las tecnologías y la comunicación han tenido un gran avance en los últimos años y el proyecto de organización por procesos clínicos dentro de la historia clínica electrónica ya empezó en el ICS a finales del año 2013 con un enfoque multidisciplinario y que se estructura alrededor de los pacientes. La prioridad de esta forma de gestión ha sido la gestión de la información de la manera más eficiente, accesible y generadora de conocimiento

donde el paciente y su interacción con el sistema sean el centro del escenario (Generalitat de Catalunya, 2017).

Por otro lado, una de las misiones principales que tiene el modelo de gestión por procesos es evitar la variabilidad clínica. Esta se comprende como las variaciones sistemáticas en las tareas estandarizadas para determinados tratamientos o procedimientos diagnósticos a un determinado nivel de agregación de la población. Para luchar contra la variabilidad clínica también se consideran imprescindibles las nuevas tecnologías (como la historia clínica electrónica) y la elaboración de protocolos y guías. En cualquier caso, también se han encontrado barreras a la hora de trabajar con procesos, por ejemplo: la necesidad de formación, la resistencia al cambio que tienen algunos profesionales, la percepción del aumento de las cargas de trabajo, la carencia de tiempo o la ausencia de programas informáticos en las organizaciones que contengan bases de datos y programas de evaluación (Plazzotta et al., 2015).

En este contexto, se han descrito experiencias en otras especialidades sanitarias donde la actuación por procesos clínicos facilita la intervención de los profesionales, mejora la atención del paciente y sus necesidades y garantiza la continuidad asistencial (Guadarrama-Ortega et al., 2017). Es por este motivo que la construcción de un PTSS dentro de la historia clínica es una prioridad para avanzar en nuestra especialidad.

Los objetivos de este trabajo son dos: construir un PTSS en los hospitales del ICS e integrar este proceso en la historia clínica informatizada.

2. Metodología

2.1. Creación del Grupo de Trabajo de Sistemas de la Información de Trabajo Social Sanitario (SITSS)

Inicialmente, se creó un grupo de trabajo formado por una TSS de cada uno de los hospitales siguientes: Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona y Hospital Universitario Trueta. Además, participó la coordinadora de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida como responsable del grupo. Este grupo de trabajo recibió el apoyo de la responsable de proyectos en la Coordinación de Trabajo Social del ICS e impulsora de este sistema de registro en el ámbito hospitalario. También se contó con la colaboración de la responsable de Trabajo Social del Institut Català d'Oncologia L'Hospitalet y del equipo técnico de procesos SABE-ARGOS de la Dirección de Gestión del Área de Sistemas de Información del ICS. Este grupo se denominó Grupo de Trabajo de Sistemas de la Información de Trabajo Social Sanitario (SITSS).

2.2. Planificación de las sesiones de trabajo y funcionamiento del SITSS

Se hizo un cronograma con la planificación de las reuniones de trabajo. Lo que en un principio se planteó como un trabajo con reuniones presenciales se rediseñó para adaptarse a las características contextuales asociadas a la situación de pandemia por el virus SARS-CoV-2 (Real Decreto 463/2020). Finalmente, se programaron reuniones semanales vía telemática con una duración mínima de tres horas y durante un periodo de seis meses (durante el año 2020). Estas reuniones se realizaron siguiendo el calendario establecido y con la participación de todos los miembros del grupo de trabajo a cada una de las reuniones.

2.3. Acciones desarrolladas para el diseño del PTSS

2.3.1 Revisión de variables sociales

El PTSS en la estación clínica SABE-ARGOS se construyó en base al método clínico de intervención de Trabajo Social individual y familiar (Peña et al., 2012). Este método es un proceso de intervención social que se apoya en el modelo de las ciencias experimentales basado en: 1) la determinación del problema (después de estudiar el conjunto de persona-situación); 2) la elaboración del diagnóstico social sanitario; y 3) la ejecución del plan de intervención-tratamiento (Otero del Castillo et al., 2021; Mata, 2017).

Respecto al diseño y la elección de las variables sociales que se incluyeron en el PTSS, se fundamentaron en el trabajo de colaboración hecho previamente en 2019 por los diferentes profesionales de Trabajo Social del ámbito de la atención primaria de salud, salud mental y drogodependencias y del Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo (PADES). Este grupo trabajó unas variables sociales agrupadas según una perspectiva informativa, descriptiva y otras basadas en factores protectores y factores de riesgo (Martínez et al., 2021; Riba, 2017).

Además, para la construcción del PTSS se diseñaron dos variables sociales nuevas específicas para la atención hospitalaria:

1. Dinámicas familiares. Diseñada para recoger los recursos y las fortalezas, así como las limitaciones o necesidades en el funcionamiento familiar que pueden favorecer una respuesta funcional a la situación de salud. Por ejemplo, aquí se incluye el grado de ajustamiento familiar, los límites y la comunicación familiar.
2. Cultura y pertenencia. Diseñada para recoger factores protectores y obstáculos diversos en la gestión de la propia salud. Aquí se incluye la diferencia de idioma (que se traduce en una comunicación deficiente), las diferencias culturales a la hora de definir qué es una dificultad o una discapacidad y las expectativas culturales con ejercicio del rol del paciente.

2.3.2. Revisión e incorporación de otros instrumentos de apoyo a la valoración social

Se revisaron y se añadieron los apartados específicos de escalas e instrumentos que pueden ayudar a la exploración social, así como el detalle de los recursos y prestaciones sociales activos en el momento de la valoración social (Riba, 2019).

2.3.3. Integración en la historia clínica electrónica SAP-ARGOS

Una vez definidas las variables sociales y los instrumentos de apoyo a la valoración social, se traspasó esta información al equipo técnico de procesos SABLE-ARGOS, que la integró dentro de la aplicación informática de la historia clínica. Posteriormente, este equipo técnico nos permitió hacer pruebas (pacientes de "PRUEBA") para comprobar el funcionamiento adecuado. Todas las incidencias de funcionamiento que se identificaron fueron comentadas en las reuniones de trabajo semanales y se fueron resolviendo.

2.3.4. Elaboración de documentación de apoyo al PTSS

Se elaboró una guía del proceso de atención social sanitaria en SAP- ARGOS y el documento de conceptualización de la valoración social desde la atención hospitalaria, que están disponibles a la intranet del ICS (Benages et al., 2021). El objetivo fundamental de estos documentos es facilitar al equipo de Trabajo Social el apoyo para el registro y para la valoración social, para dar respuesta a la dimensión social y psicosocial de la persona atendida. Desde una perspectiva práctica, estos documentos sintetizan la estructura global del PTSS y hacen una descripción de las diferentes variables sociales que se recogen en la exploración social a modo de diccionario clínico.

2.3.5. Consideración de los aspectos éticos y de confidencialidad

En la construcción del PTSS se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de la relación asistencial. Los datos sociales que se recogen son fruto de la confianza establecida en esta relación. Se ha respetado el principio de finalidad (para qué la información), de proporcionalidad (información necesaria y adecuada), de autonomía (la información es propiedad de la persona) y de confidencialidad (derecho a la intimidad) (Consejo General del Trabajo Social, 2014). Debemos tener en cuenta que la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una asistencia adecuada a la persona y recoge toda la información y documentos relativos al proceso asistencial de cada paciente, garantizando la intimidad y el acceso restringido a los datos de los pacientes (Ley Orgánica 3/2018). En este contexto, en el PTSS se ha diseñado un apartado exclusivo donde se recogen los datos sociales a los que solo tiene acceso el trabajador social sanitario.

3. Resultados

3.1. Descripción de las fases del PTSS

Se definieron seis fases con el fin de recoger de forma estandarizada el itinerario del paciente - la familia desde el primer contacto con el TSS hasta el alta hospitalaria. Cada fase se puede seleccionar de forma independiente y permite al profesional acceder en un momento concreto de la intervención social. Dentro de cada fase, el TSS también podrá seleccionar las variables sociales más adecuadas a su intervención y/o podrá describir de manera narrativa la situación evaluada. Además, el PTSS permite seleccionar la información que se volcará, de forma automática, a la historia clínica del paciente y que podrán visualizar otros profesionales implicados en la atención. Así, la estructura del PTSS quedó definida de la manera siguiente. Fases del PTSS (véase también la tabla 1):

Fase 1. Inicio de la atención social sanitaria

Es la primera fase del PTSS y determina su apertura. En esta primera fase se recogen, entre otros datos, los antecedentes clínicos, sociales y de maltrato, así como los motivos de la apertura del PTSS. También recoge aspectos como la ubicación del paciente y servicio de hospitalización, fecha de ingreso, procesos anteriores abiertos y datos referentes a quien realiza la demanda y cobertura sanitaria.

Fase 2. Valoración social

Esta fase incluye aspectos de la esfera social y psicosocial que sostienen el juicio profesional sobre la dimensión social de la persona atendida. Recoge específicamente datos referentes a las posibilidades reales de ofrecer cuidados del entorno, por ejemplo: condiciones de salud del cuidador, tenencia o acceso a recursos materiales y/o asistenciales, la percepción del grado de preparación familiar para afrontar la enfermedad y las manifestaciones psicológicas del impacto del cuidado, entre otros. La fase de la valoración social es la más extensa y se desglosa en las siguientes variables sociales: 1. Convivencia e identidad; 2. Red de apoyo; 3. Vivienda; 4. Economía; 5. Laboral; 6. Formación; 7. Nivel de instrucción; 8. Situación jurídica y administrativa; 9. Ejercicio de la capacidad; 10. Recursos personales y fortalezas; 11. Recursos y servicios; 12. Prestaciones; 13. Escalas e instrumentos; 14. Dinámicas familiares; 15. Cultura y pertenencia; y 16. Comentario de la exploración.

Fase 3. Maltrato

Es un subproceso dentro del PTSS general que solo es visible si previamente el TSS selecciona la situación de maltrato al inicio de la atención social. Esta fase recoge un desplegable con indicadores para el registro de cada tipología de maltrato basado en los protocolos marcos actuales: maltrato infantil, gente mayor y violencia machista.

Fase 4. Diagnóstico social sanitario

Fase específica descriptiva donde el profesional recoge la orientación social diagnóstica con el plan de acción, el establecimiento de prioridades y decisiones sobre la futura actuación y la implementación de estrategias. Es un paso dinámico y permite al profesional su construcción a lo largo del proceso asistencial. De este modo, cuando se lleve a cabo, se volcará automáticamente a la historia clínica del paciente y también al informe de alta del proceso.

Fase 5. Tratamiento social y seguimiento de la intervención

Esta fase permite al profesional registrar su actividad diaria asociada al plan de intervención social consensuado previamente con el paciente / la familia y el equipo médico. También dispone de un espacio donde el profesional puede recoger información sensible que no haya que volcarse a la historia clínica y permite que se puedan grabar los diferentes referentes sociales que hacen actuaciones con el usuario/paciente. Estos referentes sociales podemos ser profesionales de otras instituciones externas que trabajan en el caso, como, por ejemplo: trabajadores sociales, educadores sociales y técnicos de Atención a la Infancia, entre otros.

Fase 6. Alta social hospitalaria

Esta última fase del proceso recoge las variables clínicas y sociales en el momento del alta social hospitalaria, por ejemplo: el destino al alta y los profesionales de Trabajo Social sanitario incluidos en la atención del paciente / la familia. También recoge la tipología de recurso al alta, tanto desde el punto de vista sanitario como social. Por otro lado, el alta social hospitalaria permite generar un informe social de PTSS.

Tabla 1. Fases y variables sociales del PTSS

Fases	Variables sociales
1. Inicio de la atención social sanitaria	Antecedentes clínicos y sociales. Procesos anteriores abiertos. Motivo de la consulta. Fecha de ingreso, fecha de activación del TSS. Ubicación del paciente (urgencias, hospitalización). Servicio clínico. Cobertura sanitaria. Lugar de procedencia.
2. Valoración social	Convivencia e identidad. Red de apoyo. Vivienda. Economía. Situación laboral. Formación. Nivel de instrucción. Situación jurídica y administrativa. Ejercicio de la capacidad. Recursos y fortalezas. Recursos sociales utilizados. Prestaciones económicas. Escalas e instrumentos. Dinámicas familiares. Cultura y pertenencia. Comentario de la exploración.
3. Maltrato	Violencia machista. Infancia y adolescencia. Gente mayor.
4. Diagnóstico social sanitario	Orientación diagnóstico social. Plan de trabajo.
5. Tratamiento social y seguimiento de la intervención	Seguimiento de la intervención social. Referentes sociales.
6. Alta social hospitalaria	Datos clínicos al alta. Destino al alta. Servicios y recursos sociales y sanitarios al alta hospitalaria. Informe social de alta.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Registro de la actividad

El PTSS también está diseñado para que el TSS pueda grabar su actividad diaria. Para llevar a cabo este registro hay una función denominada “registro de la actividad” que se puede seleccionar tantas veces como sea necesario y que va asociada a la ubicación del paciente (hospitalización, urgencias y consultas externas). Esta función permite visualizar datos de la actividad diaria, como, por ejemplo: el número de entrevistas realizadas, las coordinaciones con otros servicios, el número de informes sociales elaborados, entre otros (véase la tabla 2).

Tabla 2. Registro de la actividad

Registro de actividad	Primera visita de Trabajo Social. Visita sucesiva de Trabajo Social. Interconsulta de hospitalización. Interconsulta en urgencias. Interconsulta de hospitalización a domicilio. Reunión de equipo. Coordinaciones CAP o ABS. Coordinación con servicios de bienestar social. Primera visita de Trabajo Social telefónica. Visita sucesiva de Trabajo Social telefónica. Primera visita de Trabajo Social en videoconsulta. Visita sucesiva de Trabajo Social en videoconsulta. Primera visita de Trabajo Social telemática. Visita sucesiva de Trabajo Social telemática. Seguimiento post alta hospitalaria. Elaboración de informe social. Gestiones y trámites.
------------------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Implementación del PTSS en la atención hospitalaria

Tras un periodo de prueba durante el mes de junio de 2020, a finales de este mes se diseñó una sesión de formación en línea para todos los TSS de los centros hospitalarios del ICS. La sesión estuvo a cargo del responsable técnico de procesos clínicos y de la responsable de la oficina de proyectos con el apoyo de los diferentes integrantes del SITSS. La sesión de formación hecha a todos los profesionales fue grabada para poder ser reproducida posteriormente como material de consulta. Una vez concluida la formación, la última semana de junio del 2020, los TSS pudieron utilizar esta herramienta y durante una semana pudieron acceder en “modo prueba” al PTSS. Durante este periodo de tiempo se recogieron todas las incidencias. Estas fueron resueltas y a principios de julio de 2020 se inició de manera definitiva el acceso y el registro al PTSS.

3.4. Creación de un cuadro de mando

De forma paralela a la puesta en marcha del PTSS, se elaboró una propuesta de CM de los procesos abiertos por los profesionales para visualizar los datos introducidos. Este CM recoge por primera vez una propuesta de datos mínimos recogidos de manera homogénea por todos los hospitales del ICS. Esta información se puede recoger de manera individualizada por cada hospital y de manera global a escala de centro corporativo del ICS. El CM incluye los siguientes bloques: 1. Número de procesos iniciados; 2. Media (días). Fecha ingreso - Fecha activación TSS; 3. Media (días). Fecha de activación TSS - Fecha de alta social; 4. Media (días). Fecha de alta hospitalaria - Fecha de alta social; 5. Procesos iniciados según ubicación del paciente; 6. Situaciones de violencias tratadas; 7. Total pacientes por grupos de edad; 8. Servicio de hospitalización; 9. Mujeres-hombres; 10. Procesos finalizados 11. Destino al alta; 12. Actividad realizada. Agrupación de prestaciones.

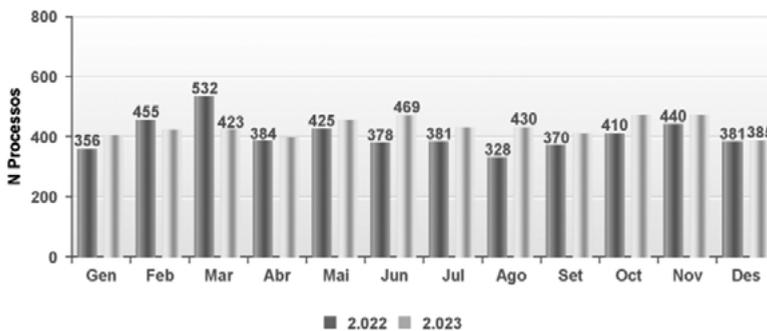
3.5. Evaluación de la implementación del PTSS y descripción de algunos datos relevantes

La evaluación de la implementación del PTSS se lleva a cabo desde el SITSS. En la actualidad este grupo se ha ampliado para tener representación de todos los hospitales y mantiene reuniones mensuales. El objetivo de este grupo es hacer una monitorización del PTSS, recogiendo incidencias identificadas por los profesionales en su práctica diaria y proponiendo medidas que mejoren el PTSS. En las reuniones de seguimiento del SITSS se ha podido comprobar que el PTSS está completamente instaurado en todos los hospitales del ICS a pesar de que se ha evidenciado que hay hospitales que todavía tienen dificultades para el cumplimiento del registro de los datos sociales. Como elemento de mejora durante este año se revisará, se actualizará y se ampliará el documento de conceptualización de la valoración social (Benages et al., 2021), puesto que hemos identificado que no están definidas todas las variables sociales de todas las fases del PTSS. También se han elaborado hojas informativas para los profesionales de apoyo al registro de la actividad (por ejemplo, el registro de la actividad cuando no hay interconsulta o PTSS abierto). Además, se ha elevado a la Dirección de Gestión del Área de Sistemas de Información de SAP- ARGOS la necesidad de actualizar el CM con nuevos datos sociales, como por ejemplo datos referentes al número de derivaciones a la atención intermedia. Paralelamente, se ha acordado al SITSS la creación de dos subprocesos (paciente pediátrico y gestantes en riesgo social) porque el PTSS es demasiado genérico para recoger datos más específicos de estos grupos de pacientes. Otras dificultades identificadas para la recogida de los datos son debidas a los cambios de profesionales y la carga asistencial.

Como ejemplo se describen algunos de los datos más relevantes del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, actualmente uno de los hospitales con un registro más homogéneo y avanzado de los datos. El número de

procesos iniciados fueron de 2.159, 4.811 y 5.182 en 2021, 2022 y 2023, respectivamente. La media (días) Fecha de ingreso - Fecha de activación fue variable: 5,48, 10,21 y 7,39 en 2021, 2022 y 2023, respectivamente. En los tres años analizados, el mayor porcentaje de procesos iniciados fue en los servicios de urgencias y hospitalización. Por el contrario, el servicio de hospitalización a domicilio fue la ubicación donde menos se inició el PTSS. En referencia a las situaciones de violencia tratadas, se ha registrado un incremento progresivo de casos: 38, 72, 94 en 2021, 2022 y 2023, respectivamente. En cuanto a la franja de edad, en todos los años analizados, más del 55% de los procesos se iniciaron en pacientes de más de 75 años. En cuanto a los procesos finalizados, en referencia al destino al alta casi la mitad de los pacientes fueron al domicilio propio (49,28%, 43,24%, 46,74%, en 2021, 2022, 2023, respectivamente). Finalmente, con relación al motivo de la consulta a Trabajo Social, los datos señalan que mayoritariamente la demanda es por necesidades de asesoramiento e información de un recurso comunitario, seguido de las dificultades en gestiones vinculadas al proceso de la enfermedad (ambos motivos constituyen el 85% de la demanda). También como ejemplo, en las figuras 1, 2 y 3 (debajo), se puede visualizar la representación gráfica de algunos de los datos del CM para comprender mejor su estructura. Las figuras corresponden a los años 2022/2023, aunque se puede hacer una selección diferente según las necesidades de visualización.

Figura 1. Número de procesos iniciados



Fuente: Captura de pantalla del cuadro de mando del proceso de Trabajo Social sanitario del ICS.

Figura 2. Procesos iniciados. Ubicación del paciente y situaciones de violencias tratadas

Procesos Iniciats					
Ubicació del Pacient	12 / 2.023	12 / 2.022	∑ 2.023	∑ 2.022	Dif. ∑ (%)
Sense ubicacio				6	-100,00%
Urgencies	203	210	2.740	2.611	4,94%
Hospitalitzacio	178	161	2.241	1.982	13,07%
Consultes externes	8	10	198	134	47,76%
Hospital de dia			2	1	100,00%
Hospitalitzacio a domicili			1	2	-50,00%
Total	389	381	5.182	4.736	9,42%
Situacions de violències tractades					
Violència Masclista	1	1	37	22	68,18%
Violència infantil	3	4	55	51	7,84%
Violència a la gent gran	3		3		
Total	7	5	94	72	30,56%

Fuente: Captura de pantalla del cuadro de mando del proceso de Trabajo Social sanitario del ICS.

Figura 3. Motivo de la consulta

Motiu de la Consulta					
Descripció	12 / 2.023	12 / 2.022	∑ 2.023	∑ 2.022	Dif. ∑ (%)
Multiples victimes				1	-100,00%
Proces EMMA-EFES				13	-100,00%
Trasplantaments				1	-100,00%
Necessitat de recurs comunitari informacioass	180	131	2.493	1.755	42,05%
Dificultatsgestions vinculades amb el proces	156	202	1.889	2.258	-16,34%
Sol.licitud d'intervencio per dificultats a la	30	27	407	480	-15,21%
Proces EFES EMMA	5	6	104	51	103,92%
Maltractaments: de dona, de menors, de person	2	2	79	51	54,90%
Gestantpartera en situacio de risc social	3	5	58	30	93,33%
Risc psicosocial pediàtric	1	3	49	52	-5,77%
Atencio social a Nounats amb dificultats del	7		25		
Altres processos		1	12	11	9,09%
Atencio al Dol		1	5	8	-37,50%
Programa especific de Salut Mental			1		
total:	384	378	5.122	4.711	8,72%

Fuente: Captura de pantalla del cuadro de mando del proceso de Trabajo Social sanitario del ICS.

4. Conclusiones

Se ha creado un PTSS que consta de seis fases: inicio de la atención hospitalaria, valoración social, maltrato, diagnóstico social sanitario, seguimiento y alta, con el objetivo de recoger el itinerario del paciente - la familia desde la intervención del Trabajo Social sanitario durante la estancia hospitalaria. Este PTSS ha podido integrarse en la historia clínica y se ha comprobado su funcionamiento adecuado. Paralelamente, se ha elaborado un CM con el objetivo de visualizar los datos recogidos por todas las UTS del ICS. La evaluación de la implementación muestra que el PTSS está instaurado en todos los hospitales del ICS; sin embargo, su registro no es uniforme. Para mejorar este aspecto se están llevando a cabo algunas medidas, como por ejemplo la actualización del documento de conceptualización de la valoración social (Benages et al., 2021), la revisión de los datos del CM y la creación de subprocesos para grupos de población específicos.

Referencias bibliográficas

- Benages, Adam; Caturla, Maria; Esteve, Lourdes; Ezquerria, Mònica; Martínez, Esther; Martínez, Rocío; Metlikovez, Montse; Mir, Victòria; Poch, Mònica; Riba, Jordi; Soler, Mireia; Soler, Sandra, y Roca Querat, Maria dels Àngels. (2021). *Conceptualització de la valoració social: Document de suport al procés d'atenció social sanitària per a treballadors socials de l'atenció primària de salut i comunitària (APSiC)*. Institut Català de la Salut. Recuperado 10 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/8705/conceptualitzacio_valoracio_social_document_suport_atencio_social_sanitaria_treballadors_socials_atencio_primaria_salut_comunitaria_2021.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Consejo General del Trabajo Social. (2014). *Código deontológico de Trabajo Social*. Recuperado 10 octubre 2014, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico#_
- Departament de Salut. (2023a). *Pla Director de Sistemes d'Informació del SISCAT: Construint junts una estratègia de salut digital per a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 10 octubre 2024, de <https://hdl.handle.net/11351/4239>
- Departament de Salut. (2023b). *Història Clínica Compartida a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 20 octubre 2024, de <https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/tic/sistemes-informacio/gestio-assistencial/hc3/>
- Du Ranquet, Mathilde. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Siglo XXI Editores.

- Generalitat de Catalunya. (2017, diciembre 29). *L'ICS implanta als seus hospitals un sistema pioner de gestió per processos clínics*. https://ics.gencat.cat/ca/detall/noticia/cc_sistema_pioner_gestio_processos_argos.html
- Guadarrama-Ortega, D.; Delgado-Sánchez, P., Martínez-Piedrola, R. M.; López-Poves, E. M.; Acevedo-García, M.; Noguera-Quijada, C., y Camacho-Pastor, J. L. (2017). Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Revista de calidad asistencial*, 32(3), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.02.004>
- Hernández Rodríguez, Antonio Raunel. (2021). Bases metodológicas para la gestión por procesos en los servicios hospitalarios. *INFODIR*, 17(35), 1-23.
- Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. BOE núm. 156 § 10215 (2010). <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2010/06/03/16>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294 § 16673 (2018). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- Lozano, Rafael; Noguera, María, y García, Sara. (2012). Gestión por procesos y calidad en los servicios de salud: Un enfoque para generar valor. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 517-526.
- Martínez Plaza, Esther; Mir Labalsa, Victòria, y Riba Cebrián, Jordi. (2021). Avançament en el procés de construcció del sistema d'informació del treball social sanitari a Catalunya. *Revista de Treball Social*, 220,163-179.
- Mata Romeu, Anna. (2017). Apunts sobre el diagnòstic social. Perspectives i realitats. *Revista de Treball Social*, 211, 54-65.
- Otero del Castillo, Benito; García Meré, Beatriz; Álvarez Alonso, Moisés, y Jueas Celorio, Rebeca. (2021). Diagnóstico social en trabajo social sanitario. *Ocronos*, 4(1), 69. <https://revistamedica.com/diagnostico-social-trabajo-social-sanitario/>
- Peña, M. Mar; Perez, Rosa; Villalba, Analba; Rasquin, Josian; Lopez, Rosa; Capdevila, Montse, Cacho, Enriqueta, y Sole, Ruth. (2012). *Procés d'atenció social de treball social sanitari individual i familiar*. Institut Català de la Salut. <https://hdl.handle.net/11351/9599>
- Plazzotta, Fernando; Luna, Daniel, y González Bernaldo de Quirós, Fernán. (2015). Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 32(2), 343-351.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67 § 3692 (2020). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>

Riba Cebrián, Jordi. (2017, enero 9). Sistemas de información en trabajo social sanitario [Entrada blog]. Enfocatss. Recuperado 10 octubre 2024, de <https://enfocatss.com/sistemas-de-informacion-en-trabajo-social-sanitario/>

Riba Cebrián, Jordi. (2019, febrero 11). Los instrumentos de evaluación en Trabajo Social Sanitario. Enfocatss. Recuperado 10 octubre 2024, de <https://enfocatss.com/los-instrumentos-de-evaluacion-en-trabajo-social-sanitario/>

Salut Integral Barcelona. (2023). *Treball Social Sanitari*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 10 octubre 2024, de <https://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/ambits/atencio-social-i-sanitaria/treball-social-sanitari/>

Vom Brocke, Jan, y Rosemann, Michael (Eds.). (2015). *Handbook on business process management 1: Introduction, methods, and information systems*. Springer.

Entrevista a

Teresa Zamanillo Peral

30 de septiembre de 2024

La sección de la entrevista, recientemente recuperada en la RTS, tiene como objetivo conocer y conversar con una persona relevante del mundo de la acción social. En este número, tenemos el honor de presentaros la entrevista con Teresa Zamanillo Peral, trabajadora social, doctora en Políticas y Sociología y catedrática emérita de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. Teresa Zamanillo es una referente del Trabajo Social en España y una persona sabia y carismática que se mantiene activa en todas las esferas.

Es autora de múltiples libros y artículos que son textos troncales de nuestra disciplina, sistemáticamente leídos, estudiados y citados por toda la comunidad de profesionales y estudiosos del Trabajo Social.

La entrevista nos ha permitido conocerla algo más, acercarnos a su vertiente más humana y personal, y conversar sobre pasado, presente y futuro de nuestra profesión. También compartir, desde la admiración, su pensamiento, siempre interesante y crítico. Nos gustaría destacar que, en esta entrevista, Zamanillo ha compartido algunas referencias de artículos y libros importantes para el estudio de las trabajadoras sociales de los que la RTS quiere hacerse eco. Le agradecemos enormemente su generosidad en las respuestas y esperamos que disfrutéis de la entrevista.



Foto: Cedida por Teresa Zamanillo Peral.

Entrevista a Teresa Zamanillo Peral

30 de septiembre de 2024

Buenas tardes, Teresa. Estamos inmensamente felices de poder conversar contigo. En nombre del Col·legi de Treball Social de Catalunya y del equipo de redacción de la RTS, que tanto te quiere y admira, te damos las gracias y deseamos aprender de tus reflexiones, para nosotros eres una maestra llena de sabiduría.

Hemos leído en algún sitio que a Teresa Zamanillo no se la entrevista, sino que se la escucha. Pues vamos a escucharte. Queremos empezar por la parte más personal de tu vida, tu vocación, si lo podemos llamar así. ¿Quién es Teresa Zamanillo? ¿Dónde nació? ¿Y cómo y por qué se acaba dedicando al Trabajo Social?

Me ha emocionado recordar Santander. Nací allí, frente a la mar. Es un dato importante porque lo primero que me ha venido a la cabeza es un relato que se llama “Nací frente a la mar”.

Lo más destacado de mi biografía es que creo que fui trabajadora social desde muy pequeña y que también fui roja desde muy pequeña. Mi padre era farmacéutico. Nací en una familia burguesa y eso me acarreo algunos problemas con mi familia que no voy a mencionar.

Tengo una anécdota de una vez que estaba con una hepatitis, enfermedad que entonces se pasaba en cama, y me referí a una chica que trabajaba en la casa con el nombre de “señora”. Mi gran sorpresa fue que una tía mía, muy burguesa ella, dijo: “Mira que es maja Maritere, que a una interina la llama señora”. Ahí se me encendieron todas las luces del cuerpo y se me abrieron todos los poros. Por eso digo que creo que ya era roja entonces. En aquellos tiempos era muy típico que la gente preguntara: “¿Y esa de quién es?”, para saber de qué familia eras. Y yo me contestaba: “¡Yo soy mía!”.

Tengo dos hijos estupendos. Pero lo que sin duda más atraviesa mi vida de cabo a rabo es que el padre de mis hijos, que era periodista, se suicidó. He pensado mucho si lo decía o no y he decidido que sí, porque es algo que ha marcado mi vida y me obligó a concentrar todos mis esfuerzos y toda mi energía en mis hijos. Ahora ya tienen cincuenta y cincuenta y tres años y son una gozada de chavales. Han crecido en un diálogo muy profundo entre ellos y yo. Hace poco una amiga mía, con un hijo con problemas de drogas, hablando de que eso le puede pasar a cualquiera,

dijo, al referirse a la educación, que en su casa había habido límites, pero de pronto añadió con reflexión: pero la verdad es que no hubo diálogo. Me quedé pensando que entre mis hijos y yo ha habido un diálogo constructivo y consciente. Uno de ellos tiene tres hijos y el otro dos, y creo que en sus familias también existe este diálogo.

Todo esto me hace pensar en la importancia que tiene en las trabajadoras sociales la propia familia. Mi amiga, Alfonsa Rodríguez, terapeuta familiar y profesora jubilada de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), hace mucho tiempo pensó en hacer un estudio de los hitos principales de las biografías de las personas que hacían Trabajo Social. En mi casa, mi hermano mayor, que murió hace tiempo, tuvo una educación muy dura. Yo también, pero me salvé, porque era como un ratoncillo que se escapaba por los rincones de la casa. Pero lo miraba a él y veía su sufrimiento. Yo era la segunda y creo que con mi hermano cultivé una gran empatía que me hizo crear suelo para mi vocación de Trabajo Social. Estas son las cosas más importantes.

En los estudios empecé Filosofía y después Políticas. No es que me equivocara, porque amo el Trabajo Social, pero así fueron mis comienzos, dubitativos. Había estado interna cinco años en Burgos y necesitaba quedarme con mi familia. Los dos años comunes con cuatro filologías se me hacían largos y quería ir directamente a la Filosofía. Por eso lo dejé. Después, mi padre me obligó a hacer una carrera universitaria y elegí Políticas porque no tenía griego y latín, así de sencillo. En cuarto de Políticas me pasé a Trabajo Social porque me aburría el exceso de derecho que tenía que estudiar en Políticas y porque deseaba una carrera de ayudar.

Después, cuando tuve los hijos mayores, terminé las siete asignaturas que me quedaban de Políticas y aunque el expediente no era nada bueno porque me faltaba tiempo, las asignaturas más especulativas fueron las que me ayudaron a empezar a escribir. Conozco muchas personas que han hecho primero Trabajo Social y después otra carrera y la base del Trabajo Social, la concreción en los problemas sociales, pesan mucho más que si haces primero otra carrera y después Trabajo Social. Siempre he pensado que ese comienzo prepara más al pensamiento abstracto.

También he hecho mucha psicoterapia. Hace poco ha sido el Día del Suicidio¹ y uno de los artículos que leí decía que el duelo por suicidio es el más difícil de todos porque la culpa te atraviesa y te deja unas huellas tremendas de las que es muy difícil salir. He podido aprender mucho con la psicoterapia.

En los años 69-70 milité en CCOO, tengo grandes recuerdos de la clandestinidad, porque a mí me encantaba. A Pepe, mi marido, no, a él le horrorizaba la clandestinidad. Él quería vivir en un país en el que la revolución fuera un hecho y tuvo la oportunidad de ser corresponsal en Cuba. Allí nos fuimos a vivir un tiempo, pero volvimos para dar a luz a nuestro primer hijo, David, y después ya no regresamos allá. También estuve en la Federación de Asistentes Sociales, que era como una militancia.

1 El 10 de septiembre es el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

Nos preguntamos, a raíz de lo que comentas, que ser una mujer carismática, inteligente y una profesional reconocida, con ideas propias y militante, no debió de ser fácil en los años de la dictadura donde dominaban estructuras patriarcales y machistas. ¿Cómo transitaste aquella época para llegar a ser docente en la universidad?

Yo me encerré en el trabajo, en mis amigos y en mis hijos. El esfuerzo que tenía que dedicarles a ellos y al estudio lo acaparaban todo. He encontrado una frase del escritor Pablo d'Ors² que dice: "Hay quien se enamora de la sombra de lo oscuro". Yo creo que Pepe estaba enamorado de lo oscuro y yo tuve que hacer una opción de caminar hacia la luz y fueron mis hijos quienes me ayudaron a caminar hacia la luz, aparte de que yo era muy alegre.

Entonces, estudiar, trabajar, estar con los chicos, el duelo... Yo hice un duelo congelado, el dolor de su pérdida lo congelé hasta hace bien poco, a pesar de tanta psicoterapia. La carta que dejó, la tuve más tarde y la pude leer en psicoterapia una vez. La terapeuta creía que me iba a poner a llorar y no lloré.

He ido despacio por la vida, porque me he centrado en lo que tenía que centrarme. La primera vez que me propusieron ser subdirectora de la escuela, dije que no, pero a la segunda acepté, no porque me gustasen los cargos, que no me gustan nada, sino porque sentí que tenía que decir que sí. Y fui subdirectora de alumnos.

De todas las facetas que has nombrado: madre, profesional, investigadora, amiga de tus amigos, docente... hay una que nos interesa mucho en este contexto y es la de directora de la revista *Cuadernos de Trabajo Social* durante doce años. ¿Crees que todavía son importantes las revistas como medio de transmisión de conocimiento? Y si es así, ¿cómo estimular la escritura de los profesionales?

Quise optar a la dirección de la revista porque ese cargo sí me apetecía, tenía muchas ganas porque eso era algo que me gustaba mucho. De hecho, un psicólogo me lo quería quitar porque no era doctora y le dije: no importa, soy trabajadora social, esto es una escuela de Trabajo Social y eso es lo que se necesita ahora aquí. Si quieres, hacemos codirección y si no, nada. No lo aceptó y yo fui la directora, hice mi equipo. Fueron años muy buenos y muy bonitos.

En este punto, quiero decir una cosa muy importante, la RTS es una revista profesional, cosa que es absolutamente necesaria para que los profesionales tengan una referencia práctica que les enriquezca y puedan compartir con otras profesionales. Pero hemos de sostener sus contenidos con hipótesis y teorías para crear un almacén teórico práctico importante,

2 Laporte, Eduardo. (2021, julio 24). Pablo d'Ors: "Nuestro peligro es enamorarnos de lo sombrío" [Entrada blog]. Coverture. Recuperado 4 diciembre 2024, de <https://coverture.es/pablo-dors-nuestro-peligro-es-enamorarnos-de-lo-sombrio/>

eso es perfecto. Tenemos que comprender por fin que la teoría y la práctica tienen que estar siempre unidas, tienen que mantener un diálogo.

El otro día me contaban que hoy en la Academia se ha creado una completa división entre revistas académicas y revistas profesionales y que si yo quiero hacer un ensayo en vuestra revista me lo vais a aceptar porque me llamo Teresa Zamanillo, pero que un profesional no puede escribir en las revistas académicas, ni un académico puede escribir en las revistas profesionales. Me dio una pena enorme porque me pareció que una vez más rompemos con la dialéctica teoría-práctica. Es la praxis marxista. Está escrito en la Tesis XI sobre Feuerbach:³ “los filósofos no han hecho más que *interpretar* de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de *transformarlo*”. Las matemáticas son teóricas, pero no se puede hacer un puente ni una carretera sin saber matemáticas. Es absurdo. En realidad, es mucho más fácil hacer cuatro datos cuantitativos o una investigación empírica que te van a aceptar en las revistas académicas, que escribir sobre el “hacer”. Lo difícil es escribir bien, con hipótesis aceptadas en la comunidad científica, no describir lo que hacemos simplemente, que es lo que se ha hecho en Trabajo Social hasta ahora.

Pasamos al segundo bloque, en el que haremos un recorrido por tu obra. En tu libro *Epistemología del Trabajo Social*,⁴ cada uno de los capítulos describe una de tus tesis y son autoconclusivos, pero si lo leemos en conjunto, el libro tiene la voluntad explícita de aunar todo el conjunto de pensamiento teórico-práctico y encontrarles un hilo conductor.

Empecemos con uno de tus temas principales: el objeto del Trabajo Social. Defines el objeto como “todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos, ordenados según su génesis socioestructural y su vivencia personal”. Esta idea de que el Trabajo Social se vincule a lo subjetivo y no solo a la necesidad-recurso es uno de los caballos de batalla de la profesión, ¿verdad?

Sí, pero es lo estructural y lo subjetivo, es decir lo objetivo y lo que pertenece al sujeto. Este artículo se lee mucho porque se busca hallar lo concreto. El concepto *objeto* para las trabajadoras sociales significa lo concreto, remite al propósito, a algo que se busca (objeto) y se encuentra (solución), ahí es donde está el error.

El objeto de una disciplina es algo abstracto y el malestar psicosocial es algo abstracto. Aquí lo interesante es que está definido desde hace muchos años, y ahora todo el mundo habla de malestar, porque nos damos cuenta de que hay un malestar tremendo en la sociedad. Entonces no se hablaba de malestar. Hoy sí se habla en estos términos.

3 Marx, Karl. (1845). *Tesis sobre Feuerbach*. Filosofía en español. https://www.filosofia.org/cla/ome/45tes_d.htm

4 Zamanillo Peral, M.^a Teresa. (2018). *Epistemología del Trabajo Social. De la evidencia empírica a la exigencia teórica*. Ediciones Complutense.

Entonces yo redefiní el concepto de necesidad-recurso por el de malestar psicosocial, hice la crítica porque en ciencia hay que aprender a refutar los conceptos. El concepto de necesidad-recurso era y es un concepto medible, tangible. Así, el Trabajo Social se reducía a una mera cuantificación de las necesidades y los recursos con los que se contaba y no había más que ofrecerlos. De hecho, en las prácticas, los alumnos iban a los barrios y contaban las necesidades que había y los recursos que faltaban. Eso no era disciplina, eran los primeros tiempos cuando se consideraba solo una profesión práctica, pero simplificaba la realidad social, que es mucho más compleja. Hoy subsiste esta concepción, no pasa nada, en ocasiones es necesario pensar con esa mirada. De hecho, las distintas versiones que hay del objeto enriquecen la disciplina y si se ponen a ello, yo ya no, daría lugar a crear distintas escuelas de pensamiento.

Yo lo refuté en el momento en que me presenté a profesora titular. En ese momento, la Academia era muy exigente, mucho más de lo que es ahora. Estudié mucho y lo presenté en el Congreso de Barcelona del año 92. Esto despertó mucho enfado porque fue recibido como: Teresa Zamanillo se ha cargado el binomio necesidad-recurso.

Y claro, enfadarse con algo abstracto es como enfadarse con lo imposible. A eso se le llama cosificación o reificación, que significa representar lo abstracto como si fueran cosas visibles, tangibles. Yo creo que una disciplina debe tener una variedad de conceptos que le ayuden a enfrentarse a las soluciones, que es lo que buscan siempre las trabajadoras sociales. Por eso el binomio necesidad-recurso era demasiado fácil. Sin embargo, pensando ahora en el objeto, lo veo como algo complementario al malestar psicosocial. Fundamentalmente porque si se obvia esta concepción del objeto no hay intervención social posible, puesto que las personas no solo necesitan que se escuche su sufrimiento, su daño, sino que necesitan, además, que se dé respuesta a sus necesidades con los recursos que haya. Todo esto está abierto a nuevas posibilidades de pensamiento que pasan por la investigación. Lo más importante de lo que nos falta en Trabajo Social es crear escuelas teóricas y poder hacer hipótesis plausibles, especulaciones teóricas, hacer conjeturas. La teoría sistémica ha contribuido mucho a la maduración teórica del Trabajo Social. Le debemos mucho a esa corriente que nos llegó hace ya muchos años.

Has estudiado y escrito sobre el tema del poder, lo trabajas en el capítulo 6 del libro antes citado. Creo que deconstruyes el concepto y no hablas del poder en el sentido de sustantivo sino de verbo.

Yo no he deconstruido el concepto de poder, quienes lo hicieron fueron principalmente Foucault y Nietzsche. Ahora viene a cuento leer un verso de la poeta polaca y Premio Nobel Wisława Szymborska. Es una maravilla. El libro se titula *Instante*.⁵ Por eso digo que lo único que he hecho es pensar algunas cosas. Unas amigas me dijeron un día que era inteligente

5 Szymborska, Wisława. (2011). *Instante*. Ediciones Igitur.



Foto: Cedida por Teresa Zamanillo Peral.

y yo les dije que no, porque creo, como Szymborska, que “soy una del montón”. Entonces, un amigo que estaba con nosotras me dijo: “Bueno, no sé, pero pensar, piensas”. Con eso sí me identifico. Quiero leer el texto de Szymborska porque sí me identifico también con esta magnífica poesía:

Soy la que soy.
Casualidad inconcebible
como todas las casualidades.

Otros antepasados
podrían haber sido los míos
y yo habría abandonado
otro nido,
o me habría arrastrado cubierta de escamas
de debajo de algún árbol.

En el vestuario de la naturaleza
hay muchos trajes. Traje de araña, de gaviota, de ratón, de monte.
Cada uno, como hecho a la medida,
se lleva dócilmente
hasta que se hace tiras
(...)

Bueno, lo dejo aquí, pero añado lo que dice ella en los siguientes versos: también *podría haber sido alguien mucho menos feliz*. Me sienta muy bien leer esta poesía de vez en cuando.

Es realmente preciosa. Y entonces, ¿cómo entiendes el poder desde el Trabajo Social?

Lo entiendo no solo desde el Trabajo Social sino en la realidad, como igualdad. Igual en lo personal, las personas somos iguales, pero también nos puede pasar sentirnos superiores a otra persona. A mí me pasó hace poco con una persona muy cercana y querida mucho más joven que yo y menos formada, que al relatarlo a alguien poco después, pude tomar conciencia de que ese no era el camino de la relación con ella.

En Trabajo Social también nos pasa. En los seminarios que hacía, ponía en la pizarra: “¿Cómo veis a los clientes con los que trabajáis?”. Y todo era: pobres, dependientes, tristes, decadentes... Luego preguntaba: ¿cómo se puede trabajar con personas a las que veis de esa manera? Y se quedaban pasmadas e inquietas, sintiéndose mal. Tomaban conciencia inmediatamente, actitud que servía para dirigir el encuentro. Esta es la desigualdad involuntaria en la que se puede meter mucho la pata y abusar del poder, por ejemplo, con una sutil o manifiesta actitud paternalista.

Cuando estaba recién formada en psicodrama, en un seminario les pedí una escultura sobre el contexto profesional en el que se trabaja: representar la política, la institución y las profesionales. Pusieron dos sillas, una arriba del todo que significaba la política, otra en el medio, la institución, y las trabajadoras sociales abajo tendiendo la mano a los usuarios representados por una persona pidiendo.

Ante esta escultura se quedaron impresionadas. Era gente muy crítica e interesante, pero no pudieron aceptar la imagen que se daban a sí mismas; se enfadaron conmigo, se irritaron al darse cuenta de que estaban trabajando con ese imaginario, que era su inconsciente, la ceguera. Detrás de una trabajadora social puede haber eso y hay que tomar conciencia. Eso es lo bonito de trabajar con el discurso.

¿Cómo podemos ayudarnos los profesionales a modificar esta mirada? ¿A darnos cuenta?

Yo creo que en supervisión. Para mí la supervisión ha sido algo verdaderamente hermoso. Durante los cinco años que di clase de grupos me supervisé con una psicóloga. Esas sesiones no se me olvidarán nunca. Una vez hice un “error de poder” y estuve pensando todo un largo puente. Mi familia divirtiéndose y yo comiéndome la cabeza porque no podía supervisarme en aquel momento del Puente de la Inmaculada.

Cuando por fin me supervisé, vi enseguida el error y fui al grupo de alumnos y les pregunté: ¿qué creéis que pasó el otro día? Narraron perfectamente bien lo que había pasado. Todas habían percibido mi error, fue precioso para mí comprobar que las personas se dan cuenta de todo,

aunque estén en un lugar distinto del tuyo, ¡qué clase tan hermosa fue aquella! Yo estaba conmocionada. A la salida, un chaval me dijo: “Te exiges demasiado, Teresa”. Le dije: “Vale, sí, pero es que esta es la escuela que tengo”. Había pasado por la sistémica, por psicodrama, me había psicoanalizado y todo esto va quedando en tu cerebro. Si tú quieres ser coherente, acabas siéndolo.

Me ha gustado mucho cuando dices que la supervisión te ha ayudado a decirte la verdad. Decirse la verdad a una misma son palabras muy profundas.

En la supervisión hay una movilización interna tan impresionante que te das cuenta de muchas cosas. Lo que pasa es que después hay que seguir con ello en la cabeza, no vale irte a tu casa y como si nada. Esto lo he comprobado no solo en mí sino también en las participantes del título en Experto o Experta de Universidad en Supervisión en Contextos de Acción Social que lleva a cabo la Universidad del País Vasco (UPV). He leído todos los libros que se han editado en Vitoria desde el primero al último. Son muy interesantes y fundamentales para el Trabajo Social.⁶

La supervisión también la entiendes como una forma de cuidado hacia un profesional porque no hay cuidado sin autocuidado, ¿verdad?

Exacto.

¿Cómo ves el Trabajo Social actualmente? ¿No crees que hemos avanzado en dotarlo de cuerpo teórico-práctico? ¿Cómo podemos seguir avanzando?

Sí, sí. El Trabajo Social en España ha crecido mucho. Desde luego, como decía antes, la sistémica y la terapia familiar han dotado al Trabajo Social de unos cimientos muy importantes y por ahí se ha abierto una vía de desarrollo muy interesante. Y se seguirá. Estoy muy confiada, ya no hay vuelta atrás. Pero en ese punto chocamos con los poderes públicos. A cuento de esto, quiero leer una cosa escrita por una trabajadora social que cité el día de la concesión del Premio Nacional de Trabajo Social en Valencia:⁷

6 Libros sobre supervisión publicados desde la Universidad del País Vasco: Berasaluze, Ainhoa; Ariño, Miren; Ovejas, Charo, y Eppelde, Maddalen. (Coords.) (2020). *Supervisión en Trabajo Social: una metodología para el cambio*. Aranzadi. Berasaluze, Ainhoa; Ariño, Miren; Ovejas, Charo, y Eppelde, Maddalen. (Coords.) (2023). *Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar*. Aranzadi. Berasaluze, Ainhoa, y Fombuena, Josefa. (Coords.). (2024). *Supervisión: Voces que colaboran para super(ar) visiones*. Nau libres.

7 Teresa Zamanillo fue reconocida con el VI Premio Estatal del Trabajo Social 2018 en su modalidad de profesionales del Trabajo Social, en reconocimiento a su labor profesional y dedicación al Trabajo Social, siendo un referente del Trabajo Social con grupos y contribuyendo a la construcción teórica del Trabajo Social y a la formación de nuestros/as profesionales. V. https://www.youtube.com/watch?v=R_3IL9tqiho

El pobre tiene que justificar hasta la saciedad que no es culpable, que es merecedor de las ayudas sociales, y que no va a derrochar la prestación que le corresponde. De ahí las interpretaciones que hacen de las normas los interventores de las diferentes administraciones, y que están por encima de los informes técnicos de las trabajadoras sociales. Las políticas sociales o la forma de ejecutar las mismas parecen más orientadas a hacer invisible la pobreza que a implementar líneas de intervención efectivas.

No dejan que hagamos Trabajo Social. Ayer en un debate de trabajadoras sociales, una de ellas denunciaba que muchísimas de las ayudas no se acaban dando. Y frente a esto otra se preguntaba: “Esta es la burocracia que nos obliga a hacer esto, es más, a veces me planteo que tal vez contribuimos a esa invisibilidad”. Y lo dice una profesional que es muy crítica. Pero ¿dónde está la autocrítica profesional? Este es el momento de abrir debates sobre la manera en la que estamos contribuyendo a todo esto, y si estamos dejando que esto ocurra. ¡No para culparnos! ¡Si para abrir un debate!

A propósito de esto, dices que nos cuesta la crítica y la autocrítica, pero paradójicamente no hay una sin la otra. ¿Cuáles crees que son las causas de esto y cómo ayudar a las profesionales del Trabajo Social a tener una relación más serena con nosotras mismas?

Las causas son tan extensas que a nadie le apetece, pero no solo a las trabajadoras sociales, sino a ninguna profesión. En estos tiempos tan irreflexivos que vivimos, nadie tiene interés en hacer autocrítica. Hay cosas que nos creemos que son solo de los trabajadores sociales y como dice Szymborska, somos “una del montón.”

Una de las cuestiones que más malestar provoca en las profesionales es que la gestión invade la intervención y no hay tiempo para acompañar de verdad a las personas. Se encargan a los Servicios Sociales muchos trámites que no aportan valor. ¿Cómo hacer frente a esto? ¿Tendríamos que buscarle otro nombre a la intervención social?

No, no, la medicina es la medicina y el Trabajo Social es el Trabajo Social. Una vez leí a un médico que se jubilaba porque sentía que no podía hacer medicina. Esto está pasando en muchas profesiones, no solo en el Trabajo Social. Estamos teledirigidos totalmente por la burocracia, por el poder, por el “eso tiene que ser así”. Pasa a los psicólogos, a los educadores de menores... a todo el mundo. Vivimos en una sociedad irreflexiva que va a paliar, a parchear, no a resolver. A los concejales de turno no les importa nada que no hagas intervención social. Cuantas más ayudas saques adelante, mejor. Por eso creo que falta debate. En el Foro de Servicios Sociales⁸ queremos hacer esto, debatir sobre esto.

8 Foro Estatal de Servicios Sociales.

Con relación a los métodos y modelos, dices que los modelos no pueden ser acriticos puesto que uno se acerca al modelo a través de su ideología. ¿Nos puedes explicar esta idea? ¿Eso que Bateson decía que “el mapa no es el territorio”?

Yo creo que nos acercamos a los modelos a través de nuestra ideología. Tengo un esquema en el libro de grupos que lo explica bien.⁹ Cómo concebimos el mundo, ese es el primer acercamiento a la realidad social. Pero, incluso, en el modo de vivir. Entre vivir con austeridad o vivir con lujo, hay dos posturas diferentes. En uno está la ideología del consumo y en la otra la de la austeridad, porque considera que no venimos al mundo a consumir placer. Ahí hay ideología. Es que hay ideología en todo.

¿Y cuáles han sido tus referentes, tus autores más significativos y relevantes que te han acompañado y todavía te acompañan en tu visión?

Ahora estoy leyendo muy poco.

Pero has leído mucho...

Eso sí, pero está todo en mis libros. Habéis leído mucho para preparar esta entrevista. A mí me entusiasmó Foucault. He hecho seminarios de Marx y de Freud y los dos son para mí importantísimos. El psicoanálisis y el marxismo han sido relevantes en mi búsqueda; y a partir de ahí he seguido buscando y encontrando autores que me han entusiasmado y ayudado a hilar unos con otros. En mis libros están todos. Y cuando antes he dicho que desde pequeña ya era roja, o más bien era rebelde, ya tenía el concepto de clase sin saberlo. Por eso fui desarrollando el pensamiento crítico. Esto me ha permitido refutar las ideas y las cosas aparentes.

Parece que para interpretar el mundo tenemos que abrazar la complejidad y la incertidumbre, entendiendo que las cosas no se pueden explicar de forma lineal. Aunque sepamos que es así, a veces nos cuesta sostener el malestar del otro, nos cuesta ir a su ritmo. El conflicto no tiene prisa, pero el profesional sí, a menudo presionado por su institución.

Lo primero, querida, yo no abrazo nada. Ya sé que ahora este término se usa mucho, pero si yo supiera cómo me voy a morir, no abrazaría la incertidumbre, porque la primera incertidumbre de todas es la muerte. Es el hecho de que vas a morirte y punto. Y que no sabes ni cómo, ni cuándo. De hecho, ahora estoy viendo mucho a una gran amiga que le está costando hacerse mayor de una manera increíble, tiene miedo y se aferra a lo seguro, a su marido y a su hija. Está en un estado de inseguridad casi

⁹ Zamanillo, Teresa. (2008). *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Editorial Síntesis.

patológico. Por contra, tengo otra amiga que está para morirse, pero está serena, dentro de lo que cabe. En la incertidumbre vivimos, estamos.

Cuando me levanto por la mañana lo primero que miro es la situación de Gaza, Líbano, etcétera. El otro día, fuimos por primera vez a una manifestación de Palestina, éramos seis. Yo llevo mucho tiempo hablando con mi hijo, el que está en Singapur, de este tema. Él lee muchos periódicos extranjeros y el otro día me dijo que podemos estar a las puertas de una tercera guerra mundial. Hasta ahora, nadie quería hablar de eso. Entonces ¿cómo no vamos a tener incertidumbre? ¿Cómo no vamos a aceptarla?

Lo que sucede en Trabajo Social es que siempre hemos querido vivir en la certeza para resolver los problemas de las personas con las que trabajamos. De ahí la concepción del objeto profesional como necesidad-recurso. Si todo lo solucionas con los recursos que tienes, ¡viva el mundo social! Pero ya no vale, ahora ya todos tenemos que vivir en la incertidumbre, está ahí, no sabemos qué va a pasar. En Trabajo Social a veces nos creímos que todo tenía que estar resuelto, que el estado de bienestar tenía que haber resuelto ya los servicios sociales. Y se preguntan: ¿cómo vamos a tener incertidumbre si el mundo tendría que ser justo? Yo creo que en el Trabajo Social hay una idea de que lo justo es aquello que tiene que ser y que se tiene que dar y no se acepta que hay cosas imposibles.

A eso me refería, Teresa, ¿cómo ayudar a los profesionales a acercarse ahí desde este espacio?

Pues que acepten. Hay que aceptar que la vida es enigma puro. Mira, estoy escribiendo esto: “Debemos aceptar que no podemos comprenderlo todo y que no podemos dominarlo todo”. Eso es lo primero. Pablo d’Ors dice que los seres humanos creemos que podemos dominar todo mediante la técnica y que podemos comprenderlo todo mediante la razón. Este es el legado de la Ilustración. El legado ha sido maravilloso para el pensamiento racional hasta hace poco, más o menos, pero ahora precisamente es cuando ya hemos entrado de lleno en que no hay posibilidad de comprenderlo y transformarlo todo. Es ahí donde entra la complejidad, aceptar que todo está interconectado con todo. Y eso que decía antes sobre las necesidades y los recursos parecía la verdad. Así que cuando entré en la escuela bastaba con estar en un barrio y contar necesidades y recursos, pero hoy, desde mi punto de vista, no vale solo eso. La disciplina ha evolucionado y ahora o aceptamos la incertidumbre o no hacemos Trabajo Social. Voy a poner un ejemplo de un supuesto caso: es el de una abuela que vive con su hijo y hay disputas entre el hijo y su esposa. Su esposa no quiere que la madre viva con ellos y le dice al marido que su madre se tiene que ir a una residencia. Al hijo le cuesta mucho plantearle esto a su madre, pero van a un centro de Servicios Sociales y la trabajadora social del centro solo busca residencias sin darse cuenta de que la cuestión es extraordinariamente más compleja porque lo que está en juego son las relaciones familiares y de pareja. Siempre ponía este ejemplo tan sencillo a mis alumnas.



Foto: Cedita por Teresa Zamanillo Peral.

En realidad, todo está interconectado, la complejidad implica interconexión y multicausalidad. En este sentido, la buena formación es imprescindible, tanto para las profesionales como para las estudiantes. ¿Qué elementos crees que son indispensables en la formación de Trabajo Social hoy en día, en las facultades y en la formación continuada cuando ya se está trabajando?

En nuestra facultad teníamos a Alfonsa Rodríguez que trataba estos temas, pero ya no se trata mucho, que yo sepa. En las facultades tendría que haber más filosofía y teoría del conocimiento y, por lo que yo conozco, al menos, las asignaturas están segmentadas. No hay un proyecto que unifique y relacione las materias, no hay debate entre los profesores. Se habla de coordinación, pero la coordinación ya sabemos lo que es, hablar de si yo estoy dando esto y podrías hablar tú de lo otro, que es lo máximo que se hace, pero coordinarse es otra cosa, es estudiar y debatir conjuntamente, en equipo. Y que yo sepa, no ocurre mucho.

¿Cuáles serían las habilidades que desde la facultad se tendrían que entrenar?

Me pides soluciones y certezas que yo tampoco sé ahora, en frío. También vivo en la incertidumbre y tampoco lo comprendo todo.

¡Cuánta razón! Vamos a hablar de la investigación y del escribir. Creo que te sientes más cómoda en la investigación-acción participativa. Comentas que los profesionales tenemos que escribir, que no es tan complejo como parece. Ya sé que también te pido certezas, pero ¿cómo los invitamos a escribir, por ejemplo, en las revistas?

Escribir, se aprende escribiendo y corrigiéndose, usando el diccionario, y leyendo, estudiando; y si se duda, consultando a la RAE. Hay muchos cursos para aprender a escribir, en Barcelona y en todos los sitios. Me habéis comentado alguna vez que el Col·legi estava dando cursos para aprender a escribir. Ahora ha salido esta necesidad y está muy bien que se desarrolle. Escribir pasa por quitarse el miedo a la página en blanco. Eso es un miedo que lo tiene todo el mundo. No nos creamos únicas, que no lo somos.

El Col·legi de Catalunya ha impartido algunos cursos sobre escritura y han sido realmente útiles.

Otro tema que nos encanta de ti es cómo has trabajado en grupos. Tanto tu libro como tu tesis doctoral¹⁰ presentan investigaciones sobre la potencia del Trabajo Social con grupos a la hora de la intervención social. ¿Cómo fue tu experiencia de docencia en la asignatura de Trabajo Social con grupos? ¿Qué has aprendido de los grupos?

Lo primero que me viene a la cabeza es la palabra humildad, porque todos somos iguales, todos tenemos las mismas cegueras, las mismas resistencias, las mismas defensas y las mismas dificultades para aceptar que otro te diga que te has equivocado. El otro día mi nieto me dijo tres críticas y yo las escuché pensando en lo que me decía, y me sorprendió con qué tranquilidad lo hice. Él ha vivido conmigo un año entero y me conoce mucho y sabe que puede decírmelo. Este saber que puedes decirle algo al otro es muy importante. Tengo una anécdota del otro día: estábamos en la manifestación, era un grupo circunstancial de seis. Uno me dijo: “Eso que tú dices no tiene sentido”. Yo lo escuché con mucha tranquilidad y le dije: “Tienes razón, yo me estaba equivocando, pero ahora te voy a decir una cosa que forma parte de mi saber. Si tú a una persona le dices que lo que comenta no tiene sentido, estás descalificándola. Es mejor que no lo hagas”. A mí lo que me provocó fue ponerme a competir porque me había picado un montón que me dijera eso. No lo conocía, pero decidí darle una lección, y se quedó completamente callado. Pero se lo dije con mucho respeto.

En grupo aprendes a hablarte a ti misma a través de los otros. Esto es lo que más te dan los grupos, porque los demás son un espejo. Entonces, aprendes lo que se dice en el interaccionismo simbólico, a hablarte a ti

10 Zamanillo Peral, Teresa. *Teoría y práctica del aprendizaje por interacción en grupos pequeños* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). <https://webs.ucm.es/BUCM/tesis/cps/ucm-t25724.pdf>

misma a través de los otros. Y eso es lo más bonito de los grupos. Aprendes mucho a conocerte a ti misma.

Ahora estoy en el Foro de Servicios Sociales, que también es un grupo. Es que a mí me entusiasman los grupos, por tanto, sigo aprendiendo. Me gustaría que fuera presencial pero ahora ya nada es presencial. En los grupos una de las cosas que más he aprendido es a respetar.

¿Y de la experiencia de docencia con grupos, qué recuerdas?

Fue precioso. En la tesis están los dibujos que hizo mi expareja. Está explicado de forma muy bonita. Fiel a la teoría práctica, el grupo operativo de Pichon-Rivière es precisamente el que más llega a la unión teoría-práctica. Es todo un desarrollo teórico- práctico verdaderamente maravilloso, cuya base es el psicoanálisis y el marxismo. Se creó en Argentina. Yo tuve un año de formación de grupo operativo, cuatro años de psicodrama y un año de Gestalt. Y me entusiasmó todo lo que estudié de grupos. Ahora tengo tan solo el grupo del Foro. Tuve un grupo maravilloso de escritura y autoconocimiento, pero ya se acabó, duró tres años. Ahora no tengo tantas pandillas, porque algunas se disolvieron. En fin, la vida es pérdida, la vida es desprendimiento.

Tomas prestada una metáfora del libro *El respeto* de Richard Sennett para explicar que el grupo es más que la suma de las partes. Lo explicas con una metáfora musical sobre el quinteto de Brahms. Un grupo implica vinculación, complementariedad, momentos de expansión, momentos de reserva, momentos de negociación. Es una imagen preciosa.

Sí, lo expliqué en la presentación del libro de grupos en Madrid. Me sorprende que lo sepáis.

Y entrando en el último bloque, en clave de futuro, ¿cuáles son los principales retos y oportunidades y también los principales peligros que ves en el ejercicio de la profesión actual?

Los principales peligros son la burocracia y la tecnocracia, el peligro de adaptarse y de rendirse a una realidad que es muy fea. Nuestra realidad es difícil pero no hay que rendirse. Se trata de cómo comprometerse con uno mismo para seguir adelante en tiempos de desilusión, de decepción profunda. Porque los políticos no tienen voluntad de cambio, en general.

Leí hace muchísimos años un artículo de Calvo Sotelo en *El País* en el que decía que cuanto más arriba estás, menos poder tienes. Se trata pues no solo de que cambien los políticos, sino que tenemos que cambiar todos. ¿Y de dónde sacamos las fuerzas? Pues no lo sé.

Creo que tenías como una consigna que decía algo así como: Si no cambia el contexto, ¿cambio yo?

No es una consigna, es de un trabajo final del Posgrado de Supervisión de la UPV. Lo tomé prestado para escribir mi epílogo en uno de los libros que publicaron porque me gustó mucho que lo titulara así. A nadie le puedes pedir que cambie, no está en tu voluntad, está en la suya.

Sabemos también de tu vertiente activista. ¿En qué andas metida ahora?

Estoy en el Foro de Servicios Sociales que os comentaba antes. La activista de la Renta Básica es Berta Lago, pero iré al Simposium de Canarias y ahí quiero engancharme. Es que me parece que no hay cosas que hacer, que ya no hay posibles reformas. Por un lado, este tiempo se parece al siglo XIX, pero en la parte de las sombras: el pobre como causante de sus males. Pero entonces hubo luces, los fabianos y otras muchas gentes reformistas contestaron creando nuevas posibilidades de solución; hubo toda una “revolución” con comillas que dio lugar al estado de bienestar, pero ahora no se ve nada de luz. Entonces creo que lo único que me va a dar un poquito de marcha es la RBU.

Vamos llegando al final, Teresa. ¿Quieres comentar alguna cosa más?

Al hilo de lo que estamos hablando, cuando he leído el periódico esta mañana y he visto quién había ganado las elecciones en Austria,¹¹ he pensado: ahora vienen los anarcocapitalistas a jorobar más la vida. ¡Es que es muy difícil este mundo!

En el artículo que escribí en 2018 para la revista de la Universidad Autónoma de México¹² decía lo siguiente:

Son muchas las voces que claman en nuestros días, al igual que políticos, escritores, trabajadoras sociales y científicas lo hicieron a finales del siglo XIX por la necesidad de crear un pacto social. Hoy se hace necesario resucitar la socialdemocracia con diferentes programas, que incluyan los recientes problemas sociales de nuestro mundo. La cooperación de toda la ciudadanía es imprescindible; un nuevo consenso ha de abrirse en el horizonte y en él hemos de participar. No obstante, la participación muchas veces nos exigirá adoptar formas más radicales que las que se requieren habitualmente en el trabajo. Al menos en España, son todavía muchas las prácticas que nos demandan políticos y empresas que no corresponden a nuestro perfil; son muchas las intervenciones que tendrían que llevar a cabo otros departamentos administrativos, pero que se cargan a los servicios sociales de asistencia primaria, produciendo así el mayor grado de *burn out*.

11 Noticia del día 30 de septiembre. Victoria de la ultraderecha en Austria después de las elecciones del 29 de octubre.

12 Zamanillo Peral, M.ª Teresa. (2019). El Trabajo Social y el neoliberalismo. Aproximaciones a una definición abierta a la complejidad social. *Trabajo Social UNAM*, 18, 139-157. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2018.18.69821>

Por lo tanto, ¿dónde nos agarramos? ¿A dónde vamos? Yo creo que tenemos que buscar nichos de debate. Tened en cuenta que yo voy a cumplir ochenta años en febrero, entonces ya espero que esto sea lo último que haga, esta entrevista y el artículo para el Consejo sobre la supervisión como medio para investigar.

Bueno, esperemos que no sea lo último.

Sí, yo creo que sí, porque ahora quiero divertirme más.

¡Esto está muy bien! Para cerrar, queremos concluir con recomendaciones de la Teresa más personal que muy generosamente nos has presentado al inicio de esta entrevista.

Un libro.

El primero que me viene a la cabeza es uno de Stefan Zweig que se llama *La impaciencia del corazón*, que yo daba a leer mucho a las alumnas. Este lo recomiendo para las trabajadoras sociales. Pero hay otros muchos, por ejemplo, me entusiasma Murakami. Y el último que he leído de él me ha parecido excelente. Pero Stefan Zweig me parece un autor maravilloso y este libro es muy bonito para desarrollar la empatía.

Una película.

Hay dos películas, para mí, también buenas de contenido para el Trabajo Social. En primer lugar, *La buena estrella*. Cuando la vi me encantó pensarla con la idea de que el Trabajo Social no es todo, que la gente se ayuda entre sí sin necesidad de nosotras y que eso es un filón para trabajar con las personas si piden nuestra ayuda, son sus redes. Y el otro día vi una de Manolo Matji que me encantó: *Horas de luz*. Va sobre reinserción y es muy bonita respecto a lo que estamos hablando. Es una historia real. También sin necesidad de trabajadoras sociales. Como ves, trato de señalar que no somos tan importantes como nos creemos. Y eso deberíamos grabárnoslo para confiar en las capacidades de las personas.

Sabemos también que eres una gran amante de la música, sobre todo de la música clásica. ¿Alguna recomendación?

No, porque yo sé muy poco. Lo único que sé es que tengo un hijo violoncelista y que lo acompañé para que encontrase lo que quería ser. Pero yo no tengo buen oído, aunque escucho música desde pequeña. Acabo de pedirle a mi nieta que me haga un pen con la música moderna que escuchan ahora que es preciosísima porque no sé nada de música moderna. Así que quiero pasar de la música clásica a escuchar esas voces bonitas.

Lo digo porque no sabía si renovar en una academia donde unos profesores verdaderamente maravillosos, musicólogos, enseñan a escuchar música clásica, y es una maravilla, o pasarme a la música moderna y creo que voy a hacer esto último.

¡Qué bien, Teresa! Eres una caja de sorpresas. Y si te perdemos, ¿dónde hay que buscarte a ti?

Uf, pensé primero en Santander, mirando a mi bahía, pero no creo que pueda ir. Tengo muchos lugares, pero ¿qué más da? Aquí en mi casa.

¿Y qué tendría que hacer alguien que te quiera conocer un poco más?

Cuando termine mis memorias, leerlas. Pero no las voy a publicar. Les daré una autoedición a mis personas más queridas. En primer lugar, a mis nietos, a quienes se las dedico, porque deseo que me conozcan más. Pero, aunque sean memorias, también hay ficción, porque los recuerdos de quien escribe no son puros. Mis amigos me conocen algo y les gustará leer lo que he escrito de mí misma. En realidad, todos nos conocemos muy poco los unos a los otros, conocemos lo que queremos enseñar sin darnos cuenta. Yo una vez oí que era humilde y yo no me considero humilde.

¿Qué le diría Teresa Zamanillo a un estudiante de Trabajo Social?

Que piense, que piense, que piense. Que no se quede con lo que le dicen. He tenido la suerte de vivir con mi nieto de dieciocho años y puedo decir que eso funciona.

Esta convivencia con tu nieto ha sido una experiencia muy bonita para ti, ¿verdad?

Sí, ha sido preciosa. Pero quiero insistir en que no se queden con lo que escuchan. Reflexionar es dar luz a algo. Pensemos en el flexo, ¿no? Les diría que den luz a las ideas y a las cosas. Que no se queden con lo que les dicen otros.

Para terminar, Teresa, ¿te ha quedado algo en el tintero?

Insistir, insistir hasta la saciedad que las trabajadoras sociales no somos distintas a las otras profesionales, que no sufrimos más que en otras profesiones. El otro día me dijeron que nos acostumbramos. No, nadie se acostumbra al dolor, ni los médicos, ni los corresponsales de guerra. Adquirimos defensas, eso sí. Es fundamental para hacer bien el trabajo. Y las defensas se adquieren leyendo, estudiando, compartiendo.

Por ejemplo, podemos añadir una importante formación que se está abriendo camino hoy en día sobre prácticas narrativas. Estas nos pueden ayudar mucho a comprender las personas y los contextos.¹³

Que los derechos sociales se conquistan, que los esclavos no salieron de las galeras porque les abrieran las escotillas de los barcos, no. Que las libertades se conquistan. Y la justicia también.

Y también añadiría que sí se puede hacer intervención social. Se hace demasiada burocracia, pero siempre hay algún caso en el que puedes ayudar a despertar el deseo de la persona de mejorar, de cambiar. A lo mejor hay uno al año, pero ese uno, lo mismo que decía la Biblia: "Aunque solo haya un justo se abrirá el Reino del Cielo."

Qué bonito me parece concluir con esta frase: "Despertar el deseo de las personas". Podríamos añadir otras muchas frases tuyas que servirían como epílogo de esta conversación tan bonita. Habíamos seleccionado dos. Una del año 90 de un artículo de la revista Documentación Social: "Conquistarse a sí misma es la empresa más hermosa que se puede acometer". Y la otra es del epílogo que escribiste en el libro Supervisión: Voces que colaboran para super(ar) visiones: "Es fundamental no dejar que 'el queme' invada esta hermosa profesión".

Teresa, ha sido un placer y un honor. Muchísimas gracias por dedicarnos este hermoso tiempo.

A mí esta profesión me ha formado tanto, tanto, que me ha ayudado a conquistarme a mí misma. Y no quiero terminar sin decir que para mí la *Revista de Treball Social* fue fundamental en la preparación de mis clases de Desarrollo Comunitario, precisamente porque era una revista profesional y traía muchas experiencias que me servían para pensar. Fue toda una referencia. A vosotras sí que quiero daros las gracias por esta entrevista que, espero, clarifique cuestiones a quienes la lean. Ha sido toda una oportunidad para mí. GRACIAS DE VERDAD.

13 Diploma Internacional en Prácticas Narrativas. V. <https://www.colectivo.org.mx/diplomado>

Entrevista

Teresa Zamanillo Peral



Foto: Cedida por Teresa Zamanillo Peral.

Escanea el código QR para acceder al canal de YouTube del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya y ver un extracto de la entrevista.



Reseñas

Dolors Colom Masfret

*El diagnóstico social sanitario y la gestión de casos.
Los pilares en la clínica del trabajo social sanitario*
Nau Llibres, 2024

Autor de la reseña: Jose Daniel Rueda Estrada

Jorge Garcés Ferrer

*Tratado General de Trabajo Social, Servicios Sociales
y Política Social*
Tirant Humanidades, 2024

Autor de la reseña: Josep Maria Torralba Roselló

María José Aguilar Idáñez y Daniel Buraschi

*Competencias interculturales:
Una propuesta emancipadora*
Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2023

Autor de la reseña: Albert Mora Castro

El diagnóstico social sanitario y la gestión de casos. Los pilares en la clínica del trabajo social sanitario

Dolors Colom Masfret. Valencia: Nau Llibres, 2024. Colección “Trabajo Social”, núm. 15. 213 p.

Jose Daniel Rueda Estrada¹

ORCID: 0000-0002-7820-8392

Para citar: Rueda Estrada, Jose Daniel. (2024). [Reseña del libro *El diagnóstico social sanitario y la gestión de casos. Los pilares en la clínica del trabajo social sanitario*, de Dolors Colom Masfret]. *Revista de Treball Social*, 227, 165-168. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.07>

Dolors Colom Masfret nos acostumbra a ir transformando su saber y su estudio en auténticas joyas científicas centradas en el Trabajo Social sanitario. Como la mayor especialista en esta materia –tras el libro *Trabajo Social Sanitario. Catálogo de prestaciones y cartera de servicios*, publicado en la editorial Agathos en 2022, en el que basándose en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, va definiendo de forma adecuada los servicios que realizan los trabajadores sociales sanitarios en las diferentes unidades de trabajo, clarificando y homologando un lenguaje compartido por los profesionales–, nos ofrece ahora una nueva publicación centrada en la gestión de caso: *El diagnóstico social sanitario y la gestión de casos. Los pilares en la clínica del trabajo social sanitario*, libro editado por Nau Llibres, bajo la coordinación de la profesora Josefa Fombuena.

Si en el anterior libro profundiza y clarifica conceptos como protocolos, procedimientos, servicios y procesos de servicio, en este vuelve la mirada a los inicios del Trabajo Social sanitario y a las fuentes, recordando lo que Mary E. Richmond y otros autores escribieron sobre la gestión de caso.

Esta obra de 213 páginas es otra pieza elaborada con la minuciosidad de una incansable investigadora que, al modo de la elaboración de una tesis doctoral, va profundizando en conceptos tan importantes como el *medical social casework*, caso social sanitario, la gestión de caso o el diagnóstico social sanitario. Su origen se encuentra en la tarea docente y en la formación que la autora brinda a diferentes profesionales que buscan a través de la formación permanente reflexionar sobre su práctica y responsabilidades profesionales.

1 Profesor colaborador en la Universidad de Valladolid. josedaniel.rueda@uva.es

Ya desde las primeras páginas, nos aclara el contenido de la obra, afirmando que la gestión del caso es competencia exclusiva de los trabajadores sociales sanitarios, tras la elaboración del diagnóstico social sanitario que recoge todos los aspectos que ayudan a entender la situación, la vida, las vivencias, el entorno en el que viven los pacientes, porque la gestión de caso “abrazo y afecta a todas las dimensiones humanas y materiales, los elementos tangibles e intangibles que se orientan al logro de los objetivos terapéuticos y de reinserción” (p. 20).

De manera breve haré un recorrido por los seis capítulos que componen esta magnífica obra.

En el capítulo 1 hace una recopilación de textos de autores que han abordado el tema del diagnóstico y la gestión del caso social sanitario, desarrollándolo en cuatro grandes apartados o agrupaciones. La primera agrupación referida a lo que diferencia la ayuda del Trabajo Social sanitario frente a otros tipos de ayuda; la segunda agrupación recorre lo relativo al diagnóstico social en general y el diagnóstico social sanitario (DSS); la tercera agrupación aborda el tema de la naturaleza del Trabajo Social sanitario y su vinculación con el ejercicio de la gestión del caso social, y finaliza con la agrupación relacionada con el concepto de *medical social casework*. Autores tan importantes como Abraham Flexner, Richard Cabot, Ida Cannon y otros concentran las reflexiones y aportaciones que se recogen en el libro, haciendo la datación histórica de la cronología del tema analizado.

En el capítulo 2 se retoma en profundidad el tema del diagnóstico social sanitario, profundizando lo que en otros textos nos ha venido regalando la autora del libro. Nos recuerda que el DSS es una construcción que resulta de la suma y sinergias de realidades de la persona enferma en relación con la enfermedad y las necesidades terapéuticas y también en relación con las necesidades y vivencias humanas que ocurren después de la recogida de información. En este trabajo nos recuerda que el trabajador social sanitario delinea el escenario de cada caso social sanitario y visiona los escenarios más probables, las consecuencias y los posibles servicios a prestar.

Al considerar clave la elaboración del diagnóstico social sanitario, como seña de identidad, para el Trabajo Social sanitario, la autora profundiza en el análisis que ayuda a diferenciar el DSS de otros tipos de diagnóstico y nos recuerda que cuando desde otros ámbitos, como servicios sociales, se interviene con personas enfermas, no se aplican métodos de Trabajo Social sanitario, porque la enfermedad no es el motivo de la intervención. Finaliza el capítulo abordando el tema de la síntesis diagnóstica, una especie de resumen de todo lo que se ha ido añadiendo a la historia clínica de forma pormenorizada y un pormenorizado análisis de los posibles errores que se pueden cometer al realizar un diagnóstico social sanitario, como lo relativo a la descripción, el etiquetaje, la inadecuada utilización de escalas o el excesivo interés por centrarse en lo patológico.

En el capítulo 3 se sigue profundizando en el caso social sanitario y en el diagnóstico social sanitario, abordando de forma didáctica las fortalezas y debilidades del caso social sanitario y diferenciando lo que son

los hechos de lo que son los factores y los atributos. En este sentido, la autora se detiene a clarificar lo que son generalizaciones y clasificaciones de lo que realmente es la esencia del Trabajo Social sanitario, ahondando en las diferencias entre el diagnóstico social sanitario y las clasificaciones diagnósticas. Como señala, el diagnóstico social sanitario antecede a cualquiera de las clasificaciones que se decida aplicar, porque la aplicación de estas no altera el contenido del diagnóstico. “Mientras que de la finalidad del diagnóstico social sanitario se desprende el plan de intervención del trabajo social sanitario, de la clasificación diagnóstica se desprende el análisis descriptivo y sumatorio de las variables para asignar alguna prestación” (p. 102).

El eje del análisis del capítulo 4 se centra en la gestión del caso social sanitario partiendo de la diferenciación de los modelos históricos del Trabajo Social sanitario: el modelo psicosocial y el modelo funcionalista y de autodeterminación. Aborda también lo que es el modelo proactivo y el modelo reactivo. En el primero, es el profesional quien toma la iniciativa, mientras que en el segundo es el paciente quien demanda la ayuda. Como nos indica la autora, la gestión del caso social sanitario se apoya en el modelo psicosocial proactivo y en el diagnóstico social sanitario, siendo estas las principales actuaciones y tareas del trabajador social sanitario, “cuya principal fortaleza reside en la comprensión de la intervención entre lo biológico, lo psicológico y lo social” (p. 107), a lo que ahora habría que añadir también lo cultural.

En este capítulo se profundiza en las bases teóricas de la gestión de caso social sanitario y en los antecedentes históricos que avalan a los trabajadores sociales sanitarios como gestores de caso. Mary E. Richmond, Sidney Goldstein, Gordon Hamilton, Abraham Flexner, Helen Harris Perlman y otros son los principales referentes. De manera pormenorizada analiza las fases de la gestión del caso social sanitario: la detección del problema, los cuadros psicosociales generados por la enfermedad y su impacto en la persona enferma, la interpretación y contextualización de los datos, la elaboración del diagnóstico social sanitario y el plan de intervención y evaluación.

El capítulo 5 pone la mirada en el Trabajo Social sanitario en la actualidad con especial referencia a España. Colom Masfret es consciente de las dificultades de las posiciones críticas de la profesión que no acaban de clarificar una postura corporativa y profesional, sino que generan discursos, a veces contradictorios, a veces de clara obstrucción y frecuentemente de silencio elocuente ante la reivindicación del Trabajo Social sanitario.

En el último capítulo se propone de forma clarificadora y didáctica una propuesta práctica de Trabajo Social sanitario, aportando ejemplos de cómo recabar la información para elaborar el diagnóstico social sanitario y la gestión de caso social sanitario. Esta guía es un ejemplo de la experiencia y recorrido profesional de la autora, lo cual constituye un regalo a la profesión que nos sitúa no solo en el mundo de las ideas, sino en el de las realidades.

En tiempos donde el Trabajo Social sanitario se desdibuja y se aleja de sus orígenes y su identidad como profesión de ayuda centrada en las necesidades y problemas de ciudadanos enfermos y sus familias, que sufren las consecuencias de la adaptación a los cambios sociales, y en una etapa de la historia del Trabajo Social donde la gestión de recursos prima sobre la gestión del caso social, esta obra de la profesora Colom Masfret trae a la reflexión nuevos y viejos planteamientos para recuperar la esencia del Trabajo Social sanitario poniendo la mirada en la importancia del diagnóstico social sanitario bien elaborado y de la gestión de cada situación que viven las personas. Frente a un Trabajo Social sanitario cada vez más apoyado en escalas, baremos, protocolos que marcan de forma mecanicista la actuación profesional, Dolors Colom Masfret nos devuelve la mirada del trabajo directo, la clínica, y la importancia de lo que ha sido el origen y la esencia del Trabajo Social sanitario y su diferencia con otras profesiones que también tratan con personas, ya sea en el entorno de la salud y la enfermedad o de cualquier otra necesidad que requiera la actuación del trabajador social. Por todo ello, solo resta dar la enhorabuena a esta nueva obra y las gracias a su autora por seguir apostando por la dignificación de la profesión, como ya reconoció en 2019 el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya al otorgarle la medalla de oro en la categoría de Significació del treball social en el moment actual.

Tratado General de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social (3 tomos)

Jorge Garcés Ferrer (Ed.). Valencia: Tirant Humanidades, 2024. 2.200 p.

Josep Maria Torralba Roselló¹

ORCID: 0000-0001-7759-2508

Para citar: Torralba Roselló, Josep Maria. (2024). [Reseña del libro *Tratado General de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social*, de Jorge Garcés Ferrer (Ed.)]. *Revista de Treball Social*, 227, 169-171. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.08>

El editor y coordinador del libro es el Dr. Jorge Garcés, que es catedrático de Trabajo Social y Servicios Sociales y director del Instituto de Investigación en Políticas de Bienestar Social (Polibienestar) de la Universidad de Valencia, junto con la Dra. Rosa Díaz, el Dr. Andrés Arias, la Dra. Violeta Quiroga, el Dr. Francisco Ródenas, la Dra. Ana Alcázar y el Dr. Juan Jesús Viscarret como coordinadores y coordinadoras de los tomos correspondientes a cada ámbito (Trabajo Social, servicios sociales y política social). Además, en los diversos capítulos del libro han participado 152 autores y autoras que pertenecen a 41 instituciones vinculadas a la universidad pública y también privada, institutos de investigación, administraciones públicas, fundaciones y asociaciones.

El libro está estructurado en tres tomos correspondientes a cada ámbito con el desarrollo de sus capítulos y la interrelación entre los diversos ámbitos. Así, el tomo I hace referencia a la disciplina del Trabajo Social con 26 capítulos, donde se trata la historia del Trabajo Social, los debates y la panorámica actual del Trabajo Social como disciplina y profesión, la ética y la supervisión profesional, las metodologías de intervención desde el Trabajo Social, y los diversos ámbitos de actuación, entre otros temas.

El tomo II está dedicado al ámbito de los servicios sociales con 18 capítulos, donde se analiza el papel de los servicios sociales, su marco normativo, la relación pública-privada en la prestación de servicios sociales, la mejora de su calidad o la participación de las personas en los servicios sociales, entre otros temas.

El tomo III se refiere a la disciplina de la política social con 18 capítulos, donde se trata su realidad histórica, el vínculo entre el bienestar y la política social, las tendencias ideológicas o la ética en la política social, entre otros temas.

¹ Trabajador social, licenciado y doctor en Sociología. Profesor agregado de la UFR Escola de Treball Social, Universidad de Barcelona. Miembro de la Comissió d'Infància i Família del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. jmtorralba@ub.edu

El libro es un manual de referencia para el profesorado y alumnado universitario, y para los profesionales del Trabajo Social, porque ha supuesto un esfuerzo de elaboración de una radiografía actual y completa del Trabajo Social, con una gran diversidad de temáticas y con carácter holístico, que era necesaria y de la que no disponíamos hasta ahora como material imprescindible de consulta. También aporta una valiosa sinergia entre los diversos ámbitos del Trabajo Social, los servicios sociales y la política social, con un análisis riguroso y una actualización de sus conocimientos e investigaciones aplicadas. En palabras del editor al prólogo del libro:

Es un proyecto capaz de exponer de manera ordenada, precisa y sistemática los conocimientos que están emergiendo a la vez en las distintas disciplinas de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social, con el fin de seguir sentando bases de conocimiento sólidas en nuestras universidades y centros de investigación (p.27).

Me he centrado en la lectura del capítulo “El Trabajo Social como disciplina y profesión: debates y panorámica actual”, escrito por el Dr. Andrés Arias, catedrático de Trabajo Social y Servicios Sociales y director del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Complutense de Madrid. En primer lugar, el autor se acerca a las diversas definiciones que se han ofrecido del Trabajo Social tanto en el ámbito internacional como en el contexto español. En segundo lugar, analiza cuál es el objeto del Trabajo Social y las dificultades para delimitar este objeto de atención. En tercer lugar, se ocupa de tratar el falso debate entre la vertiente disciplinaria y la profesional del Trabajo Social, la centralidad de las dos vertientes y la necesidad de su integración. En cuarto lugar, profundiza en los mandatos institucionales y sus contradicciones con los principios y valores del Trabajo Social; y el rol de profesional y de activista del Trabajo Social. Y, en último lugar, plantea algunas ideas sobre los principales focos de investigación y de desarrollo del Trabajo Social en la actualidad y los retos de futuro.

El Trabajo Social, en su dimensión tanto intencional como efectiva, es una realidad muy diversa que hace que pueda ser conceptualizado de muchas maneras diferentes. Esto está vinculado con los procesos de fragmentación que han incidido en muchos aspectos del conocimiento social. El Trabajo Social es una actividad académica y profesional muy heterogénea y cambiante. Sus cimientos se encuentran en continua transformación, y se fragmentan o se articulan sobre unas ideas o acuerdos básicos que son la defensa de los derechos humanos y la mejora del bienestar personal y social. En relación con el objeto del Trabajo Social, sigue habiendo una pluralidad de conceptualizaciones sobre cuáles son nuestros objetos de atención.

Según Arias (p. 99):

Quienes pertenecemos a la academia, nos referimos al trabajo social más como profesión que como disciplina, pues lo que otorga sentido a la disciplina es el ejercicio profesional y todo lo que este precisa para su desarrollo adecuado. La profesión sin disciplina no sería tal.

Muy a menudo, se dan contradicciones entre los encargos de las instituciones para las que trabajamos y nuestros valores éticos y posicionamientos ideológicos profesionales que nos generan dilemas sobre cómo actuar. Y tampoco tenemos la capacidad de cambiar la dirección de las políticas sociales con las que no estamos de acuerdo, pero que mediante nuestras acciones profesionales estamos colaborando a implementar.

La situación actual de la profesión en España se caracteriza por la feminización; un nivel formativo más alto, con menos puestos de trabajo en el sector público y más lugares vinculados al tercer sector social y la empresa privada; una elevada precarización, con peores condiciones de trabajo y salariales, con altas rotaciones; y una sobrecarga de trabajo con altos índices de *burnout*.

Según Arias, la situación disciplinaria ha mejorado porque hemos pasado de la formación profesional superior a la formación universitaria en los tres ciclos (grado, máster y doctorado), con equipos y líneas de investigación consolidados y con una producción científica que va creciendo en impacto e internacionalización. Pero hay que aumentar la multidisciplinariedad y la colaboración con otras áreas de conocimiento. Para Arias (p.108): “Cabe preguntarse si la diversidad que observamos en trabajo social no es más que el resultado de la propia diversidad humana (...) Existen diversidad de trabajos sociales”.

Os animo a la lectura de los capítulos del libro que puedan ser de vuestro interés por vuestra afinidad con las tareas profesionales o investigaciones que estéis desarrollando en la actualidad.

Competencias interculturales: Una propuesta emancipadora

María José Aguilar Idáñez y Daniel Buraschi. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2023. 103 p.

Albert Mora Castro

ORCID: 0000-0003-1792-2768¹

Para citar: Mora Castro, Albert. (2024). [Reseña del libro *Competencias interculturales: Una propuesta emancipadora*, de María José Aguilar Idáñez y Daniel Buraschi]. *Revista de Treball Social*, 227, 173-175. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.09>

Habitamos sociedades definidas, en buena instancia, por su carácter diverso, realidad que comporta grandes oportunidades para el desarrollo humano, el crecimiento personal, el progreso social y la ampliación de horizontes vitales y relacionales. Una situación que plantea, también, algunos importantes desafíos. El etnocentrismo en el que todos y todas, de alguna manera, hemos sido socializados explícita o implícitamente, limita nuestras capacidades para relacionarnos con personas que identificamos como diferentes en ciertos aspectos que se consideran relevantes y nos sitúa en un escenario de competitividad en el que se pugna por hacer valer lo propio y acumular privilegios sobre los otros. El avance de las dinámicas de odio en nuestra sociedad polarizada bebe de ese etnocentrismo y a su vez lo alimenta, creando las condiciones perfectas para el ejercicio de la violencia étnica, racial y política.

En este contexto, el Trabajo Social está llamado a jugar un papel esencial en la orientación de mejores formas de convivir en la diversidad, garantizar los derechos de todas las personas, con independencia de cualquier condición, y promover el bienestar social individual y colectivo. Sin embargo, los y las profesionales de este campo, en ocasiones, no hemos reflexionado ni nos hemos preparado suficientemente para hacer frente a los desafíos que la diversidad, y la desigualdad a ella asociada, abren en nuestros lugares de trabajo, en nuestro quehacer profesional y en nuestra relación con las personas con las que trabajamos.

Esta obra viene a responder a ese reto, señalando los principales elementos a tener en cuenta para una acción profesional que ponga en el centro a la persona, con todas sus singularidades, y permita garantizar mejor los derechos y la convivencia contribuyendo a la reversión de las dinámicas que generan y promueven la desigualdad, el enfrentamiento y la vulneración de derechos. Sus autores, María José Aguilar y Daniel Buraschi, acumulan años de experiencia de trabajo en este campo y han

1 Instituto de Derechos Humanos. Universitat de València. albert.mora@uv.es

sabido señalar lúcidamente, en varios de sus trabajos, los principales problemas con los que nos encontramos en unos servicios y entidades de acción social que se encuentran atravesadas por dinámicas etnocéntricas (y clasistas, y patriarcales) que han podido avanzar precisamente porque se entendían como naturalmente ajenas a estos espacios. Este conocimiento, combinado con su compromiso profesional con la causa de la justicia social, la lucha contra el racismo y la garantía de los derechos, que los ha llevado a desarrollar múltiples trabajos en diversos espacios, países y continentes, hacen de Aguilar y Buraschi los autores perfectos para esta obra. Una obra que está llamada a ser un manual de referencia para todas aquellas personas que intervienen en contextos de diversidad cultural y religiosa y que quieren hacerlo de manera más eficaz, contribuyendo a la transformación social y a la erosión de las violencias sobre las que se sustentan las dinámicas sociales hegemónicas que también se reflejan en las instituciones y organizaciones de acción social.

El libro se divide en tres partes. En la primera, se realiza una aproximación a los que son considerados como modelos dominantes, y fallidos, de gestión de la diversidad migratoria: la asimilación subalterna, que promueve una adaptación limitada solo a aquellos aspectos que resultan inocuos a efectos de superación de la condición de inferioridad que se desea perpetrar en las personas migrantes; la racialización de las diferencias, que esencializa a los sujetos y los grupos representándolos como un todo marcado por características compartidas negativamente connotadas, que se tienen por naturales, fijas y rechazables; y la interculturalidad funcional, que celebra la diversidad cultural sin cuestionar los mecanismos de dominación que sitúan a las personas de origen migrante en situación de inferioridad, sin posibilidad de incidir en la sociedad y de determinar el destino de sus proyectos vitales, sociales y políticos en igual medida que el resto de la población. Frente a esos modelos, los autores plantean la urgencia de desarrollar un modelo intercultural crítico y emancipador que anteponga el reconocimiento de las personas migrantes como ciudadanas en lugar de centrarse en su identificación como portadoras de identidades, creando condiciones para una mejor garantía de derechos y una mayor valoración de las estrategias y acciones que esta población pone en marcha para mejorar sus perspectivas de inserción y luchar contra el racismo y la discriminación. Se trata, en definitiva, de un modelo que cuestiona el sistema dominante y trata de vencerlo para terminar con ese orden social, institucional y personal que reproduce el racismo y la desigualdad y que es alimentado, con diferentes fórmulas, desde los modelos actualmente hegemónicos.

La segunda parte del libro se dedica a plantear una reflexión sobre los modelos implícitos de intervención que, basados en estereotipos y explicaciones simplificadas de la realidad alineadas con las dinámicas de poder, pueden contribuir a legitimar modelos asimilacionistas, culturalistas o discriminatorios. Los autores alertan sobre la importancia de reconocer estas dinámicas en los servicios sociales y otras instituciones y organizaciones en las que el “culturalismo etnocéntrico” acaba siendo

central en la definición de los problemas y en las formas de abordarlo. Destacan, en un análisis certero, revelador y necesario, cuatro dinámicas que alimentan estas prácticas etnocéntricas: 1) el *reduccionismo causal*, que explica las causas de los problemas de una manera simplista reduciendo las personas a miembros de una supuesta cultura y obviando la complejidad y multidimensionalidad de las situaciones que se enfrentan; 2) la *categorización impuesta*, que suele fundamentarse en la identificación de la persona como víctima, como amenaza o como carenciada, impidiendo el desarrollo de procesos de intervención basados en el respeto y el reconocimiento de sus aspiraciones, capacidades y fortalezas; 3) el *salvacionismo paternalista*, que reproduce en el propio sistema de bienestar las dinámicas de inferiorización y subordinación que operan en la sociedad; 4) la *legitimidad profesional y naturalización de privilegios*, que acaba situando en el centro el mantenimiento del sistema de intervención y de sus profesionales en un contexto de perpetuación de las estructuras de opresión.

Ante esta realidad, la tercera parte del libro ofrece un conjunto de 18 pautas para fomentar una intervención crítica y emancipadora a través del fomento de las competencias interculturales y la erosión de las actitudes vinculadas al "culturalismo etnocéntrico". Se trata de un catálogo que puede resultar verdaderamente práctico a la hora de desplegar un verdadero compromiso desde el Trabajo Social con la intervención crítica y emancipadora, a través de la transformación de las estructuras de intervención y de sus profesionales. Las pautas se organizan en torno a cinco ejes, el fomento de la reflexividad, la comprensión de otros marcos de referencia, la sensibilidad intercultural, la comunicación intercultural crítica, y la gestión creativa de los conflictos. Estas pautas se plantean como un reto al alcance de cualquiera que desee realmente "interculturalizar" sus prácticas y las de las instituciones a las que pertenece.

En definitiva, nos encontramos ante una obra que equilibra a la perfección los elementos de análisis y diagnóstico y las propuestas prácticas. Una magnífica guía para cualquier organización que desee mejorar la forma en la que interviene en este campo y, especialmente, para aquellas vinculadas a la práctica del Trabajo Social que están llamadas a jugar hoy un papel especial en la defensa de la diversidad, el pluralismo, los derechos humanos y la reivindicación de la dignidad humana.

Normas para la presentación de artículos a la RTS

La *Revista de Treball Social*, editada por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, es una revista especializada que se publica desde el año 1960, actualmente con una periodicidad semestral. Los objetivos de la publicación son:

- Contribuir al progreso del conocimiento científico, teórico y práctico del Trabajo Social y de las otras disciplinas científicas vinculadas.
- Consolidar el desarrollo profesional de los trabajadores y las trabajadoras sociales mediante la aportación de contenidos teóricos conceptuales, experiencias prácticas y otras herramientas metodológicas que fomenten el análisis y la reflexión sobre los diversos ámbitos de intervención del Trabajo Social.
- Difundir las experiencias profesionales y el conocimiento científico generado a partir de la práctica y la investigación en Trabajo Social.
- Promover el análisis crítico de la realidad social y las políticas sociales.

La RTS se dirige, especialmente, a los trabajadores y las trabajadoras sociales del ámbito profesional y académico, también a estudiantes de las universidades y a cualquier profesional vinculado al entorno del Trabajo Social.

La RTS está abierta a todos los trabajadores y las trabajadoras sociales, estudiantes de las universidades y a cualquier profesional vinculado al entorno del Trabajo Social que deseen presentar artículos originales sobre investigaciones empíricas, trabajos teóricos o revisiones bibliográficas, descripciones de experiencias profesionales, ensayos y análisis críticos, siempre en relación con el Trabajo Social, las políticas sociales y los servicios de bienestar social.

Los trabajos sometidos a evaluación para ser publicados en la RTS deben ser originales e inéditos. Las personas autoras deben declarar que los contenidos expuestos son originales y no existe plagio de ningún tipo.

La RTS pide la cesión de los derechos de autoría, así como la no existencia de conflicto de intereses.

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de quien firma la autoría y si hay evidencias de plagio se pondrán en marcha las acciones previstas para informar a los autores y las autoras, retirar el documento no original de la página web e informar a los lectores y las lectoras de la situación.

Las autoras y los autores de trabajos de investigación declararán en el texto del artículo que en el proceso de investigación se han respetado los principios éticos que corresponden al tipo de estudio que presentan (autorizaciones que correspondan, consentimiento informado de los y las participantes, disociación de los datos de identificación, cita adecuada de las autorías, etc.).

PROCESO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

El Consejo de Redacción realizará una selección previa de los artículos presentados y, posteriormente, serán valorados siguiendo el procedimiento anónimo de revisión por pares a doble ciego (el equipo de revisión no conoce la autoría de los artículos y los autores y las autoras no conocen la identidad de quien valora su trabajo). Para que este método de revisión de artículos sea factible, los artículos se presentarán en versión anonimizada, es decir, una versión en la que no se pueda identificar la autoría.

Las personas que firmen aceptarán someter el trabajo a la revisión y a posibles cambios de contenido y estilo según las recomendaciones del equipo de revisión.

SECCIONES Y EXTENSIÓN DE LOS ARTÍCULOS PRESENTADOS

- **Estudios. A fondo:**

Artículos que ofrecen un desarrollo de un tema de interés para los y las profesionales del Trabajo Social. Extensión entre 6.000 y 10.000 palabras.

Pueden ser trabajos de investigación, sobre la disciplina del Trabajo Social y otras disciplinas conexas, que sigan metodología científica. Se estructurarán, al menos, en los siguientes apartados: introducción, metodología, resultados, discusión o conclusiones y solo las referencias bibliográficas citadas en el texto.

- **Praxis:**

Artículos en los que se presenten buenas prácticas y sistematización de experiencias de interés en Trabajo Social,

servicios sociales u otros sistemas vinculados al desarrollo de los derechos sociales. Extensión entre 4.000 y 6.000 palabras.

Los artículos incorporarán una introducción, el cuerpo del texto de estructura libre que incluirá, en todo caso, la contextualización teórica, normativa (si procede) y metodológica de la intervención presentada, unas conclusiones y únicamente las referencias bibliográficas de las citas mencionadas en el texto.

▪ **Reseñas:**

Espacio de presentación de publicaciones, tesis, congresos, jornadas, normativa y otras cuestiones de interés para la disciplina y los mundos profesional y académico. Tienen que ser de publicaciones recientes (últimos tres años) o que destaquen una lectura clásica de importancia para la disciplina del Trabajo Social y que no se haya publicado anteriormente en la RTS. Extensión máxima de 1.200 palabras.

Las reseñas incorporarán una breve presentación y contextualización del tema, y un breve resumen del contenido del libro, que puede ser de manera estructurada explicando los capítulos o de manera narrativa. Finalmente, tiene que exponer la relevancia y aportación a la disciplina del Trabajo Social.

En todos los casos (Estudios. A fondo, Praxis y Reseñas), la extensión máxima incluye las referencias bibliográficas. Los artículos que superen la cantidad de palabras indicada se devolverán a los autores y las autoras para que reduzcan su extensión.

Los artículos tienen que presentarse en formato electrónico, en documento de texto editable (.docx o .RTF), letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm. Las citas literales se transcribirán en Arial 11, interlineado 1,5 y márgenes 4 cm.

IDIOMAS

Los artículos se pueden presentar en catalán, castellano o inglés indistintamente. En la versión en línea, cada número de la RTS se publicará en catalán y en castellano; además se publicará como mínimo un artículo, seleccionado por el Consejo de Redacción, traducido al inglés. La versión en papel recogerá todos los artículos en el idioma original. Los títulos, resúmenes y palabras clave de todos los artículos se publicarán también en inglés.

SISTEMA DE ENVÍO DE ARTÍCULOS

De manera previa a la presentación de cualquier artículo, la persona que firme como autora principal tendrá que registrarse (si no lo ha hecho anteriormente) como usuaria de la página web (www.revistarts.com). Los artículos se cargarán en la plataforma siguiendo las indicaciones detalladas en el apartado “Envíos” de la misma página web.

En todos los casos, el artículo tendrá que presentar: título y subtítulo, en caso de que lo incluya (40 palabras máximo); resumen (250 palabras máximo) en catalán o castellano y en inglés; las palabras clave (5 como máximo) en catalán o castellano y en inglés, y el texto principal, que responderá a las normas de la sección a la que se presenta.

El texto principal se enviará como archivo adjunto de manera anonimizada, suprimiendo cualquier elemento que permita directa o indirectamente la identificación del autor o autora. Una vez se haya realizado la valoración, en el momento en que se comunique la aceptación para la publicación del artículo, se pedirá el envío de la versión definitiva identificando la autoría.

FIGURAS Y TABLAS

Tablas: se presentarán en el lugar del texto que corresponda numeradas según el orden de aparición. Se utilizarán únicamente para clarificar aspectos relevantes. Los títulos o pies que acompañen las tablas tienen que explicar el contenido y la fuente. Se presentarán sin colores, con el formato predefinido, líneas sencillas y texto en Arial.

Figuras: se consideran figuras las fotografías, los gráficos o las ilustraciones. Se presentarán en el lugar del texto que corresponda numeradas según el orden de aparición, se identificarán con el término “Figura. X”. Se tienen que diseñar con un buen contraste, de forma que no pierdan calidad con la reducción. En la edición en papel serán publicadas en blanco y negro. Las figuras deben tener la finalidad de clarificar de forma importante el texto y su número será el mínimo necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben colocarse al final del texto solo las referencias citadas, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con las normas APA

(7.^a edición, 2020) pero con la particularidad de incluir el nombre completo de la autora o del autor (si se conoce) para visibilizar el género con el que se identifica. Optativamente, también se acepta poner los dos apellidos.

Libro en papel: Apellidos, Nombre completo. (año). *Título: Subtítulo* (# ed.). Editorial. En los casos de autoría múltiple, hay que incluir todos los autores y autoras. Si son más de 20, se referencian los 19 primeros nombres y apellidos y el último precedido de puntos suspensivos. Cada nombre y apellido se separa con un punto y coma de los otros, excepto del último, que va precedido de una coma y la conjunción “y”.

Foucault, Michel. (1992). *Microfísica del poder*. (3.^a ed.). La Piqueta.

Moreno Luzón, María Dolores; Peris Bonet, Fernando Juan, y González Cruz, Tomás Félix. (2000). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones*. Ed. Prestice Hall.

Autor corporativo: Nombre de la institución u organismo. (año). *Título: Subtítulo* (# ed.). Editorial.

Observatori del Treball i Model Productiu. (2017). *La situació de desigualtat salarial a Catalunya entre homes i dones*. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Generalidad de Cataluña.

Capítulo de libro: Apellidos, Nombre completo del autor/a del capítulo. (año). Título del capítulo: Subtítulo. En Nombre y Apellidos coordinador/a / editor/a literario/a del libro (Coord./Ed.), *Título del libro* (# ed., p. xx-xx). Editorial.

García Martínez, Estela Maria, y Báñez Tello, Tomasa. (2016). Tejiendo identidades profesionales. Un proceso creativo y transformador. En Gloria Londoño y José Luis Rodríguez (Comps.), *Relatos Digitales en Educación Formal y Social* (p. 295-300). Universidad de Barcelona.

Libro electrónico con DOI: Apellidos, Nombre completo. (año). *Título*. Editor/sitio web. Dirección del DOI

Londoño Monroy, Gloria, y Rodríguez Illera, José Luis (Comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social*. Universidad de Barcelona. <https://doi.org/10.1344/105.000003160>

Libro electrónico con URL: Apellidos, Nombre completo. (año). *Título*. Editor/sitio web. Dirección URL

Londoño Monroy, Gloria, y Rodríguez Illera, José Luis (Comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social*. Universidad de Barcelona. <http://www.greav.net/descargas/Actas2016.pdf>

Artículo de revista en formato físico: Apellidos, Nombre completo. (año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista: Subtítulo, volumen*(número), p-p.

Carabaza González, Julieta. (2013). Apropiación de las TIC: apuntes para su operacionalización. *Revista Prisma Social*, 9, 352-390.

Artículo de revista con DOI: Apellidos, Nombre completo. (año).

Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista: Subtítulo, volumen*(número), p-p. URL del DOI

Hernández-Echegaray, Arantxa. (2019). Reflexiones acerca de las oportunidades y dificultades de la fundamentación teórica y metodológica en el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 215, 13-31. <https://10.32061/RTS2019.215.01>

Artículo de revista en línea: Apellidos, Nombre completo. (año).

Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista: Subtítulo, volumen*(número), p-p. Editor/sitio web. Dirección URL

Deslauriers, Jean-Pierre, y Pérez Cosín, José Vicente. (2004). El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 195-210. Universidad Complutense de Madrid. <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110195A>

Página web: Autor/a personal o corporativo. (año última actualización). *Título de la página.* Editor/sitio web. Dirección URL

Fundación Dialnet. Universidad de la Rioja (2018). *Dialnet*. Fundación Dialnet. <http://dialnet.unirioja.es>

Simposios y conferencias: Apellidos, Nombre completo. (año). Título de la ponencia. En Nombre completo y Apellidos. (Ed. literario), *Título del simposio o congreso* (p. xx-xx). Editorial.

Fernández Barrera, Josefina. (2006). Trabajo Social con Familias y Mediación. En Cristina Escobar Pérez, Teodoro Andrés López y Gaspar Sánchez Majadas (Coord.), *V Congreso Estatal de Estudiantes de Trabajo Social* (p. 17-30). Universidad de Salamanca.

Tesis: Apellidos, Nombre completo. (año). *Título de la tesis* (Tesis doctoral / Trabajo de Fin de Máster / Trabajo de Fin de Grado no publicado). Nombre de la universidad.

Parra Ramajo, Belén. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Barcelona.

Tesis en línea: Apellidos, Nombre completo. (año). *Título de la tesis* (Tesis doctoral / Trabajo de Fin de Máster / Trabajo de Fin de Grado, Nombre de la universidad). Dirección URL

Cardona Cardona, Josefa. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos* (Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears). <http://hdl.handle.net/10803/108691>

Vídeos: Apellidos, Nombre completo. (año, mes día). *Título del vídeo*. [Vídeo]. Sitio web. Dirección URL

Centeno Ortiz, Antonio, y de la Morena, Raúl. (2015, marzo 25). *Yes, We Fuck!* [Vídeo]. Vimeo. <https://vimeo.com/123177395>

Película: Apellidos, Nombre completo del productor/a (Prod.), y Apellidos, Nombre completo del director/a (Dir.). (año). *Título de la película*. [Tipo: DVD, Blu-ray, CHS, Serie de televisión, etc.]. Estudio, nombre de la productora o distribuidora. Dirección URL

Mase, Yasuhiro (Prod.) y Takita, Yojiro (Dir.). (2008). *Despedidas*. [Película]. Shochiku Company Limited.

Noticias de prensa: Apellidos, Nombre completo. (año, mes día). Título del artículo. *Nombre del periódico*, p.

Farreras, Carina. (2019, marzo 19). Pacto de la comunidad educativa contra los guetos en las escuelas de Catalunya. *La Vanguardia*, p. 26.

Noticias de prensa en línea: Apellidos, Nombre completo. (año, mes día). Título del artículo. *Nombre del periódico*. Recuperado fecha, de + dirección URL

Martínez Torres, Manuela Julia. (2015, febrero 16). Las comunidades de propietarios se blindan ante Hacienda. *El País*. Recuperado 21 enero 2021, de http://economia.elpais.com/economia/2015/02/16/vivienda/1424085674_934021.html

Ley/orden/decreto: Título de la regulación, Nombre publicación oficial, núm. publicación, sección publicación (año publicación).

Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. BOE núm. 131 § 9617 (2011).

Estas referencias se han adaptado de las normas APA (7.^a edición, 2020). Para otros tipos de documentos, consultad la página web <https://apastyle.apa.org>.

CITAS EN EL TEXTO

Citas no textuales o indirectas: Reproducen la idea o el concepto, pero reformulan las palabras a la hora de redactar el trabajo. Hay que hacer constar los apellidos de los autores o autoras y el año. Ejemplos:

· 1 autor/a:

Los datos recogidos por los equipos de intervención social en el espacio público del Ayuntamiento de Barcelona de la última década ya apuntaban hacia un incremento de la proporción de las personas que alternaban la pernoctación en la calle con soluciones residenciales precarias (Sales, 2019).

· 2 autores/as:

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

· 3 o más autores/as:

En este sentido, Bern-Klug et al. (2001) identifican los roles que tienen los trabajadores sociales en el apoyo al final de la vida: (...)

· Autor corporativo con acrónimo:

El año 2017, en Berlín se contabilizaron hasta 30.000 personas alojadas en albergues de estancia limitada, 10.000 más que el año anterior (FEANTSA, 2018).

· Autor corporativo sin acrónimo:

En Madrid, entre 2017 y 2019 se pasó de 2.059 personas contabilizadas durmiendo en la calle o en alojamientos temporales en una noche a 2.772 (Ayuntamiento de Madrid, 2018).

Citas literales o textuales: Reproducen exactamente las palabras de la obra. Hay que referir los apellidos de los autores o autoras, el año y el número de página. Ejemplos:

· Cita de hasta 40 palabras en una página:

En relación con la participación democrática, Martínez Navarro (1990) señala, por un lado, que “la participación es un requisito metodológico en Trabajo Social, porque Trabajo Social y democracia coinciden en su valor básico: la libertad fundamental del ser humano para ser protagonista de su vida” (p. 69) y, del otro (...)

· Cita de hasta 40 palabras entre dos páginas:

(...) como lo menciona Palacios (2020), quien explicita la dificultad de unificar la lectura de familia por su diversidad toda

vez que su comprensión posee “(...) una porosidad que contiene la interpretación y construcción social de marcos de referencia, prácticas y discursos en torno a la sexualidad, la procreación, la con-vivencia, la sobrevivencia y la co-residencia en este tiempo social” (p. 31-32).

· Cita de más de 40 palabras:

La actividad de apoyo a las familias de las experiencias europeas contrasta con la situación en Cataluña, donde la mayoría de las entidades describen que:

su relación con las familias se origina cuando lo solicitan las propias personas encarceladas a quienes atienden y abordan problemáticas de tipo práctico como la imposibilidad de desplazarse a los centros para realizar las visitas o los problemas de interpretación de las condenas (Ibáñez Roig y Pedrosa Bou, 2017, p. 19).

Citas de citas: Se reproduce una cita a la que no se ha tenido acceso directo al original. La cita debe contener la expresión “citado por”.

Ejemplo:

“la sociedad civil debe organizarse en diferentes instancias para identificar, construir y cambiar espacios para la práctica de la democracia participativa” (De Souza y Vega, 2001, p. 44, citado por Samperio y Bracaglioli, 2004, p. 7-8).

Los autores y las autoras recibirán 2 ejemplares en papel del número de la revista donde se publique su trabajo.

La RTS no cobra cuotas por la publicación de los artículos.

El Consejo de Redacción de la RTS no se hace responsable de la autenticidad de los trabajos publicados ni de su credibilidad. Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad de los autores y las autoras y la RTS no se identifica necesariamente con ellos o ellas.

LISTA DE COMPROBACIÓN PREVIA AL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los autores y las autoras tendrán que comprobar que los artículos cumplen los requisitos que se muestran a continuación; en caso de no cumplirlos, los trabajos les serán devueltos.

1. El cuerpo del artículo se ha anonimizado: no incluye la autoría ni la filiación y se ha suprimido cualquier elemento que pudiera permitir directa o indirectamente la identificación del autor o la autora. Se ha confirmado que se ha utilizado el término “autor”

- o “autora” para indicar las referencias a su propio trabajo.
2. El manuscrito se envía en formato .docx o RTF, incluidas las referencias bibliográficas, tablas y figuras.
 3. Las referencias bibliográficas incluyen el DOI o la dirección URL, según corresponda, en todos los casos posibles.
 4. El texto se presenta en letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm. Las citas literales se transcribirán en Arial 11, interlineado 1,5 y márgenes 4 cm.
 5. Se incluye el título completo (40 palabras como máximo) en castellano o catalán y en inglés; un breve resumen (250 palabras como máximo) en castellano o catalán y en inglés, y las palabras clave (5 como máximo) en castellano o catalán y en inglés.
 6. Las figuras y tablas se encuentran en el lugar del texto que les corresponde, con numeración correlativa, el título y la fuente. Se presentarán sin colores, con el formato predefinido, líneas sencillas y texto en Arial.
 7. Se declaran becas o apoyo financiero y su procedencia, si procede.
 8. Se manifiesta que el trabajo cumple con los requisitos éticos de investigación.
 9. El manuscrito responde a las especificaciones de la sección a la que se dirige.
 10. Se han revisado las referencias bibliográficas y se ajustan al estilo y el formato de las normas internacionales APA exigidas por la revista.

COMPROMISO ÉTICO DE LA RTS

La RTS se compromete a adoptar y promover las buenas prácticas y los principios éticos orientadores de las publicaciones científicas. A tal efecto se guiará por las orientaciones del Código de conducta de COPE (Committee on Publication Ethic), que se puede consultar en <https://publicationethics.org>.

La RTS asume los siguientes compromisos éticos:

- Incorporar la transparencia como uno de los principios clave en la gestión de la revista.
- Comunicar los objetivos y funcionamiento de la RTS a las personas lectoras y posibles autoras mediante la página web de la revista.
- Explicar de manera clara las normas de presentación de artículos. Se facilitará una lista de comprobación para ayudar a la confirmación del cumplimiento de todos los requisitos de presentación.
- Promover la atribución de autoría apropiada incorporando todos los autores y las autoras en las comunicaciones que se realicen desde la RTS.
- Basar la decisión de aceptar o no un trabajo para su publicación únicamente en el documento presentado, valorando, entre otros aspectos, la relevancia del tema, la originalidad y la claridad.
- Indicar al equipo revisor de los artículos presentados el encargo, con concreción, incorporando las recomendaciones de la COPE:

Realizar revisiones objetivas.

Evitar críticas personales a los autores o autoras.

Argumentar las valoraciones con referencias, si es necesario.

Declarar cualquier conflicto de intereses como, por ejemplo y no exclusivamente, que el revisor o la revisora tenga conocimiento previo del envío a la revista, haya colaborado recientemente con alguna de las personas autoras o pertenezca a la misma institución.

Desistir de revisar los manuscritos en los que tenga un interés competitivo por la temática tratada, la autoría o la institución que presenta el artículo.

Respetar la confidencialidad del material que se les facilita. No podrán discutir un documento inédito con colegas o utilizar la información en un trabajo propio.

Velar para que el artículo valorado cumpla aspectos éticos como: la originalidad del escrito, la declaración de autoría de no tener conflictos de intereses, y la confirmación de que el tema investigado, la metodología utilizada y los resultados presentados se ajustan a los principios de no discriminación y respeto a la dignidad.

Procurar la cita adecuada de la autoría de obras, modelos de intervención o cualquier otra aportación reconocida, así como la identificación de plagios.

Confirmar que el artículo es respetuoso con los principios de confidencialidad y secreto profesional, así como con la obtención de las autorizaciones necesarias.

- En caso de que se identifique mala práctica por parte de alguna de las personas que forman parte del equipo de revisión de artículos, esta será retirada de la base de datos de la RTS.
- Las revisiones de artículos de contenido científico se harán mediante el método de revisión por pares a doble ciego. El equipo de redacción se compromete a poner los medios necesarios para garantizar la confidencialidad en el proceso de valoración tanto hacia los revisores y las revisoras como hacia las personas autoras. También velará por la agilidad de este proceso evitando demoras innecesarias que puedan perjudicar estas últimas.
- En caso de que algún miembro del equipo de redacción presente un artículo a la RTS para su publicación, se asume el compromiso de que se seguirán los mismos procedimientos de valoración, revisión por pares a doble ciego, que con cualquier otro trabajo presentado. En caso de que el artículo de un miembro del equipo de redacción de la RTS sea publicado se hará constar en una nota el proceso seguido para su selección.
- En caso de incorporar publicidad a la publicación, el equipo de redacción se compromete a mantener la calidad de la revista sin que las consideraciones comerciales afecten a las decisiones editoriales.
- Finalmente, asumimos que la relación de la RTS con la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya se basa en el principio de independencia editorial.

NOTAS

Recepción de artículos

La RTS mantiene abierta de forma permanente la recepción de artículos. Según recoge el apartado “Sistema de envío de artículos” (véase la página 180), se pueden enviar a través de www.revistarts.com.

Nota aclaratoria

En referencia al artículo “Experiencias de las personas usuarias de servicios sociales en los municipios de Cerdanyola y Ripollet (Barcelona). Un estudio cualitativo sobre el papel del Trabajo Social en el derecho a vivienda digna”, publicado en la RTS número 226, de junio de 2024, donde se exponen opiniones sobre profesionales de los servicios sociales, la Junta Permanente del Col·legi y el Consejo de Redacción de la RTS manifiestan que los hechos que se relatan en el artículo motivaron un expediente informativo por parte del Col·legi que concluyó que las trabajadoras sociales implicadas habían actuado correctamente.



FSC

MIXT

Paper procedent de
fontes responsables

FSC® C111880



www.tscat.cat

Con la colaboración de



**Diputació
Barcelona**



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**