

RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

223 DICIEMBRE 2022

Estudios. A fondo_ El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social | Desafíos y oportunidades en la realización de un proceso de investigación formativa con metodología cualitativa y trabajo de campo *online* | El valor de la asistencia personal. Una figura clave para la autonomía de las personas con discapacidad | Develar para actuar. Los enfoques feministas e interseccionales en la intervención del Trabajo Social | Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud

Praxis_ Oportunidades y desafíos para el Trabajo Social sanitario en el desarrollo de la red de atención paliativa pediátrica integral (XAPPI) en Cataluña | Reminiscence: creación de arte mediante memorias y emociones.
El uso de la inteligencia artificial en la práctica de la intervención social

Consejo de Redacción

Directora: Maria Victòria Forns i Fernández

Subdirectora: Claudia Maria Anleu Hernández

Secretaria: Mati González Jiménez

Equipo de redacción: Maite Boldú Alfonso, Anna López Romero, Sergi Martí i Moreno, Montserrat Pedret Risco y Xavier Pelegri 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 la RTS (2018-2022). **Maria Dolors Comas d'Argemir i Cendra**, Universitat Rovira i Virgili. **Cristina De Robertis**, autora y docente (Francia). **Teresa Facal Fondo**, Universidad de Santiago de Compostela. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Rosa Maria Ferrer Valls**, directora de la RTS (2014-2018). **Josefa Fombuena Valero**, Universitat de València. **Pilar Fransitorra Brase**, directora de la RTS (1968). **Marga García Canela**, Institut Català de la Salut. **Victor Manuel Giménez-Bertomeu**, Universitat d'Alacant. **Carne 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 la RTS (1965-1968). **Mª Teresa Massons Rabassa**, directora de la RTS (1998-2002). **Miguel Miranda Aranda**, Universidad de Zaragoza. **Xavier Miranda Ruche**, Universitat de Lleida. **Carlos Montañó 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**, Víncl. 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**, miembro 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 la 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 223

Carlos Alarcón Zwirnmann, Ajuntament de Barcelona y Universitat de Barcelona. **Raúl Álvarez Pérez**, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla. **Marta Bonilla Ibern**, Institut Català de la Salut. **Mercè Civit Illa**, Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Nuria del Álamo Gómez**, Universidad de Salamanca. **Agustina Hervas de la Torre**, Hospital Virgen del Rocío. Presidenta Asociación Trabajo Social y Salud (AETSyS). **Oriol Imbernon Valiente**, Institut Català de la Salut y Universitat de Barcelona. **Xavier Martínez Ramírez**, Consorci Sanitari de Terrassa. **Josep M. Mesquida González**, Universitat de Barcelona. **Mario Millán Franco**, Universidad de Málaga. **Belén Navarro Llobregat**, Instituto Almeriense de Tutela. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Christian Andrés Quinteros Flores**, Universidad Católica del Maule (Chile). **Luis Manuel Rodríguez Otero**, Universidad Autónoma de Nuevo León (México). **Miriam Sánchez Reyes**, Hospital Universitario del Sureste (Madrid) y Universitat Oberta de Catalunya. **Paula Sepúlveda Navarrete**, Universidad de Cádiz. **Raúl Soto Esteban**, Universidad Complutense de Madrid. **Maria del Roser Talamantes Segarra**, Ajuntament de la Vall d'Uixó y Universitat de València. **Josep M. Torralba Roselló**, Universitat de Barcelona.

Diseño y maquetación: Carme Guri Feliu

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

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

Correo electrónico: rts@tsca.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. **Tresorera:** Laura Morro Fernández. **Vicedecana de Lleida:** Irene Gardeñes Ruz. **Vicedecana de Girona:** Mònica Franco Vallejo. **Vicedecana de Tarragona:** Emma Pérez Pla. **Vicedecana de Manresa y Catalunya Central:** Alicia Fernández Prieto. **Vicedecana de Terres de l'Ebre:** Neus Jové Edo. **Vocales:** Francina Planas Vilella, Adam 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

La RTS, espacio de cuidado profesional
Rosa M. Carrasco Coria 9

Estudios. A fondo

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva:
una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar,
incorporando como personas acogedoras a profesionales
de la intervención social
Joan Mayoral Simón 13

Desafíos y oportunidades en la realización de un proceso
de investigación formativa con metodología cualitativa
y trabajo de campo *online*
*Natalia Fernanda Puchana Caicedo, Daniela Pinzón López, Isabella
Montealegre Álvarez y Alba Nubia Rodríguez Pizarro* 39

El valor de la asistencia personal. Una figura clave para la autonomía
de las personas con discapacidad
*Alina Ribes Martínez-Márquez, Rut Alsina Santana, Blanca Cegarra
Dueñas y Joan Saurí Ruiz* 57

Develar para actuar. Los enfoques feministas e interseccionales
en la intervención del Trabajo Social
Adriana Granados Barco 81

Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud
Ingrid Pineda Pérez 97

Praxis

Oportunidades y desafíos para el Trabajo Social sanitario
en el desarrollo de la red de atención paliativa pediátrica integral
(XAPPI) en Cataluña
*Balma Soraya Hernández Moscoso, Eduard Pellicer Arasa y Ana María
Alonso García* 123

Reminiscence: creación de arte mediante memorias y emociones.
El uso de la inteligencia artificial en la práctica de la intervención social
David Prades Gómez 139

Reseñas

Catorze dones. El treball social a Catalunya (1932-2020) 161

Miradas desde el encuentro. Homenaje al profesor
Tomás Fernández García 165

<i>L'Escala de Valoració Sociofamiliar TSO. Fonaments, descripció, validació i instruccions d'ús</i>	169
<i>Mindfulness y compasión en la relación de ayuda</i>	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)

En este número os entregamos el fruto de nuestro primer trabajo al frente de la *Revista de Treball Social* (RTS). El equipo de personas que hemos asumido la responsabilidad de dirigir la RTS los próximos cuatro años está integrado por colegiadas y colegiados procedentes tanto del ámbito profesional como del académico, con una representación territorial que visualiza el compromiso de acercamiento real de la RTS en todo el territorio catalán.

Nuestro proyecto editorial se compromete con la transferencia y difusión universal del conocimiento y de la praxis del Trabajo Social en relación con el bienestar social, los derechos sociales, las políticas públicas, el sistema de protección social y las entidades y organizaciones de bienestar.

Este equipo reconoce la tarea desarrollada por los equipos anteriores, que han contribuido a que la RTS sea una revista actual, accesible, adaptada a las nuevas formas de comunicación y gestión del conocimiento, que fomenta un análisis crítico de la realidad social, y que visualiza las experiencias profesionales a partir de la práctica y de la investigación.

El nuevo consejo de redacción quiere contribuir a visualizar la labor de las personas que se dedican al Trabajo Social, como conocedoras de la realidad social, promotoras del cambio, expertas de la intervención social, defensoras de la justicia y la equidad social y garantes de los derechos sociales; capaces de diseñar estrategias de intervención social desarrolladas en contextos de cambio.

La RTS debe estar al servicio de nuestra profesión, una profesión que muchas veces ha tenido que redefinir los procesos de intervención, buscando innovar y reinventándose para afrontar la vulnerabilidad que ha aumentado en los últimos años.

Nuestra revista debe contribuir al progreso del conocimiento científico, teórico y práctico, del Trabajo Social y de las otras disciplinas científicas vinculadas a este; así mismo tiene que consolidar el desarrollo de la profesión, mediante la aportación de contenidos teórico-conceptuales, experiencias prácticas y otras herramientas metodológicas que fomenten el análisis y la reflexión sobre los diversos ámbitos de actuación del Trabajo Social.

La RTS debe seguir siendo un referente para la profesión y un espacio de debate, de análisis y de generación de conocimiento, desde la sistematización de la práctica y desde la investigación aplicada. Hay que promover y estimular la participación de las y los profesionales, a fin de visualizar y poner en valor las buenas prácticas y experiencias in-

novadoras que el Trabajo Social está implementando, para hacer frente a las necesidades cambiantes de los varios colectivos objeto de nuestra atención, en los actuales contextos dinámicos y traspasados por las diferentes crisis económicas, sociales y sanitarias.

Trabajamos para ampliar en número el equipo de revisión, y conseguir implicar expertas y expertos a escala estatal e internacional. Precisamente para aprovechar el talento y la pericia hemos incorporado al Consejo Asesor Editorial las anteriores directoras de la RTS. Queremos poner en valor este órgano y darle más protagonismo en la proyección de futuro de la revista.

Habrà que mantener e incrementar la calidad de la revista visualizando los hitos logrados en relación con su indexación a través del sitio web oficial de la RTS; así como seguir trabajando para mejorar su impacto hasta situarla en índices de nivel científico superior y en las bases de datos internacionales.

Nos hemos comprometido con el uso activo de las redes sociales para difundir la RTS y llegar a otros perfiles de personas usuarias, a continuar con los trabajos de actualización del sitio web para dar respuesta a las necesidades de la revista en todo momento y, lo más importante, seguir ampliando la base de lectoras y lectores en Cataluña, en el Estado español y en el ámbito internacional.

Para hacer que nuestro proyecto se materialice contamos con el apoyo de la Junta del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, a quien agradecemos la confianza depositada en nuestro equipo, con el equipo de revisión, el Consejo Asesor Editorial, las articulistas y los articulistas y especialmente las lectoras y los lectores, que son el fin y la causa de todo ello.

Este equipo querríamos animar a todas las colegiadas y a todos los colegiados a escribir y a compartir vuestras investigaciones y experiencias a través de la RTS. Esperamos que este número os resulte de interés, que lo disfrutéis y que encontréis contenidos y experiencias que estimulen la reflexión y el debate profesional y académico.

Editorial

The editorial board of *Revista de Treball Social* (RTS)

In this edition, we are pleased to show you the outcome of our initial deeds in charge of the *Revista de Treball Social* (RTS). We have formed a team of individuals to take on the responsibility of directing RTS for the next four years –comprising associates affiliated with official bodies in the professional and academic spheres– and we are represented throughout Catalonia in a way that highlights the genuine commitment to bring RTS closer to everyone in Catalan territory.

Our editorial undertaking entails a commitment to universal dissemination and transfer of the knowledge and practice of social work with regard to social welfare, social rights, public policies, the social protection system and welfare organisations and bodies.

This team acknowledges the accomplishments of previous teams who have helped make RTS a cutting-edge journal; one that is accessible, adapted to new forms of communication and knowledge management, one that promotes critical analysis of social realities and which highlights professional experiences on the basis of practice and research.

The new editorial board wishes to help showcase the efforts of social work professionals as the experts aware of social realities, the promoters of change, the specialists in social intervention, the champions of justice and social equity, and the guarantors of social rights, endowed with the ability to lay out social intervention strategies implemented in shifting contexts.

RTS must deliver for our profession, one that all too often has been compelled to re-define the processes of intervention, seeking to innovate and reinvent itself with a view to tackling vulnerability, which has become more widespread in recent years.

Our journal should serve as a champion for progress in the scientific, theoretical and practical knowledge of social work and other related scientific spheres. Moreover, it should strengthen the advancement of the profession by providing theoretical and concept-based content, practical experiences, and other methodological tools encouraging analysis and reflection on the various fields of action in which social work operates.

RTS must continue to act as a benchmark for the profession and a forum for debate, analysis and knowledge creation based on the systematic structuring of the practice and on applied research. It is vital to foster and encourage participation of professionals to underline, and indeed to showcase the innovative experiences and best practices social work is delivering to deal with the changing needs faced by the various groups we care for in today's dynamic contexts, overshadowed by a host of economic, social and health-related crises.

We are striving to expand the review panel and to involve experts from the national and global arenas. Indeed, to capitalise on talent and expertise the former directors of RTS have joined our editorial advisory board. We would like to showcase this body and lend it greater relevance within the future vision of the journal.

It will be paramount to sustain and enhance the quality of the journal, highlighting the milestones achieved in terms of its indexing via the official RTS website, while also endeavouring further to boost its impact to the extent that it will feature in international databases and on the highest level scientific indices.

We are committed to actively using social media to disseminate RTS and reach other profiles of service users; to continue to pursue work to update the website to meet the needs of the journal at all times; and, most importantly, to continue to expand its readership in Catalonia, Spain and worldwide.

In order for our project to materialise we benefit from the support of the Board of the Official Association of Social Work of Catalonia. We are highly grateful for the trust they have placed in our team. And we also count on our review panel, the editorial advisory board, the columnists and, in particular, the readers who are the be-all and end-all of what we do.

Our team wishes to encourage all official association members to make written contributions and to share their research and experiences via RTS. We hope that you find this issue informative, that you enjoy it and that you discover content and experiences to encourage reflection and professional and academic debate..

Editorial invitado

La RTS, espacio de cuidado profesional

Rosa M. Carrasco Coria

Miembro del Consejo Asesor Editorial de la RTS

Quiero empezar este editorial agradeciendo al nuevo equipo de redacción de la RTS su generosidad y compromiso hacia la profesión por haber asumido el reto de liderar esta publicación emblemática y significativa para tantas generaciones de trabajadoras sociales.

Los proyectos como la RTS tienen historia, tienen presente y tienen futuro porque alguien cree en ellos, porque alguien los quiere y entiende su importancia, porque los cuida y los hace crecer. Este alguien son las compañeras de los sucesivos equipos de redacción, también las miembros de las juntas del Col·legi, pero no solas sino con la ayuda de todos y todas nosotros, profesionales, académicas, estudiantes, investigadores, lectoras.

La RTS necesita nuestra implicación, pero ¿es posible que nosotras también la necesitemos? ¿Podríamos decir que la RTS cuida a las profesionales? Siguiendo esta idea, desde este editorial me reafirmo en la convicción de que los espacios de investigación, de reflexión y de compartir conocimiento ofrecen una forma de bienestar para las profesionales del Trabajo Social y de las relaciones de ayuda en general.

En estos tiempos la desmoralización, la alienación y la pérdida de sentido disciplinario están ganando terreno. Los motivos son varios y van desde el cambio de los paradigmas que hasta ahora orientaban la acción profesional hasta las decepcionantes políticas sociales, pasando por la carencia de referencias teóricas donde sustentar la práctica y el agotamiento de las profesionales. Cualquiera de estos factores, y otros de los que no hago mención, requieren un análisis profundo, pero en las próximas líneas haré especial énfasis en el sufrimiento emocional de las trabajadoras sociales.

Desde el inicio de la formación de una trabajadora social se remarca la importancia de establecer un vínculo adecuado entre profesional y usuaria para facilitar la relación de ayuda.

La comprensión del otro, el acompañamiento, la identificación de los sentimientos que emergen en cada momento, la comunicación sincera, la empatía, nos acercan a la persona atendida y nos facilitan las referencias indispensables para ajustar una intervención adecuada, personalizada y ética. Parecería que la capacidad para establecer esta alianza está directamente relacionada con el éxito de la intervención profesional.

Pero la proximidad cotidiana con historias de desesperanza, con la parte más cruda y, a menudo, injusta de nuestra sociedad, no es inocua para las profesionales de la relación de ayuda. Empatizar con personas que sufren enfermedades graves y pérdida de autonomía, con víctimas de

situaciones de violencia, con infancia desprotegida, con personas que malviven sin los mínimos indispensables, personas sin hogar, solas... ponerse en su lugar puede generar en las profesionales sentimientos de sufrimiento asimilados a los de las personas atendidas. A pesar de la capacidad profesional y los conocimientos aplicados a la relación asistencial, cada vez es más frecuente identificar síntomas de agotamiento emocional, incluso físico, en las compañeras. Hablamos de fatiga por compasión o en sus formas más graves *burn out* y trauma secundario.

Tomar conciencia de las propias emociones y de los sentimientos que nos provoca la intervención profesional, especialmente en el trabajo de casos, es el primer paso para intentar realizar una gestión consciente de las reacciones que nos genera el contacto, el diálogo y la comprensión del otro. Ajustar el grado de implicación emocional en la relación de ayuda es tan importante como mantener una actitud empática; en una buena práctica profesional ambas capacidades se integran y se complementan.

Escuchémonos, mirémonos, centremos la atención también en nosotras, pongamos límites al riesgo de enfermar a causa de la exposición continuada a la expresión de sufrimiento de las personas que atendemos.

El Trabajo Social nació como disciplina con la convicción de poder reducir las desigualdades sociales, está claro que este objetivo, esta misión fundacional, lleva forzosamente a la frustración colectiva. Las trabajadoras sociales somos un recurso en nosotras mismas, pero no podemos echarnos sobre las espaldas (ni sobre el corazón) la reiterada vulneración de derechos humanos que evidenciamos diariamente y que es el resultado de la carencia de presupuestos y políticas sociales valientes y coherentes con las necesidades de las personas.

Las organizaciones también tendrían que velar por minimizar la exposición de sus trabajadoras a los riesgos psicosociales derivados de la práctica profesional. La prevención del desgaste emocional pasa por: repensar la organización del trabajo y los tiempos de descanso, favorecer las propuestas innovadoras, facilitar itinerarios de desarrollo profesional, garantizar una formación individualizada, ofrecer espacios grupales para la reflexión, promover encuentros para compartir experiencias y conocimientos, participar en actividades de supervisión, leer, recuperar y reubicarse en los modelos teóricos de intervención, hacer investigación y escribir para ordenar la práctica y para socializarla.

Entre estas alternativas, la RTS suma y se nos revela como un espacio de cuidado profesional que no siempre tenemos presente.

Estudios. A fondo

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

Joan Mayoral Simón

Desafíos y oportunidades en la realización de un proceso de investigación formativa con metodología cualitativa y trabajo de campo *online*

Natalia Fernanda Puchana Caicedo, Daniela Pinzón López, Isabella Montealegre Álvarez y Alba Nubia Rodríguez Pizarro

El valor de la asistencia personal. Una figura clave para la autonomía de las personas con discapacidad

Alina Ribes Martínez-Márquez, Rut Alsina Santana, Blanca Cegarra Dueñas y Joan Saurí Ruiz

Develar para actuar. Los enfoques feministas e interseccionales en la intervención del Trabajo Social

Adriana Granados Barco

Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud

Ingrid Pineda Pérez

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

Specialist family fostering under full-time dedication: an opportunity to broaden the foundations of family fostering, incorporating social intervention professionals as foster caregivers

Joan Mayoral Simón¹
ORCID: 0000-0002-8232-8776

Recepción: 06/05/22. Revisión: 26/07/22. Aceptación: 03/10/22

Para citar: Mayoral Simón, J. (2022). El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social. *Revista de Treball Social*, 223, 13-38. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.01>

Resumen

El acogimiento familiar, como medida de protección a la infancia, es prioritaria frente a la medida de acogimiento residencial porque permite el desarrollo del menor de edad en el seno de una familia. No obstante, pese a los constantes esfuerzos en esta materia, no se ha conseguido aún hacer efectiva esa prioridad.

¹ Licenciado en Derecho. Diploma de Estudios Avanzados en Derecho Público por la UAB. Máster en Alta Función Directiva por la EAPC. jmayoral@gencat.cat

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

Especialmente, no se ha desarrollado en España un modelo del acogimiento familiar profesionalizado, posibilidad que se mencionaba desde 1996 en nuestro Código Civil (Real Decreto de 24 de julio de 1889).

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, ha supuesto la supresión de toda referencia en nuestra legislación estatal al acogimiento familiar especializado de carácter profesionalizado y la introducción, en su lugar, de una nueva figura, la del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva.

Esta modalidad de acogimiento familiar es una oportunidad para proporcionar una nueva perspectiva a la intervención del Trabajo Social, incorporando otros perfiles de personas acogedoras que, con la debida experiencia y formación, decidan convertir el acogimiento familiar en su actividad principal, en régimen de autoocupación o mediante convenio con la Seguridad Social, posibilitando una plena dedicación al cuidado del menor acogido.

Así las cosas, este texto pretende ser un documento marco que sirva para inspirar el desarrollo de esta modalidad de acogimiento familiar en las diferentes comunidades autónomas, analizando de manera especial la experiencia de acogimiento en régimen de autoocupación desarrollada en el Territorio Foral de Guipúzcoa.

Palabras clave: Protección a la infancia, acogimiento familiar especializado, acogimiento familiar profesionalizado, Guipúzcoa.

Abstract

As a child protection measure, family fostering takes precedence over residential fostering because it allows the child to develop within a family. However, despite continued efforts in this area this priority has not yet been delivered.

Indeed, Spain has not engaged in developing a model for professionalised family fostering, although the scope for it has been mentioned since 1996 in our Civil Code (Royal Decree, 24 July 1889).

The enactment of Organic Act 8/2021, of 4 June, on comprehensive protection for children and young people from violence has led to the removal from Spanish national legislation of any reference to specialist family fostering of a professional nature. Instead, it has triggered the introduction of a new figure: full-time specialist family fostering.

This form of family foster care constitutes an opportunity to offer a new perspective on social work intervention, incorporating other profiles of foster caregivers who benefit from suitable experience and training, and who opt to make family foster care their primary activity through a self-employed scheme or on the basis of an agreement with Social Security,

thereby allowing full-time dedication to be given to the care of a foster child.

Consequently, this text strives to act as a framework document to encourage the implementation of this form of family foster care in the various autonomous communities, focussing in particular on the experience of self-employed foster care delivered in the province of Gipuzkoa.

Keywords: Child protection, specialist family foster care, professionalised family foster care, Gipuzkoa.

1. Introducción

El acogimiento familiar es aquella medida de protección mediante la cual las administraciones públicas, en ejercicio de una potestad pública, proporcionan protección y asistencia a un menor de edad en situación de desamparo integrándolo en una persona o familia que asume las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral en un entorno afectivo, y que es compensada económicamente por ello.

El acogimiento familiar es considerado prioritario frente al acogimiento residencial. Ello es así porque permite su desarrollo en el seno de una familia, lo que, según Del Valle et al. (2009, p. 33), “es una de las cuestiones de mayor consenso legal, científico y profesional”.

En este sentido, la totalidad de las normativas autonómicas han reconocido de manera explícita la prioridad del acogimiento familiar frente al acogimiento residencial. Prioridad que también ha sido establecida legalmente a escala estatal tras la reforma del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia realizada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (concretamente, en el artículo 172 ter 1 del Código Civil (Real Decreto de 24 de julio de 1889), en adelante CC; y en el artículo 21.3 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, en adelante LOPJM).

Es por ello por lo que el desarrollo de políticas, legislaciones, planes, programas y acciones encaminadas a la promoción del acogimiento familiar ha ocupado y preocupado a las diferentes administraciones implicadas.

En Europa se han analizado y establecido estrategias comunes para la reducción del número de menores de edad acogidos residencialmente –las directrices comunes europeas sobre la transición de la atención institucional a la comunitaria (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012); el informe de investigación para la transición de la atención institucional a la atención comunitaria (Šiška y Beadle-Brown, (2020)– al constatar que el número de familias no es suficiente (Reimer, 2021).

En el ámbito estatal, los diferentes planes estratégicos nacionales de infancia y adolescencia (PENIA) han incorporado como objetivo la potenciación del acogimiento familiar y han considerado dentro de las actuaciones dirigidas a esta finalidad la promoción de los acogimientos especializados: II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 aprobado por acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

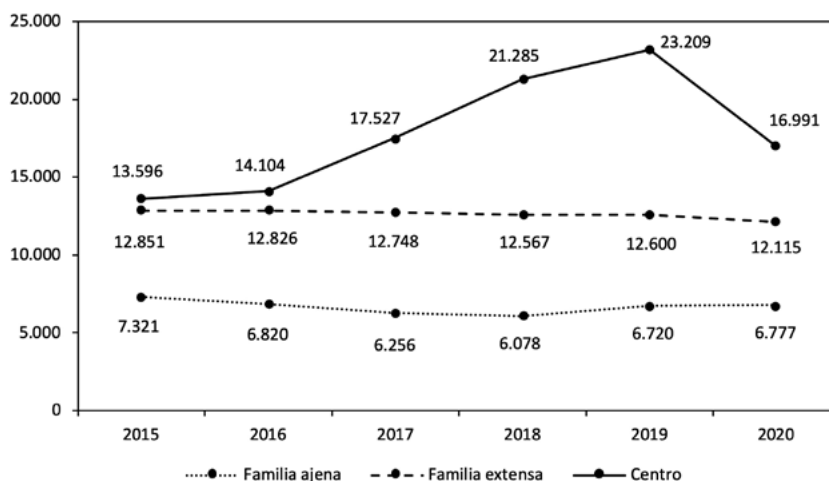
También a escala estatal, la reforma del sistema de protección de 2015 ha supuesto la prohibición general del acogimiento residencial de los menores de tres años y la prevalencia de los menores de seis años (artículo 21.3 LOPJM).

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

Estos mismos objetivos se han plasmado en diferentes pactos –Pacto por la Infancia en Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2013)–, planes –III Plan de Infancia para la atención de las situaciones de desprotección infantil de Bizkaia 2016-2019 (Diputación Foral de Bizkaia, 2016)– y normativas (Decreto 35/2021, de 26 de febrero, de regulación del acogimiento familiar de la Comunidad Valenciana) a escala autonómica.

Sin embargo, estos compromisos institucionales y estas medidas no han tenido el necesario reflejo en los datos estadísticos oficiales, que constatan el elevado número de menores de edad acogidos en centros y el estancamiento de las cifras de menores de edad acogidos en familia ajena, como podemos comprobar a continuación en el gráfico 1 y en la tabla 1.

Gráfico 1. Evolución del número de menores de edad según tipo de acogimiento en España a 31 de diciembre (2015-2020)



Fuente: Boletines de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (Observatorio de la Infancia, 2021).

Nota: El incremento del acogimiento residencial a partir del año 2017 probablemente se explique por el incremento en la llegada de menores migrantes no acompañados, que prácticamente en su totalidad son acogidos en centros.

Tabla 1. Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años en acogimiento familiar a 31 de diciembre (2015-2020)

Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa 1/100.000	50,6	51,2	48,7	47,9	53,5	51,8

Fuente: Boletines de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia de los años. Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 (Observatorio de la Infancia, 2021).

Concretamente, según los últimos datos estadísticos publicados por el Observatorio de Infancia (2021), en España a fecha 31 de diciembre de 2020, 1.177 menores de seis años estaban acogidos en centros, de los cuales 537 eran menores de cero a tres años, por lo que se están incumpliendo las prohibiciones y prioridades establecidas legalmente a este respecto. Más recientemente, el informe del Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana (2022), de 25 de mayo, constata que, transcurridos más de seis años desde la entrada en vigor de la prohibición legal, 34 menores de seis años estaban en centros de acogimiento en la Comunidad.

Es por ello que el Comité de Derechos del Niño, en sus *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España* (2018, p. 8), manifestó su preocupación por “el elevado número de niños atendidos en centros de acogida y el hecho de que, en la práctica, este tipo de atención es la opción principal utilizada como medida inicial”, por lo que recomienda al Estado español acelerar el proceso de desinstitucionalización, “a fin de asegurar que la atención en centros de acogida se utilice como último recurso”.

Llegados a este punto, si se analizan las posibles dificultades, además de la falta de familias, para el acogimiento familiar de los menores de edad que lo necesitan, los principales problemas son (López et al. 2010; Mayoral, 2015):

- La edad (especialmente la dificultad se incrementa entre los nueve y los doce años).
- Grupos de hermanos.
- Niños con necesidades especiales.
- Intervenciones previas. Es de destacar que el fracaso previo de una acogida familiar conlleva casi siempre el retorno al acogimiento residencial.
- La existencia de un régimen de visitas amplio (más de una visita por semana) con la familia biológica.

Ello ha llevado (Casellas y Mayoral, 2010) a plantear nuevas fórmulas y modalidades de acogimiento familiar que permitan disminuir el número de menores de edad acogidos en centros y garanticen una mejor respuesta a sus necesidades y, sin duda, la posibilidad de un acogimiento familiar profesionalizado ha sido una de las fórmulas reclamadas para ello.

No obstante, no ha existido una efectiva implantación del acogimiento familiar profesionalizado, a pesar de ser contemplada esta modalidad desde el año 1996 en nuestra legislación estatal.

Finalmente, en el año 2021, se ha suprimido toda referencia en la legislación estatal al posible carácter profesional del acogimiento, figura que ha sido sustituida por el acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva.

En este orden de cosas, el objetivo del presente trabajo es analizar la nueva figura del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva, y fijar las bases necesarias para su implantación y/o desarrollo por las comunidades autónomas a la luz de la definición de esta modalidad de

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

acogimiento realizada por la disposición final octava de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (en adelante, LOPIVI).

Este análisis es especialmente oportuno por los pasos que está dando el gobierno español para su implantación, financiando con fondos Next-Generation sendos proyectos experimentales de acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva –el proyecto Acoges+ de Aldeas Infantiles SOS (2022) y el programa Redes AFE que están desarrollando Agintzari y la Fundación Resilis, con la colaboración de la Diputación Foral de Guipúzcoa (Asociación Fice España (2022)–, hasta diciembre de 2024, y tramitando un real decreto que regule la Seguridad Social de las personas acogedoras especializadas de dedicación exclusiva. Real decreto que actualmente aún no ha visto la luz, a pesar de que ha transcurrido el plazo de un año establecido en la LOPIVI y de los compromisos asumidos en el Parlamento por el ministro de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (Senado, 2022).

Dicho lo anterior, los motivos que justifican la necesidad de desarrollar este nuevo modelo son, básicamente, tres:

- Permitir la integración familiar de un mayor número de menores en situación de desamparo que lo necesiten, dando cumplimiento al mandato legal y técnico de priorizar el acogimiento familiar, especialmente en los menores de seis años. Para ello, se deben incorporar a personas con formación especializada (Trabajo Social, Educación Social, Psicología, Pedagogía, etc.) que puedan hacer del acogimiento su actividad principal y medio de vida. En este sentido, se ha destacado la efectividad de las campañas centradas en determinados colectivos profesionales con especial vinculación con la infancia (SIIS Centro de Documentos y Estudios, 2021).
- Posibilitar una mejor atención de aquellos menores en situación de desamparo y sus familias que tengan necesidades o circunstancias especiales, proporcionando una atención individualizada, especializada y en el contexto del acogimiento familiar. En este sentido, el acogimiento por personas especializadas con dedicación exclusiva puede suponer tanto una mejor atención al menor como una mejor intervención y acompañamiento a sus familias biológicas.
- Proporcionar una adecuada compensación económica y protección a las personas acogedoras que, estando especialmente capacitadas (por experiencia y formación), se dediquen con exclusividad a las funciones de acogimiento familiar. El objetivo es conseguir incorporar a personas que encuentren en el acogimiento especializado una forma de desarrollarse desde el punto de vista personal y profesional, realmente alternativa a un trabajo fuera de casa.

Para ello, en primer lugar, se llevará a cabo una breve revisión del marco normativo vigente en España a escala estatal y autonómica, exponiendo las razones por las cuales el acogimiento familiar profesionalizado no se ha podido implantar en España bajo el marco de una relación laboral.

Sentado lo anterior, se realizará un análisis de las características de la nueva figura de acogimiento familiar especializado con dedicación exclusiva, planteando, para finalizar, una propuesta que contemple cómo podría ser su desarrollo por las comunidades autónomas mediante dos fórmulas: la primera, mediante retribución con prestaciones económicas y cobertura social mediante convenio con la Seguridad Social; y la segunda, mediante la figura del trabajador autónomo económicamente dependiente, en adelante TRADE, introducida en nuestro ordenamiento por la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo y desarrollada por el Real Decreto 197/2009, de 23 de febrero, de acuerdo con la experiencia que desde hace quince años se ha desarrollado en el Territorio Foral de Guipúzcoa, consiguiendo buenos resultados (SIIS Centro de Documentos y Estudios, 2021).

2. Marco normativo del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva

A continuación, en primer lugar, se hará un breve análisis del marco normativo español del acogimiento familiar especializado. En segundo lugar, se argumentará por qué en España el marco jurídico vigente no ha sido ni es adecuado para el desarrollo del acogimiento familiar profesionalizado bajo la cobertura de una relación de carácter laboral. Todo ello, como paso previo para analizar las posibilidades para el desarrollo en España del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva.

2.1. El acogimiento familiar profesionalizado y especializado en la normativa estatal. Del acogimiento especializado profesionalizado al acogimiento especializado de dedicación exclusiva

Cuando la Ley 21/1987 incorporó la figura del acogimiento familiar en nuestro Código Civil, ya preveía que en su formalización por escrito se debía hacer constar “su carácter remunerado o no”.

Posteriormente, en 1996, la disposición final 6 de la LOPJM introdujo en nuestro CC por primera vez el concepto de acogimiento profesionalizado con la escueta referencia en el artículo 173.2.6 del CC a que en el documento de formalización del acogimiento se debe hacer la siguiente mención: “si los acogedores actúan con carácter profesionalizado (...) se señalará expresamente”.

Esta línea fue seguida por la legislación de numerosas comunidades autónomas, como la de La Rioja (artículo 82 de la Ley 1/2006, de 28 de febrero, de protección de menores de La Rioja), la del País Vasco (artículo 7.11 del Decreto 179/2018, de 11 de diciembre, por el que se regula el

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

acogimiento familiar en la Comunidad Autónoma del País Vasco) o, más recientemente, la de la Comunidad Valenciana (Artículo 17.2 del Decreto 35/2021, de 26 de febrero, de regulación del acogimiento familiar), pero no ha tenido ningún impacto en la realidad, ya que, como veremos, sin una reforma del derecho laboral y de la Seguridad Social, no ha sido posible el desarrollo de una figura que tiene una gran complejidad.

No obstante, el sentir general era que la profesionalización era conveniente —sin que supusiese una sustitución del acogimiento voluntario, sino una modalidad complementaria a este—, por lo que la mayoría de las referencias en los artículos o trabajos publicados remarcaban la necesidad de una modalidad de acogimiento retribuida que denominaban profesional (De Palma, 2006; Del Valle et al., 2009; Ravellat, 2014), pero sin profundizar sobre los aspectos laborales y técnicos que eran necesarios para su efectiva implantación.

Así las cosas, en la reforma de 2015 se suprime la referencia al carácter profesionalizado del artículo 173 del CC, pero se introducen los siguientes párrafos en el artículo 20.1 de la LOPJM:

El acogimiento en familia ajena podrá ser especializado, entendiéndose por tal el que se desarrolla en una familia en la que alguno de sus miembros dispone de cualificación, experiencia y formación específica para desempeñar esta función respecto de menores con necesidades o circunstancias especiales con plena disponibilidad y percibiendo por ello la correspondiente compensación económica, sin suponer en ningún caso una relación laboral.

El acogimiento especializado podrá ser profesionalizado cuando, reuniendo los requisitos anteriormente citados de cualificación, experiencia y formación específica, exista una relación laboral del acogedor o los acogedores con la Entidad Pública.

Se regula así, por primera vez a escala estatal, el acogimiento familiar especializado, modalidad de acogimiento que ya se había desarrollado en el ámbito académico (Del Valle et al., 2009), reconocido a escala autonómica (por ejemplo, en el artículo 26 de la Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la infancia, de la Generalitat Valenciana) y también a escala europea (Lakija, 2011; Reimer, 2021), donde es común la distinción entre acogimiento especializado, que implica acogedores especialmente capacitados que usan diferentes métodos terapéuticos y técnicas de abordaje en su interacción y vida cotidiana con el menor de edad acogido (que puede ser retribuido o no), y el acogimiento profesionalizado, que se caracteriza por ser una actividad profesional independiente, retribuida y con la exigencia de formación específica.

No obstante, esta regulación ligaba el acogimiento familiar profesionalizado a la necesaria existencia de una relación laboral, por lo que no tenía en cuenta la complejidad de las relaciones que surgen en el acogimiento familiar y obviaba que se puede ejercer una actividad profesional mediante otras fórmulas distintas a la relación laboral, como es el caso del trabajo autónomo.

Por tanto, no solo no mejoraba la situación anterior, sino que al hacer expresa referencia a una relación laboral, contradecía e incluso comprometía la iniciativa bajo el régimen de autoocupación que, como se verá, se estaba desarrollando en Guipúzcoa.

Frente a ello, la LOPIVI modifica el apartado 1 del artículo 20, que reza como sigue:

El acogimiento familiar podrá ser especializado, entendiéndose por tal el que se desarrolla en una familia en la que alguna o algunas de las personas que integran la unidad familiar dispone de cualificación, experiencia o formación específica para desempeñar esta función respecto de menores con necesidades o circunstancias especiales, pudiendo percibir por ello una compensación.

El acogimiento especializado podrá ser de dedicación exclusiva cuando así se determine por la Entidad Pública por razón de las necesidades y circunstancias especiales del menor en situación de ser acogido, percibiendo en tal caso la persona o personas designadas como acogedoras una compensación en atención a dicha dedicación.

Y en su disposición adicional novena, bajo el título de “Seguridad Social de las personas acogedoras especializadas de dedicación exclusiva”, prevé la incorporación de estos acogedores especializados de dedicación exclusiva a la Seguridad Social:

Reglamentariamente el Gobierno determinará en el plazo de un año de la entrada en vigor de la presente ley orgánica, el alcance y condiciones de la incorporación a la Seguridad Social de las personas que sean designadas como acogedoras especializadas de dedicación exclusiva, previstas en el artículo 20.1 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el Régimen que les corresponda, así como los requisitos y procedimiento de afiliación, alta y cotización.

Por tanto, ha desaparecido de la legislación estatal la figura del acogimiento familiar profesionalizado y ha sido sustituido por el acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva, que recibe “una compensación en atención a dicha dedicación” y que permite a las personas acogedoras afiliarse y cotizar a la Seguridad Social.

2.2. El acogimiento especializado en la normativa autonómica

El acogimiento familiar especializado ha sido desarrollado, en ejercicio de sus competencias, por las diferentes comunidades autónomas, con diferente extensión.

Dentro del marco básico de las modalidades de acogimiento familiar (de urgencia, simple, permanente, especializado), no existen grandes diferencias, y el perfil generalizado de personas acogedores ha sido el de familias voluntarias a las que se ha retribuido, mediante prestaciones o ayudas económicas.

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

No obstante, los regímenes de prestaciones o ayudas económicas de las diferentes comunidades autónomas es dispar, en algunos casos es escaso y, en el caso del acogimiento especializado, puede oscilar entre los 25 € y los 41 € por menor y día (SIIS Centro de Documentos y Estudios, 2021), pero con una tendencia a cubrir no solo los gastos ordinarios y extraordinarios derivados de la atención y cuidado de los menores de edad acogidos, sino a compensar o retribuir la dedicación y capacidades de la familia.

Las diferencias entre las modalidades y los diferentes criterios e importes establecidos por cada comunidad son muy variados. Se debe señalar que el importe de estas prestaciones o de los complementos previstos para estos acogimientos especializados en algunos supuestos no alcanza el salario mínimo interprofesional (que para el año 2022 es de 33,33 €/día o 1.000 €/mes de acuerdo con el Real Decreto 152/2022, de 22 de febrero, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2022). Este es el caso de Castilla La Mancha (Junta de Castilla La Mancha, 2022) o de Madrid (Orden 1086/2017, de 23 de junio, de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, y anexo de la Orden 824/2020, del consejero de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad).

En cambio, en otros supuestos lo supera. Este es el caso de Navarra, donde la compensación específica para el acogimiento especializado es de 1.500 € (artículo 11.2 de la Orden Foral 91/2017, de 7 de marzo, del consejero de Derechos Sociales), o de Cataluña, donde la prestación económica complementaria es de 1.800 €, según el Acuerdo GOV/135/2022, de 28 de junio. En ambos casos, estas prestaciones específicas son compatibles con otros complementos.

Por tanto, en estos casos la retribución mediante prestaciones o ayudas económicas (que además tienen un favorable tratamiento fiscal), es equiparable o superior, en algunos casos, al salario establecido por convenio para un trabajador social o educador social. Por ejemplo, las retribuciones brutas de un trabajador social o educador social en Cataluña estarían entre 1.474,23 y 1.716,84 €/mes de acuerdo con el Convenio colectivo de trabajo de Cataluña de acción social con niños, jóvenes, familias y otros en situación de riesgo para los años 2013-2018 (Resolución TSF/2786/2017, de 27 de octubre).

2.3. Aspectos legales que imposibilitan en España el acogimiento familiar profesional bajo la cobertura de una relación laboral

A escala europea existen modelos de acogimiento familiar profesionalizado bajo una relación laboral. En este sentido, Francia es el paradigma del acogimiento familiar asalariado (Montserrat et al., 2010; Ramón, 2012; Rivas, 2015; Reimer, 2021), mientras otros países, como Austria, Alemania o Italia, tienen sistemas mixtos (Reimer, 2021).

Como se ha señalado, en España se ha propuesto la contratación de acogedores profesionales con una relación asimilada a la laboral de acuerdo

con el modelo francés, pero reconociendo que esa posibilidad se enfrentaba a la regulación española en esta materia (Rivas, 2015).

Esto es debido a que el acogimiento familiar es una relación que por sus características y complejidad no se puede contemplar en los estrechos márgenes de una relación laboral tal y como se regula en nuestro ordenamiento jurídico social. Esto es así por los siguientes motivos:

1. La persona acogedora asume las obligaciones de “velar por” el menor acogido, “tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral en un entorno afectivo” (artículo 173.1 CC). Esta relación genera las mismas obligaciones que la patria potestad (artículo 20 bis 2.i LOPJM) y los mismos derechos que la Administración reconoce al resto de unidades familiares (artículo 20 bis 1.o LOPJM). Definidas en estos términos las funciones de la persona acogedora, no es posible sujetar dicha función a una jornada de trabajo, un horario y un calendario laboral, ni tampoco son posibles descansos semanales, fiestas y permisos –artículo 37 del Estatuto de los Trabajadores, en adelante ET (Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre)–, y vacaciones tal y como se conceptualizan con carácter general en el ET.
2. El inicio y el cese del acogimiento familiar está sujeto a resolución administrativa o decisión judicial del orden jurisdiccional civil por causas que pueden ser totalmente ajenas al adecuado ejercicio de su función por parte de la persona acogedora (por ejemplo, por el retorno de la persona menor de edad al núcleo familiar de origen).
3. Las funciones esenciales de la persona acogedora se deben cumplir en su propio domicilio familiar. La persona acogedora tiene, por tanto, la obligación de ceder un espacio y el uso de los elementos comunes de su domicilio familiar. Por el contrario, la relación laboral tiene como característica esencial la de ser una prestación de servicios personales. Por tanto, a dicho arrendamiento de servicios se une el arrendamiento de cosas como lo es el arrendamiento de parte de una vivienda (artículos 1554 y siguientes del CC).
4. La persona menor de edad acogida tiene el derecho a “participar plenamente en la vida familiar del acogedor” (artículo 21 bis 2.a LOPJM y 173.1 CC). Este derecho no puede estar sujeto a horario, ni puede ser suspendido sin más por las contingencias que pueden ocurrir en cualquier familia (incapacidad temporal transitoria, maternidad...) pero que producen la suspensión del contrato laboral o dan derecho a reducción de la jornada (artículos 45.1.d; 46.3 y 48.5 ET). Aspectos totalmente incompatibles cuando la relación laboral trae causa, precisamente, del acogimiento familiar.

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

Por todo ello, no es posible establecer la relación entre la persona acogedora y la Institución Colaboradora de Integración Familiar (ICIF) o la entidad pública de protección bajo la fórmula de una relación laboral sujeta al Estatuto de los Trabajadores.

Para que ello fuera posible, sería necesaria una regulación específica de esta profesión, como la que encontramos en el derecho comparado en el caso más cercano de Francia, donde el *Code de l'action sociale et des familles* (artículos L421-1 y siguientes) y sus normas de desarrollo regulan detalladamente el estatuto jurídico de los allí denominados asistentes familiares, así como las especialidades de la relación y contrato de trabajo.

Faltando dicha regulación laboral específica, que es competencia exclusiva del Estado, no es viable actualmente realizar la contratación laboral de personas acogedoras con las mínimas garantías y la necesaria seguridad jurídica. Motivo por el cual no se ha podido desarrollar el acogimiento profesional como relación laboral en ninguna comunidad autónoma (SIIS Centro de Documentos y Estudios, 2021).

3. Características y posibilidades de desarrollo del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva

A continuación, se van a exponer las características del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva y las dos posibles fórmulas para su desarrollo en nuestro país.

3.1. Características del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva

Las características del acogimiento especializado de dedicación exclusiva según la regulación introducida en la LOPJM por la LOPIVI son las siguientes:

1. El acogimiento especializado de dedicación exclusiva se puede dar tanto en el caso del acogimiento en familia extensa como en familia ajena. En efecto, si en la redacción anterior, dada por la reforma de 2015, se hacía referencia a que “el acogimiento en familia ajena podrá ser especializado...”, dicha especificidad se ha suprimido y se hace referencia al “acogimiento familiar”, por lo que se debe concluir que tanto el acogimiento en familia extensa como en ajena pueden ser especializados y, por ende, especializados de dedicación exclusiva.
2. El acogimiento especializado se caracteriza por desarrollarse “en una familia en la que alguna o algunas de las personas que integran la unidad familiar dispone de cualificación, experiencia o formación específica para desempeñar esta función respecto de menores con necesidades o circunstancias especia-

les”. Se unen las posibilidades de manera disyuntiva (“o”) y no acumulativa como sucedía en la redacción del 2015, por lo que se posibilita tanto la exigencia de una “cualificación”, como de una “experiencia” o una “formación específica”. Por tanto, no es exigible una titulación universitaria. Ello está en consonancia con la línea consensuada en los *Criterios de cobertura, calidad y accesibilidad en acogimiento familiar* (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar, 2019, p. 6): “no se trata de exigir una formación académica concreta y mínima, sino de constatar la capacidad y habilidades educativas para atender la problemática que presenten las personas menores de edad susceptibles de ser acogidas con carácter especializado”.

3. Los menores de edad acogidos han de tener “necesidades o circunstancias especiales”. La referencia a “necesidades” especiales (que incluye a todos los trastornos o alteraciones del desarrollo) y a “circunstancias especiales”, concepto jurídico indeterminado, deja mayor margen a las comunidades autónomas para delimitar estas “circunstancias” que pueden incluir, por ejemplo, desde grupos de hermanos a menores de edad con un amplio régimen de relación y visitas, o menores de edad embarazadas o con hijos.
4. Dedicación exclusiva. Anteriormente, en la redacción de 2015, se hacía referencia a la “plena disponibilidad”, conceptos que son parecidos, pero no idénticos. Así, la dedicación plena hace referencia a una especial intensidad que supone priorizar esa dedicación a otras (laborales, de ocio, etc.), la dedicación exclusiva hace referencia al ejercicio de la función de acogimiento familiar especializado con exclusión o prohibición de desempeñar cualquier otro trabajo o actividad profesional. No obstante, las normativas públicas sobre incompatibilidad añaden la posibilidad de excepcionar algunos supuestos previstos en la misma normativa. Por ello, sería conveniente prever (como ya hacían algunas normativas autonómicas respecto al concepto de “dedicación plena”) la posibilidad de realizar un trabajo a tiempo parcial, que se podría limitar a un máximo de la mitad de la jornada ordinaria establecida. En el caso del modelo de autoocupación, que se verá más adelante, como TRADE, su propia definición ya nos daría una indicación de lo que significa esa exclusividad: que suponga, al menos, el 75% de sus ingresos por rendimientos del trabajo y actividades económicas o profesionales.
5. Especial compensación económica por dedicación exclusiva. Esta “especial compensación” se contempla como un derecho derivado de la “dedicación exclusiva” (“percibirá”) y no es potestativa como la prevista con carácter general para el acogimiento especializado sin dedicación exclusiva. Esta “especial compensación” tiene como objetivo compensar la renuncia a

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

un desarrollo profesional y/o laboral derivada de la dedicación exclusiva por parte de la persona acogedora y es acumulativa a la compensación que toda persona acogedora tiene derecho a percibir por el simple hecho del acogimiento.

6. Se contempla la protección social de los acogedores especializados de dedicación exclusiva. A la retribución económica por la dedicación exclusiva, cuya determinación corresponde a las comunidades autónomas, se une la protección de la Seguridad Social, de competencia estatal.
7. La dedicación exclusiva de la persona acogedora especializada que percibe una compensación económica por ella y su incorporación a la Seguridad Social no implica relación laboral. Así cabe entender la supresión a toda referencia a una "relación laboral" y a la calificación equívoca de "acogimiento profesionalizado" en la nueva reforma.

3.2. Propuestas para el desarrollo del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva

De acuerdo con la realidad de las normativas y modelos de acogimiento desarrollados hasta el presente por las diferentes comunidades autónomas, las posibilidades reales de desarrollo del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva, no excluyentes entre sí, son dos:

- Mejores prestaciones sociales económicas. Que como se ha visto es la tendencia desarrollada por la mayoría de las comunidades autónomas. Prestaciones que podrían venir acompañadas de una mayor protección social cuando el Gobierno apruebe el necesario desarrollo reglamentario.
- Desarrollo de propuestas y programas de personas acogedoras en régimen de autoocupación.

3.2.1. Mantenimiento de la retribución a las personas acogedoras especializadas de dedicación exclusiva mediante prestaciones económicas, incorporando la posibilidad de afiliación y cotización a la Seguridad Social a través de la fórmula del convenio con la Seguridad Social una vez se apruebe el oportuno real decreto que lo regule

Posibilitar la incorporación a la Seguridad Social mediante convenio es la solución que ya se adoptó para la protección social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia (Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia), regulación que podría ser un punto de partida para valorar el caso de las personas acogedoras.

Es plausible pensar que esta solución estuviera presente en la mente del legislador al introducir la disposición adicional novena de la LOPIVI que no estaba contemplada en el proyecto de Ley aprobado por el Gobierno,

sino que se introduce por primera vez en el dictamen, precisamente, de la Comisión de Derechos Sociales y Políticas Integrales de la Discapacidad que, por razón de su materia, debía tener presente ese antecedente derivado de la Ley de Dependencia.

Algunos de los aspectos que el desarrollo reglamentario de la fórmula de convenio con la Seguridad Social debería contemplar serían los siguientes:

- Determinar su carácter obligatorio o voluntario para la persona acogedora.
- Determinar quién se hace cargo de la cotización (Administración General del Estado, comunidad autónoma o persona acogedora).
- Determinar cuál ha de ser la base mensual de cotización. Sería conveniente que fuera una base superior a la prevista para los cuidadores no profesionales, que es el tope mínimo de la base de cotización al Régimen General, lo que supone una muy baja cobertura.
- Determinar el alcance de la posibilidad de trabajo parcial.

Las ventajas de esta vía de desarrollo serían las siguientes:

- Es acorde con el modelo de acogimiento familiar especializado retribuido por prestaciones o ayudas económicas desarrollado por la casi totalidad de las comunidades autónomas. Por lo tanto, no se deberían realizar grandes cambios desde el punto de vista técnico o normativo a escala autonómica, para posibilitar el convenio de las personas acogedoras con la Seguridad Social.
- Supone una mejora de la protección social de aquellas personas que ya estén acogiendo de manera voluntaria y que cumplan los requisitos de especialización y dedicación exclusiva.
- Es la fórmula idónea para los acogimientos en familia extensa que cumpliesen las condiciones de especialización y dedicación exclusiva. En la medida que comparten con los cuidadores no profesionales la previa existencia de una relación familiar que, no obstante, no atribuye funciones de patria potestad, tutela o guarda.

Por su parte, los posibles inconvenientes serían:

- Supone más de lo mismo. Insistir en un modelo de acogimiento voluntario compensado mediante prestaciones económicas que, a pesar de sus bondades, se ha demostrado insuficiente para dar respuesta al volumen y características de los menores de edad necesitados de acogimiento familiar.
- No parece una propuesta adecuada para aquellos profesionales que podrían contemplar el acogimiento familiar especializado como una actividad principal y medio de vida.
- La solución del convenio con la Seguridad Social del cuidador no profesional no ha sido ajena a cierta polémica sobre su apro-

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

ximación al trabajo dependiente y por cuenta ajena (Martin, 2021), problemática que se podría reproducir en el caso del acogimiento familiar.

- Requiere esperar el desarrollo reglamentario por parte del Estado que todavía no se ha producido.

3.2.2. Desarrollo del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva en régimen de autoocupación haciendo extensiva a otros territorios el modelo desarrollado por la Diputación Foral de Guipúzcoa

En el año 2007, la Diputación Foral de Guipúzcoa puso en marcha el Programa de Acogimiento Familiar Profesionalizado (Gizalde, 2022) –que, actualmente, se denomina acogimiento familiar especializado– previsto en el artículo 70.2 de la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia del País Vasco, estableciéndose una triple relación (Casellas y Mayoral, 2010):²

- Convenio/contrato administrativo con una entidad colaboradora de integración familiar para prestar el servicio.
- Suscripción de un contrato de servicios entre la entidad colaboradora de integración familiar y la persona acogedora especializada, que se constituye como trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE) para garantizar la plena disponibilidad, y recibe una retribución económica similar a la de un trabajador social o un educador social de centro residencial. La característica fundamental que hace preferible optar por considerar la figura del TRADE y no la figura del trabajador autónomo ordinario o clásico “es la exigencia de exclusividad”. Esa opción se hace más clara en la medida que la exclusividad viene impuesta por la definición del acogimiento especializado de dedicación exclusiva. Además, la regulación del TRADE sirve para marcar la extensión de esa exclusividad. Esta retribución cubre los costes derivados de las funciones que asume la persona que cumple los requisitos en materia de formación y experiencia en el abordaje del caso, que entre otras implican:
 - El desarrollo de un plan educativo individualizado y su evaluación con la persona acogida.
 - El mantenimiento de una comunicación estructurada y periódica con la familia de origen del chico o chica.
 - La coordinación con los recursos que intervienen en el caso.
- Atribución de la guarda por parte de la Administración pública que da derecho a percibir prestaciones para mantener el niño o niña, o adolescente. Así las cosas, por lo que respecta a la compensaciones o retribuciones económicas, se establece una distinción entre:

- Prestaciones o ayudas económicas otorgadas por la Entidad Pública en cumplimiento de la obligación de compensar a la persona acogedora por el acogimiento familiar.
- Y la retribución por los servicios complementarios que hemos indicado y que se regulan por contrato de arrendamiento de servicios entre la ICIF y la persona acogedora.

La relación entre la ICIF y la persona acogedora derivada del arrendamiento de servicios se diferencia de la relación entre la persona acogedora y la Entidad Pública que deriva de la resolución administrativa de acogimiento, que se lleva a efecto con la persona previamente seleccionada y propuesta por la ICIF.

Por otro lado, la Entidad Pública establece con la persona acogedora familiar especializada de dedicación exclusiva la misma relación que con el resto de personas acogedoras familiares: da eficacia jurídica al acogimiento familiar, delega la guarda, hace el seguimiento de la regularidad de todo el proceso y reconoce el derecho a las contraprestaciones a las que tiene derecho la familia acogedora por la atención y cuidado del menor acogido y por la especial dedicación a ese cuidado y ejercicio de la guarda que requieren las necesidades o circunstancias especiales del menor acogido (Casellas y Mayoral, 2010).

Las ventajas de esta vía de desarrollo son las siguientes:

- Supone abrir un nuevo campo para colectivos profesionales con formación especializada en el ámbito social o de la salud, que pueden encontrar en el acogimiento especializado su forma de vida y desarrollo personal y profesional.
- Es la más idónea para el acogimiento en familia ajena y permite dirigir las campañas para promover el acogimiento a un sector, los profesionales de la intervención social y sanitaria, con un fuerte componente altruista, para intentar conseguir así reducir el número de menores de edad en acogimiento residencial que necesitan un acogimiento familiar.
- No requiere esperar una regulación reglamentaria por parte del Estado, en la medida que lleva ya tres lustros de recorrido en el Territorio Foral de Guipúzcoa, aunque sería conveniente una regulación específica en el ámbito del trabajo autónomo.

Por su parte, los posibles inconvenientes serían:

- Supone un cambio de orientación de las políticas de infancia de la mayoría de las comunidades autónomas mediante la implantación de un nuevo modelo centrado en la búsqueda de profesionales que son retribuidos por su dedicación. Modelo que debe coexistir con el modelo actual centrado en el acogimiento voluntario y compensados mediante prestaciones económicas.
- Existe el riesgo de que se plantee la posibilidad de considerar la relación de persona acogedora como laboral. No obstante, cabe señalar que el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

de lo Social, Sec. 1.^a, por las sentencias núm. 1923/2017, de 3 de octubre, y núm. 2303/2017, de 21 de noviembre, ya desestimó la existencia de ajenidad o dependencia laboral entre el acogedor TRADE y la entidad.

3.2.3. Aspectos comunes

En las dos posibilidades de desarrollo, las diferentes normativas autonómicas deberían adecuar su regulación a la nueva configuración del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva. También se deberían contemplar determinados aspectos derivados de su condición de servicio social.

En este sentido, dependiendo del grado de desarrollo de esta normativa en cada comunidad autónoma, para regularizar la prestación del servicio podría ser necesario adecuar las carteras de servicios sociales para incorporar esta nueva modalidad de acogimiento familiar.

Por último, sea cual sea la vía por la que se opte, es necesario regular y promover las acciones de apoyo, supervisión intensiva y respiro –que puede ser proporcionado por otras personas acogedoras (Casellas y Mayoral, 2010)– para que las personas acogedoras especializadas de dedicación exclusiva pudiesen disfrutar de períodos de descanso (fines de semana, vacaciones).

4. Conclusiones

A pesar de las reformas legislativas y los planes y programas desarrollados en España, tanto a escala estatal como autonómica, hasta el momento no se ha conseguido hacer efectivo el derecho a una vida familiar, posibilitando el acogimiento familiar de aquellos menores de edad que lo necesitan.

Una de las fórmulas para ello, el acogimiento familiar profesionalizado, no ha podido ser desarrollada en nuestro país por la falta de una regulación específica en el derecho social español que adapte la regulación laboral a la especial naturaleza del acogimiento familiar.

En el presente trabajo se ha analizado la nueva figura del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva introducida por la reforma de la LOPJM realizada por la LOPIVI, que ha sustituido la referencia legal al acogimiento familiar especializado profesionalizado, y que constituye una nueva oportunidad para ampliar el número de personas acogedoras y hacer realidad el derecho de todo menor de edad a una vida familiar.

Las posibilidades, no incompatibles, de desarrollo del acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva son dos: régimen de autoocupación como TRADE y convenio con la Seguridad Social.

El régimen de autoocupación como TRADE de la persona acogedora se está desarrollando desde hace quince años en el Territorio Foral de Guipúzcoa y ahora ha ampliado su ámbito territorial a otros territorios

forales y comunidades autónomas, mediante dos proyectos experimentales. Esta vía es idónea para el desarrollo de esta figura cuando se desarrolla en familia ajena, y permitiría, a través de su generalización, ampliar la base del acogimiento familiar mediante la incorporación al acogimiento familiar de profesionales con experiencia y formación (trabajadores y trabajadoras sociales y otros profesionales del ámbito social y de la salud).

La segunda no implica un cambio sustancial en el modelo de acogimiento voluntario desarrollado por la mayoría de las comunidades autónomas, pero puede mejorar la protección social de algunas personas acogedoras, especialmente, en el acogimiento en familia extensa, una vez se produzca la publicación del real decreto que el Gobierno de España tiene la obligación de aprobar.

En ambos casos, es necesario contemplar estructuras de apoyo que proporcionen supervisión intensiva y periodos de descanso a las personas acogedoras.

En definitiva, este trabajo pretende establecer un primer marco teórico para poder desarrollar la nueva modalidad de acogimiento especializado de dedicación exclusiva, para cumplir aquello por lo que se justifica toda actuación protectora de la infancia: la satisfacción del interés superior del menor de edad en situación de desamparo y, especialmente en este caso, garantizar su derecho a vivir en una familia siempre que sea posible.

Referencias bibliográficas

- Acuerdo GOV/135/2022, de 28 de junio, por el que se modifica el Acuerdo GOV/52/2017, de 18 de abril, por el que se crean complementos y se fijan nuevos importes complementarios a la prestación por el acogimiento de menores de edad tutelados por la Generalitat regulada en el artículo 22 de la Ley 13/2006, de 27 de julio, de prestaciones sociales de carácter económico, DOGC núm. 8699 § 2 (2022).
- Aldeas Infantiles SOS. (2022). *AcogES+*. Recuperado 10 octubre 2022, de <https://www.aldeasinfantiles.es/area-prensa/aldeas-infantiles-sos-presenta-acoges-un-proyecto-de-acogimiento-familiar-especializado-con-dedicacion-exclusiva>
- Asociación Fice España. (2022). *Redes AFE. Acogimiento Familiar Especializado*. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://www.redesafe.org/>
- Casellas, S., y Mayoral, J. (2010). *L'acolliment familiar professionalitzat d'infants i adolescents en unitats convivencials d'acció educativa*. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

- Comité de Derechos del Niño (2018). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España*. CRC/C/ESP/CO/5-6. Naciones Unidas.
- De Palma, A. (2006). *Administraciones públicas y protección a la infancia. En especial, estudio de la tutela administrativa de los menores desamparados*. Instituto Nacional de Administraciones Públicas.
- Decreto 35/2021, de 26 de febrero, de regulación del acogimiento familiar de la Comunidad Valenciana, DOGV núm. 9036 § 9496 (2021).
- Decreto 179/2018, de 11 de diciembre, por el que se regula el acogimiento familiar en la Comunidad Autónoma del País Vasco, BOPV núm. 245 § 6265 (2018).
- Del Valle, J. F., Bravo, A., y López, M. (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 33-41.
- Diputación Foral de Bizkaia. (2016). *III Plan de Infancia para la atención de las situaciones de desprotección infantil de Bizkaia (2016-2019)*. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Publicaciones/III%20PLAN%20DE%20INFANCIA%20FINAL%20DEFINITIVO.pdf?hash=0322f7d0dcc06a8c49ee5f3a33ae57b3&idioma=CA>
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>
- Generalitat de Catalunya. (2013). *Pacto para la Infancia en Cataluña*. Recuperado 17 octubre 2022, de https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/pacte_infancia_catalunya/
- Gizalde. (2022). *Programa de acogimiento familiar especializado en Guipúzcoa*. Recuperado 17 octubre 2022, de <http://www.gizalde.eus/es/programa-de-acogimiento-familiar-especializado-en-gipuzkoa/>
- Gobierno de Francia. (2022). *Code de l'action sociale et des familles*. Légifrance. Recuperado 17 octubre 2022, de https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/
- Junta de Castilla La Mancha (2022). *Ayudas económicas de apoyo al acogimiento familiar de menores*. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://www.jccm.es/tramitesygestiones/ayudas-economicas-de-apoyo-por-acogimiento-familiar-de-menores>.

- Lakija, M. (2011). *Foster care models in Europe - results of a conducted survey*. Zagreb.
- Ley 1/2006, de 28 de febrero, de protección de menores de La Rioja, BOE núm. 70 § 11297 (2006).
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia del País Vasco, BOE núm. 274 § 117217 (2011).
- Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de la Infancia, BOE núm. 95 § 2320 (1995).
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo, BOE núm. 166 § 29971 (2007).
- Ley 21/1987, de 11 de noviembre, de modificación de determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción, BOE núm. 257 § 34160 (1987).
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, BOE núm. 180 § 64544 (2015).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, BOE núm. 15 § 1225 (1996).
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, BOE núm. 134 § 68719 (2021).
- López, M., Del Valle, J. F., Montserrat, C., y Bravo, A. (2010). *Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Martin, P. (2021). La fina línea entre el cuidador no profesional y el cuidador profesional de las personas en situación de dependencia antes y después del Covid-19. *Lex Social*, 11(1), 637- 653.
- Mayoral, J. (2015). El sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña: Reflexiones a los cinco años de entrada en vigor de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (segunda parte). *Revista de Treball Social*, 205, 28-41.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. (2019). *Criterios de cobertura, calidad y accesibilidad en acogimiento familiar (D. A. 3.^a Ley 26/2015)*. Documento de trabajo aprobado en la reunión de la Comisión Delegada de Servicios Sociales celebrada el 2 de octubre de 2019.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA)*. Observatorio de la Infancia. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://>

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/documentos/
PENIA_2013-2016.pdf

Montserrat, C., Casas, F., y Navarro, D. (2010). *Els acolliments familiars en l'àmbit internacional: el debat de la professionalització*. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

Observatorio de la Infancia. (2021). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia: Boletín número 23 Datos 2020*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Recuperado 17 octubre 2022, de https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf

Orden 824/2020, del consejero de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se convocan las ayudas económicas para apoyar el acogimiento familiar de menores para el año 2020, Comunidad de Madrid (2020).

Orden 1086/2017, de 23 de junio, de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de ayudas económicas para apoyar el acogimiento familiar de menores, BOCM núm. 154 § 8 (2017).

Orden Foral 91/2017, de 7 de marzo, del consejero de Derechos Sociales, por la que se desarrolla el servicio de acogimiento familiar regulado en el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general, en la modalidad de acogimiento familiar especializado, BON núm. 65 § 3737 (2017).

Pruns, C., y Solé, J. (2019). Las Unidades Convivenciales de Acción Educativa (UCAE): un campo profesional para la educación social. *Revista de Educación Social (RES)*, 28, 255-267.

Ramón, V. (2012). *El modelo francés de acogimiento familiar profesional*. Libro de actas del XI Congreso Internacional de Infancia Maltratada, Oviedo, 2012.

Ravellat, I. (2014), y Rivas, M. F. (2015). *El acogimiento familiar del Código Civil en el sistema público de protección de menores* (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://portaldelaciencia.uva.es/documentos/5dd6788729995212201b0b07>

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil, Gaceta de Madrid, Tomo III, p. 249-259 (1889).

Real Decreto 152/2022, de 22 de febrero, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2022, BOE núm. 46 § 2851 (2022).

Real Decreto 197/2009, de 23 de febrero, por el que se desarrolla el Estatuto del trabajo autónomo en materia de contrato del trabajador

- autónomo económicamente dependiente y su registro y se crea el Registro Estatal de asociaciones profesionales de trabajadores autónomos, BOE núm. 54 § 22048 (2009).
- Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, BOE núm. 114 § 20602 (2007).
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, BOE núm. 255 § 100224 (2015).
- Reimer, D. (2021). *Peer Review on “Furthering quality and accessibility of Foster Care service”. Thematic Discussion Paper. Better Quality in Foster Care in Europe –How can it be achieved?*. European Commission. Recuperado 17 octubre 2022, de https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22698/3/2021_Reimer_Quality-foster-care-in-Europe.pdf
- Resolución TSF/2786/2017, de 27 de octubre, por la que se dispone la inscripción y la publicación del Convenio colectivo de trabajo de Cataluña de acción social con niños, jóvenes, familias y otros en situación de riesgo para los años 2013-2018 (código de convenio núm. 79002575012007), DOGC núm. 7512 § 1-30 (2017).
- Senado (2022). Diario de Sesiones de 21 junio 2022. Preguntas. *Pregunta sobre cuándo y cómo prevé el Gobierno desarrollar reglamentariamente lo recogido en la disposición adicional novena de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, en relación con el alcance y las condiciones de la incorporación a la Seguridad Social de las personas que sean designadas como acogedoras especializadas de dedicación exclusiva*, Núm. exp. 680/000781, p. 32-33.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Social, Sec. 1.ª, núm. 1923/2017, de 3 de octubre (recurso 1680/2017).
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Social, Sec. 1.ª, núm. 2303/2017, de 21 de noviembre (recurso 2207/2017).
- SIIS Centro de Documentos y Estudios. (2021). *Estrategias de sensibilización y captación para el fomento del Acogimiento Familiar. Revisión autonómica e internacional. Observatorio de la Realidad Social*. Gobierno de Navarra. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/estrategias-de-sensibilizacion-y-captacion-para-el-fomento-del-acogimiento-familiar-revision-autonomica-e-internacional/es-561102/>

El acogimiento familiar especializado de dedicación exclusiva: una oportunidad para ampliar la base del acogimiento familiar, incorporando como personas acogedoras a profesionales de la intervención social

Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana (2022). *Resolución de 25 de mayo de 2022*. Recuperado 17 octubre 2022, de <https://www.elsindic.com/Resoluciones/expedientes/2022/202200531/11852734.pdf>

Šiška, J., y Beadle-Brown, J. (2020). *Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report*. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care.

Desafíos y oportunidades en la realización de un proceso de investigación formativa con metodología cualitativa y trabajo de campo *online*

Challenges and opportunities in conducting a formative research process based on a qualitative methodology and online fieldwork

Natalia Fernanda Puchana Caicedo¹

ORCID: 0000-0001-7024-624X

Daniela Pinzón López²

ORCID: 0000-0002-5834-7299

Isabella Montealegre Álvarez³

ORCID: 0000-0003-3669-3868

Alba Nubia Rodríguez Pizarro⁴

ORCID: 0000-0003-1055-9636

Recepción: 16/06/22. Revisión: 30/10/22. Aceptación: 07/11/22

Para citar: Puchana Caicedo, N. F., Pinzón López, D., Montealegre Álvarez, I., y Rodríguez Pizarro, A. N. (2022). Desafíos y oportunidades en la realización de un proceso de investigación formativa con metodología cualitativa y trabajo de campo *online*. *Revista de Treball Social*, 223, 39-56. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.02>

Resumen

Este artículo se propone describir y analizar un proceso de investigación formativa que se llevó a cabo en la asignatura de Diseño Etnográfico. Este presentó importantes desafíos y oportunidades debido a la imposibilidad de realizar trabajo de campo presencial por la pandemia por la COVID-19. Por tanto, se realizó trabajo de campo *online*.

1 Estudiante de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. natalia.puchana@correounivalle.edu.co

2 Estudiante de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. daniela.pinzon@correounivalle.edu.co

3 Estudiante de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. isabella.montealegre@correounivalle.edu.co

4 Profesora titular. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. alba.rodriguez@correounivalle.edu.co

A partir de una investigación formativa sobre los impactos y las estrategias de afrontamiento que presentaron estudiantes universitarios en la pandemia y el aislamiento por la COVID-19, se pretende describir y analizar la experiencia metodológica sin profundizar en los resultados de la investigación. Primero se describe la entrada a campo, la recogida de información, el análisis de datos y, posteriormente, se reflexiona alrededor del rol que cumplieron los investigadores y los desafíos y oportunidades encontrados en el proceso.

En este caso, los estudiantes de la asignatura de Diseño Etnográfico se posicionaron como investigadores y, al mismo tiempo, experimentaron una comprensión directa de las vivencias vividas por quienes participaron, debido a que también son estudiantes de Trabajo Social. Todo ello aportó al proceso de formación en investigación, pues les permitió ubicarse en dos lugares fundamentales en todo proceso de investigación: como participantes y como investigadores.

Entre los principales desafíos se encontró que la mediación tecnológica desdibuja la interacción y dificulta percibir lo no verbal. Además, hubo poca privacidad en casa para quienes fueron entrevistados y participaron de los grupos focales. Entre las oportunidades se identificó que la investigación *online* acorta distancias, implica menos recursos y que las tecnologías disponibles son muy variadas.

Palabras clave: Investigación formativa, trabajo de campo *online*, pandemia.

Abstract

This paper seeks to analyse and describe the formative research process carried out on the context of the academic subject “Ethnographic Design”. It involved important challenges and opportunities since it was unfeasible to conduct face-to-face fieldwork on account of the COVID-19 pandemic; therefore, the work was performed online.

Based on formative research on the coping strategies and the impacts felt by university students during the lockdown imposed due to the COVID-19 pandemic, this paper aims to describe and analyse the aforementioned methodological experience without examining the research findings in any more depth. Firstly, field introduction, compilation of information and data analysis are described. Subsequently, the role of the researchers and the challenges and opportunities encountered during the process are also addressed.

In this case, the students on the academic subject “Ethnographic Design” established themselves as researchers and, at the same time, felt first-hand the experiences of those who took part due to the fact that they are also students of social work. This all contributed to the formative research process, since it enabled them to place themselves in two

fundamental perspectives in any research process; namely, those of the participant and the researcher.

Among the main challenges, mediation of technology was determined as obscuring interaction and hindering perception of non-verbal communication. In addition, absence of privacy at home was experienced by the participants who were interviewed/took part in focus groups. Nevertheless, online research posed a number of key opportunities, including overcoming the distance barrier, reducing costs and benefitting from a highly varied selection of technological tools.

Keywords: Formative research, online fieldwork, pandemic.

Introducción

La formación en investigación para los trabajadores sociales debe ser un compromiso de primer orden para su ejercicio profesional. Lo anterior implica comprometerse con la producción de conocimiento, como fundamento y resultado de su actuación (Cifuentes, 2013). En este mismo sentido, Falla (2015) plantea que la formación investigativa en Trabajo Social precisa trascender el pragmatismo y promover la reflexión analítica de la cotidianidad y de las prácticas sociales construidas por los sujetos con quienes se interactúa durante el ejercicio profesional, para crear así una cultura de la investigación. A partir del lugar insoslayable que tiene la investigación en el proceso formativo, es fundamental reflexionar sobre los desafíos que implica la formación en investigación en un contexto de múltiples retos e incertidumbres que están incidiendo tanto en la formación investigativa como en la producción de conocimiento.

En este sentido, la investigación social vivió un gran desafío durante el confinamiento obligatorio y aislamiento social a causa de la pandemia provocada por la COVID-19. Esta situación llevó a “la apertura de nuevas líneas de investigación relativas al proceso metodológico del Trabajo Social” (Redondo, 2021, p. 2). El presente artículo presenta una reflexión sobre metodologías para la investigación *online*, que fueron aplicadas en un proyecto de investigación realizado durante la coyuntura de la pandemia. El proceso se realizó en el marco del curso de Diseño Etnográfico con estudiantes de Trabajo Social de la Universidad del Valle. El curso de Diseño Etnográfico tiene como objetivo introducir a los estudiantes en la importancia de la investigación cualitativa para la creación de conocimiento social y la formación de los trabajadores sociales. La investigación en línea, entonces, se propuso como una oportunidad de aprendizaje en el marco del aislamiento y confinamiento a causa de la pandemia.

Este texto da a conocer cómo se desarrolló una investigación formativa cualitativa entre estudiantes y profesores de forma *online*. Por ello, el trabajo realizado durante el curso giró en torno a los impactos de la pandemia (en el periodo 2020-2021) en los estudiantes de Trabajo Social de la Universidad del Valle, sede Mélenz, y sus estrategias de afrontamiento. Este artículo se centra en describir y analizar la metodología utilizada. En especial, el texto se concentrará en lo que significó hacer una investigación cualitativa con un enfoque etnográfico *online*. Para ello, se presentará primero el proceso de convocatoria o entrada a campo, posteriormente se presentará la metodología y luego los instrumentos, después se abordará el análisis de datos y finalmente se hablará acerca de los resultados.

Proceso de convocatoria o “entrada a campo”

Durante el curso de Diseño Etnográfico se desarrolló un proyecto de investigación formativa denominado “Impactos y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de Trabajo Social de la Universidad del Valle a causa de la pandemia y el aislamiento por la COVID-19”.

Se trató de un estudio cualitativo sobre la construcción de sentido de la realidad de las personas participantes y los significados construidos sobre la misma. De acuerdo con Ramos (2020) el alcance de este tipo de investigaciones es “realizar estudios de tipo fenomenológicos o narrativos constructivistas, que busquen describir las representaciones subjetivas que emergen en un grupo humano sobre un determinado fenómeno” (p. 53).

La asignatura estuvo integrada por aproximadamente treinta estudiantes, quienes en el proceso de investigación formativa se convirtieron tanto en investigadores como en participantes del proyecto. Con el objetivo de que los estudiantes tuvieran acceso a los distintos archivos del proyecto, se creó una carpeta compartida en la nube, haciendo uso de la herramienta Google Drive. El primer momento del proceso fue la construcción del proyecto de investigación, en la que participaron todos los estudiantes matriculados en la asignatura; posteriormente, los investigadores se dividieron en subgrupos de tres personas. Cada subgrupo lideró la construcción y redacción de un apartado del proyecto (antecedentes, marco teórico, planteamiento del problema, preguntas de investigación, justificación, marco contextual, objetivos, estrategia metodológica y aspectos operativos). Esto con el fin de distribuir responsabilidades y que todos aportaran y participaran del proceso.

Después de esto se organizó la entrada a campo, la cual también se realizó a partir de subgrupos que se encargaron de realizar el proceso investigativo con cada uno de los semestres (desde el tercer hasta el décimo semestre) que se realizó totalmente *online*. Sin embargo, no se puede dejar de lado que, debido a las relaciones preexistentes entre el estudiantado, también se consideró la vida fuera de línea, algunos encuentros y conversaciones que remitieron a los encuentros virtuales. Esta entrada a campo dio inicio con un ejercicio de voz a voz por medio de chats informales de WhatsApp, donde los investigadores, estudiantes de la materia ya mencionada, se dirigían a varios compañeros conocidos de diferentes semestres de Trabajo Social de la Universidad del Valle, que estuvieran matriculados en el periodo de febrero a octubre del 2021 para que fueran partícipes del proyecto. Luego, se abrió una cuenta de Instagram para difundir información del proyecto. Además, se diseñó un volante que resumía los objetivos y ejes de análisis del proyecto y convocaba a los estudiantes a inscribirse para participar del mismo por medio de un formulario de Google Forms. Esa pieza se difundió a través de saloneos *online*,⁵ la cuenta de Instagram y el Facebook personal de los investigadores.

5 Entendemos por *saloneo* la asistencia de uno o varios estudiantes no pertenecientes a

En el ejercicio de saloneo se definió que uno o dos subgrupos asistirían a una de las clases programadas para un semestre, coordinando horarios y designando responsabilidades tales como qué integrantes de los subgrupos asistirían al saloneo, quién presentaría la información, quién proyectaría la pantalla con el volante y quién tomaría notas. Esto último teniendo en cuenta que la asignación interna de los investigadores al respecto del saloneo era hacer observación participante y registrar sus reflexiones en diarios de campo, respecto a la experiencia de este y los sentires alrededor de las reacciones o manifestaciones de los estudiantes que estaban siendo invitados a participar en la investigación. Cada momento del proceso de investigación estuvo supervisado por la docente a cargo del curso y una monitora, quienes incentivaron la reflexión e hicieron sugerencias.

El método se definió a partir del propósito central de la investigación: contribuir a la comprensión de los impactos y las estrategias de afrontamiento identificados por los estudiantes que fueron generados por la pandemia y el aislamiento a causa de la COVID-19. Es decir, que se trató de comprender las experiencias que vivieron las personas a partir de un contexto o problemática compartida. Por lo tanto, el desarrollo del proyecto se realizó con el método cualitativo, en el que se usaron técnicas dialógicas individuales como las entrevistas semiestructuradas, y técnicas dialógicas grupales como los grupos focales, de carácter conversacional y realizadas por la plataforma de Google Meet. Con una duración aproximada de dos horas, tanto las técnicas individuales como las grupales, se hicieron teniendo el consentimiento de los estudiantes para grabarlas y posteriormente poder transcribirlas.

El siguiente momento del proyecto fue la construcción colectiva del instrumento de entrevista, donde cada subgrupo encargado de uno de los siete ejes y sus respectivas categorías de análisis debía presentar propuestas de preguntas para el instrumento; cada una de estas fue discutida y modificada por todo el equipo. Fue el momento en que se tuvo el primer instrumento de entrevista y todo el equipo se dispuso a convocar a los estudiantes que manifestaron su deseo de participar en el proyecto. En este momento ocurrió en Colombia una movilización y protesta nacional, “un estallido social”: el paro cívico del 2021 que fue apoyado por algunos estudiantes de la Universidad del Valle, quienes tomaron la decisión de acoger la figura de paro estudiantil, que duró alrededor de cuatro meses. Lo anterior detuvo el proceso de investigación, que en un principio se esperaba que durara dieciséis semanas.

Después de que fueron reiniciadas las clases, con todo lo que implicó volver al proceso investigativo después del paro estudiantil, el equipo de investigadores volvió a contactar con las personas que habían expresado

determinada clase, quienes se presentan con el permiso del docente que imparte dicha clase, con el fin de compartir información sobre un evento o tema específico, o convocar a eventos, reuniones o asambleas. En este caso, el saloneo se llevó a cabo de forma *online* asistida por medios tecnológicos, lo que se convierte en una forma no convencional de investigación cualitativa.

su interés en participar en la investigación. Este proceso fue difícil, pues al final se trataba de estudiantes que también estaban atravesados por un sinnúmero de emociones y sentires posteriores al paro. Pese a esto, se llevaron a cabo diez entrevistas semiestructuradas individuales (dos por cada semestre). La aplicación de esta técnica estuvo dividida en dos momentos: entrevistas de pilotaje y entrevistas posteriores al pilotaje. En el primer momento se llevó a cabo una reflexión, en la que se incluyeron algunos ajustes en el instrumento de entrevista y se hicieron arreglos pertinentes para mejorar el guion. Además, las entrevistas de pilotaje permitieron reconocer tres categorías emergentes: primero, los emprendimientos como una estrategia de afrontamiento; segundo, los impactos para estudiantes de prácticas en el marco de la pandemia y el aislamiento por la COVID-19; por último, el paro cívico del 2021 en Colombia.

Metodología

Durante el periodo febrero-octubre del 2021 fueron convocados los estudiantes del Programa Académico de Trabajo Social de la Universidad del Valle, sede Cali, a participar de las entrevistas. La invitación se realizó por redes sociales (Facebook, Instagram) y por medio del correo institucional. En total cincuenta y cinco estudiantes manifestaron su interés en participar, cuarenta y dos se identificaron como mujeres y trece como hombres. Con este grupo se hicieron un total de veinte entrevistas semiestructuradas y cinco entrevistas a grupos focales.

Los métodos empleados presentaron el desafío y la oportunidad de hacerlos de forma presencial asistida por medios tecnológicos de principio a fin. En primer lugar, los medios posibilitaron la convocatoria y la difusión de información para hacer la entrada a campo a través de las redes sociales, publicaciones y herramientas de Google. En segundo lugar, los medios tecnológicos fueron útiles en la organización del equipo de investigación.

Al principio, se dio mayor énfasis a la técnica individual, es decir, a las entrevistas semiestructuradas. De esta manera, primero se abarca lo que es una entrevista cualitativa, pues como lo plantea Munarriz (1992):

La entrevista cualitativa se refiere a la conversación mantenida entre investigador/investigados para comprender, a través de las propias palabras de los sujetos entrevistados, las perspectivas, situaciones, problemas, soluciones, experiencias que ellos tienen respecto a sus vidas (p. 112).

De esa manera, se le da un lugar principal a la palabra del otro. Asimismo, Munarriz (1992) expone que por medio de la entrevista semiestructurada se recoge información más delicada pero necesaria para la investigación, a través del planteamiento de una serie de interrogantes que parten de hipótesis intuitivas sobre el tema. Esto permite que el investigador o investigadora pueda orientar la entrevista, teniendo en cuenta los temas principales o relevantes.

Después se hicieron cinco grupos focales, en los que se abordaron cinco ejes temáticos. Según Escobar y Bonilla (2013), los grupos focales son

una discusión con un grupo de seis a doce personas, quienes son guiadas por un entrevistador para exponer sus conocimientos y opiniones sobre temas considerados importantes para el estudio, la entrevista a grupos focales es un medio para recolectar en poco tiempo y en profundidad un volumen significativo de información cualitativa (p. 191).

Según estos autores esto permite además “hacer que surjan emociones, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; esto no sería fácil de lograr con otras técnicas” (Escobar y Bonilla, 2013, p. 52).

Con estas técnicas se fue dando paso a la práctica de una etnografía digital, la cual como lo plantean Bárcenas y Preza (2018) se constituye entre la dimensión *online*, trabajo en línea, y la dimensión *offline*, fuera de línea. Estas dimensiones se integraron para la producción de datos (individuales y colectivos), construyendo un entramado de diversas prácticas sociales que permitieron desarrollar la investigación formativa, aspectos fundamentales aun cuando las técnicas de investigación y el trabajo de campo se realizaron únicamente en escenarios en línea (*online*). Es decir, el trabajo de campo realizado remitió al mundo físico de los investigadores y participantes, pero los datos se fueron construyendo y recabando siempre en línea. Las entrevistas, los grupos focales y los encuentros entre investigadores siempre fueron a través de medios digitales.

Instrumentos

Así, a partir de los objetivos planteados en el proyecto se construyeron siete ejes⁶ y diecisiete categorías de análisis, considerando los conocimientos teóricos sobre la situación problema y el contexto. Sobre esta base se dio paso al diseño del instrumento de entrevista semiestructurada con aproximadamente sesenta preguntas. Durante el desarrollo de las entrevistas, los investigadores no fueron directivos con las preguntas, sino que a medida que se generaba el espacio dialógico, los participantes daban respuesta a dos, tres o más preguntas a partir de una misma. Luego, a cada una de estas categorías se le asignó un color, con el fin de facilitar su distinción en las transcripciones de entrevistas individuales.

El diseño se hizo de forma colectiva y *online*. Con el primer instrumento diseñado, se hicieron pruebas piloto que permitieron identificar problemas y realizar mejoras para la realización de las entrevistas posteriores. Además, las primeras entrevistas permitieron reconocer tres categorías emergentes: (1) los emprendimientos como una estrategia de afrontamiento

6 Los ejes y categorías de análisis están relacionados con los impactos y las estrategias de afrontamiento en (1) la vida familiar, (2) la vida académica, (3) las relaciones erótico-afectivas, (4) la salud mental, (5) los desplazamientos, (6) las violencias y (7) lo económico.

to, (2) los impactos para estudiantes de prácticas académicas en el marco de la pandemia y el aislamiento por la COVID-19 y (3) el estallido social (paro nacional abril-junio) del 2021 en Colombia.⁷

Para la investigación se llevaron a cabo veinte entrevistas semiestructuradas con una duración de aproximadamente dos horas. En ellas se hicieron alrededor de sesenta preguntas. Las entrevistas se realizaron a través de Google Meet, y con la previa autorización y consentimiento informado de los participantes se grabó cada una de ellas con el fin de transcribir las grabaciones.

Con el objetivo de ampliar y contrastar la información obtenida en las entrevistas se utilizó la técnica de grupos focales. Esta técnica permitió recolectar, en poco tiempo y en profundidad, un volumen significativo de información. Los grupos focales se realizaron a partir de una discusión que estuvo conformada entre cinco y ocho estudiantes, quienes fueron guiados por un entrevistador para exponer sus conocimientos y opiniones sobre temas considerados importantes para el estudio. Esta técnica se aplicó con el fin de obtener información colectiva, es decir, de todos los que conformaban el grupo. Esto permitió contrastar la singularidad de los datos obtenidos en las entrevistas individuales.

El instrumento del grupo focal fue construido con cinco tópicos: primero, las percepciones sobre la socialización e interacción con compañeros de programa y universidad; segundo, las percepciones sobre las estrategias de afrontamiento, por ejemplo, respecto a los impactos en la vida familiar –figuras de autoridad, lo económico-emprendimientos, la organización de los espacios, las estrategias de autocuidado, entre otros–; tercero, las consideraciones sobre la salud mental, con el acompañamiento de profesionales (psicólogos, terapeutas ocupacionales, pertenecientes a la universidad) o el ejercicio físico como un factor para mejorarla; cuarto, las percepciones sobre asumir tareas del cuidado y su influencia en el desempeño académico; por último, las transformaciones en las relaciones erótico-afectivas durante la pandemia y el confinamiento, el cual se refiere a cómo se vivió la sexualidad, el contacto con otras personas y la relación con el propio cuerpo. Es importante señalar que metodológicamente estas categorías se construyeron inductivamente y con participación de los estudiantes del curso, no son categorías construidas a partir de perspectivas teóricas, sino con base en la experiencia de los participantes en la investigación.

Se constituyeron cinco grupos focales con estudiantes de tercer, cuarto, sexto, octavo y décimo semestre respectivamente. Como se mencionó anteriormente, asistieron entre cinco y ocho estudiantes por reunión. Para el desarrollo de la técnica, los investigadores decidieron que una persona por grupo asumiría el lugar de moderador y dos personas asumi-

⁷ Con el nombre de *estallido social en Colombia* se reconoce uno de los procesos de movilización llevados a cabo durante los meses de abril a junio del 2021, con la mayor participación ciudadana que ha habido durante los últimos años, para manifestar el descontento de la gente con políticas gubernamentales. Este proceso llevó a un paro nacional que impactó la vida de los colombianos.

rían el rol de observadores. De igual manera, se estableció que el tiempo de duración de las sesiones sería de dos horas. En cada grupo focal se abordaron los cinco tópicos construidos.

En el inicio de cada sesión se obtuvo el consentimiento informado de los participantes para grabar. Además, se acordó que, para hablar, cada participante tenía que pedir la palabra y cuando fuera su turno tendría disponibles dos minutos y medio para hablar. Esto con el fin de garantizar la participación de todos. Los hallazgos fueron contrastados con los de las entrevistas individuales.

Al igual que con las entrevistas, la constitución de grupos focales por medio de videollamadas representó un desafío en cuanto a la interacción. Algunos estudiantes no estaban dispuestos a activar sus cámaras y cuando se abordó el tópico relacionado con las relaciones erótico-afectivas sus participaciones fueron limitadas. Esta situación tiene que ver con lo disruptivo de este tema y la carencia de un espacio con intimidad que permitiera hablarlo tranquila y libremente, así como tratar este tema frente a las otras personas del grupo.

Análisis de datos

El proceso de análisis de contenido de las entrevistas estuvo compuesto por tres pasos: la transcripción de entrevistas; la categorización de datos cualitativos de forma manual, asignando a cada categoría analítica colores diferentes; y el análisis del producto de cada observación con un cierre parcial⁸ de entrevista. Cada equipo de investigadores se organizó, con ayuda de la docente a cargo, intentando que (sobre todo el análisis) se hiciera en tiempo real en conjunto con todos los integrantes del curso de Diseño Etnográfico. Esto con el objetivo de tener descripciones ricas, análisis profundos y construidos desde varias perspectivas. Las reuniones vía Google Meet y las socializaciones de los análisis en clase permitieron una realimentación del proceso y un aprendizaje significativo. Este aprendizaje ocurre cuando una persona (en este caso los estudiantes) asocian sus conocimientos previos y prenociones con nueva información, lo que aporta a la reconstrucción y reajuste de sus marcos de significado. Desde la perspectiva de Garcés et al. (2019), este tipo de aprendizaje permite edificar conocimientos y conceptos sólidos y redes de conocimientos: “Los conocimientos nuevos se integran a los preexistentes y estos a la estructura cognitiva del sujeto. El propósito es que estos conocimientos perduren en el tiempo” (p. 234).

De forma similar al instrumento de entrevista se construyó el de grupo focal. Como se dijo anteriormente, este estuvo compuesto por cinco tópicos de análisis basados en aquellas áreas que durante las entrevistas

8 Se entiende por *cierre parcial de entrevista* el paso posterior a la transcripción y categorización de esta. Es un proceso en el que se analizan los *verbatim*s a la luz de las teorías elegidas para la investigación. Además, se evalúa el alcance de los objetivos y se realiza un balance del instrumento de entrevista.

no fueron lo suficientemente abordadas. Así, se convocó por medio del saloneo (*online*) y el ejercicio de voz a voz a grupos de entre seis y doce estudiantes a una videollamada de Google Meet que no debía durar más de dos horas y en la que los investigadores se habían dividido en un moderador y dos observadores; los últimos tuvieron la labor de realizar una conclusión por cada eje de investigación. Dichas conclusiones fueron compartidas al final de cada sesión con el propósito de validar si los estudiantes consideraban que se habían recogido sus respuestas. Cada grupo focal contó a su vez con un ejercicio de análisis similar al de las entrevistas.

Las entrevistas en profundidad, estructuradas y semiestructuradas, son técnicas que podemos denominar clásicas en los estudios realizados con metodologías cualitativas, al igual que los grupos focales. Estas permiten conocer las percepciones, valoraciones y construcciones de sentido de los agentes sociales, y han sido definidas como “una coparticipación de dos actores creando narrativas” (Holstein y Gubrium, 1997, p. 114), entre muchas otras definiciones que tienen en común. Las técnicas dialógicas (individuales o colectivas) implican un encuentro para compartir un espacio entre investigadores y participantes. No obstante, como se ha abordado, en este proceso no fue posible realizarlas de manera física, sino asistidas por medios tecnológicos, lo cual implica rupturas tanto epistemológicas como operativas. En el primer aspecto, la relación entre investigador y participante está mediada por artefactos virtuales, lo cual interfiere en la construcción de una relación cercana en la que en el diálogo no solo está el lenguaje hablado, sino también el lenguaje gestual y corporal. En lo operativo, una dificultad importante que se presentó con los participantes se dio porque se encontraban en sus hogares y en espacios que no les permitía ahondar en algunas respuestas para mostrar su ámbito más íntimo y simbólico y por las interferencias de otras personas.

El último paso del proceso fue la construcción del informe final. Este requirió de mucha organización de los estudiantes investigadores, pues fue un documento escrito a varias manos: cada estudiante con un estilo distinto. Por medio de la herramienta Google Drive se abrió un documento compartido en el que cada subgrupo de trabajo tenía asignada la redacción de uno o dos apartados del informe. Este informe se estructuró en doce capítulos a parte de la introducción, las conclusiones, las referencias bibliográficas y los anexos.

Discusión y conclusiones

La construcción de un proyecto de investigación formativa de manera conjunta⁹ y *online* representó retos y oportunidades. Así, el progreso y realización de cada una de las fases del proyecto estaba asociado directamente con el cumplimiento de las responsabilidades que cada subgrupo

9 Cuando nos referimos a que la construcción del proyecto y el desarrollo de la investigación fue conjunta estamos aludiendo a que esta se realizó con un grupo de treinta personas y el acompañamiento de la profesora que impartía la asignatura.

tuviera asignadas. En ese sentido, fue un ejercicio constante de confianza y exigencia con el compañero o la compañera, pues en este caso no solo implicaba cumplir con la tarea para la clase, sino cumplirle a las personas que manifestaron su interés en participar de la investigación. En síntesis, si un subgrupo no cumplía con la asignación en las fechas establecidas, afectaba a todos los demás y al desarrollo del estudio. Esto se constituyó en un aprendizaje significativo porque permitió enlazar experiencias, prácticas y conocimientos. Al mismo tiempo, era fundamental reconocer que quienes lideraron el proyecto se posicionaron como observadores de primer y segundo orden, es decir, como parte de la experiencia vivida en la investigación, pero a su vez como investigadores de dicha experiencia. Cada investigador era al mismo tiempo estudiante y se encontraba atravesando esos impactos y generando estrategias de afrontamiento a causa de la pandemia y el aislamiento por la COVID-19.

Como oportunidad entre los grupos de investigadores estudiantes se resaltan los espacios de clase generados en la plataforma de Google Meet para resolver dudas que cada grupo tenía al aplicar las técnicas. De igual manera, fue un espacio para hablar de los sentimientos y/o emociones durante el proceso, dando cabida al ejercicio de reflexividad, que aunque atraviesa todo el proceso de investigación cualitativa, en el ejercicio de la misma tiene un lugar de poca visibilidad (De la Cuesta Benjumea, 2011). Lo anterior también implicó que cada uno se preguntara sobre sus motivaciones hacia la investigación, sus prenociones y concepciones de la realidad y los sujetos, sus reacciones ante las respuestas de los participantes, o que cada persona se cuestionara qué le hacía sentir el dolor del otro, cómo se ubicaba a sí mismo en la misma situación, qué hubiera hecho, entre otras preguntas. Así mismo, pensar cómo todo lo anterior influye en la forma como se ejecuta la investigación, el clima de las entrevistas y grupos focales y el tono que se utiliza para dirigirse al otro, entre otros aspectos.

Para este ejercicio de reflexión fue necesario hacer uso del diario de campo como herramienta de registro de las descripciones detalladas de cada técnica aplicada, los sentimientos y pensamientos que surgieron y las inquietudes, de modo que se pudieran compartir con el grupo para proyectar diferentes alternativas de solución. Un diario de campo que registraba un trabajo de campo híbrido que se constituía entre lo *online* y *on-life*.¹⁰ El primero utilizado como herramienta para la interacción y el segundo como campo en el que se desarrollaba el mundo de la vida, de los impactos, pero también de los afrontamientos al confinamiento y la pandemia por la COVID-19.

De esta manera, como se ha planteado previamente, se fue dando la práctica de una etnografía digital, en la que de acuerdo con los planteamientos de Hine (2015), Internet se constituye en una experiencia encarnada que se construye en el día a día y se enclava en marcos de acción y significado que se producen a través de prácticas sociales en Internet.

¹⁰ *Online* y *on-life* se refiere a lo digital y lo presencial asistido por medios tecnológicos, respectivamente.

Este tipo de etnografías se realizan en entornos de campo difusos e impredecibles entre las formas de interacción mediadas por computadoras y cara a cara. Como fue el caso específico de la investigación realizada con estudiantes y por estudiantes. En este sentido, Hine (2015) plantea que la etnografía digital se fundamenta en tres principios epistemológicos que son comunes a cualquier práctica etnográfica:

- El campo como una construcción del investigador a partir de patrones de conexión y circulación en escenarios móviles y multisitio entre los espacios en línea y fuera de línea.
- La participación del etnógrafo a través de una visibilidad mutua encontrando formas de co-presencia en diferentes medios o redes.
- La larga duración en el trabajo de campo para generar la experiencia para establecer conexiones entre plataformas, actores o espacios en línea y fuera de línea, formular y rechazar teorías emergentes, y llegar a un punto de saturación (Hine, 2015).

Lo anterior fue además una oportunidad, pues la relación entre investigadores y participantes se percibió cercana y cómoda durante todo el proyecto. Para los investigadores no fue una dificultad llegar a los estudiantes, ubicar las palabras o medios apropiados a usar para convocar, dado que en algunos casos hubo una cercanía previa en diferentes asignaturas o algunos habían tenido la oportunidad de compartir espacios de manera presencial en la universidad. También fue una oportunidad realizar una investigación cualitativa con perspectiva etnográfica en condiciones de no presencialidad física, esto incentivó la capacidad creativa y también se lograron aprendizajes importantes en un contexto de mundialización que se encuentra interconectado y que cada vez exige más el uso de medios tecnológicos. No solo para la investigación, sino para la intervención y en el caso específico que nos ocupa para la formación de profesionales en Trabajo Social.

Para Lemos y Navarro (2018) la tecnología aparece como mediadora entre el equipo de investigadores y los participantes del estudio. El acercamiento por estos medios permite acortar distancias, reconstruir miradas, propicia el encuentro y la interacción entre actores sociales ubicados en distintos contextos y lugares. Sobre esta misma línea, estos autores se preguntan si dicha mediación tecnológica desdibuja la interacción o complejiza su significado, pues las perspectivas de investigación social cualitativa presencial destacan que el investigador y el participante "comparten un espacio y un tiempo, lo cual habilita a recuperar no solo narrativas, sino gestos, comportamientos, entornos" (p. 2). En ese sentido, uno de los limitantes más mencionados por los investigadores en las conversaciones grupales fue la ausencia del lenguaje no verbal durante los salones *online*, grupos focales y entrevistas, pues si bien se abría la cámara para humanizar dichos encuentros, no era común que los participantes lo hicieran. Por lo tanto, en algunos momentos la interacción era con una pantalla portadora de símbolos que se constituyen en la representación de la identidad

de quienes participan. No obstante, esta limitación se puede solventar con el uso de cámaras, que permitan una interacción más cercana entre los participantes.

Por otro lado, la tecnología permitió que los estudiantes asistieran a entrevistas y grupos focales desde distintos espacios de la ciudad, de la geografía colombiana y de espacios de la vida cotidiana como sus trabajos, parques e incluso durante trayectos en transporte público. Sin embargo, “la selección de un ambiente disruptivo podría afectar la concentración de los entrevistados y la recopilación de datos” (Deakin y Wakefield, 2013, citado por Lemos y Navarro, 2018, p. 5). Si bien el equipo de investigadores manifestó haber percibido confianza de parte de los estudiantes en salones, entrevistas y grupos focales, el proyecto de investigación se caracterizó por indagar en temas sensibles y sobre una coyuntura ambigua y reciente, por lo que dicho espacio disruptivo o que contara con la presencia cercana de desconocidos o familiares del entrevistado, hacía que fueran más tímidos o que incluso manifestaran su limitación para responder de forma sincera debido a que otras personas estaban escuchando todo lo que estaban diciendo. Esto dificultó “obtener respuestas en profundidad a preguntas delicadas” (Seitz, 2015, citado por Lemos y Navarro, 2018, p. 14).

Como se ha mencionado anteriormente, llevar a cabo un proceso de investigación formativa en contextos de aislamiento social implicó que los investigadores se posicionaran como observadores de primer y segundo orden. Es decir, que observaban la propia experiencia y al tiempo la de los demás, esto permitió procesos de reflexividad desde un doble rol: como participantes de la experiencia y como investigadores de esta. De acuerdo con De la Cuesta Benjumea (2011), la reflexividad implica volver la mirada hacia uno mismo para darse cuenta del efecto que produce en la investigación las construcciones de sentido, los sentires, experiencias e identidades del investigador en el proceso de construcción de conocimiento y de interpretación del contenido de las narraciones de los participantes. Así se desafía el paradigma positivista fundamentado en la objetividad que ha estado presente en las disciplinas sociales, sustentando el distanciamiento entre el investigador y el proceso investigativo.

Los aprendizajes a partir de los errores e inconvenientes que surgieron en la implementación de las técnicas, así como los espacios de socialización y retroalimentación dentro de la clase permitieron compartir las experiencias vividas en el proceso de investigación. Esto fue un espacio semanal de participación, observación y escucha, del que resultaban recomendaciones y sugerencias que permitieron construir el proyecto a varias manos y modificar los instrumentos a través del cual se recolectaron los datos. Además de los aprendizajes académicos, también se facilitaron aprendizajes emocionales que fomentaron el desarrollo personal, combinando de esta manera destrezas académicas y emocionales que permiten actuar de manera asertiva en la vida cotidiana y en el desempeño profesional.

Los participantes en el proceso investigativo agradecieron que las entrevistas y grupos focales fueran espacios para hablar sobre lo sucedido, volver sobre la experiencia y exteriorizar su sentir. Comentaron que

estos espacios sirvieron como una manera de desahogarse y no sentirse solos durante momentos difíciles. Desde la posición como investigadores, escuchar a los compañeros en las entrevistas permitió reconocerse en sus experiencias e identificar que también habían vivido situaciones similares. Así, el vínculo entre investigadores y participantes se fortaleció y dejó como resultado la satisfacción de haber aprendido mucho, pero más allá de eso, haber fortalecido las redes entre compañeros.

Entre las múltiples oportunidades del proceso de investigación formativa con trabajo de campo *online*, se encuentra el haber podido ahorrar gastos, que en la investigación cualitativa tradicional deben ser considerados para poder asegurar el desarrollo del proyecto, tales como el acondicionamiento de los espacios, la búsqueda de recursos humanos, el pago por desplazamientos, el hospedaje, entre otros. Esto representa numerosos desafíos y en ocasiones hace que investigaciones con mucho potencial no puedan ser llevadas a cabo.

No obstante, si bien la investigación formativa *online* ahorró gastos, hay que reconocer que acceder a conexión a Internet, servicios de energía y dispositivos tecnológicos tiene un costo que no todos pueden pagar. Además, la pandemia desplazó todos los ámbitos de la vida al hogar; ahora para estudiar, trabajar o tener reuniones era indispensable tener conexión a Internet. Dicho lo anterior, se reconoce que en este proceso de investigación formativa la conexión a Internet fue una limitante para llegar a personas que no tuvieron la oportunidad de tener acceso por falta de recursos.

Sumado a esto, es importante destacar que el proceso de investigación formativa con trabajo de campo *online* permitió cuidar de la salud y la vida de todos los participantes, debido a que no se propiciaron espacios en los que se presentara peligro de propagación del virus. Además, la conexión a Internet permitió entrevistar a estudiantes que se encontraban en sus ciudades de origen a muchos kilómetros de distancia de la ciudad principal en la que se realizó la investigación. Sin conexión a Internet, eso no habría sido posible.

Finalmente, se determina que, si bien el cambio es constitutivo de la vida y todos los días se puede aprender y reaprender de cada situación, esta vez hubo que enfrentarse a lo inimaginable. Todo cambió y se puede decir que para siempre; el trabajo, la academia y todos los ámbitos de la vida han desdibujado sus límites de presencialidad obligatoria, hoy las posibilidades se ampliaron porque la capacidad de adaptación humana mostró que con conexión a Internet muchas cosas son posibles sin incurrir en gastos de desplazamiento y adecuación de espacios, entre otros. Hoy se puede hacer investigación con personas de muchas latitudes desde la comodidad del hogar. Sin embargo, como ya se dijo, es necesario tener cuidado porque esta no es una oportunidad para todas las personas y puede convertirse en un criterio de exclusión peligroso.

Referencias bibliográficas

- Bárceñas, K., y Preza, N. (2018). Desafíos de la etnografía digital en el trabajo de campo onlife. *Virtualis*, 10(18), 134-151. <https://www.revistavirtualis.mx/index.php/virtualis/article/view/287>
- Cifuentes, M. (2013). Formación en Trabajo Social e investigación: una relación insoslayable de cara al siglo XXI. *Revista Trabajo Social*, 15, 165-182. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4669207>
- De la Cuesta Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 22, 163-167. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>
- Escobar, J., y Bonilla, F. (2013). Grupos Focales: Una guía conceptual y Metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. [http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20\(2\).pdf](http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20(2).pdf)
- Falla, U. (2015). Tendencias de la formación investigativa en el Trabajo Social contemporáneo. *Revista Trabajo Social*, 10, 35-64. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/23825>
- Garcés, L., Montaluisa, N., y Salas, E. (2019). El aprendizaje significativo y su relación con los estilos de aprendizaje. *Revista Anales*, 1(376), 231-248. <https://doi.org/10.29166/anales.v1i376.1871>
- Hine, C. (2015). *Ethnography for the Internet. Embedded, embodied and everyday*. Bloomsbury.
- Holstein, J., y Gubrium, J. (1997). Entrevista activa. En D. Silverman (Ed.), *Investigación cualitativa: teoría, método y práctica* (pp. 113-129). Sage.
- Lemos, S., y Navarro, A. (2018). *El uso de entrevistas en entornos virtuales*. Academia. Recuperado 13 noviembre 2022, de https://www.academia.edu/37541268/Lemos_S_y_Navarro_A_2018_El_Uso_de_entrevistas_en_entornos_virtuales_pdf
- Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en investigación cualitativa. En J. Muñoz Cantero y E. Abalde Paz (Coord.), *Metodología educativa I* (pp. 101-116). Universidade da Coruña y Servicio de Publicacións. Recuperado 13 noviembre 2022, de <https://core.ac.uk/download/pdf/61903317.pdf>
- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(3), 1-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746475>

Redondo, G. (2021). *Trabajo Social Ante El Covid-19: Nuevos Retos En La Formación E Investigación Universitaria* [Conferencia]. IX Congreso Internacional Multidisciplinar de Investigación Educativa (CIMIE): Evidencias educativas que mejoran el mundo, 1 y 2 julio 2021, Barcelona, España. Asociación Multidisciplinar de Investigación Educativa (AMIE). Recuperado 13 noviembre 2022, de https://amieedu.org/actascimie21/wp-content/uploads/2022/01/Gisela_Redondo_Munte.pdf

El valor de la asistencia personal. Una figura clave para la autonomía de las personas con discapacidad

The value of personal assistance: a key
figure for the independence of persons
with a disability

Alina Ribes Martínez-Márquez¹

ORCID: 0000-0002-1818-4480

Rut Alsina Santana²

ORCID: 0000-0003-4499-7490

Blanca Cegarra Dueñas³

ORCID: 0000-0002-6138-8649

Joan Saurí Ruiz⁴

ORCID: 0000-0002-0572-0459

Recepción: 11/07/22. Revisión: 22/09/22. Aceptación: 23/11/22

Para citar: Ribes Martínez-Márquez, A., Alsina Santana, R., Cegarra Dueñas, B., y Saurí Ruiz, J. (2022). El valor de la asistencia personal. Una figura clave para la autonomía de las personas con discapacidad. *Revista de Treball Social*, 223, 57-80. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.03>

Resumen

En el presente artículo se aborda la figura de asistente personal (AP), clave para empezar a desarrollar una vida independiente para las personas con discapacidad. Para enmarcar la AP, se presentan los diferentes modelos de concepción de la discapacidad, identificando el modelo social como modelo basado en los derechos de las personas con discapacidad.

Más adelante, se expone en qué consiste esta figura y cómo acceder al servicio, teniendo en cuenta la vigente legislación. Además, se valoran las ventajas y desventajas que aporta esta profesión para la autonomía de

1 Institut Guttmann, Instituto Universitario de Neurorehabilitación, adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona. aribes@guttmann.com

2 Institut Guttmann, Instituto Universitario de Neurorehabilitación, adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona. alsina.rut@gmail.com

3 Institut Guttmann, Instituto Universitario de Neurorehabilitación, adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona. bcegarra@guttmann.com

4 Institut Guttmann, Instituto Universitario de Neurorehabilitación, adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona. jsauri@guttmann.com

las personas con discapacidad y se reflexiona acerca de cuál es la situación actual y futura de la asistencia personal.

Palabras clave: Asistencia personal, discapacidad, autonomía, vida independiente, derechos, modelo social.

Abstract

This paper addresses the figure of the Personal Assistant (PA), which is essential in order for persons with a disability to begin developing an independent life. To set out a framework for a PA, the various models for conceiving disability are presented, identifying the social model as a system based on the rights of persons with a disability.

Subsequently, the paper specifies what this figure consists of and how the service may be accessed, taking into consideration current legislation. In addition, the benefits and drawbacks of this profession for the autonomy of disabled people are assessed, while a reflection is made on the current and future circumstances surrounding personal assistance.

Keywords: Personal assistance, disability, autonomy, independent life, rights, social model.

Introducción

En el presente artículo se pretende abordar el tema de la AP, concretamente en España, como nueva profesión y figura necesaria para el desarrollo de un proyecto de vida independiente y autogestionado por y para las propias personas con discapacidad.

Para poder tratar la cuestión un poco más en profundidad, el artículo se dividirá a partir de los siguientes bloques: primero se explicarán los diferentes modelos de la discapacidad; seguidamente las diferencias entre las actuales figuras existentes que pueden dar apoyo a las personas con discapacidad; se definirá qué es la asistencia personal y se comentará la legislación vigente en el Estado español; después cómo se accede a este servicio y, finalmente, se reflexionará acerca del estado actual y futuro de esta necesidad.

Primeramente, en cuanto a la asistencia personal como nueva profesión, nos encontramos frente a un marco regulador muy poco detallado, que abre un amplio abanico sobre qué personas pueden ejercer esta profesión y qué requisitos tienen. Por otro lado, la asistencia personal se torna una figura clave para las personas con discapacidad, partiendo del modelo social de la discapacidad donde las personas son partícipes de su propia vida y donde su voz es tomada en cuenta en la sociedad actual.

Siguiendo con la estructura del artículo, se diferencian las figuras de ayuda a domicilio y cuidador/a familiar de la figura de asistente personal, para posteriormente ahondar en esta última, especificando de qué se trata la asistencia personal y cuáles son las funciones del o de la profesional que la ejerce.

Se realizará un repaso por el marco legislativo que regula la asistencia personal, tanto el ejercicio como los requisitos de acceso y las barreras que podemos encontrar para acceder a este servicio, como un derecho humano y una figura clave para las personas con discapacidad recogido en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (Naciones Unidas, 2006).

Finalmente, se presenta el escenario actual y futuro del servicio de asistencia personal, exponiendo las posibles mejoras para garantizar que el servicio se desarrolla acorde con el artículo 19 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) y la filosofía de vida independiente.

Los diferentes modelos para entender la discapacidad

Actualmente, la discapacidad se entiende desde un enfoque de derechos humanos, los cuales son inherentes a cualquier ser humano, sin importar su edad, raza, sexo, color, idioma, religión, posición económica, etc., pero históricamente no ha sido así. La concepción de la discapacidad

ha ido evolucionando juntamente con la sociedad, pasando por diferentes concepciones sobre cómo entender y tratar la discapacidad. Estos modelos se distinguen según los diferentes periodos históricos, pero en la sociedad actual aún conviven varios de ellos.

Siguiendo a Velarde (2012), en las sociedades antiguas, concretamente durante la Antigüedad y la Edad Media, predominaba el *modelo de prescindencia*. La mirada que se tenía hacia la discapacidad era caritativa, suponiendo que las causas de la discapacidad eran religiosas. Las personas con discapacidad eran consideradas innecesarias porque no contribuían a la sociedad y sus vidas carecían de sentido, convirtiendo la discapacidad en un castigo de los dioses o una maldición. El castigo era un pecado cometido por los padres o una advertencia de que se acercaba una catástrofe. Este modelo provocaba que las personas con discapacidad fueran separadas o excluidas de la sociedad, llegando incluso al asesinato para que dejaran de existir.

A raíz de que las personas con discapacidad se consideraban innecesarias y eran castigadas, según Palacios (2008), surgieron dos submodelos dentro del modelo de prescindencia: el eugenésico y el de la marginación. En los dos submodelos la vida de la persona con discapacidad no tenía importancia, pero en el primero la solución era la eliminación con la muerte, mientras que en el segundo se realizaba la separación o alejamiento de la criatura recién nacida de su núcleo social.

El modelo anterior evolucionó hacia el *modelo médico-rehabilitador* a principios del siglo xx, durante la Primera Guerra Mundial, partiendo de la idea de que la discapacidad no tiene un origen religioso, sino científico, y se cambia la forma de entender la discapacidad: se dejaron de lado que los problemas eran por causas divinas y se consideraba que la discapacidad era una enfermedad que debía recibir tratamiento médico. En este modelo, las personas con discapacidad no son innecesarias o inútiles en la sociedad, pero deben ser rehabilitadas, curadas y prevenidas, siendo lo mejor para ellas la terapia con el objetivo de esconder la discapacidad. Como agrega Palacios (2008), el tratamiento desde este modelo hacia las personas con discapacidad se basa en una actitud paternalista, donde la mirada se centra en la misma discapacidad, generando subestimación y fomentando la discriminación.

Además, existe también el capacitismo. Toboso (2021) define el capacitismo como una actitud o discurso según el que la discapacidad frente a la integridad corporal se encuentra entendida como normalidad, es decir, desvaloriza. Y ve los cuerpos como objetos que proporcionan fuerza y son productivos y las vidas que no aportan el objetivo son vidas sin valor. Es así como la discapacidad se entiende como algo peyorativo, que no aporta valor social y se ve la discapacidad con una mirada individual.

Finalmente, la concepción social y científica de la discapacidad evolucionó hacia el actual *modelo social de la discapacidad*, que es el modelo predominante actualmente en el mundo del activismo social y desde el ámbito académico.

Palacios (2008) explica que el modelo más actual es el *modelo social*, originado con el Movimiento de Vida Independiente en Estados Unidos en los años 60. Este modelo cambia totalmente la visión que se tenía de la discapacidad, considerando que la discapacidad no es originada por motivos religiosos ni científicos, sino por motivos sociales. Es decir, el modelo social explica que las causas de la discapacidad son generadas por el entorno y no residen en la persona. La discapacidad es el resultado de la interacción entre la persona y su entorno; a medida que esta experimenta barreras y dificultades la discapacidad aumenta.

Este punto de vista pone el foco en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad como cualquier otra persona sin discapacidad y es donde empiezan a florecer y a tenerse en cuenta la lucha por los derechos, la dignidad humana, la igualdad, la libertad personal, la inclusión social, etc. Además, con este modelo se tienen en cuenta principios importantes y necesarios como la autodeterminación, la no discriminación, la accesibilidad universal, etc., como también la importancia de contar con la voz de las personas con discapacidad.

Este modelo pone en valor la autonomía y la toma de decisiones sobre la propia vida, defendiendo que han de ser las mismas personas con discapacidad las que deben elegir su forma de vida, sin que otras personas decidan por ellas. La filosofía de vida independiente fomenta que todas las personas deben tener el derecho a la independencia y a poder tener el control de su propia vida. Se afirma que la filosofía de vida independiente enfatiza:

el control del consumidor, la idea de que las personas con discapacidades son los mejores expertos en sus propias necesidades, tienen una perspectiva crucial y valiosa para contribuir y merecen igualdad de oportunidades para decidir cómo vivir, trabajar y participar en sus comunidades, particularmente en referencia a servicios que afectan poderosamente su día a día y el acceso a la independencia (National Council on Independent Living, 2022).

No es necesario que la persona haga las cosas por sí misma para poder lograr la vida independiente. Es decir, puede ser que la persona sea muy dependiente para realizar las actividades de la vida diaria, pero puede tener el pleno control de las decisiones que afectan en su vida. Y, de acuerdo con la filosofía de vida independiente, se tiene siempre en consideración la autodeterminación y participación de la persona en todos los ámbitos de su vida. Además, se destaca la importancia de elegir. Como Madrid-Pérez (2013) explica, el Movimiento de Vida Independiente propone un modelo donde la persona con discapacidad no tenga que ser institucionalizada y que existan otras posibilidades donde sea posible que la persona se realice y relacione con otras personas desde su autodeterminación.

Por este motivo, en el Movimiento de Vida Independiente es de suma importancia la existencia de profesionales que faciliten la oportunidad de realización y autonomía de la persona.

Asistente personal, ayuda a domicilio y cuidador/a familiar: principales diferencias

La diferencia entre un/a cuidador/a familiar, un/a profesional de ayuda a domicilio y un/a asistente personal puede generar confusión, pero cada uno/a tiene especificaciones sobre la figura que representa y sus funciones.

Primero encontramos las personas cuidadoras no profesionales, que suelen ser familiares o personas cercanas a la persona con discapacidad y que dedican su tiempo a atender a la persona con necesidades de apoyo, sin percibir ninguna retribución económica ni tener formación específica en la mayoría de los casos (Servicio de Información sobre Discapacidad, 2018; Martínez, 2019). Esta figura se reguló en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y el BOE la definió como la “atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”.

Si la persona percibe la prestación como cuidador/a no profesional, esta no es compatible con otras ayudas y tanto la persona con dependencia como el/la familiar deben cumplir unos requisitos: disponer del grado de dependencia y del informe Programa Individual de Atención (PIA); debe ser familiar o cónyuge; convivir con la persona dependiente y ser atendida por una persona cuidadora gran parte del tiempo; y la persona cuidadora debe contar con el 100% de todas sus capacidades.

Si hablamos de asistencia personal y de ayuda a domicilio, estos dos conceptos hacen referencia a servicios prestados por la ayuda de profesionales o auxiliares en el ámbito personal, es decir, en el hogar de la persona con discapacidad.

En relación con la asistencia personal, se trata de un servicio que no se centra en prestar cuidados, sino que atiende a las necesidades de la persona con discapacidad con la intención de fomentar su vida independiente y su autonomía personal. Se considera que un/a asistente personal necesita una formación reglada y específica para poder servir de apoyo a la persona con discapacidad (Rodríguez-Picavea y Romañach, 2006), pero la realidad es que la formación para poder apoyar a una persona con discapacidad depende de cada persona. Comentando más a fondo, según Moya (2021), la formación del perfil de asistente personal “ha de seguir fórmulas que se basen, principalmente, en la experiencia, dando valor a la formación no formal y por competencias” (p. 3).

Por lo tanto, para ejercer de asistente personal no se precisa de titulación, aunque es recomendable que la persona desarrolle habilidades sociales y esté formada en la filosofía de vida independiente, siempre según las necesidades de la persona con discapacidad, el derecho a la autodeterminación de la persona y teniendo en cuenta lo que establece la CDPD.

Así pues, es la propia persona la que elige su asistente personal y determina su horario y sus funciones dependiendo de sus necesidades. La asistencia personal se puede realizar en diferentes ámbitos, como puede ser en la educación, el trabajo, el ocio o ir de compras, entre otras (Servicio de Información sobre Discapacidad, 2018; Martínez, 2019).

En el caso de la ayuda a domicilio, el servicio lo ofrece un/a trabajador/a dentro del domicilio de la persona con discapacidad, aunque pueda salir para hacer la compra de comida o realizar un acompañamiento al centro de salud. Este servicio está prestado por entidades, empresas o servicios relacionados con la atención personal. El horario y las funciones de la ayuda a domicilio son muy pautados y las determina el/la médico o el centro de referencia, contando con la familia y, en algunos casos, con la propia persona usuaria del servicio. Las tareas están centradas en la higiene, la alimentación y la medicación. Es decir, se atienden únicamente las necesidades básicas de la persona (Servicio de Información sobre Discapacidad, 2018; Martínez, 2019).

Como podemos comprobar, las funciones entre estas tres figuras son claras, siendo las principales diferencias la compatibilidad entre servicios, las horas al mes que ofrecen, los horarios, el lugar donde se presta el servicio y la toma de decisiones de la persona con discapacidad. Este último aspecto es muy relevante, ya que, como bien indica Moya (2022), la diferencia principal radica en la determinación de la persona y en su poder de decisión.

La asistencia personal: definición y funciones

Primero de todo, consideramos necesaria la explicación de los principios rectores de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas (2006), ya que la asistencia personal partirá de estos principios para convertirse en un soporte para las personas con discapacidad. Estos principios rectores son:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- La no discriminación.
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.
- La igualdad de oportunidades.
- La accesibilidad.
- La igualdad entre hombre y mujer.
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Es necesario también ser conocedores de los principios básicos y de los pilares en que se basa la filosofía de vida independiente. Según Lobato (2022), los principios básicos son: derechos humanos y civiles; autodeterminación; autoayuda (apoyo entre iguales); posibilidad para ejercer poder (empoderamiento); responsabilidad sobre la propia vida y acciones; derecho a asumir riesgos; y vivir en la comunidad.

Mientras que los pilares en los que se basa son: toda vida humana tiene un valor; todas las personas, cualquiera que sea su diversidad, son capaces de realizar elecciones; las personas con discapacidad lo son por la respuesta de la sociedad a la deficiencia física, intelectual y sensorial y tienen derecho a ejercer el control de sus vidas y, finalmente, las personas con discapacidad tienen derecho a la plena participación en la sociedad.

La asistencia personal (AP) parte de los anteriores principios y pilares, definiéndose como un recurso de apoyo para las personas con discapacidad, con el objetivo de que la persona con necesidades de apoyo y que no puede realizar las tareas por sí sola cuente con una tercera persona para poderlas llevar a cabo.

Según López-Pérez y Álvarez-Nieto (2020), la AP es una herramienta para que la persona con alguna discapacidad se vea favorecida respecto a valores como la autonomía, el empoderamiento, la autodeterminación, el derecho a la vida independiente, la inclusión y la participación social.

La asistencia personal es un derecho humano reconocido desde 2006 en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y en España se encuentra reconocido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD); más adelante se abordará el marco legislativo por el que se rige la asistencia personal.

El servicio de asistencia personal se presta a través de una tercera persona, la figura de asistente personal. Según Rodríguez-Picavea y Romañach (2006), se define como:

(...) una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. El asistente personal es por tanto aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que, por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma (p. 1).

Es decir, un/a asistente personal es una figura laboral con un contrato de trabajo, para que una persona con discapacidad pueda llevar una vida independiente, realizando y acompañando en aquellas tareas que la persona no puede hacer sin apoyo. El/la asistente personal dará el apoyo necesario a la persona, pero siempre responderá a las voluntades de la persona con necesidades de soporte y, además, será la propia persona quien gestionará este recurso según lo que necesita en su día a día.

Según Ortega et al. (2015), las funciones de los/las asistentes personales tienen la finalidad de que la persona con discapacidad pueda llevar un proyecto de vida independiente, teniendo en cuenta aspectos como:

- Facilitar el desarrollo de la autodeterminación y la toma de decisiones.
- Ofrecer el soporte personal necesario a la persona para que pueda desarrollar su propio proyecto de vida independiente.
- Aumentar la satisfacción con relación a la vida autónoma de la persona con discapacidad.
- Poder reducir la sobrecarga que se ocasiona en su entorno familiar y/o de ayuda.
- Facilitar la inclusión y participación hacia la sociedad.
- Etc.

Para hacerlo, el/la asistente personal realizará tareas múltiples, para atender a una misma persona en diferentes espacios y situaciones, como sociales, formativos, laborales, ocio, etc., es decir, acompañará en todo aquello que la persona con discapacidad quiera realizar y necesite apoyo para hacerlo. El servicio de asistencia personal potencia la superación de la persona y permite que sea capaz de gestionar su vida (poder trabajar, estudiar, moverse donde quiera, etc.) y de sentirse autosuficiente, ya que las relaciones con la familia y amistades no estarán vinculadas con la necesidad de cuidado, sino que serán únicamente relaciones de amistad y familiares.

Según Moya (2022), la persona con discapacidad es quien decidirá y gestionará cómo, cuándo y dónde su AP llevará a cabo su actividad profesional, eligiendo siempre la forma en que necesita el soporte, participando en las decisiones sobre su ámbito de actuación, los horarios que establecerá, quién llevará a cabo la actividad, las funciones y también la forma de hacerlas, mediante el plan personal de vida independiente.

Legislación española sobre la asistencia personal

La asistencia personal en España aparece por primera vez en el artículo 9 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Más tarde, con la llegada de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se reconoce el derecho a recibir una prestación económica que permita la contratación de servicios de AP (concretamente en el artículo 19).

El mencionado artículo 19 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006) hace referencia concretamente al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, y establece que:

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a. las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b. las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c. las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Posteriormente, la Ley amplía la prestación económica a todos los grados de dependencia con el Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del sistema para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, con lo que deja de ser una prestación exclusiva para las personas con gran dependencia. Esto se reflejó en el artículo 22 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio (Muñoz y Sánchez, 2020).

Además, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, aprobada el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España en 2008 (Muñoz y Sánchez, 2020) se especifica lo siguiente:

Se reconoce así el ámbito de la Vida Independiente como un derecho fundamental a nivel universal y se insta a los Estados miembros a que generen políticas acordes a este reconocimiento asumiendo que todas las personas con discapacidad tienen derecho a llevar a cabo su proyecto de Vida Independiente y a recibir los apoyos necesarios para alcanzarlo (p. 9).

Al ratificarse la Convención, se aprueba la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre), para adaptar la normativa española a la Convención. Por último, el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, regula las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006 (Clínica Jurídica de Derechos Humanos Javier Romañach et al., 2022).

Hoy en día, nos encontramos que todavía no existe un consenso del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en relación con los aspectos sobre asistencia personal (Moya, 2022). Es, por tanto, importante que se trabaje un marco legislativo estatal que regule qué se entiende por asistencia personal, qué requisitos se deben cumplir para ejercer este trabajo, cuál es su objetivo y qué formación deben tener los asistentes personales.

En otros países europeos, desde la década de los 80 y 90, se comenzó a desarrollar el servicio de asistencia personal en gran parte del norte de Europa, concretamente en Irlanda, Gran Bretaña, Suecia, Noruega, Dinamarca, Holanda, Austria y Alemania. Siguiendo a Rodríguez-Picavea y Romañach (2006), Gran Bretaña y Suecia cuentan con una legislación específica sobre asistencia personal. Suecia aprobó su Ley de Asistencia Personal en 1994 y Gran Bretaña en 1996, disponiendo esta última de un sistema de pago directo y siendo la asistencia personal una herramienta básica. En Francia e Italia existen también sistemas de asistencia personal.

Acceso al servicio de la asistencia personal

La relación con el/la asistente personal puede ser mediante la Ley de Dependencia o fuera de esta. Si la relación se establece fuera de la Ley de Dependencia, esta se puede llevar a cabo a través de entidades que facilitan este servicio, ya sean ayuntamientos, fundaciones, asociaciones, oficinas de vida independiente, confederaciones, entre otras (López y Ruiz, 2018).

Si se formaliza la relación con el/la asistente personal mediante la Ley de Dependencia, se debe de tener en cuenta que la concesión de la prestación está condicionada a la aprobación del Programa Individual de Atención (en el que debe constar este servicio como el más adecuado a las necesidades de la persona); además se deben cumplir los siguientes criterios (López y Ruiz, 2018):

- Obtener el reconocimiento de la situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- Poseer la nacionalidad española y residir en el territorio español.
- Tener la capacidad necesaria para decidir qué servicios precisa, ejercer el control y dar las instrucciones necesarias a su/s asistentes personal/es.

Este servicio se concibe como un servicio a través de prestación económica (a partir del Real Decreto 1051/2013). Esto no significa que la prestación financie totalmente este servicio. La cuantía final de la prestación se calcula a partir del coste del servicio y la cantidad para gastos personales de la persona beneficiaria para cada tipo de servicio (el 19% del IPREM mensual) restándole la capacidad económica de la persona beneficiaria, según la Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (Asistencia Personal, 2022).

El pago de esta prestación puede ser directo o indirecto. En el caso del pago directo, la persona con discapacidad debe autogestionar su asistencia personal de forma individual y el/la asistente personal debe pertenecer al régimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social. En cuanto al pago indirecto, la Administración, con el consentimiento de la persona con discapacidad, transfiere la prestación a la entidad escogida por la persona beneficiaria para que esta le preste y le gestione el servicio de asistencia personal. Esta gestión siempre será económica y de los documentos pertinentes, nunca se referirá a las necesidades que deba cubrir el servicio debido a que esta decisión siempre será en base a lo que priorice la persona con discapacidad (Clínica Jurídica de Derechos Humanos Javier Romañach et al., 2022).

Al iniciar esta relación con el/la asistente personal se debe tener en cuenta que el artículo 19 de la Ley 39/2006 habla de la contribución de una asistencia personal, mediante un número de horas, pero sin especificar cuántas horas pueden ser necesarias dependiendo de la característica de la persona (Asistencia Personal, 2022). Esto provoca un vacío de información en el que, por falta de datos, no se aporta la cuantía necesaria para cubrir las horas precisas de asistencia personal según la casuística de la persona.

Por otro lado, en el mismo artículo se determina que los ámbitos de actuación de la figura de asistente personal se dirijan al acceso a la educación y al trabajo y a las actividades básicas de la vida diaria (AVD), por lo que la asistencia personal podrá llevarse a cabo tanto dentro como fuera de casa. En este aspecto, nos encontramos que el “Libro blanco” de atención a las personas en situación de dependencia en España, de 2004, resalta también que las necesidades rehabilitadoras y de ocio también pueden cubrir las la atención personal (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO, 2005).

Con respecto a las incompatibilidades, según la Ley 39/2006, esta prestación económica es incompatible con todos los demás servicios y prestaciones, excepto con el servicio de teleasistencia. Durante el periodo de vacaciones de la persona asistente, esta puede ser compatible con los servicios de ayuda domiciliaria, centro de día y de noche y atención residencial (Asistencia Personal, 2022). Por otro lado, en el Real Decreto 1051/2013 se determina que las Administraciones públicas competentes puedan establecer compatibilidades entre otros servicios y en el caso de las comunidades autónomas se les concede el poder para establecer un régimen propio de compatibilidades.

Como ya se ha comentado anteriormente, disponer de un/a asistente personal supone muchas ventajas para una persona con discapacidad, ayuda a que pueda desarrollarse y pueda decidir lo que quiere en su vida, cómo lo quiere y cuándo lo quiere, para poder llegar a ser autónoma y poner en práctica una vida independiente.

Como comenta García (2003), las personas con dependencia y discapacidad necesitan de la ayuda personal para realizar las actividades de la vida diaria, tanto dentro de la vivienda (cocinar, vestirse y desvestirse, necesidades fisiológicas, etc.) como también fuera de la vivienda (des-

empeño del trabajo o su acompañamiento, preparación de la agenda de actividades, apoyo en las actividades de ocio, etc.). La figura del asistente personal tratará de cubrir con apoyos las actividades que la persona no puede resolver por sí misma ni con ayudas técnicas.

La asistencia personal permitirá a la persona con discapacidad tener el máximo control posible sobre su vida y solo necesitar la ayuda para desarrollar determinadas tareas. De aquí se nutre la filosofía de vida independiente, donde cada persona se centra en sus posibilidades, puede decidir y controlar lo que necesita y cómo lo quiere. Es aquí donde el/la profesional en Trabajo Social debe tener clara la importancia de promocionar esta figura.

Primero de todo, es imprescindible conocer la definición internacional de Trabajo Social que se cita, según la International Federation of Social Workers (2022), como:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Con el respaldo de las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a personas y estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar. La definición anterior puede ampliarse a nivel nacional y/o regional.

A partir de aquí, el Trabajo Social debe promover e incrementar el bienestar de la población, como también la igualdad de oportunidades para todas las personas (con o sin discapacidad) y la participación comunitaria de la población, función vital de la disciplina del Trabajo Social. Además, deberá impulsar el cambio social de las necesidades y situaciones de las personas, para evitar la marginación, la exclusión social y la opresión.

De aquí, la necesidad de la asistencia personal para que las personas con discapacidad puedan disponer de igualdad de oportunidades y puedan desarrollar su proyecto de vida según sus propias decisiones. El Trabajo Social será fundamental para promocionar esta figura que se encuentra en auge y, dentro de las funciones de la disciplina del Trabajo Social, este debe de informar que existe la posibilidad de este recurso disponible para la promoción y autonomía de una persona con discapacidad y ofrecer vías para acceder a este.

Disponer de un/a asistente personal resulta beneficioso, tanto para la propia persona como también para sus familiares, ya que mayoritariamente estos últimos suelen llegar a convertirse en el cuidador o la cuidadora no profesional, asumiendo la realización de tareas y responsabilidades que requiere el cuidado de la persona. Esta situación puede llevar a provocar estrés y problemas en las relaciones familiares, como por ejemplo que los cuidadores o las cuidadoras familiares se vean con sobrecarga o agobio, o tengan que renunciar a aspectos de su vida, del ámbito familiar, de ocio, laboral, etc., por cuidar de la otra persona.

A pesar de las ventajas del servicio, actualmente todavía existen barreras para el acceso a la asistencia personal. Tal como comentan Muñoz y Sánchez (2020), un factor principal es el escaso desarrollo normativo y de los servicios de AP, como también otras barreras que lo dificultan:

- Desconocimiento de la existencia de este recurso por parte de las propias personas con discapacidad, de sus familias y de los/las profesionales.
- Existe una idea errónea de que la asistencia personal y la vida independiente no son propuestas posibles para las personas con discapacidad, creyendo que las personas con grandes necesidades debido a sus dificultades no pueden tomar decisiones.
- Priorización en el acceso a centros residenciales y/o prestaciones para el cuidador o la cuidadora no profesional.
- Falta de orientación en los servicios sociales.
- Miedo de las familias de que su familiar viva independientemente, como consecuencia de la sobreprotección que ejercen sobre la persona con discapacidad.
- Requisitos para acceder a este recurso muy exigentes, ya que la persona debe disponer de vivienda, empleo y estudio.
- El escaso soporte económico para el servicio de la AP como también de un sobrecoste económico por parte de la persona con discapacidad para acceder al servicio.

Otra de las barreras que señalan Ortega et al. (2015) es el régimen de incompatibilidades. Como se ha comentado anteriormente, la prestación económica de asistencia personal actualmente es incompatible con los otros servicios y prestaciones existentes, excepto el servicio de teleasistencia y, en condiciones especiales, de los Servicios de Ayuda al Domicilio (SAD), centros de día y de noche y atención residencial.

Según Lozano et al. (2020), la asistencia personal en España ha configurado un nuevo modelo para la atención de las personas con discapacidad, como también un nuevo cambio para entender y atender la discapacidad. Siguiendo las barreras comentadas que dificultan el acceso al servicio de asistencia personal, se añaden otras dificultades para su acceso:

- Existe un desigual desarrollo de la Ley en cada comunidad autónoma.
- Los recortes económicos producidos los últimos años han ido afectando al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Como la Ley se encuentra poco desarrollada, esto produce confusión con otras figuras profesionales (persona auxiliar a domicilio o persona cuidadora).
- La falta de facilidades administrativas y burocráticas de la Administración.
- Inexistencia de una regulación normativa específica.

Los mismos autores, Muñoz y Sánchez (2020), señalan que expertos/as, familiares y otros/as profesionales estuvieron de acuerdo que, para no crear más barreras en el acceso a la asistencia personal, se debería reformular el sistema y crear un modelo diferente.

Estado actual y futuro de la asistencia personal

El 1 de enero de 2007 entró en vigor la LAPAD. Si hacemos una revisión, según Planas (2013), casi cinco años después (2007-2012) constaron 195.125 dictámenes de reconocimiento de la situación de dependencia, donde se contabilizaron apenas 1.282 prestaciones de asistencia personal (1.138 fueron en el País Vasco). En ese momento llamó la atención la mínima demanda y el motivo de esta situación.

En el ámbito estatal, según datos del 2017 de Quezada y Motos (2017), se destacó que la asistencia personal supone el 0,5% del gasto del Sistema de Atención a la Dependencia, que llega a atender a 0,7% de las personas que están en el Sistema. En comparación con la atención residencial, este último llega a consumir más de la mitad de los recursos económicos que tiene el Sistema (52,4% del gasto) y llega a una cobertura de atención del 17,5%.

En nuestro país, como destacan Corretjé (2021) y Moya (2022), existe una escasa implantación de la asistencia personal, concretamente solo el 0,56% de las personas con discapacidad recibieron la prestación a través del Sistema de Atención a la Dependencia y cuentan con la figura de asistente personal. Según el Consejo Económico y Social de España (2021), únicamente 10 de las 17 comunidades autónomas ofrecen realmente la posibilidad de tener un/a asistente personal y esta es meramente testimonial.

Con datos recientes de este mismo año, la Diputación de Barcelona (2022) ha realizado un estudio donde se explica que, en 2019, se otorgaron 3.431 ayudas periódicas para cubrir asistencia domiciliaria, atención precoz, asistencia personal o asistencia en centros residenciales. Si concretamos, en el conjunto de la provincia de Barcelona, en el 2020 hubo en total 63 personas con PIA de asistencia personal y en 2021 la prestación económica para el servicio de asistencia personal fue de un 0,04% de las prestaciones del SAAD. Tal y como evidencian los datos, la asistencia personal en Cataluña es un servicio poco desarrollado.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2022) en su informe mensual de marzo y su comparación con el conjunto del territorio español, observa que la prestación económica para el servicio de asistencia personal representa el 0,53% del total de prestaciones del SAAD; siendo el País Vasco y Castilla y León las comunidades con más representación (6,97% y 1,19% respectivamente). No obstante, es importante destacar, siguiendo a Moya (2022), que en las comunidades autónomas en las que se han concedido más prestaciones se incluyan otros aspectos no relacionados con la asistencia personal.

Como hemos visto, el/la asistente personal es una figura de apoyo con futuro, así lo afirma Arnau (2021), ya que las personas con discapacidad tienen necesidades de apoyo y esta figura es crucial para fomentar la vida independiente en la comunidad y la desinstitutionalización. Agrega también que, con la existencia de la necesidad de asistentes personales, entonces “el Estado nos lo debe proporcionar, dándonos la cantidad económica necesaria en función de nuestros ritmos de vida y por la cantidad de horas que sea menester” (p. 9).

Uno de los principales inconvenientes es que el número de horas que actualmente está ofreciendo este servicio no se adecua a las necesidades de la persona con discapacidad (Moya, 2022). Las personas tienen más poder de decisión, pero están condicionadas a las horas de soporte de AP. Moya (2022) plantea la posibilidad de pactar cambios en el horario establecido, pero se ha de tener en cuenta que estos horarios deberán ser negociados con el/la asistente personal.

El Observatorio Estatal de la Discapacidad (2017) considera, en su informe anual, que la asistencia personal es “uno de los servicios que debería recibir una mayor apuesta ya que –aun siendo minoritaria su elección– se configura como imprescindible para el mantenimiento de unos mínimos niveles de autonomía, especialmente en el sector de la discapacidad” (p. 90).

Por este motivo, es fundamental que se construyan unas buenas políticas públicas de los cuidados enfocadas a fomentar una cultura de vida independiente, para que las puedan disfrutar en igualdad de condiciones y que gestionen su vida según quieran.

Siguiendo a Moya (2022), es importante que las políticas sociales de la discapacidad se basen en la filosofía de vida independiente y en el modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP), donde se concibe a la persona con discapacidad como un miembro de pleno derecho en su comunidad, con igualdad de oportunidades y con la máxima autonomía personal posible.

Tomando en consideración la propuesta de Muñoz y Sánchez (2020), deberíamos dirigirnos hacia una reformulación y creación de un nuevo modelo para no generar más barreras de acceso a la AP. Este modelo debería incluir:

- Financiación total o mayoritariamente pública.
- Compatibilidad de la AP con otras prestaciones públicas (centros de día o residencias).
- Gestión de la AP mediante entidades cogestoras.
- Respeto a la decisión de las personas con discapacidad sobre cómo gestionar y financiar sus apoyos.

Finalmente, teniendo en cuenta el informe del Consejo Económico y Social de España (2021), se considera realmente importante el desarrollo de una regulación específica en relación con la asistencia personal.

En relación con este tema, Moya (2021) explica que la formación en AP aún se encuentra enmarcada en antiguos modelos y va en contra

del modelo en que se basa la AP, el social. En cuanto a la regulación, según Muñoz y Sánchez (2021) se mantiene en espera para establecerse un consenso del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAPAD).

Nally et al. (2021), en su *scoping review*, manifiestan la importancia de que las decisiones políticas se tomen en conjunto con las personas con discapacidad para proteger la legislación contra reinterpretaciones y cambios de criterios. La legislación en esta materia debe garantizar que no se malinterprete y que facilite la vida independiente de las personas con discapacidad (Nally et al., 2021).

Además, existe la necesidad de seguir haciendo investigación participativa para generar evidencia sobre el tema y concienciar que existe esta necesidad en la sociedad. Es importante que esta investigación cuente con la opinión de las personas con discapacidad para valorar el servicio teniendo en cuenta a estas, ya que cuanto más se dé a conocer la realidad más acciones se podrán realizar y ganarán más visibilidad las necesidades y opiniones de las personas con discapacidad.

Conclusiones

A lo largo del presente artículo, se ha analizado la evolución de la concepción de la discapacidad a través de diferentes modelos, hasta la actualidad y la llegada del modelo social, que pone de relieve que las personas con discapacidad no son el foco del problema, sino el entorno social, y que estas tienen los mismos derechos que las demás personas en la sociedad, incluyendo la autodeterminación, la igualdad de oportunidades, la autonomía personal, la toma de decisiones, etc., como también el acceso a una vida independiente eligiendo el proyecto de vida que cada uno/a desee.

Para lograr que la persona tenga una vida independiente, será necesario poner en valor que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Se deberá de asegurar que las personas con discapacidad puedan gozar de los mismos derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales que el resto de los ciudadanos. Estos derechos están reconocidos y aprobados por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pero realmente no se están cumpliendo.

La filosofía de vida independiente y el movimiento social que la promueve ha ido consiguiendo avances significativos para lograr la libertad de decisión y trabajar para la desinstitutionalización de las personas con discapacidad. Además, esta filosofía pone de manifiesto que la persona debe ser la que tenga el control de su vida, siendo la propia persona la autora de su camino en cuestiones como el lugar donde vivir, con quién vivir, su participación en la sociedad, la supresión de barreras, etc. Es decir, se basa en los contextos en los que acontece la vida de las personas sin que estas pierdan el control y la responsabilidad de las acciones que afectan su vida.

Debemos partir de una igualdad de oportunidades, que podrá materializarse cuando la sociedad disponga de los servicios y recursos necesarios, teniendo en cuenta que serán las personas con discapacidad las que gestionen sus propios servicios para mantener una vida lo más autónoma posible. Es importante la necesidad de conseguir los mismos derechos, la participación plena y la igualdad de condiciones en la comunidad, siendo la asistencia personal el agente para avanzar en la autonomía de las personas con discapacidad.

Así pues, la asistencia personal es un soporte para las personas con discapacidad, ya que les permite elegir y controlar su día a día. Aunque, como se ha visto, hay un escaso desconocimiento y puesta en práctica de esta figura en España y, en algunas comunidades autónomas, hay una clara inexistencia de este servicio. Aun existiendo una ley, la asistencia personal está muy poco desarrollada por las administraciones públicas.

Esto se suma a las dificultades actuales del servicio derivadas del desconocimiento del recurso, tanto por parte de las personas con discapacidad, como de sus familias y los/las profesionales; y al poco desarrollo de la Ley. No se encuentra una regulación normativa específica y cada comunidad autónoma desarrolla la Ley de forma desigual, lo que actualmente conlleva priorizar el acceso a centros residenciales y/o prestaciones para la persona cuidadora no profesional, lo que deteriora la propuesta de la figura profesional de asistente personal y hace que su uso sea meramente residual.

Además, también hay una falta de horas del servicio, las personas con discapacidad se encuentran que este servicio no se adecua a las horas necesarias para cubrir sus necesidades. De este modo, aunque tengan autonomía para tomar las decisiones que afectarán su vida, estas se encuentran condicionadas a las horas de soporte limitadas del o de la asistente personal. Por este motivo, es fundamental que se construyan unas buenas políticas públicas enfocadas a fomentar una cultura de vida independiente, para que las puedan disfrutar en igualdad de condiciones y que gestionen su vida en función de sus intereses y necesidades.

Por otra parte, es importante destacar que, con esta figura, las personas con discapacidad no se sienten en situación de inferioridad y como una carga para su entorno. Esto sucede porque, a menudo, la persona que la asiste suele ser de su entorno social más próximo, por ejemplo, familiares o amistades. Con esta figura laboral se mantienen los roles normativos entre familiares y amistades, evitando depender de ellos para realizar las tareas básicas del día a día.

Poniendo en práctica la asistencia personal, esta figura no solo beneficiará a las personas con discapacidad, sino que también sus funciones permitirán que las personas con discapacidad puedan participar en la sociedad y puedan ser partícipes de su entorno. El hecho de dar visibilidad de que hay personas con discapacidad en nuestro día a día y en la comunidad hará evidente que existe la necesidad de adaptación y mejora de la accesibilidad y, así, se podrán promover actuaciones para avanzar en justicia e inclusión social, con el objetivo de que nadie esté ni se sienta

excluido de su entorno. Por este motivo, el desarrollo de políticas sociales basadas en la filosofía de la vida independiente es un punto clave para seguir trabajando con el objetivo de preservar los derechos humanos de las personas con discapacidad para que puedan vivir e incluirse socialmente como ellas deseen.

Otro aspecto que destacar es que la asistencia personal es una inversión en empleo y también es más eficiente y rentable que otros servicios que actualmente se prestan, lo que permite a las administraciones públicas ahorrar dinero comparado con sistemas más asistenciales como son las residencias e instituciones, sin olvidar que, además, esta figura posibilita y promueve la vida independiente de las personas con discapacidad.

Finalmente, si se quieren concebir oportunidades para las personas con discapacidad será necesario la participación de ellas, puesto que no se debe diseñar e implementar nada para las personas con discapacidad sin su implicación y la asistencia personal es una pieza clave para lograr esta participación.

Desde el Trabajo Social, se destaca la importancia de dar a conocer y favorecer la existencia de este recurso. No solamente será importante que conozcan este recurso las personas con discapacidad, sino la sociedad en general y también las fundaciones, asociaciones, servicios sociales, etc. No debemos olvidar que cualquier persona, en algún momento de su vida, puede necesitar la ayuda de una tercera persona y este recurso será otra oportunidad de elegir un servicio basado en la autodeterminación y, por lo tanto, la elección del propio proyecto de vida.

La dignidad de las personas, la diversidad de la sociedad y los derechos humanos son elementos fundamentales para seguir trabajando la inclusión social de todas las personas. Entre otras muchas funciones, el Trabajo Social debe continuar dando visibilidad y favoreciendo cambios en las políticas sociales de la discapacidad para que ninguna persona se sienta marginada o excluida socialmente. Seguir avanzando para que las políticas sociales vayan dirigidas a la promoción de la vida independiente, de la participación en igualdad de condiciones y la protección de la dignidad de todas las personas.

La filosofía de vida independiente es una filosofía de empoderamiento que debe ser conocida y difundida desde el Trabajo Social. Es fundamental ofrecer más recursos sociales orientados a la vida independiente para que las personas con discapacidad puedan elegir cuáles son los más adecuados para su proyecto de vida. Y, como bien explicita Charlton (1998) en cuanto al lema de la filosofía de vida independiente: "¡Nada sobre nosotros/as, sin nosotros/as!".

Referencias bibliográficas

- Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del sistema para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 185 § 10468 (2012). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://www.boe.es/boe/dias/2012/08/03/pdfs/BOE-A-2012-10468.pdf>
- Arnau, S. (2021). Una figura de apoyo con futuro. *Revista Voces*, 461, 9. Plena inclusión. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/06/Voces-461.pdf>
- Asistencia Personal. (2022). *La AP a través del SAAD*. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://www.asistenciapersonal.org/saad/RK=2/RS=HFIODJCDq5zVIkxALXyOCF6Th3k->
- Charlton, J. I. (1998). *Nothing about us without us*. University of California Press.
- Clínica Jurídica de Derechos Humanos Javier Romañach; Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba; Cermi Estatal; Universidad Carlos III de Madrid. (2022). *Informe sobre revisión de Ley (39/2006) de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia tras 15 años de vigencia*. Clínica Jurídica de Derechos Humanos Javier Romañach Cabrero. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://clinicajuridicaidhbc.files.wordpress.com/2022/02/informe-dependencia.pdf>
- Consejo Económico y Social de España. (2021). *Informe: el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Asistencia Personal. Recuperado 10 diciembre 2022, de https://www.asistenciapersonal.org/sites/default/files/publicaciones/informe_%20SAAD.pdf
- Corretjé, J. L. (2021). Retomar el control sobre tu propia vida. *Revista Voces*, 461, 4-5. Plena inclusión. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/06/Voces-461.pdf>
- Diputación de Barcelona. (2022). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona*. Diputación de Barcelona. Recuperado 10 diciembre 2022, de https://llibreria.diba.cat/cat/llibre/diagnosi-dels-serveis-de-cures-d-entorn-domiciliari-i-comunitari_66781
- García Alonso, J. V. (Coord.). (2003). *El movimiento de vida independiente. Experiencias Internacionales*. Fundación Luis Vives y Independent Living Institute. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://www.independentliving.org/docs6/alonso2003.pdf>

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2005). *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://imserso.es/documents/20123/133745/libroblanco.pdf/77b5f39f-5e13-6de9-88ed-fd5e0b2b1386>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2022). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de marzo de 2022*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Gobierno de España. Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://imserso.es/documents/20123/148242/estsisaad2022331.pdf/d6261121-2d78-4c4a-c5b2-1edde101e89d>
- International Federation of Social Workers. (2022). *Definición global del treball social*. International Federation of Social Workers (IFSW). Recuperado 10 diciembre 2002, de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299 § 21990 (2006). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990#:~:text=La%20presente%20Ley%20regula%20las,de%20todas%20las%20Administraciones%20P%C3%ABlicas>
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, BOE núm. 289 § 22066 (2003). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>
- Lobato Galindo, M. (2022). *Filosofía de Vida Independiente*. Foro de Vida Independiente y Divertad. Recuperado 10 diciembre 2022, de <http://forovidaindependiente.org/filosofia-de-vida-independiente/>
- López, M., y Ruiz, S. (2018). Asistencia personal: equiparación de derechos y oportunidades. Comparativa entre Suecia y España. *Revista Española de Discapacidad*, 6(2), 103-130. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.02.06>
- López-Pérez, M., y Álvarez-Nieto, C. (2020). La asistencia personal en España. Perspectiva de sus protagonistas: personas beneficiarias, responsables de la asistencia personal de las entidades proveedoras y asistentes personales. *Trabajo Social Global - Global Social Work*, 10(19), 224-256. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11811>

- Lozano, A., Alario, R., y Robles, E. (2020). La asistencia personal: un servicio clave para el desarrollo de la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 27, 45-75. Fundación Caser. https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_actas27_n2020_2704_lozano.pdf
- Madrid-Pérez, A. (2013). Nothing about us without us! El movimiento de vida independiente: Comprensión, acción y transformación democrática. *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política*, 2, 22-38. RCUB. <https://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/6292/8034>
- Martínez Díez, N. (2019, febrero 07). Diferencias entre Asistencia Personal, Ayuda a Domicilio y Cuidador [Entrada blog]. Innova Asistencial. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://www.innovaasistencial.com/blog/la-asistencia-personal-en-que-se-distingue-de-la-ayuda-a-domicilio-y-los-cuidados-familiares/>
- Moya, M.^a J. (2021). La formación de la figura de asistente personal: resistencia del sistema y retos del modelo social. *Revista Sobre ruedas*, 107, 1-9. SIIDON Institut Guttman. <https://siidon.guttman.com/es/registro/formacion-figura-asistente-personal-resistencia-sistema-retos-modelo-social>
- Moya Olea, M.^a J. (2022). La asistencia personal, figura clave para la vida independiente. La experiencia de la Federación de Personas con Discapacidad Física u Orgánica (ECOM). *Papeles de la Fundación*, 7, 1-103. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles-no7-la-asistencia-personal-figura-clave-para-la-vida-independiente/>
- Muñoz Bravo, J., y Sánchez Ratés, D. (2021). *Informe de situación 2020: La Asistencia Personal. Para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en España*. Plena inclusión. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/12/AP-Informe-2020-IAC.pdf>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Nally, D., Moore, S. S., y Gowran, R. J. (2021). How governments manage personal assistance schemes in response to the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Scoping Review. *Disability & Society*, 37(10) 1-24. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1877114>

- National Council on Independent Living (2022). *The Independent Living Movement*. NCIL. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://ncil.org/about/aboutil/>
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2017). *Mediación comparativa del impacto socioeconómico y presupuestario de la asistencia personal frente a otras prestaciones tradicionales de atención a las situaciones de dependencia*. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2018/09/MEDICION-IMPACTO-SOCIOECONOMICO-AP.pdf>
- Ortega Alonso, E., López de los Mozos Díaz-Madroñero, E., Cuenca Galán, N., Hernández Izquierdo, M., Molina Fernández, C., Arroyo Mendez, J., Suñe, A., Maldonado Molina, J. A., Sánchez Santos, F., Moya, M.^a J., Gómez, N., Centeno, A., Ordax Blanco, E., Martínez García, I., y Cruz González, E. (2015). *Situación de la Asistencia Personal en España*. PREDIF. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI y Grupo editorial CINCA. Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://back.cermi.es/catalog/document/file/6361211235304.pdf>
- Planas, M. J. (2013). El asistente personal para las personas con diversidad funcional: Una herramienta para el cumplimiento de derechos. *Trabajo Social Hoy*, 68, 31-54. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2013.0002>
- Quezada García, M. Y., y Motos Martínez-Esparza, C. (2017). *Medición comparativa del impacto socioeconómico y presupuestario de la asistencia personal frente a otras prestaciones tradicionales de atención a las situaciones de dependencia*. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Recuperado 21 diciembre 2022, de http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5769/Medici%c3%b3n_impacto_socioecon%c3%b3mico_asistencia_personal.pdf?sequence=1&rd=003170793950112
- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 313 § 13811 (2013). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-13811>

El valor de la asistencia personal. Una figura clave para la autonomía de las personas con discapacidad

- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, BOE núm. 168 § 9364 (2012). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, BOE núm. 289 § 12632 (2013). Recuperado 21 diciembre 2022, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
- Rodríguez-Picavea, A., y Romañach, J. (2006). *Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. PREDIF Asistencia Personal. Recuperado 10 diciembre 2022, de https://www.asistenciapersonal.org/sites/default/files/publicaciones/15-consideraciones_sobre_ap_en_proyecto_lapad.pdf
- Servicio de Información sobre Discapacidad. (2018). *¿En qué se diferencia un asistente personal, un auxiliar de ayuda a domicilio y un cuidador?* Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://sid-inico.usal.es/noticias/en-que-se-diferencia-un-asistente-personal-un-auxiliar-de-ayuda-a-domicilio-y-un-cuidador/>
- Toboso Martín, M. (2021). Afrontando el capacitismo desde la diversidad funcional. *Dilemata Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 36, 69-85. Dilemata. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000450>
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*. 15(1), 115-136. DADUN. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/29153/1/REYH%2015-1-12Velarde%20Lizama.pdf>

Develar para actuar. Los enfoques feministas e interseccionales en la intervención del Trabajo Social

Revelation for action: feminist
and intersectional approaches
in social work intervention

Adriana Granados Barco¹

ORCID: 0000-0002-6539-6283

Recepción: 26/07/22. Revisión: 21/09/22. Aceptación: 28/11/22

Para citar: Granados Barco, A. (2022). Develar para actuar. Los enfoques feministas e interseccionales en la intervención del Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 223, 81-96. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.04>

Resumen

Explorar los sentidos que adquiere la intervención del Trabajo Social cuando esta es orientada por enfoques feministas e interseccionales constituye el propósito principal de este escrito. Ambos enfoques dan luces para la reflexión y la acción en contextos derivados de órdenes de género basados en relaciones de poder que se producen alrededor de los cuerpos, las sexualidades e identidades de género y étnico-raciales de las personas. A lo largo del escrito se destaca el enfoque feminista en su apuesta por develar el poder y el enfoque interseccional en su mirada entrecruzada del poder. De esta manera las opresiones clasistas, sexistas y racistas que se interceptan en la ubicación, historia y experiencia de las personas adquieren un lugar relevante para la intervención social. El texto finaliza mencionando los sentidos que ofrecen dichos enfoques a la intervención

¹ Trabajadora social, Magíster en Poder y Sociedad desde la Problemática del Género y candidata a doctora en Humanidades en la Línea Estudios de Género. Universidad del Valle, docente contratista de la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Cali, Colombia. adriana.granados@correounivalle.edu.co

del Trabajo Social en relación con la lectura del contexto social, la lectura del sujeto y la articulación entre el saber y el hacer.

Palabras clave: Trabajo Social, enfoques feministas, enfoques interseccionales, intervención social.

Abstract

The main purpose of this paper is to explore the meanings that social work intervention takes on when it is guided by feminist and intersectional approaches. Both perspectives allow for reflection and action in gender-oriented contexts based on power relations that unfold according to people's bodies, sexualities, and gender and ethno-racial identities. Throughout this paper, the feminist approach is highlighted with regard to its commitment to reveal the power and the intersectional approach in its intertwined perspective of power. Accordingly, the classist, sexist and racist oppressions identified in the places, histories and experiences pertaining to people take on meaning for social intervention. The text concludes by mentioning the meanings offered by these approaches to social work intervention in relation to the understanding of the social context, the analysis of the subject and coordination between knowledge and action.

Keywords: Social work, feminist approaches, intersectional approaches, social intervention.

1. Introducción

Este escrito parte de aquellos momentos en los que las y los profesionales del Trabajo Social y otras disciplinas de las ciencias sociales nos detenemos a pensar cómo hemos llegado a situarnos, de manera progresiva, en ciertos posicionamientos epistemológicos que constituyen los enfoques orientadores de la investigación e intervención social que realizamos.

¿En qué lugares de pensamiento y acción me inscribo para aportar a la intervención social o para ejercer la práctica profesional? Es una de tantas preguntas que surgen a la hora de reflexionar sobre la experiencia profesional; es por ello por lo que este escrito pone sobre la mesa las propuestas de los enfoques feministas e interseccionales y desde allí examina los sentidos que otorgan a la intervención social que realizan las y los profesionales del Trabajo Social en contextos determinados por órdenes sociales patriarcales y racistas.

La intención de este artículo se conecta a una premisa y es que la intervención social que se construye mediante la práctica profesional aporta siempre y cuando responda al reconocimiento de un contexto social y de enfoques que la doten de sentido. De esta manera, tenemos como punto de partida considerar que los enfoques feministas e interseccionales potencian la intervención del Trabajo Social, particularmente en sociedades contemporáneas latinoamericanas, que aunque han avanzado en materia legal y educativa con respecto a la equidad de género y al reconocimiento de las diferencias, persisten en ellas determinantes históricos y geopolíticos que se manifiestan en el ejercicio de discriminaciones y violencias hacia quienes no cumplen con los mandatos de las supremacías raciales y de género.

Este escrito contiene dos partes: la primera desarrolla la comprensión de los enfoques feministas e interseccionales como posiciones epistemológicas que interpelan el orden social hegemónico; la segunda se ocupa de explorar los sentidos que ofrecen ambos enfoques a la intervención del Trabajo Social en relación con la lectura del contexto social, la lectura del sujeto y la articulación entre el saber y el hacer. Finalmente se generan las conclusiones.

2. Los enfoques feministas e interseccionales

Constituyen enfoques que se sintonizan con una comprensión crítica de las sociedades conformadas por ordenamientos que inciden sobre las relaciones sociales, los discursos y las prácticas de los sujetos. Dichos órdenes sociales se sustentan en estructuras de poder interconectadas que están basadas en supremacías racistas, patriarcales y capitalistas. Tanto los enfoques feministas como los interseccionales aluden a posicionamientos críticos frente al papel que juega el poder en las relaciones sociales, para alcanzar explicaciones sobre ordenamientos y lógicas de acción que, si bien se expresan en las vivencias y construcciones de sentido de los

sujetos, no pueden dejar de verse por fuera del marco de las estructuras y patrones que los producen (Dubet, 2011). Es posible entonces cuestionar las problemáticas sociales observando la acción de los sujetos en relación con la estructura, así como la acción de la estructura sobre las posiciones de los sujetos.

Para Luis Guillermo Jaramillo, situarse en una posición epistemológica resulta ser un acto que está unido a la vida cotidiana de quien investiga y/o construye acciones. En esa medida convoca a una conciencia reflexiva, para “darse cuenta y actuar en correspondencia” (Jaramillo, 2003, p. 178). Así, entender la epistemología como una forma de ver el mundo para participar activamente en él nos reconcilia con los imperativos de los enfoques tradicionales dirigidos a conservar la objetividad y la neutralidad para poder analizar las realidades sociales.

Ahora bien, si las epistemologías feministas habilitan la no separación del observador/a de lo observado (Beiras, et al., 2017) podemos considerar igualmente que las reflexiones e interpretaciones derivadas de los análisis interseccionales también interconectan el sujeto cognoscente con el sujeto cognoscible, de ahí el valor que tiene la intersubjetividad que se construye a través de la experiencia profesional.

Lo anterior nos habla de un giro habilitado por los enfoques feministas e interseccionales, se trata de un movimiento que permite la reflexividad sobre la propia investigación y experiencia profesional en conexión con las reflexiones e interpretaciones de los actores de la intervención social. Para Ana Alcázar-Campos (2014), practicar la reflexividad es uno de los aportes de los feminismos al Trabajo Social, en la medida que nos invita a que cuestionemos, por un lado, los modos en los que se presenta nuestra subjetividad en lo que observamos y en lo que hacemos con eso que observamos y, por otro lado, a que confrontemos las relaciones de poder en las que nos situamos como profesionales.

En mi experiencia profesional la intención de leer en clave feminista e interseccional la realidad social de contextos locales y regionales colombianos ha despertado algunas discusiones. Estas se encuentran relacionadas con el momento en el que se hace presente la necesidad de introducir reflexiones y análisis críticos, no solo externos o de los escenarios estudiados y contemplados para la intervención social, sino internos, es decir, alrededor de mi posicionamiento como mujer trabajadora social, que desde un lugar de enunciación blanco mestizo desarrolla puntos de vista alrededor de problemas que afectan de manera singular las vidas de niñas, niños, adolescentes y mujeres afrocolombianas.

Del anterior ejercicio de reflexividad puedo considerar que el propósito de anudar la comprensión de las opresiones clasistas, sexistas y racistas que se interceptan en la configuración de un problema social resulta ser un proceso inacabado con algunos aprendizajes:

- Que para los problemas sociales que tienen en el centro la variable étnica y racial no basta con fijarse si esta se incluye o se omite en la construcción de información o de pedagogías para

la acción, requiere ir más allá y rebuscar incluso en los propios prejuicios.

- Que mi aporte al debate de problemas sociales atravesados fuertemente por dimensiones étnico-raciales no está desligado de mi lugar de enunciación y por ello constituye solo una mirada específica sobre algunos de los resultados derivados del trabajo investigativo y de intervención social realizado.
- Que ninguna de las ideas que propongo pretenden ser representativas de las vidas y los cuerpos feminizados, racializados e infantilizados que han sido centrales y cercanos a la experiencia profesional.
- Que en mi visión del problema ha primado un posicionamiento feminista que observa el control histórico de la sexualidad de las mujeres y que aún tiene el reto de articular con mayor contundencia el análisis de qué sucede cuando las vidas son racializadas, determinadas por territorios y otras dimensiones que también constituyen categorías de poder y subordinación.
- Que es un reto afrontar el ejercicio de construir una relación con el conocimiento y la acción que se salga de paradigmas blancos y universalistas y que sin duda es un reto que puede seguirse transitando a partir del diálogo con los saberes, experiencias situadas y posicionamientos epistemológicos tanto míos como de cada una de las otras investigadoras y los otros investigadores y agentes de la intervención social.

a) Sobre los enfoques feministas y su apuesta por develar el poder

Los enfoques feministas han logrado constituirse paulatinamente en marcos de pensamiento y acción para las ciencias sociales. Su construcción responde a un movimiento social, político y teórico occidental que a lo largo del tiempo se ha manifestado con variadas corrientes.

Bellucci y Rapisardi (1999) abordan las corrientes occidentales del feminismo distinguiendo: 1. El feminismo de la igualdad que emerge a finales del siglo XIX y principios del XX con la idea de equiparar ambos sexos a través de la conquista de derechos básicos ciudadanos de las mujeres como el voto, el trabajo y la educación. 2. El reflujo de las luchas feministas, que hacia 1930 se presenta cuando se reinstalan modelos femeninos en el espacio privado y doméstico, promovidos por discursos y acciones capitalistas en torno a la posibilidad de una vivencia femenina en el hogar rodeada de las comodidades que brinda la invención de los electrodomésticos. 3. El feminismo de la diferencia en la década de 1960 cuestiona la primera ola de la igualdad por su propósito de homologar la experiencia de las mujeres al modelo normativo del varón y con ello amplía la comprensión de las realidades específicas de las mujeres, proponiendo el surgimiento de un sujeto colectivo que confronta el sexismo en la producción de conoci-

miento.² 4. El feminismo de la multiplicidad de diferencias que se sitúa entre la década de 1970 y 1980 y es protagonizado por voces de mujeres que confrontan la visión blanca, occidental y heterosexual preponderante en las primeras corrientes feministas. Es una corriente que esclarece que las opresiones son múltiples y simultáneas, están determinadas histórica y geopolíticamente y es por ello por lo que el sexismo ya no se entiende como una opresión aislada sino interconectada al racismo, etnocentrismo, capitalismo y heterosexismo, entre otros.

Lo anterior da forma a epistemologías feministas con las cuales es posible hacer lecturas de todos los ámbitos de la vida social y en cada uno de ellos dismantelar estructuras de pensamiento binarias y jerarquizadas, romper con la adscripción que se hace del sexo, el género y las identidades a las esferas naturales y concebir el género como “una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996, p. 289).

De acuerdo con lo anterior, entender el género como uno de los tantos modos a través del cual opera el poder y develarlo constituye una apuesta de los enfoques feministas, en la medida en que la dominación y subordinación que producen se conectan de manera contundente a los cuerpos y a los patrones de comportamiento que se asignan a estos. De esta manera, si vemos esta idea en clave de la intervención del Trabajo Social significa poner la categoría de género en el centro del análisis y la acción para producir efectos con los sujetos y las estructuras sociales en las que estos se encuentran inmersos.

La filósofa estadounidense Judith Butler (2007) confronta los planteamientos que defienden un significado del género limitado a las concepciones aceptadas y difundidas de masculinidad y feminidad. Considera que el feminismo tradicional idealiza ciertas expresiones de género que no hacen más que producir nuevas formas de jerarquía y exclusión. De esta manera cree que el género emerge como la forma rígida de la sexualización de la desigualdad entre el hombre y la mujer. En palabras de Teresa De Lauretis (2000), este es un aparato ideológico al que el cuerpo sexuado le sirve de sustento material.

Butler concibe el género a la luz de su teoría de la performatividad; de esta manera, el género como expectativa acaba produciendo el fenómeno mismo que anticipa; es decir, que las personas actuamos promoviendo una construcción cultural que se nos anticipa antes de nuestro nacimiento. La performatividad no es entonces un acto único, sino una repetición, un ritual que consigue su efecto a través de su naturalización en un cuerpo como territorio. Lo que consideramos una esencia interna del género se construye a través de un conjunto de actos, pautados por medio de la adaptación del cuerpo a las características genéricas. Esto demuestra que lo que concebimos como un rasgo interno de nosotros/as mismos/as es algo que anticipamos y producimos a través de ciertos actos corporales

2 En esta segunda ola feminista se desprenden vertientes radicales y liberales que conducen a la ampliación del espectro de asuntos de lo que se ocupa el feminismo.

y gestos naturalizados. Butler (2007) enfatiza en que dar por hecho esas verdades es opresivo.

Otro de los puntos planteados por la misma autora refiere a que el género como categoría analítica ha sido controlado y vigilado por medio de la afirmación de la norma heterosexual. Dicho control implica a su vez una operación de poder destacadamente normativa y violenta en el sentido de que impone ciertos tipos de ideales de género. No obstante, esta supuesta estabilidad del género es cuestionada por las sexualidades no normativas o por quienes no se identifican con la heterosexualidad obligatoria. Así, es posible encontrar tanto explicaciones que remiten a las condiciones de inteligibilidad del género, como explicaciones normativas que intentan responder cuáles expresiones de género son aceptables y cuáles no.

En este orden, poner en duda la realidad del género constituye una de las pretensiones de Butler, en el sentido de desdibujar la frontera que separa lo real de lo irreal. Por ello, poner en tensión este concepto genera la sensación de problema o de disputa y en el caso de los debates feministas actuales es común percibir aquella indeterminación del género. La invitación de la autora es no naturalizar el género, no tomárselo en serio, no concebirlo de manera rígida y estricta, en sus palabras considera que "la risa frente a las categorías serias es indispensable para el feminismo" (Butler, 2007, p. 37).

Los planteamientos anteriores nos ofrecen otras miradas que proponen descentralizar el argumento de la construcción social y cultural prometida para la categoría del género. Este ejercicio pone sobre la mesa una concepción del cuerpo y del sexo que trasciende la pasividad que le venía siendo asignada en la comprensión de las primeras corrientes feministas. El límite y la superficie de los cuerpos están contruidos políticamente, es preciso desnaturalizarlos y otorgarles un nuevo significado como categoría corporal más allá del marco binario de los sexos. Así Butler, nos aclara que el sexo no crea el género y no se puede afirmar que el género refleje o exprese el sexo.

El poder se halla en toda formación discursiva y se constituye de forma performativa en y a través de prácticas económicas, políticas y culturales. Ahora, si el género es uno de los tantos modos a través del cual opera el poder y también se constituye de forma performativa, es decir, situándose en una expectativa o discurso que acaba produciendo el fenómeno mismo que anticipa, entonces develarlo, ponerlo de manifiesto, dudar de su supuesta verdad habilita la intervención social sobre su carácter opresivo.

Los enfoques feministas orientan entonces la construcción de dispositivos que activan la intervención social en escenarios específicos, de tal manera que produzcan rupturas y/o desplazamientos en el orden hegemónico. En esta posición se trabaja con la experiencia de sujetos plurales que se han visto oprimidos por la instauración de órdenes sociales desiguales en sus cotidianidades. El reconocimiento no se restringe a las mujeres, al contrario, trasciende y se extiende hacia las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas. Al respecto, Teresa De Lauretis (2000) guarda afinidad con el feminismo de las

múltiples diferencias y se refiere a un sujeto menos puro, no únicamente dividido entre masculinidad y feminidad, sino que se trata de un sujeto que ocupa posiciones múltiples, distribuidas a lo largo de varios ejes de diferencia. La racialización, la heterosexualización, la polarización de clase y la creación de pobreza operan en estos reconocimientos haciendo que los retos analíticos y de intervención social requieran de la flexibilidad teórica.

Linda Mc Dowell (2004) señala que lo que distingue al análisis feminista es su insistencia en cambiar las relaciones de poder basadas en las desigualdades de género. De esta manera, su intención no es solo comprensiva o explicativa, trasciende a fines políticos que conducen a armar agendas, estrategias y planes de acción, asunto que resuena en las/ los profesionales del Trabajo Social y en nuestras intenciones de investigar para la intervención social.

Los marcos de pensamiento y acción feminista dan lugar a un modo de ver, a un modo de analizar, visibilizar lo invisibilizado y, tal como lo expresa Estrada (1997), a deconstruir lo tomado por dado, a generar nuevos abordajes y comprensiones, poniendo en cuestión supuestos y concepciones de la cultura en general. Si este modo de ver lo asumimos en su expresión articulada e inseparable de otras categorías sociales, podemos incluso atender a singularidades de los territorios y considerar un feminismo latinoamericano que visibiliza la lucha de las mujeres negras, campesinas, indígenas y mestizas contra el sometimiento desde los procesos de colonización y que actualmente construyen propuestas subversoras del orden social.

Betty Ruth Lozano (2010) plantea que para llevar a cabo acciones transformadoras del orden social en la región del Pacífico colombiano las mujeres no necesariamente acuden a las categorías centrales del feminismo, pues el peso del empobrecimiento histórico, el desplazamiento forzado, la discriminación y el racismo se conjugan con el peso de la inequidad de género. En este sentido, la comprensión y acción sobre la compleja estructura de relaciones requiere de la propia historia, la propia liberación y, por lo tanto, de categorías propias.

b) Sobre los enfoques interseccionales y su mirada entrecruzada del poder

A propósito del abordaje que hacen los enfoques feministas con respecto al concepto de género, en los que se considera que este no opera solo o fragmentado de otras categorías de diferenciación, es que ponemos sobre la mesa también a los enfoques interseccionales. Así, las miradas feministas e interseccionales se centran en analizar el lugar del género, la raza, la clase social y otras categorías de subordinación y en develar las opresiones derivadas de las hegemonías.

Es en el marco del feminismo de la multiplicidad de diferencias que se destacan los feminismos negros, que a finales de la década de 1970 cuestionan las visiones centradas en el control histórico de la sexualidad de las mujeres y amplían el análisis de las vidas no solo feminizadas, sino

racializadas, determinadas por territorios y otras dimensiones que también constituyen categorías de poder y subordinación.

Patricia Hill Collins (1990) y Kimberle Crenshaw (1991) problematizaron las opresiones que son estructurales y entrecruzadas y las ubicaron en una *matriz de dominación* que es vigente y opera naturalizando concepciones homogéneas, racistas y masculinistas que permean todos los ámbitos de la vida social. Sus aportes al reconocimiento de cómo se superponen categorías de subordinación como la raza, la edad y el sexo han dado lugar a la comprensión de los efectos singulares que tienen diversos fenómenos sociales sobre los sujetos.

La interseccionalidad configura una herramienta con posibilidades analíticas y metodológicas dirigidas a construir conocimientos situados. El término *interseccionalidad* es acuñado por Kimberle Crenshaw (1991), que tuvo como principal preocupación entender la amplia gama de experiencias, condiciones y situaciones singulares que se interconectan en un sujeto y las desigualdades que enfrenta. En este sentido, como enfoque potencia la aproximación a la realidad social en la medida que conduce a identificar relaciones de poder y la producción de exclusiones e invisibilización de los grupos sociales.

El aterrizaje de la interseccionalidad a escenarios y procesos de intervención social lanza alertas frente a los espacios, las fronteras, los cuerpos y las esquinas que son excluidas del orden social dominante. Es un enfoque que propone miradas complejas a los conceptos de mujer u hombre, que se siguen concibiendo estáticos e indiferenciados y sobre los que pesan “expresiones materiales de la construcción de la colonialidad de América” (Gargallo, 2009, p. 16). En ese sentido, se acude a este enfoque para esclarecer cómo los cuerpos feminizados, racializados, infantilizados, empobrecidos, en medio del conflicto armado, entre otros, experimentan en todos los ámbitos de la sociedad la opresión.

Al igual que los enfoques feministas, los interseccionales se disponen a un diálogo dirigido a advertir lo inadvertido, por ello no constituyen un cerco que delimite la mirada, sino un puente de conexiones para que abunden nuevas alternativas frente a problemas quizás viejos y reiterativos del orden social dominante.

Anudar la comprensión de las opresiones clasistas, sexistas y racistas que se interceptan en diversos problemas sociales es constante en el ejercicio profesional y político una vez este se propone construir conocimientos y acciones sociales desligados de los paradigmas blancos y universalistas. En este sentido, la mirada entrecruzada del poder es a la vez sociohistórica, pues requiere localizar las raíces de un sistema moderno/colonial de género que para María Lugones (2008) sigue reproduciendo en contextos latinoamericanos un régimen epistémico de diferenciación dicotómica jerárquica del cual se desprenden las categorías de clasificación social de raza-género.

Para Jessica Corpas (2020), la perspectiva interseccional contribuye al Trabajo Social al permitir entender que las identidades de las poblacio-

nes son dinámicas, múltiples y se dirimen entre la desigualdad y la agencia política. En este sentido implica variadas dimensiones:

- Epistémicas al configurar una visión de la sociedad que atiende los puntos de vista y lugares de enunciación de quien está a cargo de la investigación e intervención social y de los otros/as. Es decir, importan las experiencias, incluso la propia.
- Conceptuales porque provee un marco con fuerza explicativa, no solo de las identidades múltiples y simultáneas del sujeto, sino de lo que se hace colectivamente con esas identidades, asunto que resuena en la intervención social cuando el objeto es la agencia social, es decir, la capacidad de acción y creación en el marco de relaciones de subordinación (Mahmood, 2019).
- Éticas y políticas porque construyen puentes con acciones, abren a la posibilidad de que el conocimiento producido sea para la transformación social.
- Metodológicas en la medida que activa cuestionamientos a las marcas que el orden social pone a los cuerpos y los territorios y propone escenarios donde quepan las diferencias.

Cabe agregar que evocar interseccionalidad o la mirada entrecruzada no es suficiente para cualificar o potenciar la intervención social. Esta observación la tomamos de Houria Bouteldja (2012) en su artículo “Raza, clase y género: la interseccionalidad, entre la realidad social y los límites políticos”, cuando señala que las problemáticas sociales que preocupan en determinados contextos sociales coexisten con urgencias sociales, como por ejemplo la precariedad, el desempleo, la violencia policial o la educación de hijos/as, las cuales pueden tener contra las cuerdas a las personas y esto hace que sea importante ahondar en sus propios puntos de vista y respetar qué es lo que cuenta para ellos/as o qué es lo que más pesa en sus experiencias. Con ello, las formas de proceder en la intervención social estarían más cercanas a la realidad y no solo a un discurso.

Lo anterior cobra relevancia cuando la intervención del Trabajo Social es pensada y llevada a cabo en escenarios cargados de urgencias sociales o en escenarios donde la defensa de los derechos humanos está ligada a la defensa del territorio y la naturaleza. En ellos tiene un lugar preponderante la reproducción de la vida y de la comunidad mediante la redistribución de los recursos y no solo el reconocimiento de las identidades.

3. Los enfoques feministas e interseccionales orientan y dotan de sentido la intervención del Trabajo Social

Las perspectivas exploradas en este escrito configuran herramientas analíticas y prácticas para la intervención social que ejercemos las y los profesionales del Trabajo Social y otras disciplinas de las ciencias sociales.

Sus orientaciones importan cuando las alternativas que construimos son políticas, situadas, antipatriarcales y antirracistas. Más que ofrecer una batería de recursos, una colección de estrategias o una lista de prácticas para replicar en contextos sociales específicos, estos enfoques feministas e interseccionales ofrecen sentidos en relación con variados aspectos, algunos de ellos son:

a) La lectura del contexto social

Retomando el punto de partida de este escrito, en el que planteamos que la intervención social aporta siempre y cuando responda no solo a enfoques sino a un contexto social, consideramos valioso resaltar que los enfoques feministas e interseccionales invitan a una amplia comprensión de la estructura social en la que se inserta el contexto social de interés. Este último leído en clave feminista guarda estrecha relación con la envergadura que tiene para los trabajadores y las trabajadoras sociales hacer un análisis situado del escenario en el que se desarrolla la intervención social.

Una lectura feminista e interseccional del contexto social aviva el interés por la vida cotidiana de las personas, lo que a la vez significa interesarse por el funcionamiento del orden de género y en qué medida dicho funcionamiento se mantiene o cambia en el tiempo (Matthews, 1984). Se trata también de la comprensión del mundo social y las lógicas de poder con las que opera de tal manera que sea posible descifrar en qué medida interesa mantener el poder y la autoridad masculina (Connell, 1987).

De acuerdo con lo anterior, la lectura contextual es potencializada cuando se observa el estado de las relaciones de género desiguales y las políticas sexuales y raciales que predominan en los contextos de la intervención profesional. Podemos considerarlo como un momento primario en la actuación profesional que colabora en la identificación de los imaginarios sociales con los que se jerarquiza, excluye y construye a “otros/as” negados en sus propias y singulares experiencias.

Adquiere sentido vincular también la mirada socioespacial; es decir, aquella que entiende el espacio como la expresión viva de la sociedad, que se produce y es producido por realidades sociales (Ojeda, 2020). Ahí las experiencias individuales no son idénticas e involucra tanto a quienes son vulnerados/as, como a quienes lideran acciones colectivas para atender discriminaciones y violencias basadas en género, raza y/o clase social.

Los entornos físicos son portadores de acontecimientos de gran carga simbólica, en los lugares las personas invierten fragmentos de vida emocional (Tuan, 1974). Las localidades, por ejemplo, son escenarios que se habitan desde distintas posiciones e identidades y resultan relevantes en el mundo simbólico de los sujetos. En este sentido, reflexionar acerca de cómo hombres, mujeres o personas no binarias habitan y significan su territorio de formas diferentes es valioso y contribuye a la construcción de una intervención social que ponga en tela de juicio la supuesta neutralidad del espacio (Soto, 2018).

Los análisis socioespaciales hablan de un campo específico de investigación y acción que vincula cuerpo, emociones y lugares. Diana Ojeda (2020) señala que preguntarse por el espacio implica entenderlo como una dimensión inescapable de los fenómenos sociales. Se trata del estudio del constante proceso de coproducción entre el espacio y la sociedad: de cómo el espacio produce, a la vez que resulta de, interacciones, relaciones de poder, dinámicas y fenómenos sociales. El espacio es entonces producto y productor de lo social y tenerlo presente se conecta con la apuesta de entender el conocimiento situado y encarnado (Haraway, 1995).

b) La lectura del sujeto

El sentido que adquiere la lectura del contexto social se complementa con el sentido que adquiere la lectura del sujeto de la intervención social. En este orden, la inferiorización de las personas a causa de su género, pertenencia étnica racial, clase social y otras dimensiones se entrelaza con la agencia que ellas mismas despliegan para afrontar el poder y subordinación. Con ello queremos indicar que la visión con relación al sujeto desde las perspectivas resaltadas no se limita a atender su sometimiento sino a advertir su accionar y sus deseos.

La agudeza en la lectura del sujeto se manifiesta, por un lado, en la identificación de las formas singulares que adquieren las historias y experiencias en las vidas de las personas y, por otro lado, en el reconocimiento del o de la profesional que facilita los procesos y en las condiciones que hacen a sus realidades. Como mencionamos anteriormente, es una mirada hacia la propia subjetividad y al papel que juega el poder según el lugar que ocupamos como profesionales.

Para Ana Alcázar-Campos (2014), el análisis del Trabajo Social desde una perspectiva de género ha permitido tener en cuenta la feminización de la profesión y que las mujeres sigan siendo sus principales agentes. En este sentido es clave que siga creciendo la mirada hacia dentro y se siga profundizando en la lectura del sujeto que interviene, especialmente en contextos orientados por ordenamientos patriarcales y androcéntricos donde consideramos que aún cuesta concebir la profesión desde una vocación feminista.

Nos corresponde entonces a las y los profesionales del Trabajo Social afianzar miradas internas y externas, saber que lo que hacemos no está desligado de nuestras historias y no dar por sentado que en los contextos específicos de la intervención somos los únicos/as que podemos definir los problemas sociales; es decir, son los sujetos quienes desde sus lugares de enunciación establecen lo que más resuena en sus universos de significados y proponen caminos para transitarlos y dinamizarlos.

Los enfoques feministas e interseccionales nos exigen el papel de ser responsables, no solo en el sentido de responder por nuestro trabajo, sino de dar cuenta de cómo este responde a las necesidades e intereses de las y los actores y se da en los términos que para ellas y ellos tienen sentido (Ojeda, 2020).

De acuerdo con lo anterior, se abre la invitación a una interpretación y actuación diferente, que no es funcional a la concepción de objetividad y neutralidad científica y que se aparta de un lugar que concibe al sujeto como aquel o aquella que se estudia o interviene en un espacio ajeno o exotizado. En palabras de Alcázar-Campos (2014), su diversidad, singularidad y capacidad de agencia es respetada e impulsada.

c) La articulación entre el saber y el hacer

Los enfoques feministas e interseccionales introducen debates que ponen en constante diálogo el conocimiento y la acción. Estos puentes contruidos entre el saber y el hacer derivan de sus fines éticos y políticos y de la intención que tienen de desprivatizar el mundo de las mujeres (Castañeda, 2010) y también de otros sujetos no hegemónicos.

Podemos considerar que ambos enfoques reactivan las preocupaciones del Trabajo Social por la transformación social. Al respecto, Alcázar-Campos (2014) enfatiza en el cambio social en torno al binarismo de género, de tal forma que pueda verse expandido o diversificado en múltiples posibilidades de género. Asimismo, para las realidades complejizadas por otras categorías de subordinación como la pertenencia étnica y racial, los enfoques feministas e interseccionales actúan en función de la transformación de estereotipos racistas.

De acuerdo con lo anterior, las epistemologías destacadas en este escrito parten de que el conocimiento producido es para dar lugar a intervenciones sociales que aporten al cambio. En otras palabras, la inscripción de la intervención del Trabajo Social a los enfoques feministas e interseccionales integra la investigación social en función de un por qué y un para qué que tiene que ver con el hacer.

Retomando los aportes de Lena Dominelli (1999) y Ana Alcázar-Campos (2014), podemos considerar viable una práctica feminista e interseccional del Trabajo Social que tenga entre sus pilares el método de la concienciación, es decir, aquel que considera que la vivencia íntima y personal tiene relevancia y alcance en la esfera de lo público, especialmente cuando dicha vivencia se pone en diálogo con redes de apoyo o espacios de activismo que colectivizan y democratizan sentimientos y experiencias que no siempre es posible tramitar en soledad o aislamiento.

4. Conclusiones

Los enfoques feministas e interseccionales son posiciones epistemológicas que interpelan el orden social hegemónico. En este sentido orientan alrededor de la construcción de dispositivos que activan la intervención social en escenarios específicos, especialmente aquellos donde las vivencias de los sujetos están atravesadas por opresiones clasistas, sexistas y racistas.

La intervención social que realizan las y los profesionales del Trabajo Social se ve enriquecida por el giro que provocan ambos enfoques una vez habilitan la reflexividad sobre la propia investigación y experiencia profesional.

Las epistemologías feministas no solo conducen a la posibilidad de hacer lecturas de todos los ámbitos de la vida social, sino a desmontar en cada uno de ellos estructuras de pensamiento dicotómicas al igual que la adscripción del sexo, el género y las identidades a las esferas naturales.

El género entendido como uno de los tantos modos a través del cual opera el poder es develado y entrecruzado con otras categorías como la raza y la clase social. Así los enfoques en mención le ofrecen a la intervención del Trabajo Social sentidos con relación a: *la lectura contextual* que se hace para observar el estado de asuntos específicos que predominan en los escenarios sociales de interés; *la lectura del sujeto* ampliada hacia sus condiciones de inferiorización pero también de resiliencia y agencia social y a *la articulación entre el saber y el hacer* de tal forma que el conocimiento producido sea para la definición de caminos éticos y políticos.

Estos últimos aspectos operan de manera interconectada y están siempre abiertos a la reflexión y retroalimentación que provenga de la construcción de los posicionamientos epistemológicos de las y los profesionales del Trabajo Social y otras disciplinas de las ciencias sociales.

Referencias bibliográficas

- Alcázar-Campos, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al Trabajo Social, un análisis crítico. *Portularia*, 14(1), 27-34.
- Beiras, A., Cantera, L., y Casasanta, A. (2017). La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 54-65.
- Bellucci, M., y Rapisardi, F. (1999). Alrededor de la Identidad. Las luchas del presente. *Nueva Sociedad*, 162, 40-53.
- Bouteldja, H. (2012). Raza, clase y género: la interseccionalidad, entre la realidad social y los límites políticos. *Desde el margen*, 4, 1-20. Parti des indigènes de la république. <http://indigenes-republique.fr/raza-clase-y-genero-la-interseccionalidad-entre-la-realidad-social-y-los-limites-politicos/>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Castañeda, M. (2010). Etnografía feminista. En N. Blazquez y F. Flores (Comp.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (p. 217-238). CLACSO.

- Connell, R. (1987). *Gender and power. Society, the person, and sexual politics*. Stanford University Press.
- Corpas, J. (2020). Interseccionalidad y trabajo social: perspectiva para el análisis de la desigualdad y la intervención social. *Conocimientos y contribuciones*, 3(2), 37-55.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politicis, and violence angainst women of color. *Standford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- De Lauretis, T. (2000). *Diferencias: etapas de un camino a través del feminismo*. Horas y horas.
- Dominelli, L. (1999). *Trabajo Social Feminista*. Instituto de la Mujer.
- Dubet, F. (2011). *La experiencia sociológica*. Gedisa.
- Estrada, A. (1997). Los estudios de género en Colombia: entre los límites y las posibilidades. *Revista Nómadas*, 6, 1-19.
- Gargallo, F. (2009). *Pensando en los feminismos de Nuestra América: Percepciones de que es hegemónico y colonial en los feminismos continentales* [Texto para la reflexión acerca de una investigación en acto. Socializado en el Seminario Permanente de Filosofía Nostroamericana, de la UACM]. Recuperado 10 diciembre 2022, de <https://francescagargallo.wordpress.com/ensayos/feminismo/no-occidental/pensando-en-los-feminismos-de-nuestra-america-percepciones-de-que-es-hegemonico-y-colonial-en-los-feminismos-continentales/>
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Hill Collins, P. (1990). *Black feminist thought: Knowlegde, Consciousness and the Politics of Empowerment*. Routledge.
- Jaramillo, L. (2003). ¿Qué es epistemología? Mi mirar epistemológico y el progreso de la ciencia. *Cinta Moebio*, 18, 174-178. Studylib. <https://studylib.es/doc/9104265/jaramillo--l-2003.-qu%C3%A9-es-epistemolog%C3%ADa>
- Lozano, B. (2010). El feminismo no puede ser uno porque las mujeres somos diversas. Aportes a un feminismo negro decolonial desde la experiencia de las mujeres negras del Pacífico colombiano. *La manzana de la discordia*, 5(29), 7-24.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tábula raza*, 9, 73-101.
- Mahmood, S. (2019). Teoría feminista y el agente social dócil: algunas reflexiones sobre el renacimiento islámico en Egipto. *Papeles del CEIC*, 5(2), 1-31.

- Matthews, J. (1984). *Good and mad women*. George Allen & Unwin.
- Mc Dowell, L. (2004). Reflexiones sobre los dilemas de la investigación feminista. En A. C. Benavides y A. M. Estrada, *Pensar (en) género: Teoría y práctica, nuevas cartografías del cuerpo* (p. 284-315). Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Ojeda, D. (2020). Contra cartografías: métodos en la investigación socioespacial crítica. En C. López, *Investigar a la interperie. Reflexiones sobre métodos en las ciencias sociales desde el oficio* (p. 167-184). Pontificia Universidad Javeriana.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (p. 265-302). PUEG.
- Soto, D. (2018). Hacia la construcción de unas geografías de género de la ciudad. Formas plurales de habitar y significar los espacios urbanos en Latinoamérica. *Perspectiva geográfica*, 23(2), 13-31.
- Tuan, Y. (1974). *Topofilia. Un estudio de las percepciones, actitudes y valores sobre el entorno*. Melusina.

Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud

A year of the pandemic: health hotel unit

Ingrid Pineda Pérez¹

ORCID: 0000-0002-6073-1441

Recepción: 06/05/22. Revisión: 19/10/22. Aceptación: 05/12/22

Para citar: Pineda Pérez, I. (2022). Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud. *Revista de Treball Social*, 223, 97-119. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.05>

Resumen

La pandemia causada por SARS-CoV-2 ha puesto de relevancia la importancia de los determinantes sociales en los procesos de enfermedad. Desde los servicios sanitarios se han creado dispositivos dirigidos a proteger a la población más vulnerable.

El Comité de Emergencia Social (Consorti Sanitari de Barcelona), formado por el Órgano Técnico y liderado por trabajadoras sociales sanitarias de diferentes proveedores de salud, abordó las necesidades que hacían referencia a las dificultades de disponibilidad de un alojamiento seguro donde poder realizar adecuadamente el aislamiento en algunos grupos de población.

El presente trabajo describe el perfil de pacientes derivados a Hotel Salud desde el Hospital del Mar desde el marzo de 2020 al marzo de 2021, un total de 524 pacientes.

Del total de los 524 pacientes, el 74% provenían de hospitalización y el 26% del servicio de urgencias. La edad media era de 49,7 años, 64,3% eran hombres y el 5,5% no disponían de tarjeta sanitaria activa. Los países de origen eran mayoritariamente España (33,6%), Pakistán (16,2%), Bangladesh (6,3%) y Filipinas (6,3%). Los motivos por los que no podían realizar el aislamiento eran por vivir en pisos compartidos (51,7%), con familiares de riesgo (26,7%), en pisos de dimensiones reducidas (14,5%) y no disponer de domicilio (4,6%).

Para concluir, el dispositivo aseguró el aislamiento para aquellas personas atendidas en el hospital que no podían realizarlo en su domicilio. También se redujo la saturación del hospital favoreciendo el drenaje de los pacientes con una clínica leve y se redujeron los contagios comunitarios.

1 Diplomada en Trabajo Social. Graduada en Sociología. Trabajadora social en el Parc de Salut Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Máster en Políticas Sociales y Dependencia. ipineda@psmar.cat

Palabras clave: Hotel Salud, covid-19, emergencia social, vulnerabilidad social.

Abstract

The pandemic caused by SARS-CoV-2 has highlighted the importance of social determinants in disease processes. Health services have created mechanisms aimed at protecting the most socially vulnerable citizens.

Formed by a Technical Board and led by social and healthcare workers from various health providers in the city of Barcelona, the Social Emergency Committee (attached to the Health Association of Barcelona) addressed needs relating to difficulties encountered with availability of safe accommodation where certain groups of citizens could spend their isolation suitably.

This paper describes the profile of patients referred to Hotel Salud from the Hospital del Mar from March 2020 to March 2021, a total of 524 patients.

Of the 524 patients in total, 74% had originally been hospitalised and 26% came from the emergency department. The average age was 49.7 years; 64.3% were men; and 5.5% did not have an active health card. The country of origin was mostly Spain (33.6%), Pakistan (16.2%), Bangladesh (6.3%) and the Philippines (6.3%). The reasons for not being able to undertake isolation were: living in shared apartments (51.7%), living with relatives at risk (26.7%), living in small apartments (14.5%) and having no fixed abode (4.6%).

In order to conclude, the unit guaranteed isolation for those persons treated at hospital who could not undertake isolation at home. It also limited hospital overcrowding by favouring the discharge of patients with mild clinical conditions while reducing community spread.

Keywords: Hotel Salud, Covid-19, social emergency, social vulnerability.

1. Introducción

En el mes de enero del año 2020 se informó por primera vez a escala mundial del brote por la enfermedad llamada covid-19, causada por el virus SARS-CoV-2, en la ciudad de Wuhan, China, manifestándose en forma de enfermedad respiratoria grave.

El 11 de marzo del año 2020 la OMS declaró la situación de pandemia a escala mundial y, posteriormente, dos días más tarde, el 13 de marzo, el Gobierno español decretó el estado de alarma y el confinamiento domiciliario.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) lideró en la ciudad de Barcelona los proyectos para abordar el impacto sociosanitario producido por la covid-19 en la ciudad de Barcelona.

El Comité de Emergencia Social Covid-19, formado por el Órgano Técnico y liderado por trabajadoras sociales sanitarias de diferentes proveedores de salud de la ciudad de Barcelona, abordó las necesidades que hacían referencia a las dificultades de disponibilidad de un alojamiento seguro donde poder realizar adecuadamente el aislamiento en algunos grupos de población elaborando el “Protocolo para la apertura del nuevo dispositivo Hotel Salud”.

El estudio que aquí se presenta se conforma por un total de 524 pacientes (n = 524) ingresados en el Hospital del Mar desde el 22 de marzo de 2020 al 31 de marzo de 2021 y que requirieron al alta hospitalaria ser derivados al dispositivo Hotel Salud para realizar el aislamiento.

2. Marco teórico

2.1. Los determinantes sociales en salud

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de los años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” dejando de entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad (OMS, 1948).

Se debe entender la enfermedad como el final de todo un proceso de exposición a las causas o factores que generan el riesgo de padecerla (Ariza, 2017).

Las poblaciones accederán a un nivel de salud a partir de su desarrollo económico, de los avances y prestaciones en el ámbito sanitario.

Nunca como hasta ahora ha existido un mundo tan rico, con tantos conocimientos científicos, ni se ha contado con tantos recursos sanitarios. Sin embargo, las desigualdades de los individuos en materia de salud y atención sanitaria van aumentando paulatinamente debido a los determinantes sociales (Silvano, 2018).

Existen diferentes modelos conceptuales de los determinantes sociales, como el clásico Modelo de Dahlgren y Whitehead, creado con el objetivo de poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la sa-

lud. Este modelo muestra los determinantes sociales endiferentes capas, empezando por la capa externa, que estaría formada por los determinantes estructurales; en el centro se encontrarían las características de las personas, aquellas que no se pueden modificar (sexo, edad o factores constitucionales) y en la capa interna estarían los estilos de vida individuales (Dahlgren y Whitehead, 1992). La OMS señala que para analizar el nivel de salud de una población los factores sociales son tan importantes como los recursos sanitarios de los que dispone. Si el objetivo de la sociedad es conseguir un alto nivel de salud habría que invertir más recursos en las políticas sanitarias públicas que toman en consideración el entorno y los estilos de vida de los ciudadanos más que centrarnos en una visión economicista y la centralización en la sanidad curativa (Urbina, 2012).

Es importante remarcar el fuerte impacto de los determinantes sociales de la salud y de las inequidades existentes en el ámbito del acceso a los recursos y dispositivos de atención sanitaria. Diferentes estudios describen la importancia de los determinantes sociales en referencia a la incidencia y a la mortalidad en las epidemias (Amengual et al., 2020). Los determinantes sociales están relacionados con la covid-19 ya que una de las medidas necesarias para mitigar la exposición al virus dependerá de disponer de un domicilio, de las condiciones de este y también de las posibilidades que tengan las personas con riesgo de enfermedad grave de aislarse del resto de personas convivientes en el mismo domicilio.

El hacinamiento, las condiciones de salubridad, higiene y acceso a los suministros básicos tienen un impacto directo en el riesgo de contraer la enfermedad (Otero, 2020).

2.2. Covid-19 y vulnerabilidad: clínica, social y epidemiológica

El Ministerio de Sanidad (2020) elaboró el documento que lleva por título “Equidad en salud y Covid-19”, en el que se hace referencia al gran impacto a escala mundial de la crisis de la covid-19, añadida a la crisis económica ya iniciada en el año 2008.

Este impacto no se produce de forma igualitaria ni en todos los países ni para todas las personas de la misma forma.

Se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad interrelacionadas entre sí: la vulnerabilidad clínica, la social y la epidemiológica.

Algunas características individuales, como la edad o padecer algún problema de salud –como puede ser la diabetes, la hipertensión arterial, inmunodeficiencias o enfermedades crónicas– van ligadas a una mayor vulnerabilidad frente al contagio por covid-19, y también van ligadas a una peor evolución frente a la infección por covid-19.

La población más afectada por la pandemia es aquella que está ligada a contextos de precariedad tanto laboral como habitacional, condicionando así la realidad de esta población más desfavorecida. Es por ello por lo que hay que plantearse la necesidad de un análisis completo, específico y acotado sobre las diferentes situaciones de vulnerabilidad que se tenían

antes de la pandemia y a partir de ellas plantear las medidas necesarias para que su implementación se desarrolle de forma efectiva y equitativa.

Frente a la infección por covid-19 estas personas que ya parten de una situación de fragilidad de salud pueden tener un peor pronóstico ante la enfermedad por SARS-CoV-2 si además se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social va interrelacionada con la vulnerabilidad epidemiológica. Esta podría explicarse como una situación de mayor riesgo epidemiológico por diferentes causas, como podría ser mayor exposición a la infección, diagnóstico tardío o dificultad en la identificación de contactos y en el seguimiento de las indicaciones para realizar de forma adecuada y segura las medidas de cuarentena o aislamiento.

Por todo lo anterior descrito se precisan medidas y políticas que actúen para abordar los motivos sociales que han provocado la desigualdad y poder así realizar una adecuada intervención con el objetivo de aplacar los efectos provocados por la pandemia.

Será necesaria una clara coordinación entre los diferentes ámbitos de la administración sanitaria y de la acción intersectorial para hacer cumplir las actuaciones que conlleven a una disminución de las desigualdades y ayuden a controlar la infección provocada por la covid-19 (Ministerio de Sanidad, 2020).

2.3. Dificultades para el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena

El Ministerio de Sanidad, en el documento que lleva por título “Equidad y Salud” (2020), describe las diversas situaciones que pueden dificultar poder llevar a cabo de forma adecuada y segura la cuarentena o aislamiento domiciliario para así prevenir y controlar la infección por covid-19.

- En primer lugar, el hacinamiento, entendido como la alta densidad de personas en un mismo domicilio, es una de las principales dificultades para poder llevarse a cabo el control y no expansión del virus, sobretodo en domicilios en los que conviven miembros de diferentes generaciones.
- Otra dificultad que hace referencia a la vivienda son las condiciones de esta en relación con la salubridad, el acceso a suministros básicos como el agua corriente, la electricidad o electrodomésticos como la lavadora, ya que no disponer de estos medios dificulta en gran medida la higiene personal y la limpieza de la vivienda. Se puede afirmar que el hacinamiento, junto con las condiciones no adecuadas de la vivienda, dificulta poder realizar de forma segura el aislamiento o la cuarentena, así como también mantener la permanencia en ella en caso de confinamiento domiciliario.
- Un aspecto a considerar son los centros residenciales para personas mayores o los centros de primera acogida, donde el riesgo de brotes por covid-19 es elevado puesto que no disponen de

los medios necesarios para poder garantizar las medidas de distanciamiento. Si tenemos en cuenta lo ocurrido en los centros residenciales para personas mayores, se ha hecho patente que las medidas aplicadas han sido tan inadecuadas como insuficientes, dejando desprotegido a este colectivo tan vulnerable.

- Además del colectivo de personas mayores tenemos el de las personas en situación de calle, más expuestas al contagio del virus SARS-CoV-2 por la falta de recursos habitacionales, cierre de baños públicos y único acceso a albergues municipales, con un número elevado de personas alojadas en ellos. Este colectivo tiene una dificultad añadida y es el difícil acceso a la atención sanitaria y a la red de salud pública.
- Otro colectivo afectado por las desigualdades es el de la población migrante, en especial aquellas personas que se encuentran en una situación administrativa irregular.
- Por último, otro colectivo para tener presente es el de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave que habitan en viviendas compartidas.

La pandemia provocó un impacto socioeconómico que se reflejó en la precariedad de las condiciones habitacionales, la falta de acceso al mercado laboral y la paralización de la actividad económica. Todo ello generó una situación de vulnerabilidad extrema a muchas personas, provocando de esta manera situaciones que aumentaron las opciones de desahucio y de cortes en los suministros energéticos básicos (Ministerio de Sanidad, 2020).

Los hospitales se vieron colapsados, desbordados, saturados, multiplicando en ocasiones su capacidad, y la necesidad de liberar camas hospitalarias se ha vuelto más prioritaria que nunca, a pesar de las dificultades en las que se encontraban muchos de los pacientes, que al alta necesitaban mantener el aislamiento domiciliario.

En la ciudad de Barcelona se creó el dispositivo Hotel Salud para ofrecer un espacio de alojamiento temporal seguro donde realizar el aislamiento y poder atender las necesidades de las personas afectadas por la covid-19 y así mitigar las situaciones de vulnerabilidad anteriormente mencionadas.

2.4. Dificultades para el acceso al sistema sanitario

En el año 1986 se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Con la entrada en vigor en el año 2012 de la Ley 22/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, el Sistema Nacional de Salud expandió su rango de cobertura, incluyendo prácticamente al total de la población residente en España.

Fue a partir de la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, en abril de 2012, que se retiraron las tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años.

Dentro de España se ha aplicado de forma desigual el Real Decreto 16/2012 debido a la compleja articulación de responsabilidades sanitarias (Moreno, 2015).

La literatura científica es concordante en mostrar que la salud de los inmigrantes puede estar en riesgo por la existencia de barreras para acceder al sistema sanitario por múltiples causas: tanto por la falta de sensibilidad y adaptación y también por el propio *statu quo* de migrante. Otro de los motivos que influyen es el desconocimiento de los servicios. Así, podemos afirmar que la población inmigrante puede encontrarse con ciertas barreras que les dificultan el acceso a los servicios sanitarios, debido, entre otras cosas, a requerimientos legales, burocracia, dificultades idiomáticas y baja alfabetización en salud. Estas barreras influyen en el deterioro de su bienestar y crean situaciones de desigualdad (Burón, 2012).

La evidencia disponible en nuestro país refiere que los inmigrantes suelen usar, preferentemente, los servicios de urgencias como puerta de entrada a los cuidados sanitarios, y hacen un uso limitado de la medicina especializada. Los motivos mencionados dificultan la continuidad asistencial y la integración en las actividades de prevención y promoción de la salud (Bas-Sarmiento et al., 2015).

El Hospital del Mar abarca la zona litoral de Barcelona, los distritos de Sant Martí y Ciutat Vella, este último con una densidad muy alta de población inmigrante.

2.5. La intervención del Trabajo Social sanitario (TSS) en la gestión social sanitaria por infección de covid-19

Dolors Colom (2010) define el Trabajo Social sanitario como:

La especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. El uso del término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado de bienestar dentro del cual se inscribe. El ejercicio del trabajo social sanitario engloba servicios y prestaciones y procedimientos y técnicas. Uno de los servicios y prestaciones identitarias del trabajo social sanitario es la planificación del alta sanitaria, entre otros (p. 109).

En el momento de la realización de la valoración por parte de la trabajadora social sanitaria (TSS) en el transcurso de la hospitalización se tienen presentes todas las variables y factores relacionados con el ingreso y también con el alta, teniendo una percepción global del proceso (Plaza et al., 2006).

El hospital es una organización viva, dinámica y cambiante, es por ello por lo que las TSS también deben ser activas, observadoras y con capacidad de adaptación y también de adelantarse a las situaciones.

En los hospitales de Barcelona, a raíz de la covid-19, fue necesaria la implantación de un procedimiento de gestión social y posteriormente la

creación del Hotel Salud para aquella población vulnerable que no podía realizar el aislamiento en su domicilio tras el alta hospitalaria.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) publicó el “Procedimiento de gestión social en el ámbito sanitario del coronavirus SARS-CoV-2. Gestión Social y psicosocial de las situaciones de aislamiento en el domicilio”.

Este procedimiento de gestión social tenía el objetivo general de facilitar que las personas positivas por covid-19 o en cuarentena por contacto estrecho pudieran disponer de la cobertura de necesidades básicas durante el periodo de aislamiento domiciliario.

2.6. Proyecto Hotel Salud como dispositivo alternativo al aislamiento domiciliario

Durante el estado de alarma proclamado por el Gobierno ante la pandemia por coronavirus, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) del Servicio Catalán de la Salud decide la activación de dispositivos alternativos al aislamiento domiciliario con el objetivo de poder facilitar un aislamiento seguro para aquellos pacientes que no podían realizarlo en el domicilio y facilitar el drenaje de los pacientes ingresados en centros hospitalarios y en centros de atención intermedia de la ciudad de Barcelona.

Se realizó una primera reunión para la creación de un Comité de Emergencia Social el día 4 de marzo, el 13 de marzo se declaró el confinamiento domiciliario y el 22 de marzo ingresó el primer paciente en el Hotel Salud.

El 20 de marzo se publicó la primera versión del “Protocolo para la Apertura del Nuevo Dispositivo de Hotel Salud para dar respuesta a la crisis sanitaria por coronavirus”.

Esta medida facilitó una mayor rotación de los pacientes atendidos en el hospital y en los centros de atención intermedia, garantizando a toda la población la cobertura de las necesidades sociales básicas que habían quedado afectadas debido a la situación de emergencia y, por otra parte, limitar en gran medida los contactos comunitarios.

El dispositivo Hotel Salud es un dispositivo temporal alternativo al domicilio donde realizar el aislamiento domiciliario por covid-19. Se caracteriza por un grado de atención con bajo requerimiento sanitario.

El objetivo de este dispositivo era, por un lado, disponer de un espacio de aislamiento temporal para poder atender las necesidades de personas afectadas por la covid-19 que, por circunstancias de carácter social, no podían realizar el aislamiento en su domicilio y, por otro, facilitar y acelerar las altas tanto de los centros hospitalarios como de los centros de atención intermedia.

La accesibilidad al dispositivo Hotel Salud se gestionaba desde las unidades de TSS tanto de los hospitales, como desde los centros de atención intermedia y desde los centros de atención primaria de salud de la ciudad de Barcelona.

3. Metodología

3.1. Objetivos del estudio e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es analizar el perfil de pacientes ingresados durante el primer año de pandemia por covid-19 en el Hospital del Mar y que requirieron realizar el aislamiento en el dispositivo Hotel Salud.

Partiendo del objetivo principal se marcan los siguientes objetivos secundarios:

- Conocer los datos sociodemográficos de sexo, edad y nacionalidad.
- Identificar la situación de cobertura sanitaria.
- Describir la situación global por área sanitaria de referencia.
- Identificar situaciones de vulnerabilidad social, motivo por el cual no podían realizar el aislamiento correctamente.

La hipótesis formulada en relación con los objetivos planteados es que la pandemia y la situación de emergencia sociosanitaria provocada por la covid-19 ha puesto de manifiesto que el Hospital del Mar atiende a una población con una alta situación de vulnerabilidad social y que los determinantes sociales en salud tienen un peso específico en la necesidad de intervención por parte del TSS.

3.2. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo sobre el perfil de pacientes que requirieron ser trasladados desde el Hospital del Mar al dispositivo Hotel Salud por no poder realizar, de forma segura, el aislamiento por motivos sociales.

En lo referente al análisis, se trata de un análisis cuantitativo y de carácter temporal, llevado a cabo durante un año completo, de marzo del año 2020 a marzo del año 2021.

3.3. Población del estudio

La población de estudio del presente trabajo se realiza en base a aquellos pacientes ingresados en el Hospital del Mar y que requirieron ser trasladados al dispositivo Hotel Salud.

La población del estudio comprende aquellos pacientes ingresados en el Hospital del Mar de marzo del año 2020 a marzo del año 2021, diferenciando los pacientes derivados al dispositivo Hotel Salud desde el servicio de urgencias como desde cualquiera de las unidades hospitalarias del hospital. Toda la población seleccionada ha sido valorada por las profesionales del TSS del mismo hospital, que, una vez comprobada la inviabilidad de

realizar el aislamiento domiciliario de forma segura, gestionaron el traslado al dispositivo Hotel Salud.

Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Pacientes visitados en el servicio de urgencias con sospecha o diagnóstico de covid-19 por clínica o prueba diagnóstica, con síntomas leves de la enfermedad que no requirieron ingreso hospitalario y que no pueden realizar el aislamiento en su domicilio.
- Pacientes ingresados en el Hospital en situación de alta clínica, estables pero que en el momento del alta todavía requieren de días de aislamiento domiciliario y que por circunstancias sociales no pueden realizarlo.

Los criterios de exclusión en el estudio son:

- Pacientes que no se encontraban clínicamente estables.
- Pacientes que vivían solos.
- Pacientes que procedían de centro residencial.
- Pacientes con enfermedad mental no compensada.
- Pacientes dependientes para las actividades de la vida diaria (AVDs) y/o pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con consumo de tóxicos activo.
- Pacientes que rechazaron el traslado al dispositivo.

Se trata de una población total no probabilística, con unos criterios de inclusión y de exclusión claros y bien definidos.

La población de estudio, que cumplía con los requisitos de inclusión, es de 524 pacientes (n = 524), el total de pacientes que fueron trasladados al dispositivo Hotel Salud desde el Hospital del Mar en el primer año de pandemia.

3.4. Sistema de recogida de datos

Los datos utilizados son de tipo primario, recogidos por las TSS del Hospital del Mar que gestionaban la solicitud de plaza en el dispositivo Hotel Salud en el periodo temporal de marzo del año 2020 a marzo del año 2021.

La naturaleza del estudio es cuantitativa, por lo que da una eficacia informativa a través de la estructuración y estandarización de los ítems, una mejor comprensión de las informaciones, la minimización de los errores y una relación entre tiempo y costes muy favorables (Brunet et al., 2002).

Para poder realizar el estudio se creó una base de datos en un documento Excel con los pacientes para los que desde el Hospital del Mar se gestionaba el dispositivo Hotel Salud.

Los datos que se incluían en el documento Excel eran: sexo, edad, nacionalidad, ubicación del paciente, área básica de referencia, tenencia de tarjeta sanitaria, fecha de ingreso, fecha de alta, motivo por el cual no podía realizar el aislamiento y Hotel Salud destino al alta.

Los datos se extraían de la historia clínica (HC) del paciente, de la historia clínica compartida (HC3), de entrevistas con pacientes o familiares y/o coordinación con TSS de primaria de salud o TS de servicios sociales básicos u otras instituciones.

En la base de datos no se recogía ni el nombre ni la filiación del paciente, asegurando en todo el proceso la confidencialidad en el tratamiento de los datos. El estudio no ha sido valorado por el Comité de Ética.

3.5. Variables del estudio

Se creó una base de datos específica para recoger los datos relativos a los pacientes para los que desde el Hospital del Mar se gestionaba plaza en el dispositivo Hotel Salud.

La base de datos la cumplimentaba la TSS referente que había realizado la valoración y posteriormente la solicitud.

Los datos recogidos eran:

- Datos demográficos. Género: se distinguen dos ítems, hombre/mujer.
- Acceso a la red sanitaria pública (disponibilidad de CIP).
- Área Básica de Salud: con este dato podremos conocer si pertenece a la zona de influencia del Hospital del Mar.
- Ubicación desde donde se realiza la solicitud: se distinguen dos ítems, urgencias y hospitalización.
- País de nacimiento.
- Fecha de ingreso y alta.
- Motivo por el que no puede realizar el aislamiento seguro en su domicilio.
- Hotel Salud de destino.

En los casos en los que se realizaba la gestión para trasladar un paciente a Hotel Salud pero finalmente el traslado no era posible, también se especificaban en la base de datos los motivos de ello.

El sistema informático que se ha usado para el análisis de datos ha sido el programa Excel.

4. Resultados

Durante el periodo de estudio se gestionaron 524 solicitudes para el dispositivo Hotel Salud que cumplían los criterios de inclusión del estudio.

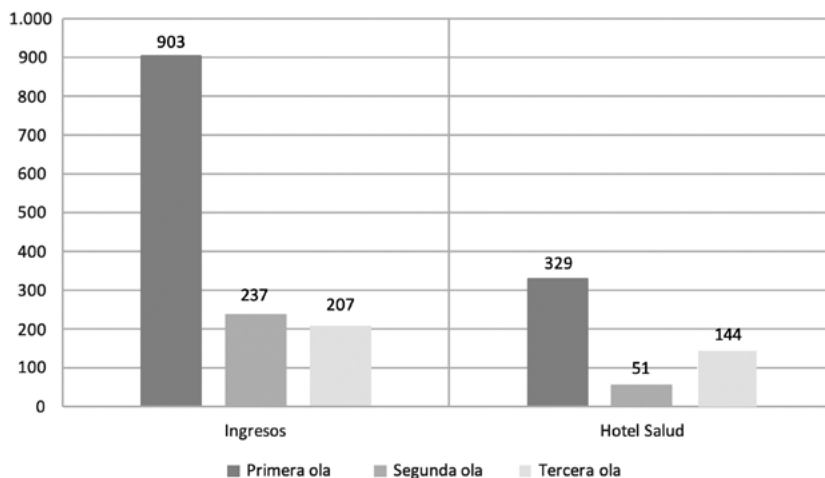
Así, la población del estudio es de 524 pacientes por los que desde el Hospital del Mar se gestionó el traslado al dispositivo Hotel Salud para realizar el aislamiento de forma segura.

Antes de empezar con el análisis descriptivo de los datos demográficos respecto a la población de estudio, creo necesario especificar la evolución temporal del número de ingresos por covid-19 en el Hospital del Mar, que se han sucedido en diferentes olas:

- Primera ola: del 13 de marzo de 2020 al 20 de junio de 2020: 903 ingresos.
- Segunda ola: del 11 de octubre de 2020 al 12 de diciembre de 2020: 237 ingresos.
- Tercera ola: del 13 de diciembre de 2020 al 31 de marzo de 2021 (final del estudio): 207 ingresos.

Los pacientes que fueron trasladados al dispositivo Hotel Salud en la primera ola fueron del 36,4% (329 solicitudes), en la segunda ola del 21,5% (51 solicitudes) y en el periodo de la tercera ola estudiado, 69,6% (144 solicitudes).

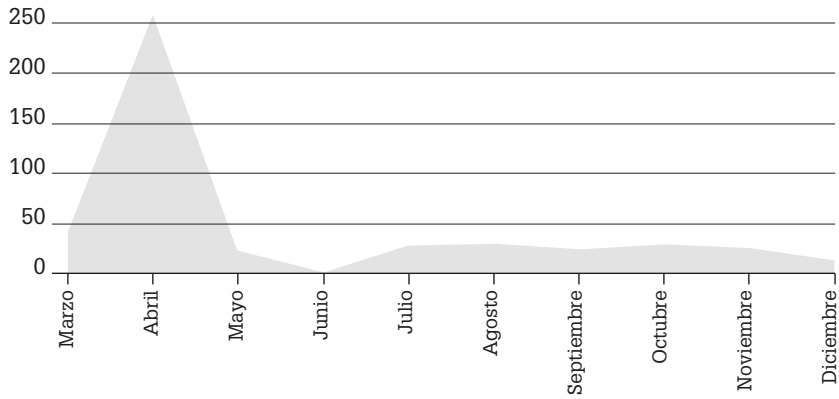
Figura 1. Relación de ingresos en el hospital con solicitudes a Hotel Salud



Fuente: Elaboración propia.

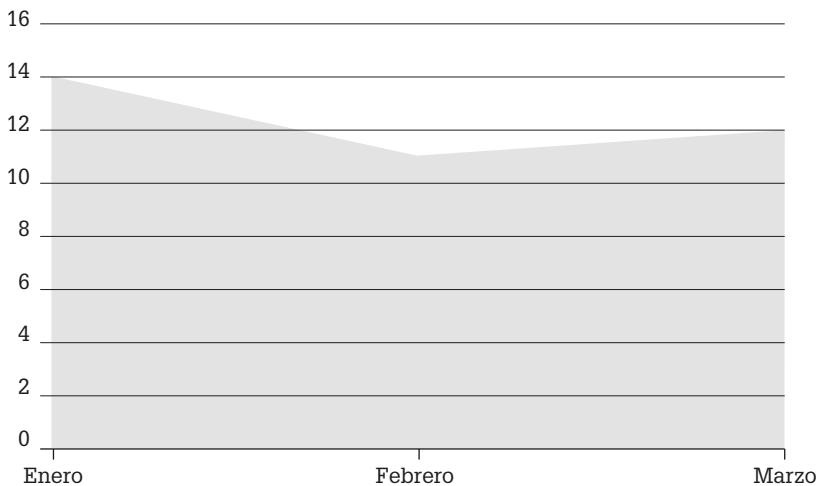
Si hacemos una separación teniendo en cuenta las solicitudes mensuales podemos observar que los meses en los que no se realizaron más solicitudes de plaza en el dispositivo Hotel Salud fueron, del año 2020: marzo (42 solicitudes) y abril (261 solicitudes) mayoritariamente, coincidiendo también con el mayor número de pacientes ingresados, superando la capacidad de camas hospitalarias disponibles y siendo necesaria la adaptación de nuevas áreas en el hospital donde ubicar camas y la necesidad también de habilitar un polideportivo que se encuentra al lado del hospital como una unidad más del hospital.

Figura 2. Solicitudes a Hotel Salud por meses. Año 2020



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Solicitudes a Hotel Salud por meses. Año 2021



Fuente: Elaboración propia.

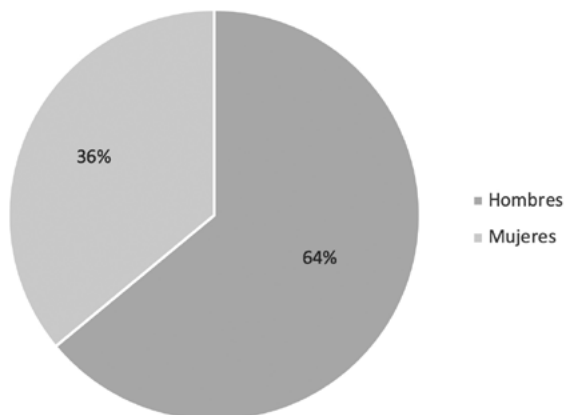
4.1. Datos descriptivos del perfil de la población

4.1.1. Género y edad

El género y la edad de las personas que no pudieron realizar el aislamiento seguro en su domicilio en la ciudad de Barcelona es importante, porque a pesar de tener en cuenta que son variables biológicas, pueden ser un indicador de la población en situación de vulnerabilidad sumergida previa a la situación de la pandemia.

De los 524 pacientes que incluyen la población de estudio (n = 524) el 64% eran hombres y el 36%, mujeres.

Figura 4. Relación por género



Fuente: Elaboración propia.

Referente a la variable de la edad de la muestra debemos tener en cuenta que para poder acceder al dispositivo Hotel Salud había varios criterios de exclusión que desestimaron a un cupo importante de pacientes de edad avanzada y hospitalizados. Estos criterios de exclusión de derivación al dispositivo Hotel Salud son la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y las personas institucionalizadas en centros residenciales. La edad media de la muestra es de 49,7 años, teniendo en cuenta que cinco bebés menores de un año fueron trasladados al dispositivo Hotel Salud junto a sus madres.

Tabla 1. Edad de la muestra

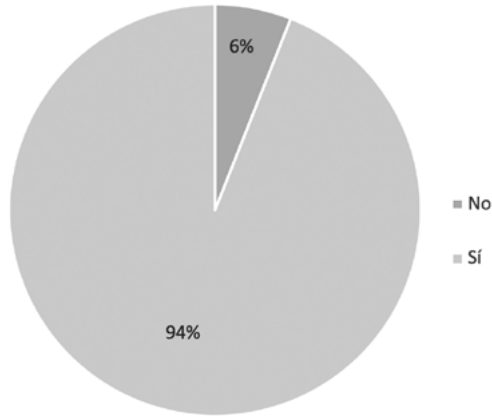
	Media	Mediana	Moda	Máxima	Mínima
Edad	49,7	49	50	90	0

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Disponibilidad de tarjeta sanitaria

El dispositivo Hotel Salud, al tratarse de una medida de carácter excepcional y con el objetivo de garantizar la cobertura de necesidades sociales básicas para toda la ciudadanía que cumpla los criterios de inclusión expuestos y que estaba afectada por la nueva situación de emergencia, no excluyó en este periodo estudiado a los pacientes que no disponían de tarjeta sanitaria, siendo estos el 6% de la muestra.

Figura 5. Disponibilidad de tarjeta sanitaria



Fuente: Elaboración propia.

4.3. Zona de referencia. Área Básica de Salud (ABS)

La ciudad de Barcelona está integrada por cuatro Áreas Integrales de Salud (AIS), dividiendo la ciudad en las AIS Derecha, AIS Izquierda, AIS Norte y AIS Litoral.

El Hospital del Mar forma parte de la AIS Litoral y está formada por los distritos de Ciutat Vella (5 ABS) y el distrito de Sant Martí (9 ABS) (tabla 2).

Tabla 2. ABS de referencia del Hospital del Mar por distritos

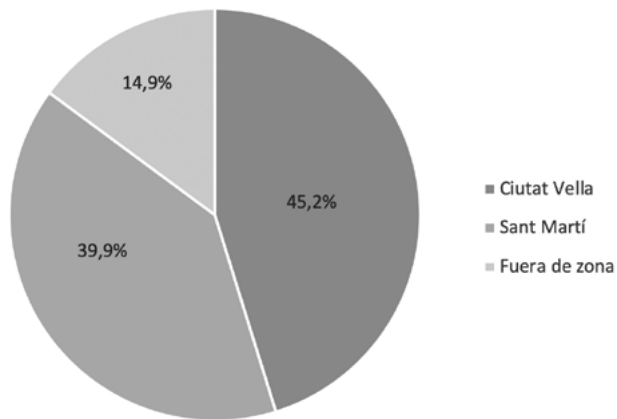
Ciutat Vella	Sant Martí
1A Barceloneta	10A Vila Olímpica
	10B Ramon Turró
1B Nucli antic	10C Poblenou
	10D Besós
1C Gòtic	10G El Clot
	10H Sant Martí
1D Raval Sud	10I La Pau
	10J Verneda
1E Raval Nord	10Z Sant Adrià. La Mina

Fuente: Elaboración propia.

Se decidió incluir en el estudio el ABS de los pacientes de la muestra para poder conocer qué porcentaje de pacientes para los que desde el TSS se valoraba la necesidad de gestionar plaza en el dispositivo Hotel Salud y que se encontraban ingresados en el Hospital del Mar no pertenecían a su área de influencia, por un lado, y, por otro, cuáles eran las ABS con más dificultades para poder realizar el aislamiento de forma segura en su domicilio.

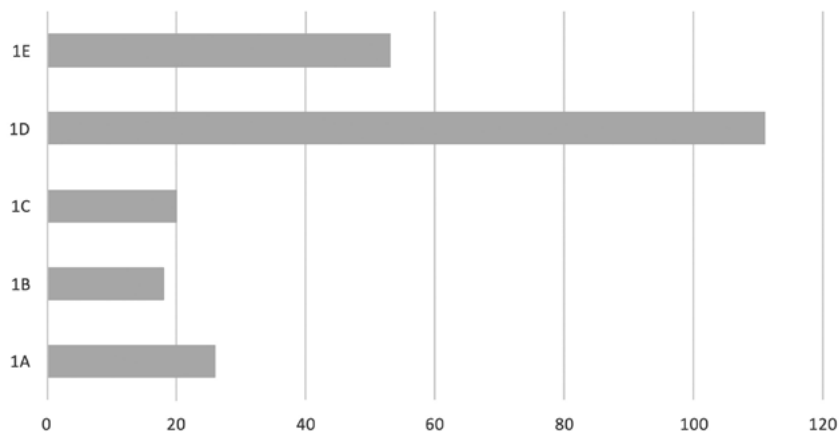
En el análisis de los datos destaca que se gestionaron más solicitudes a pacientes que vivían en el distrito de Ciutat Vella (45,2%, destacando las ABS de Raval Sud y Raval Nord) frente al 39,9% del distrito de Sant Martí, destacando el ABS del Besós tal como se adjunta en las siguientes tablas.

Figura 6. Solicitudes por distritos

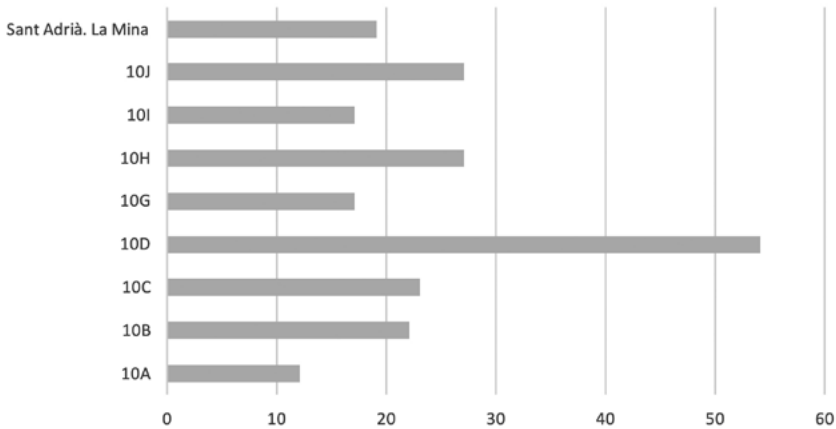


Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Solicitudes del distrito de Ciutat Vella según ABS



Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Solicitudes del distrito de Sant Martí según ABS

Fuente: Elaboración propia.

El 14,9% de los pacientes que estaban ingresados en el Hospital del Mar durante el primer año de pandemia y que requirieron ser trasladados al dispositivo Hotel Saludno pertenecían al área de influencia del Hospital del Mar. Aquí cabe destacar pacientes que vivían en Barcelona pero pertenecían a otras ABS, pacientes que vivían en Cataluña y posteriormente, otro grupo que no disponían de ABS, por ser de otras comunidades autónomas de España o turistas en tránsito.

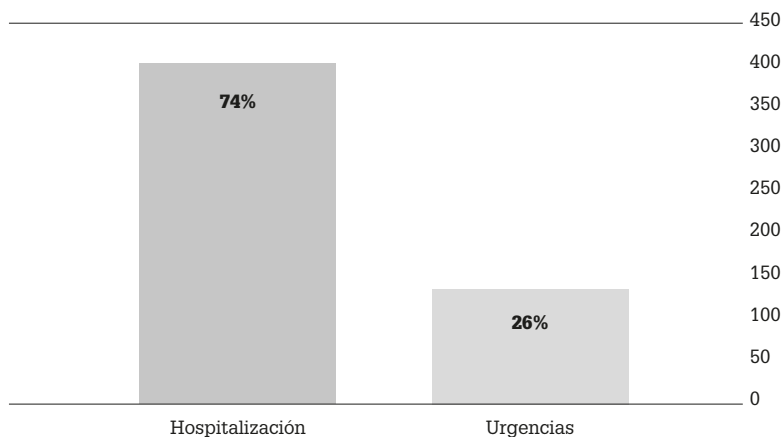
4.4. Procedencia de la solicitud del dispositivo Hotel Salud

Para el análisis de la variable referente a la procedencia del servicio desde donde se realizaba la solicitud de Hotel Salud y, por tanto, ubicación del paciente, se categorizó en dos: hospitalización y urgencias.

La gestión por parte de la profesional del TSS de plazas en el dispositivo Hotel Salud se realizó desde el servicio de urgencias en el 26% de los casos, para aquellos pacientes con resultado positivo en la prueba diagnóstica o por clínica compatible con covid-19 a pesar de dar un resultado negativo o a la espera de resultado, siempre y cuando la TSS valorase que el paciente no podría realizar el aislamiento de forma segura en su domicilio.

La mayor parte de las solicitudes a Hotel Salud se gestionaron a pacientes ingresados en las unidades de hospitalización (74%), una vez superada la fase aguda de la enfermedad y estabilizados, en situación de alta clínica, pero que por motivos sociales no podían acabar de cumplir el periodo de aislamiento necesario en su domicilio en el momento del alta.

Figura 9. Origen de la solicitud



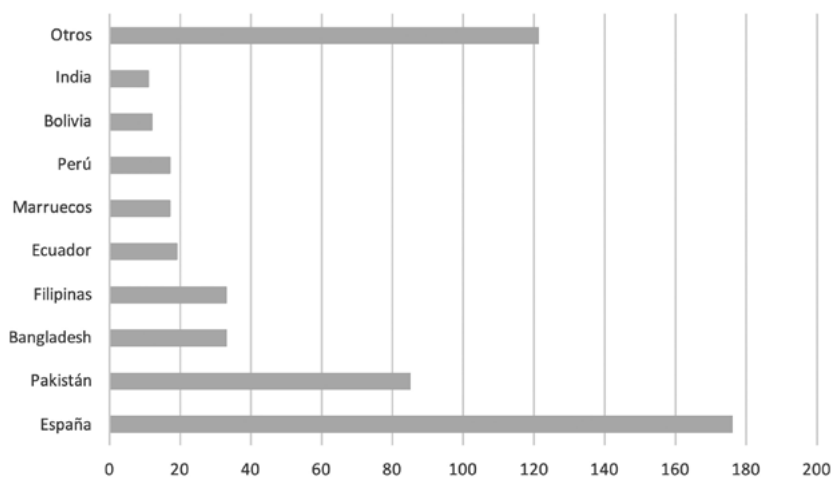
Fuente: Elaboración propia.

4.5. País de origen de los pacientes

Desde el Hospital del Mar se gestionaron 524 solicitudes de plaza en el dispositivo Hotel Salud de pacientes provenientes de 40 países diferentes, de los cuales el 33% era población española y el 67% era población extranjera.

Destacan, seguido de España (33,6%), Pakistán (16,2%), Bangladesh y Filipinas (6,3% cada uno), Ecuador (3,6%), Marruecos y Perú (3,2% cada uno), Bolivia (2,3%) e India (2%).

Figura 10. País de origen de los pacientes trasladados a Hotel Salud



Fuente: Elaboración propia.

Los datos sobre esta variable son una representación de la población general atendida en el Hospital del Mar, caracterizado por su multiculturalidad.

4.6. Motivos por los cuales no se podía realizar el aislamiento domiciliario

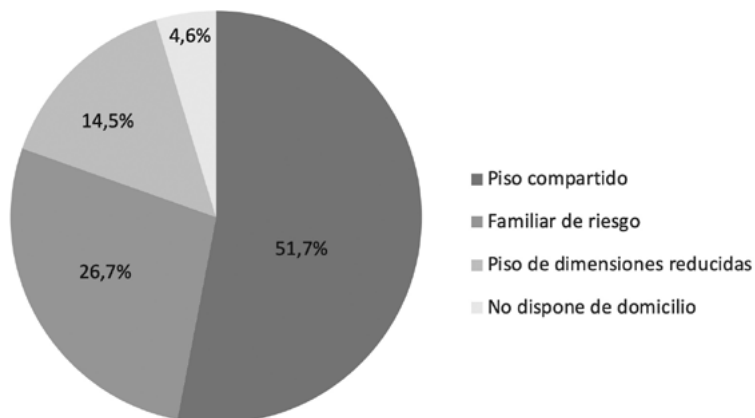
Desde la Unidad de TSS del Hospital del Mar y teniendo en cuenta el Protocolo del CSB desglosamos en cuatro ítems los motivos por los cuales los pacientes no podían realizar el aislamiento en su domicilio. Estos cuatro ítems fueron:

- Vivir en piso compartido con otras personas, situaciones de hacinamiento, en la que vivían de ocho a diez personas en el mismo piso.
- Convivir con familiares de riesgo (personas mayores, inmuno-deprimidas...).
- Vivir con otras personas en pisos de dimensiones reducidas, convivencia de diferentes núcleos familiares en la misma vivienda y que utilizaban las zonas comunes dándole uso de dormitorios o que no disponían de habitaciones con ventilación.
- No disponer de domicilio donde realizar el aislamiento domiciliario.

De la totalidad de la muestra, el 51,7% vivía en piso compartido, el 26,7% con familiares de riesgo, el 14,5% en viviendas de dimensiones muy reducidas y el 4,6% no disponía de domicilio donde realizar el aislamiento.

Ligado con el punto anterior que hacía referencia a los distritos de Barcelona, cabe añadir que las viviendas del barrio de la Barceloneta se conocen como “quarts de casa” (cuartos de casa), debido a la masificación del barrio y divisiones de los pisos originales primero en mitades y posteriormente en cuatro pisos, la mayoría de unos 30-35 m² y donde viven familias enteras.

Figura 11. Motivos por los que no se podía realizar aislamiento



Fuente: Elaboración propia.

5. Conclusiones

La situación provocada por el virus del SARS-CoV-2 supuso un impacto para la población a escala mundial, con una necesidad de adaptación a los cambios, provocando una crisis social y sanitaria que afectó de forma desigual a los diferentes grupos de población, generando nuevos contextos de vulnerabilidad social frente a los que ya se encontraban en esta situación.

Los datos reflejados en los resultados del estudio confirman la primera hipótesis planteada, que la ubicación del Hospital del Mar y los distritos de referencia que abarca atiende a una población vulnerable. Las variables analizadas reafirman la realidad del paciente ingresado en el Hospital del Mar y que la aparición de la covid-19 ha puesto de manifiesto que los determinantes sociales en salud son importantes en relación con la enfermedad.

En este estudio se observa que el volumen más importante de solicitudes de traslado a Hotel Salud se realizó durante la primera ola de la pandemia, sobre todo los meses de marzo y abril del año 2020, aunque fue un recurso de gran utilidad durante todo el primer año de pandemia, incluso hoy en día. Esta fecha también coincide con la explosión de contagios y el colapso de los centros sanitarios, momento en el que todos los pacientes ingresados en el Hospital del Mar tenían el mismo diagnóstico, SARS-CoV-2, y la necesidad de poder liberar camas hospitalarias para poder atender a los pacientes más graves era sin lugar a duda la prioridad de todo el personal sanitario.

La edad no era un criterio de exclusión para la derivación al dispositivo Hotel Salud, pero si tenemos en cuenta que la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y encontrarse institucionalizado en un centro residencial sí que lo eran, hay que suponer que la mayoría de los pacientes derivados a Hotel Salud debía de ser joven, dato que se confirma en el estudio. Hay que destacar que Hotel Salud acogió desde mujeres con sus bebés recién nacidos hasta ancianos de 90 años.

Delante de la necesidad de atender a la población más vulnerable se decidió que el acceso al dispositivo Hotel Salud no se restringiera a las personas que no disponían de tarjeta sanitaria de Cataluña o que no estaban en situación administrativa regular, favoreciendo el acceso a la red sanitaria pública, por un lado, y, por otro, al alta hospitalaria, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas.

La población que vive en la zona de influencia del Hospital del Mar se caracteriza por ser un territorio multicultural, con un porcentaje de población inmigrante muy elevado, en el que la barrera idiomática y cultural, junto a la precariedad económica, dificultaban la voluntad y el entendimiento de la realización del aislamiento.

Desde el Hospital del Mar se gestionaron el doble de solicitudes para el acceso al dispositivo Hotel Salud de pacientes que vivían en el barrio del Raval frente al resto de barrios. Este se caracteriza por su elevada

densidad de población, el aumento constante de inmigración y la variedad de nacionalidades que conviven en él, siendo mayoritariamente población originaria de Pakistán, Filipinas y Bangladesh.

Analizando el motivo por el que los pacientes no podían realizar de forma segura el aislamiento, la mayor parte de las solicitudes se realizaron porque los pacientes vivían en alojamientos multicompartidos. Otro de los motivos por los que los pacientes no podían realizar el aislamiento en su domicilio es porque se encontraban en situación de calle en el momento del ingreso en el hospital.

En Barcelona hay aproximadamente 1.000 personas que viven en la calle. En el momento de la pandemia el Ayuntamiento de Barcelona habilitó diferentes dispositivos para ofrecer alojamiento y cobertura de necesidades básicas para este grupo de población vulnerable y protegerlo frente al contagio de la enfermedad e impuso multas por encontrarse en la calle en los días de confinamiento o en horario restringido por el toque de queda.

Desde el Trabajo Social sanitario se puso énfasis desde el principio en que, debido al confinamiento, un grupo de población quedaría excluido, sin poder cubrir las indicaciones que daba en aquel momento el Gobierno sobre la necesidad de confinamiento domiciliario. Es importante remarcar la rapidez con la que se creó un protocolo de procedimiento de gestión en el ámbito sanitario para poder proteger a este grupo de población.

La gestión del dispositivo Hotel Salud fue realizada por trabajadoras sociales sanitarias con el apoyo de aquellos profesionales sanitarios que no eran necesarios “a pie de cama” (biólogos, logopedas...). Fue el trabajo en equipo la clave del éxito del proyecto. Cabe destacar también la colaboración de agentes externos: Guardia Urbana, Bomberos de Barcelona, Transporte Metropolitano de Barcelona (TMB)...

La rapidez en la creación de los procedimientos y la agilidad en el traspaso de la información a los diferentes proveedores de salud fue de vital importancia en la gestión social y sanitaria de la pandemia.

La pandemia también ha servido para reafirmarnos en la idea de que las trabajadoras sociales sanitarias somos expertas en la emergencia, en la planificación y en gestión del alta hospitalaria.

Era necesaria la creación de un dispositivo que cubriera las necesidades básicas de la población más vulnerable frente a la situación sanitaria y por otro lado que pudiera liberar camas hospitalarias de pacientes con clínica leve o asintomáticos y que la única dificultad con la que se encontraban en el momento del alta hospitalaria fuera la necesidad de un lugar seguro donde realizar el aislamiento.

Con el dispositivo Hotel Salud se pretendía disminuir la presión asistencial de los centros hospitalarios y poder drenar pacientes para así liberar camas tan necesarias en los hospitales para pacientes con clínica grave.

Como consecuencia, al poder realizar el aislamiento seguro a las personas con dificultades para realizarlo en su domicilio se evitó al máximo el contacto comunitario, previniendo así la propagación de la enfermedad.

Por otra parte, también se dio protección a todos aquellos colectivos de personas más vulnerables con alto riesgo de contagio comunitario.

El volumen de traslados desde el Hospital del Mar al dispositivo Hotel Salud en los meses de marzo y abril de 2020 fue muy alta. La creación de un protocolo con la intervención de diferentes agentes internos del hospital (Unidad de TSS, jefe del Servicio de Medicina Interna, Servicio de Farmacia, Servicio de Admisiones y camilleros) y externos (Consorti Sanitari de Barcelona, Cuerpo de Bomberos de Barcelona, Guardia Urbana y personal voluntario de Transportes Metropolitanos de Barcelona) fue de vital importancia para gestionar, en breves espacios de tiempo para evitar la presencia de pacientes en zonas de paso del hospital, el traslado de 15-20 pacientes por día.

Con todo lo expuesto se puede afirmar que desde la práctica profesional del Trabajo Social sanitario se supo dotar a los equipos sanitarios de proyectos adecuados para poder adaptarse a las necesidades sobrevenidas, a la evolución de estas necesidades y se dio una respuesta adecuada con la liberación de camas hospitalarias, prevención de contagios y respuesta a la emergencia.

Referencias bibliográficas

- Amengual Moreno, M., Calafat Caules, M., Carot, A., Rosa Correia, A. R., Río Bergé, C., Rovira Plujà, J., Valenzuela Pascual, C., y Ventura Gabarró, C. (2020). Determinantes sociales de la incidencia de la Covid- 19 en Barcelona: Un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Revista Española de Salud Pública*; 94, 1-19.
- Ariza, C. (2017). La vessant psicosocial de la salut i la malaltia. Educació social. *Revista d'intervenció socioeducativa*, 66, 13-32.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M.^a J., y García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Revista Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244-251.
- Brunet, I., Pastor I., y Beizunegui, A. (2002). *Tècniques d'investigació social: Fonaments epistemològics i metodològics*. Pòrtic.
- Burón, A. (2012). Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, 47, 109-119.
- Dahlgren G., y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. World Health Organization.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 § 10498 (1986).
- Ley 22/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE núm. 240 § 15623 (2011).
- Ministerio de Sanidad (2020). *Equidad en Salud y COVID-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Recuperado 15 diciembre 2022, de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
- Moreno, F. J. (2015). El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España, *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 2015, 277-300. RACO. <https://raco.cat/index.php/AnuarioCIDOBInmigracion/article/view/312799>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization, 2: 19 June - 22 July 1948*, (p. 16). World Health Organization. Recuperado 15 diciembre 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf
- Otero, L. (2020). Rol de los determinantes sociales y económicos en la infección y en la mortalidad por SARS Cov2. *Revista médica Herediana*, 31, 211-213.
- Plaza, B., García, A. M., y Muñoz. M. (2006). Programa de detección del riesgo social en el Hospital de Teruel. *Trabajo Social y Salud*, 53, 151-167.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, BOE núm. 98 § 5403 (2012).
- Silvano, I. D. (2018). *Determinantes de salud de las personas adultas que acuden al Programa de Procetts, Hospital San Juan Batista* (Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad católica Los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Urbina, M., y González, M. Á. (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperado 15 diciembre 2022, de https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf

Praxis

Oportunidades y desafíos para el Trabajo Social sanitario en el desarrollo de la red de atención paliativa pediátrica integral (XAPPI) en Cataluña

Balma Soraya Hernández Moscoso, Eduard Pellicer Arasa y Ana María Alonso García

Reminiscence: creación de arte mediante memorias y emociones. El uso de la inteligencia artificial en la práctica de la intervención social

David Prades Gómez

Oportunidades y desafíos para el Trabajo Social sanitario en el desarrollo de la red de atención paliativa pediátrica integral (XAPPI) en Cataluña

Opportunities and challenges for social work in the healthcare sector on the context of the development of the Comprehensive Paediatric Palliative Care Network (XAPPI) in Catalonia

Balma Soraya Hernández Moscoso¹

ORCID: 0000-0002-7045-5233

Eduard Pellicer Arasa²

ORCID: 0000-0002-5626-1109

Ana María Alonso García³

ORCID: 0000-0002-9766-0704

Recepción: 26/07/22. Revisión: 18/09/22. Aceptación: 03/10/22

Para citar: Hernández Moscoso, B. S., Pellicer Arasa, E., y Alonso García, A. (2022).

Oportunidades y desafíos para el Trabajo Social sanitario en el desarrollo de la red de atención paliativa pediátrica integral (XAPPI) en Cataluña. *Revista de Treball Social*, 223, 123-138. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.06>

Resumen

Pese a que pensar en la muerte en niños, niñas y adolescentes es un esfuerzo ingrato, la posibilidad de acompañamiento al final de la vida en la infancia es el objetivo de los cuidados paliativos pediátricos. La atención paliativa pediátrica se configura como la especialidad que da respuesta a enfermedades sin opción curativa. De manera multidisciplinar se está po-

1 Trabajadora social sanitaria. Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo. Hospital Sant Joan de Déu. soraya.hernandez@sjd.es

2 Trabajador social sanitario. Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo. Hospital Sant Joan de Déu. eduard.pellicer@sjd.es

3 Trabajadora social sanitaria. Jefa del Servicio de Trabajo Social. Hospital Sant Joan de Déu. ana.alonso@sjd.es

niendo en marcha la red de atención paliativa pediátrica integral (XAPPI) en Cataluña para dar respuesta, con un modelo biopsicosocial y espiritual, a pacientes y familias que hacen frente a patologías sin tratamiento posible. El objetivo de este artículo es compartir el escenario de oportunidades y desafíos de la trabajadora social en su desarrollo profesional y de la disciplina en este ámbito.

Palabras clave: Trabajo Social sanitario, cuidados paliativos pediátricos, intervención social.

Abstract

Although pondering on death among children and young people is a disagreeable responsibility, the goal of paediatric palliative care is to strive to provide end-of-life support for children. Paediatric palliative care is established as the specialist field that deals with illnesses for which no cure is available. From a multidisciplinary position, the comprehensive paediatric palliative care network of Catalonia (XAPPI) is being implemented to provide a biopsychosocial and spiritual response for patients and families facing illnesses for which no possible treatment is available. The aim of this paper is to convey the host of opportunities and challenges faced both by social workers in their professional undertaking and indeed by the discipline at large in this area.

Keywords: Social work in the healthcare sector, paediatric palliative care, social intervention.

1. Introducción

El desarrollo continuado de nuevas tecnologías aplicadas al ámbito de la salud, las innovaciones en tratamientos y los medicamentos de última generación condicionan el descenso en la mortalidad de la ciudadanía. La población pediátrica no es ajena al fenómeno de disminución de la mortalidad. Los avances científicos ofrecen nuevas oportunidades terapéuticas que aumentan la supervivencia. Se mejora también la calidad de vida en patologías que hace apenas diez años eran invalidantes o extremadamente graves. Se instala en pediatría, en muchos casos, una cronicidad cuya clínica es tratable.

Aun así, pese a los esfuerzos de la comunidad científica, del momento actual en innovación génica y las alternativas en ensayos clínicos siguen existiendo en la edad pediátrica enfermedades complejas que podrían no resolverse médicamente. La falta de opciones terapéuticas ante el desarrollo de la enfermedad significará irremediablemente la muerte.

La invisibilización de la muerte en la infancia ha propiciado que los pocos recursos de atención paliativa que se han ido configurando no estuvieran estructurados o suficientemente dotados para dar respuesta a la necesidad de cuidados específicos. Tampoco se ha dispuesto de profesionales con competencias transversales que acompañen el proceso. Se depende aún en muchos casos del tercer sector, sobre todo para la intervención psicológica y/o social. En Cataluña, a partir de 2020, con la publicación del *Modelo organizativo de atención integral en la población infantil y juvenil con necesidades paliativas y en situación de final de vida* (Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud, 2020), se ponen las bases para la construcción de una red profesional sólida y orgánica.

Siendo el Trabajo Social una disciplina imprescindible para el acompañamiento al final de la vida, el despliegue de la red supondrá un reto para asegurar la presencia de la trabajadora social sanitaria en todos los equipos de atención a la alta complejidad paliativa. El objetivo de este escrito es compartir el rol de la trabajadora social sanitaria en el desarrollo de la red apuntando a los desafíos y oportunidades que se presentan.

En una primera parte del artículo se conceptualizan la muerte en la infancia, los cuidados paliativos pediátricos, el modelo de intervención y la especificidad del Trabajo Social sanitario en este ámbito. En los puntos cuatro y cinco se comparte el funcionamiento del Servicio de Atención Paliativa del hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, el rol de la trabajadora social sanitaria en el mismo, así como en el desarrollo del modelo organizativo de cuidados paliativos pediátricos en Cataluña. En un último punto se revisan de manera crítica las oportunidades, los desafíos y también los obstáculos de la profesión en el contexto actual, y se apunta a la necesidad de la especialización. Por último, se elaboran unas conclusiones que ponen el foco en el valor añadido del Trabajo Social sanitario como garante de un modelo de intervención integral.

2. La muerte en la infancia: ¿mito o realidad?

El aumento de la esperanza de vida y la tecnificación de la salud, además de los consecuentes aspectos positivos, trajeron de la mano una ocultación de la muerte. El proceso de morir se fue alejando de los hogares. La enfermedad y la muerte en la infancia, comunes y asumidas en otros tiempos, se fueron haciendo ajenas, un tabú, una injusticia. Y no solo en la sociedad en general, sino también en el ámbito de la pediatría (Campbell et al., 2022).

Actualmente, el concepto *muerte* al lado de la palabra *infancia* es un oxímoron imposible. Nuestra sociedad, aún ágrafa en temas de pérdida y duelo. La muerte pediátrica se define como antinatural, se esconde o se niega porque despierta un torbellino de emociones que son de compleja gestión. Se prefiere dibujar una leyenda urbana, un mito. Incluso cuando otras tradiciones culturales nos presentan constructos distintos hace acto de presencia lo que podría ser un *etnocentrismo emocional*: la búsqueda de sentido a otras maneras de pensar que nunca serán la nuestra.

Haciendo una estimación de la prevalencia, según estudios previos (Connor et al., 2017), en Cataluña se podría considerar la existencia de una media de 1.500 niños, niñas y adolescentes con enfermedades amenazantes para la vida.

De las 400 defunciones que tienen lugar en nuestro territorio de manera anual, según los datos de mortalidad de Cataluña,⁴ aproximadamente un 65% de las defunciones son por causas previsibles, susceptibles de recibir cuidados paliativos (Navarro et al., 2015).

Por tanto, la muerte al inicio de la vida existe, es una realidad a la que dar respuesta y que demanda una sensibilidad máxima. De esta manera el objetivo siempre será una atención sanitaria y social que preserve la calidad de vida y una infancia y adolescencia plenas hasta el último momento.

3. Conceptualización de los cuidados paliativos pediátricos y del rol de la trabajadora social sanitaria en el ámbito

Cualquier enfermedad o trastorno que no disponga de una opción curativa, curse con síntomas de difícil control y sea muy probable un fallecimiento antes de llegar a la edad adulta será considerada *limitante o amenazante para la vida*.

Las patologías limitantes o amenazantes para la vida suelen cursar con extrema fragilidad, discapacidad, dependencia, frecuentes o prolonga-

4 Registro de mortalidad de Cataluña, Servicio de Gestión y Análisis de la Información para la Planificación Estratégica. Dirección General de Planificación en Salud. Departamento de Salud.

das hospitalizaciones, uso de tecnología específica y polimedicación. A su vez generan un alto impacto psicosocial en la familia, un elevado uso de recursos públicos y comunitarios y la necesidad de atención especializada y coordinada entre atención primaria y hospitalaria (Simon, 2012). Existe entonces una población pediátrica que requiere un seguimiento integral y una intervención enfocada a la optimización del bienestar y la calidad de vida. Las necesidades paliativas, por tanto, pueden estar presentes desde el diagnóstico de una enfermedad limitante para la vida.

Los cuidados paliativos pediátricos, definidos por la Red Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos (International Children's Palliative Care Network, 2015), así como la atención hacia la mejora de la calidad de vida de pacientes y allegados con enfermedades potencialmente mortales, tienen como objetivo aliviar el sufrimiento. Esto se lleva a cabo gracias a un equipo de perfil multidisciplinar y un trabajo colaborativo (Remke, 2012) a través del tratamiento de distintos problemas ya sean físicos, espirituales o psicosociales y difieren en muchos aspectos de manera sustancial con los cuidados paliativos para adultos (Jones, 2008).

Los cuidados paliativos pediátricos se configuran como la asistencia sanitaria a mujeres embarazadas con un diagnóstico prenatal de incompatibilidad con la vida y a bebés, niños y niñas, y adolescentes con patologías incurables. Potencian un enfoque activo en el control de síntomas para que los niños y niñas puedan mantener sus rutinas y vínculos de la mejor manera.

3.1. Una trabajadora social sanitaria en paliativos pediátricos

Teniendo en cuenta que el bienestar último del paciente estará relacionado con el estado de todo su núcleo de cuidados se hace necesaria una perspectiva integral. La atención paliativa, para ser de calidad, ética y competente, debe tener en cuenta la dimensión biológica pero también la espiritualidad (creencias, religión), la complejidad cultural, las emociones y los aspectos sociales (valores, relaciones, estructuras y dinámicas familiares) que contextualizarían el proceso.

Para poder asegurar un acompañamiento integral, los equipos tienen que estructurarse de manera multidisciplinar. Y para poder ofrecer una perspectiva integral y desarrollar unos objetivos comunes deben organizarse de manera interdisciplinar. Esto implica que cada disciplina realiza una aproximación y valoración desde sus metodologías específicas, pero luego se definen un plan de intervención y un acompañamiento conjuntos a través de la cooperación, el diálogo y la interacción (Follari, 1988).

La complejidad de la realidad social de la atención paliativa no puede abordarse si unas disciplinas son auxiliares o colaboradoras de otras. Cuando los límites entre ellas se difuminan en campos concretos de intervención, estos nuevos espacios de colaboración pueden ser útiles en el acompañamiento.

La figura de la trabajadora social sanitaria se dibuja como imprescindible por ser la garante de una mirada que tiene en cuenta la diversidad

social y cultural, los determinantes sociales de la salud y la vulnerabilidad inherente a las patologías limitantes para la vida.

El Trabajo Social es una profesión con recorrido histórico que dispone de un corpus teórico, metodológico, técnico y vivencial que ofrece un valor añadido en el acompañamiento a personas enfermas. El Trabajo Social sanitario, como especialización del Trabajo Social, se centra en la atención a los aspectos psicosociales de la persona enferma. Lo hace durante el diagnóstico y tratamiento, un posible ingreso y/o durante el seguimiento, siempre poniendo en el centro la vivencia de las personas en relación con la enfermedad (Colom, 2010). Con relación al acompañamiento en la atención a necesidades paliativas, las trabajadoras sociales sanitarias disponen de competencias y capacidades que permiten la intervención en situación de final de vida (Sumser et al., 2015).

En el caso concreto de los cuidados paliativos pediátricos, el rol de la trabajadora social sanitaria estará definido por el marco hospitalario, por las especificidades antes descritas y las necesidades únicas de cada paciente. Tiene por tanto un perfil multifacético que propicia canales comunicativos, facilita espacios lúdicos, ocio y tiempo libre, asegurando así el estado relacional del niño y sus familiares (Hernández, 2020).

Por último, en un ámbito donde son posibles negligencias en el cuidado y falta de adhesión a los tratamientos se revela de especial importancia el rol preventivo y protector de la trabajadora social sanitaria. Esta monitoriza la seguridad del menor ante posibles factores de riesgo, vulnerabilidad extrema o malos tratos del tipo que sean (Hernández y Torralba, 2021). Aunque la evidencia científica muestra la alta probabilidad de malos tratos en menores con discapacidad o dependencia (Jones, 2012), aún hay una falta real de conocimiento que permita detectar las situaciones de sufrimiento en pacientes y si este se puede atribuir a una acción u omisión por parte de los familiares cuidadores.

La trabajadora social sanitaria tiene un papel importante en la sensibilización y formación de otros profesionales sanitarios en relación con la obligatoriedad ética y legal de protección de los niños y niñas.

3.2. Cuestión de modelo

Teniendo en cuenta la complejidad de la realidad social actual, el conocimiento de las fuentes teóricas permite una mayor reflexión sobre los fenómenos humanos y sociales. Los modelos en Trabajo Social son una herramienta de análisis, comprensión y predicción que permiten entender y analizar el caso (objetivos teóricos) así como orientar la intervención (objetivos de acción). No exentos de crítica, a veces por falta de concreción y pautas claras, los modelos permiten una aproximación estructurada y una reflexión de los problemas sociales. Son una red de seguridad para los profesionales, una articulación entre diferentes enfoques que permite el acompañamiento acompasado a los pacientes y sus familias (Ranquet, 1996).

En la atención paliativa pediátrica, el modelo de intervención en crisis permite la aproximación en momentos de malas noticias y también el trabajo en momentos de cambio o pérdida brusca (transición a hospital de adulto, alta del programa, escolarización, situación de final de vida). El modelo centrado en tareas ofrece un marco temporal concreto a la resolución de un problema específico. El modelo sistémico facilita la mediación en caso de disfunciones familiares que influyen de manera negativa en el tratamiento y bienestar del paciente. Los tres anteriores estarán bajo el paraguas de los modelos biopsicosocial y de gestión de caso integrando la visión crítica y permitiendo así el continuum asistencial.

Sin embargo, la apuesta por el modelo de intervención biopsicosocial está todavía en construcción. Se requiere en nuestro escenario posmoderno una actitud combativa con el fin de no perpetuar intervenciones anquilosadas en el sistema burocrático.

4. La trabajadora social sanitaria en un servicio de atención paliativa pediátrica

La unidad de cuidados paliativos pediátricos del hospital Sant Joan de Déu de Barcelona se creó en 1991. Es en 2019 que se articula con el equipo de atención al paciente crónico complejo y se establece el Servicio de Atención Paliativa y Paciente Crónico Complejo.

El servicio actual se configura con un perfil multidisciplinar (pediatra, enfermera, psicóloga, trabajadora social sanitaria y agente espiritual) y se desarrolla con un modelo de intervención interdisciplinar. La dotación vigente permite el seguimiento de pacientes en el hospital y en sus domicilios y escuelas, atención médica 24 horas todos los días de la semana, y la coordinación y participación con agentes comunitarios. Actualmente hay dos trabajadoras sociales sanitarias a tiempo completo y una a tiempo parcial.

Para poder dar respuesta a la alta complejidad y distintos perfiles en función de la patología, el servicio está dividido en tres equipos:

- Paciente con enfermedad oncológica, mujeres embarazadas con un diagnóstico prenatal, neonatos, enfermedades multiorgánicas.
- Paciente con enfermedad neurológica (estática o neurodegenerativa).
- Paciente con dispositivos específicos (ventilación mecánica, nutrición parenteral), piel de mariposa.

Ante el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad grave de un hijo o hija la familia tiene que hacer frente a una serie de tareas (Claramonte et al., 2011):

- *Cognitiva*: resituarse, entender la situación de forma realista, identificar los obstáculos prácticos.

- *Afectiva*: búsqueda del apoyo necesario en la gestión de emociones.
- *Activa*: puesta en marcha de recursos personales y del entorno para dar respuesta a problemas y necesidades detectados de orden práctico u organizativo relacionados con los cambios y la ruptura de rutinas que se generan por las visitas hospitalarias, los gastos no previstos, las necesidades de otros hijos o hijas u otros familiares dependientes, y la falta de tiempo para el autocuidado o desarrollo profesional o personal.

Por ello, cuando se inicia el seguimiento de un nuevo paciente la trabajadora social sanitaria realiza una *valoración social sanitaria* en la que se recogen y se analizan los elementos constitutivos de la situación. Posteriormente se realiza un *diagnóstico social sanitario* que forma parte del plan de intervención del equipo. El *plan de trabajo* de la trabajadora social sanitaria está consensuado con la familia y es coordinado con el territorio con los siguientes objetivos: reducir el impacto del diagnóstico, pronóstico, discapacidad o dependencia, acompañar y facilitar el proceso de adaptación, prevenir situaciones de riesgo social (Hernández y Toro-Pérez, 2020). Cabe destacar que en el caso de pacientes que llegan a la edad adulta la trabajadora social sanitaria tiene el rol de gestora de la transición al sistema de adultos. La intervención social se concreta en:

- *Acompañamiento social*: relación de apoyo en un proceso de cambio. Encuentro, expresión y gestión emocional. Presencia en los procesos de toma de decisiones.
- *Educación y promoción*: trabajo de habilidades, capacidades y recursos personales de las familias en el cuidado. Promoción y prevención en salud.
- *Prevención de la vulnerabilidad*: detección de necesidades básicas no cubiertas, acompañamiento en la gestión de recursos personales, técnicos y materiales. Anticipación de momentos de crisis y de la sobrecarga física y emocional.
- *Tratamiento social*: perspectiva clínica y monitorización intensiva ante situaciones de alta vulnerabilidad o riesgo.
- La *gestión de recursos materiales no es un fin en sí mismo* y responde a unos objetivos concretos del plan de trabajo. Las ayudas económicas y materiales locales o estatales se rigen por criterios determinados previamente. La trabajadora social sanitaria asesora, orienta e informa sobre las gestiones a realizar, no sustituye a las familias en su tramitación.

La trabajadora social sanitaria participa de la dinámica del equipo asistiendo a los pases clínicos diarios, a las reuniones de discusión de casos y toma de decisiones, a las sesiones de autocuidado y supervisión y a los encuentros organizativos. De esta manera, su visión no solo está presente en la intervención directa y asistencial, sino que forma parte de

procesos docentes, de organización, de investigación y de reflexión ética (Hernández y Pellicer, 2022).

5. La XAPPI: Red de Atención Paliativa Pediátrica Integral en Cataluña

En 2020, y tras un tiempo de trabajo donde participaron profesionales de los hospitales Sant Joan de Déu, Vall d'Hebron y Parc Taulí, se publica el *Modelo organizativo de atención integral a la población infantil y juvenil con necesidades paliativas y en situación de final de vida* (Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud, 2020). El documento explicita, entre otros aspectos:

- La existencia de equipos especializados en los hospitales de referencia de la comunidad (SAPPI).⁵
- La manera de identificar a los pacientes tributarios y los criterios que generan complejidad médica, social, psicológica y espiritual.
- La necesidad de equipos con carácter multidisciplinar y un modelo biopsicosocial y espiritual.
- La importancia de equipos configurados por profesionales con formación específica.
- El desarrollo de una red de atención paliativa en toda Cataluña con participación de todos los ámbitos sanitarios.
- La puesta en marcha de programas formativos.

Desde su publicación se han ido dando pasos en la elaboración de protocolos, plan formativo, identificación de referentes territoriales y estructuración de la asistencia. Para poder concretar dicho modelo se han creado grupos de trabajo interdisciplinares, pero también por disciplinas.

Actualmente, las trabajadoras sociales y las psicólogas de los tres SAPPI están trabajando en la identificación de los factores psicosociales que inciden de manera directa en la complejidad de cada caso, la definición de los criterios de alta vulnerabilidad social y riesgo y la cartera de servicios. Todo ello sin olvidar una visión más comunitaria para poder potenciar cambios sociales que faciliten el cuidado de estos niños y niñas.

6. Oportunidades y desafíos para el Trabajo Social sanitario en el desarrollo de la red

Como señalan Barudy y Dantagnan (2005), uno de los aspectos más importantes para el correcto desarrollo de cualquier persona es el cuidado y la protección que ha recibido durante su infancia.

Las relaciones afectivas y la atención proveen a los niños y niñas de un entorno amortiguador de situaciones de estrés. Cuando se hacen presentes la enfermedad, la discapacidad y/o dependencia y la necesidad

de cuidados específicos las familias tienen que hacer frente a un proceso de adaptación continuado ante posibles síntomas cambiantes, la falta de apoyo institucional, la descoordinación entre administraciones y el miedo a un posible desenlace fatal.

La inclusión de la trabajadora social sanitaria en todo el proceso de creación y elaboración del primer documento catalán ha permitido, además de explicitar en este todos los aspectos sociales importantes, proyectar el que será su papel en el futuro. La participación de todas las trabajadoras sociales sanitarias de las SAPPI, expertas en el ámbito, en el desarrollo de la red (XAPPI) garantiza una perspectiva social que huye de la visión de túnel que se encuentra con facilidad en el ámbito clínico.

Aun así, la realidad de las trabajadoras sociales de cuidados paliativos pediátricos es diversa. Estas dependen de las diferencias estructurales de cada servicio, del conocimiento de la disciplina del Trabajo Social por los gestores clínicos o de la falta de interés de las instituciones por la especialización. Es por estas y otras razones que el desarrollo de la red de cuidados paliativos pediátricos en Cataluña puede tornarse al color de los obstáculos y dificultades o convertirse en un campo fértil de oportunidades y espacios de innovación social.

6.1 El valor añadido de la trabajadora social sanitaria (formación y especialización)

La trabajadora social sanitaria de cuidados paliativos pediátricos debe disponer de conocimientos básicos en la intervención social en el entorno sanitario. También tiene que estar especializada en el campo de conocimiento que es la muerte en la edad pediátrica. Para poder acompañar asegurando que se conocen todos los matices de lo que supone la pérdida de un hijo o hija hace falta formación en aspectos emocionales, relacionales y comunicativos, diversidad cultural, ética y bioética, espiritualidad y religión y procesos de duelo.

Pero la falta de formación específica en intervención social en cuidados paliativos pediátricos en el país es un hecho. Ante la sed de conocimiento, las trabajadoras sociales tienen que optar por formación de otros países que no estará adaptada al contexto social y cultural propios. Tal como introdujo el sociólogo Abbot (1993), el desarrollo de cualquier profesión tiene que darse en relación con el sistema relacional, social y cultural en el que se circunscribe.

Existirá la docencia que puedan ofrecer las trabajadoras sociales sanitarias en activo actualmente. Pero, aunque sean las que pueden aportar su experiencia, esta podría estar sesgada por la falta de referentes previos o encuadrarse en congresos o programas donde el Trabajo Social tenga una presencia anecdótica. Sin olvidar que habría siempre una falta de posibilidad de realizar práctica e ir más allá de la teoría. Es incluso desconcertante que el único máster en cuidados paliativos pediátricos del país, pese a contar con trabajadoras sociales entre sus docentes, solo disponga de itinerario médico y de enfermera obviando las necesidades

de las profesionales de lo psicosocial. Esto muestra un claro perjuicio y va en contra del modelo integral que se espera de los equipos. Como consecuencia, cuando se necesita una nueva trabajadora social sanitaria para cuidados paliativos pediátricos, se le están pidiendo estudios o formación en cuidados paliativos de adultos –en un intento de justificar que “al menos se tiene algo”– obviando que son dos mundos tan distintos como lo son la geriatría y la pediatría entre ellas, pues los cuidados paliativos pediátricos se construyen en un modelo distinto al de adultos (Jones, 2008).

Por supuesto, no hay que olvidar que el máster de Trabajo Social Sanitario permite una base sólida para la intervención en el ámbito de la salud. Sería un primer paso imprescindible para iniciar la formación específica. También las propuestas que pueden ofertarse desde la Asociación Española de Cuidados Paliativos Pediátricos. Otra idea interesante para poder obtener un bagaje teórico y práctico serían las estancias formativas en otros hospitales. Estas permiten encuadrar desde el punto de vista sociocultural la intervención y observarla de manera directa. Pese a ello, no todas las instituciones facilitan a sus trabajadoras sociales sanitarias –cuando sí a otros perfiles profesionales– ausentarse de sus puestos de trabajo una o dos semanas para recibir formación, mucho menos subvencionan los gastos que se ocasionan.

Esto remite al posible supuesto de una falta de conciencia de las instituciones hacia los beneficios de la alta especialización de las trabajadoras sociales sanitarias. Aunque ante una urgencia o una situación sin complejidad un psiquiatra podría asistir un tema digestivo si se diagnostica una apendicitis aguda será mejor contar con un cirujano que con un psiquiatra. Lo mismo tendría que entenderse en el Trabajo Social: para una situación de urgencia social, para una intervención puntual, para el acompañamiento de la cronicidad, cualquier trabajadora social sanitaria puede y debe poder asumir el caso. Pero ante la muerte en la edad pediátrica (y tantas otras situaciones de alta complejidad e impacto emocional en pediatría) poder contar con trabajadoras sociales especializadas con competencias, herramientas y sensibilidad asegurará una intervención de calidad y el poder dar respuesta a las necesidades de pacientes, familias y otros profesionales (Sumser et al., 2015).

Es por tanto un buen momento, con el desarrollo de la red catalana, para diseñar programas formativos basados en la evidencia científica existente, en experiencias internacionales y en el conocimiento de las trabajadoras sociales sanitarias que han ido poniendo las bases de los cuidados paliativos en nuestro país. Se propicia también una oportunidad para poder reivindicar la importancia de la especialización como valor añadido en el acompañamiento de las situaciones más complejas.

6.2. El papel del tercer sector: de la dependencia a la excelencia

Las asociaciones, fundaciones y otras organizaciones del tercer sector han sido de vital importancia en el desarrollo de estructuras complejas de atención a la vulnerabilidad social. Sin su apoyo continuado serían muchas las familias que hoy no podrían disponer de los mínimos recursos para cubrir necesidades básicas. Sin olvidar, por supuesto, el gran papel en cooperación internacional, lucha contra la prostitución y cuidado del medio ambiente, entre tantos otros. Aun así, su propia existencia nos remitiría a la falta de un interés real de la administración pública por asegurar la dignidad en la vida de las personas, al enmascaramiento benéfico de una externalización de servicios, al voluntariado que sustituye la fuerza del trabajo asalariado, a un posible modelo asistencialista y paternalista, a la falta de colaboración entre ellas o a la dependencia de las subvenciones públicas (Fantova, 2006).

Para muchos servicios de atención paliativa pediátrica, las trabajadoras sociales sanitarias son una figura con la que no se puede contar desde el sistema público. Se acepta entonces la colaboración de las cedidas por entidades del tercer sector. Esto implica un agravio comparativo entre las condiciones laborales (sueldo, horarios, formación) de trabajadoras sociales contratadas por una entidad y cedidas a un hospital y las propias del sistema sanitario. Pese a que realizan las mismas tareas. En cuanto a información, protección de datos y confidencialidad, aunque se blinden los convenios entre el tercer sector e instituciones públicas, se facilita un flujo de datos personales de pacientes y familias que salen del entorno sanitario y quedan registrados en programas y sistemas de entidades ajenas al sistema público.

Por último, y quizá el punto más importante para el acompañamiento a familias, está la cuestión del modelo. Las instituciones no gubernamentales tienen idearios y valores propios que no siempre estarán alineados con la esencia del Trabajo Social: la beneficencia y la caridad aún existentes son un ejemplo. Esto implicaría una diferencia en la tipología de intervención en función de las necesidades de las entidades y no tanto de las familias. Esta situación puede también dar lugar a la creación de sucursales de las entidades en los hospitales con planes de trabajo paralelos, dificultad para la comunicación entre profesionales del equipo y los cedidos, problemas para reconocer en qué casos hay que hacer intervención compartida e integrada y en cuáles no, inversiones económicas hacia proyectos que podrían no responder a las demandas de las familias o incluso no basarse en la evidencia científica actual.

Y todo ello sin contar que puede ser complejo para la trabajadora social externa implicarse en los procesos del hospital, participar en el servicio de Trabajo Social y disponer por tanto de supervisión y formación específicas.

Sin embargo, este tipo de cesiones siguen existiendo porque siempre será más barato contratar directamente que no dar el dinero al hospital para que contrate con su propio convenio y normativa. También quizá podría responder a la necesidad de hacer visible una colaboración con

instituciones de prestigio generando publicidad y así posiblemente un aumento de donaciones.

Y pese a poner sobre la mesa todos estos aspectos de matiz gris cabe destacar que no hay ninguna duda de que sin las entidades del tercer sector los cuidados paliativos pediátricos ni se hubieran desarrollado como lo han hecho ni se podrían mantener tal como lo hacen. Las fundaciones y asociaciones colaboradoras se adaptan a cambios sociales emergentes a una velocidad pasmosa imposible de igualar por la administración pública (caracterizada por un funcionamiento más rígido y lento), hacen un esfuerzo por recaudar fondos para causas muchas veces consideradas imposibles, son expertas en coordinaciones eficaces y concretas, se posicionan en primera línea acompañando en la reclamación de derechos, se preocupan del autocuidado de los profesionales facilitando espacios de supervisión, lúdicos, de descompresión. Sin ellas, actualmente no sería posible cubrir muchas de las necesidades básicas de la infancia en riesgo que además transita una enfermedad limitante. Su presencia es imprescindible.

Quizá sea el momento de proponer una reflexión sobre cómo realizar las colaboraciones y convenios para asegurar que puedan seguir siendo útiles a la sociedad y dando respuesta a problemáticas olvidadas por la mayoría. Todo ello sin generar desigualdad para profesionales y familias, sin crear dependencias, sin alejarse de la evidencia científica y de los principios éticos del Trabajo Social y evitando cualquier carácter benéfico o asistencialista.

7. Conclusiones

Negar la existencia de la muerte en la infancia solo puede suponer un obstáculo en la provisión de las mejores atenciones en un proceso que demanda ser cuidado. Los equipos de cuidados paliativos pediátricos disponen de una posición privilegiada para detectar los aspectos psicosociales protectores durante la enfermedad, la muerte y el duelo. La presencia de los profesionales “de lo psicosocial” será imprescindible para asegurar una visión integral y una intervención respetuosa con la diversidad familiar, social y cultural.

La trabajadora social sanitaria dispone de competencias para el acompañamiento al final de la vida pudiendo afianzar espacios de cuidado, expresión emocional y gestión de recursos personales. Su inclusión plena en los equipos debería asegurarse tanto en forma (mismos horarios, participación en todas las dinámicas y organización) como en contenido (reconocimiento de su especialización esté en el hospital, en un centro de atención primaria o en un centro de atención intermedia) para poder ofrecer una cartera de servicios adaptada al resto del equipo multidisciplinar y a las necesidades reales de las familias. El sistema tiene que asumir que las trabajadoras sociales del ámbito deben ser consideradas profesión sanitaria y estar contratadas por el ente público, respetando la ratio necesaria para la mejor atención a las familias.

Es por esto que de manera concreta se tienen también que comprender y respetar desde las instituciones las especificidades de la intervención social en este ámbito: lo imprescindible de la especialización y el equipo multidisciplinar, los beneficios de las visitas domiciliarias, la coordinación continuada con las compañeras de servicios sociales y centros de atención primaria, la importancia de la formación continua, el contacto con equipos de otros países y la difusión del trabajo realizado (investigación, docencia).

La publicación del documento de la XAPPI ha permitido concretar el modelo, reflejo de tantas experiencias previas de éxito. El desarrollo de la red catalana de cuidados paliativos pediátricos abre las puertas a afianzar los pasos dados por tantas trabajadoras sociales sanitarias hacia el respeto a la dimensión relacional, emocional y social de pacientes y familias.

Referencias bibliográficas

- Abbott, A. (1993) The sociology of work and occupations. *Annual Review of Sociology*, 19(1), 187-209.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia, parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Campbell, S., Moola, F., Gibson, J., Petch, J., y Denburg, A. (2022). The unspeakable nature of death and dying during childhood: a silenced phenomenon in pediatric care. *Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-20. <https://doi.org/10.1177/00302228211067034>
- Claramonte, M. A., González, R., Nadal, D., Pou, N., y Rams, S. (2011). *La intervención social en la enfermedad crónica infantil*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Colom, D. (2010). *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*. Siglo XXI.
- Connor, S. R., Downing, J., y Martson, J. (2017). Estimating the global need for palliative care for children: a cross-sectional analysis. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 53(2), 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.020>
- Fantova, F. (2006) Tercer sector e intervención social: trayectorias y perspectivas. *Revista de Trabajo Social*, 73, 7-29. <https://doi.org/10.7764/rts.73.7-29>
- Follari, R. (1988). Interdisciplinariedad: la necesidad de una aproximación teórica y el origen histórico de la cuestión. En E. Ander-Egg, y R. Follari, *Trabajo social e interdisciplinariedad* (p. 13-24). Humanitas.

- Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. (2020). *Modelo organizativo de atención integral en la población infantil y juvenil con necesidades paliativas y en situación de final de vida: Red de atención paliativa pediátrica integral*. Scientia. Depósito de Información Digital del Departamento de Salud. Recuperado 28 octubre 2020, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6120/model_organitzatiu_atencio_integral_poblacio_infantil_juvenil_amb_necessitats_paliatives_en_situacio_final_vida_2020_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Hernández, B. S. (2020). Trabajo social sanitario en cuidados paliativos pediátricos. Mirando más allá del horizonte. *Revista Trabajo Social y Salud*, 95, 53-66.
- Hernández, B. S., y Pellicer, E. (2022). De la beneficencia a la ciencia, de la moral a la ética. Conflictos en la intervención social en atención paliativa pediátrica hoy. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.14422/rib.i18.y2022.003>
- Hernández, B. S., y Toro-Pérez, D. (2020). Atenció psicosocial en cures pal·liatives pediàtriques. *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, 80(1), 25-30.
- Hernández, B. S., y Torralba, J. M. (2021). Los buenos tratos a la infancia: aportaciones desde el Trabajo Social Sanitario en Cuidados Paliativos Pediátricos. En A. S. Jiménez, J. Cáceres, M. Vergara, E. M. Rainha, y M. A. Martín (Coord.), *Construyendo juntos una escuela para la vida* (p. 580-587). Dykinson, S. L.
- International Children's Palliative Care Network. (2015). *What is Children's Palliative Care?*. Recuperado 28 octubre 2002, de <https://www.icpcn.org/about-icpcn/what-is-childrens-palliative-care/>
- Jones, B. (2008). Pediatric Palliative and End-of-Life Care : The Role of Social Work in Pediatric Oncology. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1(4), 35-62. https://doi.org/10.1300/J457v01n04_04
- Jones, L. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities. *The Lancet*, 380, 899-907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- Navarro, S., Ortiz, J., y Caritg, J. (2015). Estimació dels casos de mort tributàries de cures pal·liatives pediàtriques. *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, 75(1), 12-18.
- Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social: intervención con personas y familias*. Siglo XXI.
- Remke, S. (2012). Team collaboration in pediatric palliative care. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 8(4), 286-296. <https://doi.org/10.1080/15524256.2012.735551>

- Simon, T. (2012). Pediatric hospital medicine and children with medical complexity: Past, Present, and Future. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 42, 113-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2012.01.002>
- Sumser, B., Remke, S., Leimena, M., Altilio, T., y Otis-Green, S. (2015). The serendipitous survey: a look at primary and specialist palliative care social work practice, preparation and competence. *Journal of Palliative Medicine*, 18(10), 881-883. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0022>

Reminiscence: creación de arte mediante memorias y emociones. El uso de la inteligencia artificial en la práctica de la intervención social

Reminiscence: creation of art using memories and emotions. Using artificial intelligence for the practice of social intervention

David Prades Gómez¹

ORCID: 0000-0001-6096-0087

Recepción: 26/07/22. Revisión: 14/09/22. Aceptación: 24/11/22

Para citar: Prades Gómez, D. (2022). Reminiscence: creación de arte mediante memorias y emociones. El uso de la inteligencia artificial en la práctica de la intervención social. *Revista de Treball Social*, 223, 139-158. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.07>

Resumen

Con este artículo se pone en contexto la situación de las personas mayores y personas mayores con Alzheimer junto con las características generales que presentan y diferentes investigaciones que buscan mejorar el bienestar de estas. Se hace una revisión que expone la situación de cómo la tecnología puede favorecer el estado de ánimo en la vejez, introduciendo diferentes investigaciones y proyectos sociales innovadores, haciendo hincapié en la intervención social a través de la inteligencia artificial. El mundo y la sociedad avanza a diario, es por eso por lo que la intervención y el ámbito social debe adaptarse a estos cambios, innovando en la forma con la que intervenimos con las personas, aprendiendo de intervenciones y modelos que nos han llevado hasta el día de hoy.

Palabras clave: Intervención social, innovación social, inteligencia artificial, personas mayores con Alzheimer, estado de ánimo, bienestar.

¹ Trabajador social interesado en innovación, nuevas tecnologías y arte. davidpradesgomez@gmail.com

Abstract

This paper strives to place in context the circumstances of the elderly and elderly people with Alzheimer's, while also setting out the general characteristics they bear and detailing various research projects that seek to improve the wellbeing of these elderly persons. A review is conducted which reveals how technology can favour mood in old age, introducing different lines of research and innovative social projects, emphasising social intervention through artificial intelligence. The world and society are evolving on a daily basis; hence, intervention and the social field must adapt to these changes, innovating in the way we intervene with people, without overlooking the interventions and models that have led us to the present day.

Keywords: Social intervention, social innovation, artificial intelligence, elderly people with Alzheimer's, mood, wellness.

1. Introducción

Este artículo es una narrativa sobre la intervención social desde el Trabajo Social sobre la vejez y las personas mayores, poniendo en contexto las problemáticas que existen y como a lo largo de las décadas diferentes investigaciones dirigidas por una gran variedad de profesionales buscan la forma de mejorar el estado de ánimo y el bienestar de estas.

Se introduce y contextualiza cómo la tecnología favorece y participa en la práctica de la intervención social, completando las historias sociales mediante la representación artística de hechos significativos de las personas con las que intervenimos, generando impactos positivos tanto en residentes como en profesionales.

Continúa con la explicación de cómo la inteligencia artificial, parte de los últimos avances tecnológicos en el mundo, puede ser utilizada desde el ámbito social, haciendo una breve explicación de en qué consiste y hasta dónde puede llegar.

Finalmente, se presenta Reminiscence, un proyecto social-tecnológico que se realiza en un centro residencial de Sant Cugat, que permite poder expresar emociones, sentimientos, recuerdos, memorias, creatividad e imaginación en forma de arte, haciendo una aproximación a cómo puede desarrollarse la intervención social en un futuro no muy lejano. Se desarrolla la metodología utilizada para la realización del proyecto, expone una muestra de los resultados y concluye con unas reflexiones finales.

2. La vejez, características e investigaciones

Todo ser humano desde que nace experimenta el proceso de madurez, pasando por diferentes fases a lo largo de la vida. La etapa final de los humanos es la vejez, donde se experimentan “cambios biológicos, psicológicos y sociales, cabe destacar que estos cambios no afectan a todas las personas por igual” (Ávila et al., 2014, párr. 7).

Los cambios biológicos y físicos son los más significativos, como consecuencia del deterioro corporal, haciendo que “se vuelva vulnerable físicamente ante situaciones que antes desarrollaba sin ningún problema” (Papalia, 2009, citado por Ávila et al., 2014, párr. 7). En la esfera social se ven afectadas las relaciones interpersonales, es común presentar pérdidas de interés en las actividades sociales, participando de forma menos activa en la sociedad o la familia. Pero son los cambios psicológicos los que mayor impacto generan en la “manera de pensar, la pérdida de memoria, capacidades intelectuales y afectivas” (Ávila et al., 2014, párr. 8). Tal vez, los cambios a los que está determinado a exponerse conforme avanza la edad son el mayor reto, “debido a que esta etapa es considerada como una etapa de decremento en las habilidades, pasividad, deterioro y enfermedad” (González, et al., 2010, citado por Ávila et al., 2014, párr. 9), experimentando nuevos acontecimientos y roles que determinarán el futuro de cada uno.

Este proceso biológico es estudiado por la ciencia como gerontología, que “es la disciplina científica que estudia los procesos y problemas que atraviesan las personas de la tercera edad, desde diferentes perspectivas y campos” (Mecohisa, 2019, párr. 4). Aborda el proceso del envejecimiento desde todas las perspectivas, mentales, sociales y físicas, observando cómo estas son afrontadas por las personas e instituciones. Se estudia el envejecimiento en toda su extensión con “dos objetivos principales: prolongar la vida y mejorar la calidad de vida” (Mecohisa, 2019, párr.8).

En esta etapa el estado de salud es más delicado, se es más vulnerable y existe un riesgo más alto de sufrir diferentes enfermedades y patologías. Son varias las enfermedades más comunes en personas mayores, como el Alzheimer, el Parkinson, la fibromialgia, la hipertensión o la depresión, entre otras, pero

pese a que estas enfermedades son muy habituales en personas mayores, todo el cúmulo de avances, innovación tecnológica y desarrollo para mejora de la calidad de vida ha permitido poder hacer frente con mayores oportunidades a estas enfermedades. Tanto para superarlas como para sobrellevarlas de la mejor manera posible (Fundación Fass, 2020, párr. 5).

Uno de los principales objetivos para los profesionales de la gerontología es determinar, mediar y motivar un envejecimiento enfocado al bienestar de las personas mayores. Se está modificando la manera de participar e intervenir con este colectivo, innovando en la forma de trabajo y de abarcar diferentes problemáticas presentadas por estos. La sociedad no deja de avanzar y eso comporta que cada vez más personas se encuentren en la etapa de la vejez, a la vez que surgen nuevas oportunidades.

El creciente envejecimiento poblacional plantea la necesidad de profundizar el conocimiento de los distintos factores que influyen en su desarrollo positivo, ya que no se trata solo de vivir más años sino también de que sean vividos de manera plena (Arias y Soliveréz, 2009, p. 3).

Es por eso por lo que “en las últimas décadas se han realizado múltiples investigaciones que han avanzado en la comprensión de los aspectos asociados al bienestar en la vejez” (Arias y Soliveréz, 2009, p. 3). Son varios los estudios en los que “se demuestra que el bienestar subjetivo como medida global no se modifica con la edad, a pesar de poder presentarse cambios condicionalmente poco importantes en algunas dimensiones” (Villar et al., 2003, citado por Arias y Soliveréz, 2009, p. 14). Por otra parte, estudios longitudinales y transversales describen que el afecto negativo disminuye cuando la persona envejece. Investigaciones de Mroczek y Kolarz (1998) concluyen que las personas de tercera edad presentan niveles más elevados en afecto negativo (infelicidad) respecto a los adultos jóvenes.

Además, han sido investigadas diferentes relaciones que aportan bienestar con variables como la actividad social (Okun et al., 1984, citado por Arias y Soliveréz, 2009, p. 14), la autoestima (Izal y Montorio, 1993,

citado por Arias y Soliveréz, 2009, p.14), variables sociodemográficas, el estado funcional y la salud (Izal y Montorio, 1993) el nivel y estilo de vida (García-Viniegras y González Benítez, 2000, citado por Arias y Soliveréz, 2009, p. 14), el funcionamiento del *self* (Liberalezzo Neri, 2002, p. 14), el apoyo social (Arias, 2004; Muchinik, 1984, p. 14) y los rasgos de la personalidad (Chico Librán, 2006, p. 14).

Uno de los mayores conceptos ligados al bienestar es el estado de ánimo y la depresión, que “es un grave problema de salud en la vejez que tiene un mal pronóstico (Licht-Strunk et al., 2007) y que disminuye la calidad de vida de las personas mayores” (Blazer, 2003, citado por Afonso y Bueno, 2010, p. 213). Es por eso por lo que la intención de este escrito es exponer cómo a través de la tecnología se puede intervenir socialmente de una manera innovadora, provocando una mejora del estado de ánimo y, en consecuencia, potenciar el bienestar de estas personas.

3. ¿Cómo la tecnología puede favorecer el bienestar de las personas mayores?

Desde años atrás, la evolución tecnológica avanza de forma rápida, amplia y profunda, transformando todos los sectores profesionales y generando una implicación en la sociedad de una forma sigilosa e invisible mediante la comodidad, la normalidad y la mejora fácil de actividades y servicios. “Han entrado irreversiblemente en muchos ámbitos de la vida cotidiana de los seres humanos, debido a las facilidades, beneficios e inmediatez que estas aportan” (Obando, 2019, p. 10). A la vez, traen con ellas desafíos y cambios en la vida de las personas, en las que colectivos como las personas mayores pueden quedarse aislados por no adaptarse, puesto que “los cambios son tan rápidos que marcan un ritmo de vida exigente que a veces es difícil de alcanzar (...) pues ellos no nacieron en la era tecnológica” (Paz Reverol et al., 2016, citado por Obando, 2019, p. 10). Estos avances e innovaciones pueden crearles incertidumbre y hasta incluso rechazo, por lo que una buena aproximación puede facilitar, conectar y mejorar la vida de estas personas con su uso.

No obstante, cada vez es mayor el número de adultos mayores que utilizan la tecnología e internet para desarrollar las actividades cotidianas, así como mantenerse conectados con la familia y las amistades, utilizarla como una forma de ocio o adaptarse a la nueva forma de hacer trámites como solicitar citas médicas o gestiones bancarias. “Para las personas mayores el ser capaces de manejar las nuevas formas de tecnología debería volverse necesario con la finalidad de poseer mayor autonomía y capacidad en su vida diaria” (Obando, 2019, p. 11). Esto también provoca un bienestar psicológico debido al sentimiento de poder manejar la tecnología y lograr los nuevos retos que se les plantean.

En esta tesitura, surgen las oportunidades de poder intervenir con la sociedad mediante tecnología. Cuando la tecnología se convierte “en una aliada interesante para el bienestar de las personas mayores” (Muñagorri

y Tarazaga, 2019, párr. 1), surgen proyectos como el del uso de la realidad virtual para la mejora en la atención y el estado de ánimo de la gente mayor, como es el proyecto de Muñagorri y Tarazaga (2019). La forma en la que intervienen en su programa es aprovechar las ventajas que ofrece la realidad virtual, que pueden “modelar cualquier entorno o situación, lo que favorece que emerjan emociones, sensaciones, pensamientos y reacciones en las personas, similares a las que experimentaría ante eventos reales semejantes” (Muñagorri y Tarazaga, 2019, párr. 2).

En sus sesiones se ofrece un ambiente seguro donde poder experimentar el mundo de una manera alternativa, explorando a un ritmo personalizado. “Se trata de una forma de mejorar capacidades como la atención, la autoestima y el estado anímico” (Muñagorri y Tarazaga, 2019, párr. 5).

Entre los beneficios explorados por Muñagorri y Tarazaga (2019) se encuentran la mejora de la atención, la concentración, la memoria a corto plazo, el lenguaje y la optimización o mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas; la modificación en conductas agitadas, nerviosas, agresivas o de ansiedad, llevándolos a un estado más tranquilo; mejora su autoestima y estado de ánimo; apoyan el tratamiento analgésico, además de incidir de forma positiva en el estado de salud y percepción de la calidad de vida. Como se puede observar, si la tecnología se usa de una manera adecuada puede aportar beneficios en la salud y el estado de ánimo de las personas mayores.

La informatización y la digitalización no dejan de avanzar, surgiendo con ellas nuevas disciplinas y ámbitos que hasta hace bien poco no existían. Actualmente, tanto la inteligencia artificial como el big data se están convirtiendo en un gran apoyo para los trabajadores de diferentes ámbitos. Los algoritmos ayudan a los profesionales a extraer y entender conclusiones sobre problemáticas en menor tiempo, sugerir respuestas o diagnósticos, a leer informes o traducirlos a gran escala o a realizar mejores gestiones. Además de las mejoras en los ámbitos profesionales, también facilita todas las esferas de nuestra sociedad a través de la accesibilidad, la comunicación e información y el bienestar.

No solo en los sectores tecnológicos se trabaja en contacto con la inteligencia artificial, esta también fortalece y mejora la práctica de los demás ámbitos, como son los de la salud y los sociales, como se ve reflejado en el ejemplo de Muñagorri y Tarazaga (2019).

Según Codina (2020) cuando redacta “por qué la inteligencia artificial transformará los servicios sociales” expresa que

En el ámbito de los servicios sociales hay cada vez más iniciativas que intentan aprovechar el potencial de la inteligencia artificial para fortalecer y perfeccionar los servicios públicos y los sistemas de bienestar, y contribuir a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. (p. 98)

Centrándonos en la inteligencia artificial, es aquella tecnología con características o capacidades que antes solo podían ser desarrolladas por la inteligencia humana. “El término se aplica cuando una máquina imita

funciones cognitivas que los humanos asocian con otras mentes humanas, como aprender o resolver problemas” (Gestión, 2018, p. 1). La inteligencia artificial se desarrolla a partir de algoritmos, con capacidades para aprender y desarrollar a partir de ejemplos suministrados, aportándoles conocimientos y experiencia en la toma de decisiones.

Estos conocimientos y experiencias son recogidos y almacenados a través de redes neuronales, un “elemento computacional de procesamiento, como unidades similares a las del cerebro humano, que tienen la capacidad de procesar información y aprender de ella” (Hilera, 1995, citado por Matich, 2001, párr. 4). Este tipo de procesamiento recientemente ha sido desarrollado de forma en que, a través del almacenamiento de millones de imágenes, puedan generarse otras imágenes, en este caso guiadas a partir de texto.

La inteligencia artificial capaz de generar imágenes realistas mediante cualquier tipo de palabra o frase abre muchas posibilidades. Estas posibilidades se desarrollan para diferentes ámbitos como el diseño, el arte o los videojuegos, pero también es posible intervenir desde el campo social y extraer la utilidad que esta tecnología nos ofrece.

4. Reminiscence, la conexión entre la inteligencia artificial y la intervención social

Reminiscence es un proyecto que utiliza inteligencia artificial generativa para intervenir con personas mayores y personas con Alzheimer en una residencia ubicada en Sant Cugat, previamente probada en diferentes centros en Barcelona con buenos resultados. Los programas que se utilizan para la generación de imágenes son DALL·E 2 y Stable Diffusion. Este tipo de herramienta “ha aprendido la relación entre imágenes y el texto utilizado para describir estas” (OpenAI, 2022, párr. 6) con las que podemos crear representaciones realistas combinando conceptos, atributos y estilos.

Los objetivos de este proyecto son varios. Por una parte, representar hechos significativos en las historias de vida de las personas residentes mediante la creación de arte y, a la vez, trabajar la reminiscencia, “que se basa en la influencia de los recuerdos sobre el estado de ánimo, presentando un elevado potencial terapéutico para el tratamiento de la sintomatología depresiva en la vejez” (Bohlmeijer et al., 2003; Bohlmeijer, et al., 2005, citado por Afonso y Bueno, 2010, p. 213), además de potenciar la imaginación y la creatividad, permitiendo a las personas expresarse libremente.

Por otra parte, conectar a las personas mayores con la tecnología e intentar reducir la brecha digital que se produce a medida que se desarrollan nuevos avances. Es una forma de innovar la manera de intervenir socialmente, como dice Codina (2020), “en una sociedad mucho más compleja, con nuevas exigencias y formas de vulnerabilidad social, innovar en esta dirección ya no es una opción, sino una necesidad” (p. 98). Progresar

y mejorar la intervención social es algo implícito en todos/as los/as trabajadores/as sociales. La mejor forma de aprender y evolucionar es desarrollar nuevas iniciativas mediante proyectos e investigaciones que nos lleven a nuevos conocimientos, perspectivas y prácticas, las cuales moldearán y darán forma a una futura e innovadora intervención con las personas. Necesitamos respuestas a problemáticas existentes, pero también es necesario prepararse para abarcar nuevas problemáticas que se desarrollen en un futuro. Es por eso por lo que adaptarse a utilizar nuevas formas de intervención con herramientas innovadoras puede ayudarnos a abarcar estas nuevas problemáticas.

“Las potencialidades de la reminiscencia como estrategia de reducción de la sintomatología depresiva se pueden relacionar con la tendencia hacia la sobregeneralización de la recuperación autobiográfica” (Afonso y Bueno, 2010, p. 213). Una de las funciones del Trabajo Social en el ámbito residencial, y no solo en este específicamente, es conocer las historias de vida de los residentes del centro donde ejerce la práctica profesional.

La historia social es el primer documento utilizado por los trabajadores/as sociales, desde perspectiva histórica, siendo Mary Richmond la que propuso sistematizar el conocimiento de las personas con las que se intervendría y la confección de la historia social, convirtiéndose en el documento más básico del expediente (Nieto, 2021, párr. 3).

Esta intervención permite conocer los hechos más importantes en la vida de los residentes que influyen en la situación presente, además de ser útil para la elaboración de diagnósticos sociales, facilitar el seguimiento profesional, etc. Reminiscence completa la historia social mediante representaciones artísticas de los hechos significativos a través de imágenes, que nos ayudan a mejorar la intervención aportando beneficios tanto a residentes como a profesionales.

Los beneficios en los residentes son significativos a la hora de romper la brecha digital, poniéndolos en contacto con la tecnología más avanzada y reciente. Esto también influye en mejoras del estado de ánimo, ya que el proceso de creación y el sentimiento de pertenencia a la imagen obtenida, generada por ellos mismos, les causa un sentimiento positivo. Asimismo, estas imágenes son creadas desde su mente, por lo que aporta mejoras cognitivas a la hora de trabajar la reminiscencia y la creatividad.

Para los profesionales, los beneficios que obtenemos son en la mejora de la relación y el vínculo con las personas con las que intervenimos. Conocemos de una forma más exhaustiva y obtenemos detalles que nos facilitan entender a la persona. Este vínculo genera y fortalece la confianza, la seguridad y el entendimiento mutuo, por lo que facilita las diferentes áreas que implica la práctica del Trabajo Social, como son la realización de diagnósticos sociales o el cumplimiento de trámites, entre otros.

El desarrollo de la actividad puede ser de forma individual o grupal realizándose a partir de conversaciones entre el profesional y las personas residentes. Se siguen preguntas abiertas y guiadas que van relacionadas

a obtener información y ofrecer un espacio donde puedan expresarse libremente. No son solo recuerdos y memorias lo que se obtiene mientras trabajamos la reminiscencia en la actividad, también creamos un espacio donde poder potenciar la creatividad y la imaginación del residente, creando imágenes sobre cualquier cosa que divague en la mente de estos. Desde paisajes y personajes 3D, hasta comidas, animales de compañía y dibujos de líneas para colorear. Las posibilidades para generar cualquier tipo de expresión artística residen en las capacidades creativas de cada uno.

La realización de la intervención variará según el estado cognitivo y anímico que presenten los residentes. La conversación será más abierta con personas que presenten mejores capacidades cognitivas y más guiadas cuando se trate de personas con Alzheimer o deterioro cognitivo, pero todos ellos pueden participar y vivenciar la actividad de una manera completa. A la vez, las prácticas en grupo suelen desarrollarse con personas que presentan mejores capacidades cognitivas, que también realizan las sesiones individuales, siendo más complicado realizarlo con personas con deterioro cognitivo ya que la atención y participación disminuye.

Las familias, de una forma más indirecta, también participan en la actividad corroborando y organizando la información obtenida de los pacientes sobre sus historias de vida. Además, surgen momentos emotivos donde conectan con su familiar, entendiendo el momento y la situación que viven, siendo a veces una sorpresa cuando no esperan que sus familiares puedan recordar ciertos hechos significativos o vivenciar como las obras de arte obtenidas se vinculan con la persona que las ha hecho, provocando diferentes emociones en ellos.

Esta intervención completa la herramienta base de los trabajadores sociales, la historia social, conociendo y representando “los hechos más importantes en la vida del usuario/a, que influyen en la situación” (Nieto, 2021, párr. 4) a la vez que nos sirve “para elaborar un diagnóstico social, facilitar el seguimiento profesional del cliente y permitir conocer la valoración de su problemática” (Nieto, 2021, párr. 4) y entender de una manera más profunda a la persona y poder comparar la evolución del deterioro a partir de cómo representa un mismo hecho significativo en diferentes momentos con el avance del tiempo.

5. Metodología

5. 1. Diseño del proyecto

Reminiscence es un proyecto piloto que usa una metodología cualitativa, “un método científico que estudia los significados subyacentes y patrones de relaciones sociales. Es decir, lo que hacen y dicen las personas en el panorama social y cultural” (Poveda, 2020, párr. 3). Surge y se configura desde el marco del Trabajo Social integrando el uso de la inteligencia artificial generativa. El contexto actual, donde la evolución tecnológica se incluye en una gran variedad de áreas en nuestras vidas, nos permite

combinar disciplinas tan diferentes enriqueciendo “la práctica profesional de los trabajadores sociales, quienes desde su formación interdisciplinar y su mirada holística a los problemas sociales pueden desempeñar su rol de agente de cambio en los complejos procesos de transformación social del siglo xxi” (Raya, 2017, párr. 2).

El objetivo principal del proyecto es completar las historias de vida de los residentes mediante representaciones artísticas en las que se recogen hechos significativos, memorias y recuerdos, trabajando la reminiscencia, y potenciando la creatividad e imaginación, permitiendo un espacio de libre expresión. Además, trata de aproximar la tecnología a personas mayores, poniéndolas en contacto y haciéndoles entender de una forma básica cómo funciona.

5. 2. El proceso

El inicio del proceso da comienzo durante meses anteriores donde el profesional social se vincula al ámbito de la inteligencia artificial generativa, aprendiendo a utilizarla, desarrollando los conocimientos básicos para entender sus funciones. Durante el contacto con esta tecnología, las habilidades y los conocimientos se potencian, surgiendo de ellas la posible vinculación entre un ámbito y otro, a pesar de ser tan distintos.

Esta vinculación se produce a través de la adaptabilidad de ambas esferas. Por una parte, la inteligencia artificial aparece para facilitar los procesos básicos en el día a día de las personas y, por otra parte, “innovar es inherente a la práctica del Trabajo Social y surge para dar respuesta a los problemas sociales, proponiendo soluciones innovadoras, fomentando el trabajo en red, diseñando nuevas estrategias de intervención en la realidad para promover sociedades inclusivas” (No soy asistente, soy Trabajadora Social, 2013, párr. 2).

De esta manera, aprovechando el marco temporal en el que los avances del mundo se encuentran, desde la práctica del Trabajo Social emerge esta intervención donde los hechos significativos de las historias de vida de las personas son representados de forma artística en imágenes, completando “la técnica que se encuadra dentro de la metodología denominada método biográfico” (Sanz, 2005, p. 102). En un primer momento se empezó a realizar en centros residenciales de Barcelona, pero es en un centro residencial de Sant Cugat donde la intervención se desarrolla.

5. 3. La población y la muestra

La población que participa en esta intervención social son personas mayores de 65 años que presentan diferentes capacidades cognitivas y anímicas, con especial participación de personas con Alzheimer. Estas personas se encuentran principalmente en un centro residencial de Sant Cugat del Vallés, habiendo participado también en algunos centros residenciales de Barcelona.

En la fase de inicio donde nos encontramos, la muestra participante ha sido de 60 personas, incluyendo todos los centros en los que se ha desarrollado la práctica. En los próximos meses, se realizará una investigación científica, desde el Trabajo Social y la psicología, para evaluar y entender el impacto cognitivo y anímico que esta intervención provoca en las personas, contando con 25 personas participantes y 20 personas que conformarán un grupo control.

5. 4. La técnica

La técnica para la realización de esta intervención social se compone desde el desarrollo de la historia de vida, que según Carmen Miguel Vicente (2014) es una

forma de seleccionar y ordenar los hechos pasados, permite investigar en los sentimientos, emociones e intenciones de las personas, analizar qué causas han ido configurando el presente y explicar a través de ello el sistema social en el que se vive; se recrea el pasado en el momento presente (p. 8).

En la intervención, se desarrolla el concepto implícito de reminiscencia a la hora de obtener hechos significativos que forman las historias de vida, la “acción de recordar o traer de forma voluntaria a la memoria cosas olvidadas” (The Free Dictionary, 2022, fr. 1). Pero de igual forma, también se potencian las habilidades creativas y la imaginación, ofreciendo un espacio donde poder representar cualquier cosa de forma totalmente libre.

Por otra parte, se encuentra la técnica utilizada para usar los programas de inteligencia artificial generativa, esta se conoce como “prompt engineering” o ingeniería de frases. Esta tecnología funciona “a través de unas determinadas frases o textos que debemos crear de manera cuidadosa para que la mencionada inteligencia artificial se ponga en funcionamiento” (Onieva, 2022, párr. 5). Para obtener el resultado que queremos, se debe guiar a la inteligencia artificial mediante una descripción detallada, mientras más descriptiva sea más se aproximará a lo que buscamos. Además, podemos añadir el estilo o la forma en la que la imagen se crea, desde una pintura al óleo, como una cámara profesional, hasta una representación en un cristal templado.

Por lo tanto, la técnica desarrollada en esta intervención es la obtención de la información mediante los hechos significativos de las historias de vida, “recogiendo las propias palabras escritas, así como las acciones que el investigador ha ido observando en su experiencia y las interconexiones con los contenidos teóricos” (Miguel Vicente, 2014, p. 13).

5.5. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizan en esta intervención social van ligados a los nuevos avances en tecnología, exactamente la inteligencia artificial generativa. Esta “se basa en métodos de aprendizaje automáti-

co y profundo. Estos recogen información sobre determinados elementos que después se utilizarán para generar otras ideas, totalmente nuevas y realistas” (EmpresaActual, 2022, párr. 3). Esta tecnología se encuentra en pleno crecimiento para permitir la creación de contenido como imágenes, textos u obras de arte desde cero gracias a algoritmos.

Los programas utilizados en este proyecto para la generación de imágenes son DALL·E 2 y Stable Diffusion. Estos programas son capaces de crear imágenes y arte combinando conceptos, atributos y estilos. Permiten editar imágenes y obras de arte existentes, añadiendo o quitando elementos como sombras, reflejos o texturas. “Ha aprendido la relación entre las imágenes y el texto utilizado para describirlas” (OpenAI, 2022, párr. 6) a través de un proceso de “difusión”, que empieza con patrones variados y gradualmente crea la imagen cuando reconoce aspectos específicos de esta.

Otro programa que se utiliza es KREA.AI. Este programa recoge millones de generaciones e imágenes creadas por los programas anteriores y los clasifica en diferentes categorías, estilos, ámbitos y características. Con él obtenemos la inspiración para la creación de frases y textos. En el caso de Reminiscence, se utiliza para encontrar el estilo o los modificadores adecuados para cada historia y así poder representar imágenes y obras de arte de mayor calidad, aproximándonos de una forma más exacta a lo que las personas guardan en su mente.

5.6. Análisis de datos

Una vez obtenidas las imágenes, la forma en que los datos son analizados es compartiéndolos con la familia, que corroboran la información y el resultado. Son diversas las reacciones; al principio, se muestran desconcertados al ver la imagen y relacionarla con su familiar, pero generalmente expresan alegría y gratitud por la intervención realizada y el significado de esta, a veces sorprendidos por la veracidad de las historias cuando ellos mismos pensaban que no las recordaban.

Además, la imagen obtenida se entrega a la persona autora para que pueda conservarla, y resulta una herramienta útil a la hora de intervenir posteriormente con ellos. Por otra parte, una copia se guarda junto al expediente de las personas. Cada intervención es documentada con la fecha y la historia, almacenando los resultados y para tener más información relacionada con la historia de vida.

6. Resultados

Los resultados obtenidos de la intervención social y el manejo de los programas de inteligencia artificial generativa son obras de arte que representan momentos significativos de las historias de vida de residentes. Algunos de estos resultados son los siguientes:

Fig. 1. Nelly por un prado florido



Fig. 2. Un poema de amor



Fuente: Elaboración propia y de los participantes.

La figura 1 representa a Nelly, el perro de una residente que vivió junto a ella durante 15 años, corriendo por un prado lleno de flores al atardecer.

En cuanto a la figura 2, la autora de la imagen escribía poemas. En esta generación se ve representado la estrofa de uno de ellos como si lo hubiese pintado Édouard Manet, uno de sus pintores favoritos. La estrofa es la siguiente:

Tan bon punt ho vaig dir,
ja me'n penedeixo.
Per només un moment d'amor,
aquesta vida val la pena.²

² En cuanto lo dije, / ya me arrepiento. / Por solo un momento de amor, / esta vida vale la pena.

Fig. 3. Torremolinos al óleo

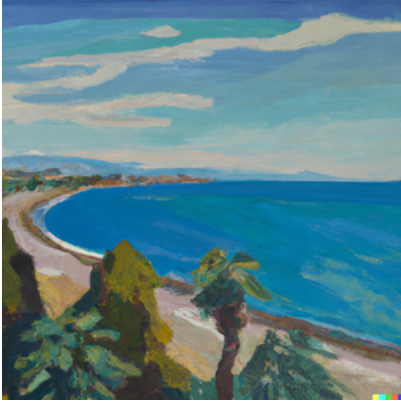


Fig. 4. Jugando en los años 50



Fuente: Elaboración propia y de los participantes.

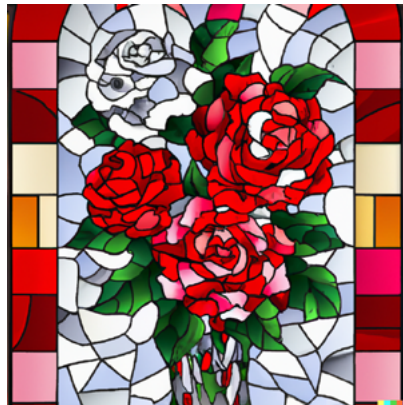
En la figura 3, un residente con Alzheimer procedente de Málaga, donde vivió desde pequeño, representó la playa de Torremolinos como si hubiese sido pintada por Picasso.

En la figura 4, una residente recordaba felizmente cuando era niña y jugaba en las calles de su barrio junto a unas amigas.

Fig. 5. Pla de Palau



Fig. 6. Rosas y claveles en un vitral



Fuente: Elaboración propia y de los participantes.

En la figura 5, una residente con Alzheimer recordaba cómo era la vista cuando bajaba de su casa en Pla de Palau, Barcelona, a la vez que uno de los perros que la acompañó durante su infancia y adolescencia. En este caso primero fue creada la vista de la calle y seguidamente se añadió al perro, según el desarrollo de la intervención.

En la figura 6, unas rosas y un clavel representados en un vitral. Esta imagen fue creada por un residente con Alzheimer, que regalaba estas flores a su mujer, también con Alzheimer, con quien vive. Durante unos años vivieron en Aragón y recordaba la iglesia que allí había. Rosas y claveles eran las flores que siempre le regalaba a ella y, esta vez, han sido representadas para que los acompañen a diario. La imagen fue realizada con el hombre, ya que presentaba unas mejores características cognitivas a pesar de ambos tener Alzheimer. Durante la intervención la mujer no intervino en ningún momento salvo cuando obtuvimos el resultado y expresó “Me gustan mucho las rosas” mirándolas con añoranza.

Fig. 7. Aeródromo de Sabadell



Fig. 8. Conversaciones de bar



Fuente: Elaboración propia y de los participantes.

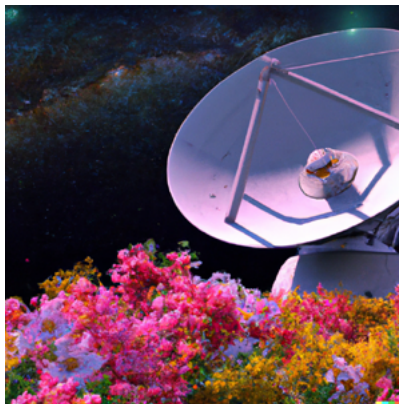
En la figura 7, el aeropuerto de Sabadell, lugar donde la persona autora de la imagen vivió junto a sus hijos, que recordaba cuando estos jugaban cerca del aeropuerto.

En la figura 8, una persona con Alzheimer que recordaba cuando era joven e iba a bares y tabernas en Barcelona por las tardes a hablar y compartir historias junto a sus amigos y personas del barrio, trayendo de vuelta la buena sensación con la que recuerda aquella época.

Fig. 9. Excursión por los Pirineos



Fig. 10. Pasado y presente



Fuente: Elaboración propia y de los participantes.

En la figura 9, una mujer con Alzheimer recuerda las excursiones que hacía con su grupo de amigas por la montaña en la Vall d'Aran, donde vivió una gran parte de su vida.

En la figura 10, un residente le envía un mensaje a su mujer con deterioro cognitivo. Representa un hecho que compartían por haberlo vivido a lo largo de su vida, siendo uno de los hechos más significativo por los que la mujer recuerda al hombre. De esta forma, cuando identificase la relación entre la imagen y su marido, lo recordaría y vería las flores que le envía.

7. Reflexiones finales

Las oportunidades que ofrece la inteligencia artificial generativa son varias y significativas. Innovar en la intervención social, conectar a las personas mayores con la actualidad, hacerles partícipes de los avances tecnológicos, ensalzar la faceta artística, convirtiéndose en autores/as mediante la generación de imágenes, creadas a través de sus recuerdos y memorias y/o su imaginación y creatividad, convirtiéndolo en arte. Ofrecer una forma de expresión totalmente libre para poder manifestar emociones y sentimientos, dar un significado personal a cada una de las creaciones, traer de vuelta cosas que habían quedado en el pasado y volverlas a sentir.

Mejorar la relación entre las personas y los/as profesionales, conociéndose mejor y conectando con su entorno, entender los detalles y las peculiaridades que presentan, observando y escuchando con más atención. Involucrar a las familias en el proceso, ofreciendo la oportunidad de conocerse mejor y disfrutar del tiempo presente. La práctica ha sido bien acogida por las personas participantes, siendo muy expresivas las reacciones a la hora de ver el resultado de la creación según lo que han dicho o recordaban. Las sonrisas y las caras de incredulidad a la hora de entender cómo es posible que un programa haya reflejado lo que estaban

expresando son parte del proceso de adaptación a la tecnología, pero se reflejan ganas por seguir aprendiendo y estar en contacto.

Son muchos y variados los beneficios que nos ofrece esta actividad, a medida que se vaya desarrollando y evolucionando seremos conscientes de más características y oportunidades que nos presenta, además de que surgirán nuevas formas y ámbitos de uso. Observando la buena aceptación por parte de las personas con las que se interviene, genera la posibilidad de escalar este proyecto a una investigación científica multidisciplinar en la que resolver la pregunta: ¿la utilización de la inteligencia artificial generativa en la intervención social, trabajando la reminiscencia y potenciando la creatividad, genera mejoras cognitivas y anímicas evidentes?

Aprovechar los avances tecnológicos es algo clave tal y como el mundo avanza hacia una sociedad digitalizada e informatizada. Utilizar estos progresos tecnológicos para el bien de la sociedad es algo que reafirma David Wong, profesor de filosofía en la Universidad de Duke: “la nueva tecnología no es buena o mala por sí misma. Todo es según como las personas decidan usarla” (Stewart, 2021, párr. 3). Anticiparse, pensar y diseñar prácticas de intervención que unan la tecnología y el ámbito social para dar solución a problemáticas existentes facilitará poder intervenir con las problemáticas que surjan en un futuro, dando un mejor apoyo y acompañamiento hacia la resolución de cuestiones sociales. Adaptar e innovar es algo implícito en el ser humano, siempre buscando cómo mejorar y sentir más bienestar.

Referencias bibliográficas

- Afonso, R., y Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213-220. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712496007.pdf>
- Arias, C. J. (2004). Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Mar del Plata). <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/402>
- Arias, C. J., y Soliveres, C. (2009) El bienestar psicológico en la vejez: ¿Existen diferencias por grupos de edad? En *Memoria Académica del II Congreso Internacional de Investigación, 2 al 14 de noviembre de 2019, La Plata, Argentina*. Recuperado 11 diciembre 2022, de https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12063/ev.12063.pdf
- Ávila, S. L., Pinzón, L. Y., y Torres, R. I. (2014). *Evaluación del estado anímico de los adultos mayores del grupo “Amigos del Corazón”*

- de Sayulita Nayarit, antes y después de un taller de relaciones interpersonales. GRIN Verlag.
- Chico Librán, E. (2006). Personality Dimensions and Subjective Well-Being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 38-44.
- Codina Filbà, T. (2020). Por qué la inteligencia artificial transformará los servicios sociales. *Revista de Treball Social*, 219, 85-98. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7784410>
- EmpresaActual. (2022, marzo 29). *Inteligencia Artificial Generativa: la tendencia tecnológica del futuro*. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://www.empresaactual.com/inteligencia-artificial-generativa/>
- Fundación Fass. (2020). *Las 10 principales enfermedades que sufren las personas mayores*. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://www.fundacionfass.org/general/las-10-principales-enfermedades-que-sufren-las-personas-mayores/>
- Gestión, R. (2018). ¿Qué es la inteligencia artificial y para qué sirve? Campus Virtual, Ministerio de Educación de Corrientes. Recuperado 11 diciembre 2022, de https://campus.mec.gov.ar/pluginfile.php/209250/mod_resource/content/1/Actividad%206%20-%20¿Qué%20es%20la%20inteligencia%20artificial%20y%20para%20qué%20sirve_%20_%20Tecnolog%C3%ADa%20_%20Gestión.pdf
- Izal, M., y Montorio, I. (1993). Determinantes del Bienestar Psicológico en la Vejez. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, 147-159.
- Liberalesso Neri, A. (2002). Bienestar Subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una Psicología Positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74.
- Licht-Strunk, E., Van der Windt, D. A. W. M., Ban Marwijk, H. W. J., De Haan, M., y Beekman, A. T. F. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Family Practice*, 24(2), 168-80.
- Match, D. (2001). *Redes neuronales: Conceptos básicos y aplicaciones*. Universidad Tecnológica Nacional. Universidad Tecnológica Nacional. Recuperado 11 diciembre 2022, de https://www.fro.utn.edu.ar/repositorio/catedras/quimica/5_anio/orientadora1/monograis/match-redesneuronales.pdf
- Mecohisa. (2019). *Gerontología: Qué es y diferencias con la Geriátría*. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://mecohisa.com/gerontologia-que-es/>
- Miguel Vicente, C. (2014). *La historia de vida como instrumento de aprendizaje del trabajo social*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/27211/1/La%20historia%20de%20vida%20como%20>

- instrumento%20de%20aprendizaje%20%20del%20Trabajo%20Social.pdf
- Mroczeck, D., y Kolarz, C. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Muchinik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Belgrano.
- Muñagorri, I., y Tarazaga, I. (2019). *La realidad virtual mejora la atención y el estado de ánimo de los mayores*. Geriatricarea. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://www.geriatricarea.com/2019/06/06/la-realidad-virtual-mejora-la-atencion-y-el-estado-de-animo-de-los-mayores/>
- Nieto, V. (2021, junio 03). Cómo hacer una Historia Social en Trabajo Social [Entrada blog]. Victornieto. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://www.victornieto.es/como-hacer-historia-social-trabajo-social/>
- No soy asistente, soy Trabajadora Social. (2022) ¿Es necesaria la innovación en el Trabajo Social? Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://nosoyasistente.com/es-necesaria-la-innovacion-en-el-trabajo-social/>
- Obando, L. A. (2019). *La tecnologización de la vida cotidiana en adultos mayores. Caso Programa Universitario de Mayores (PUM) en Salamanca* (Trabajo de fin de Máster en “Las TIC en Educación”, Universidad de Salamanca). <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/145620/LEONARDO%20OBANDO%20-%20TFM%20Tecnologizacion%20-%20adultos%20mayores.pdf?sequence=1>
- Onieva, D. (2022). *Prompt Engineering, el nuevo trabajo de moda con el que ganar mucho dinero fácilmente*. Softzone. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://www.softzone.es/noticias/programas/prompt-engineering-trabajo-moda-ganar-dinero/>
- OpenAI. (2022). *OpenAI*. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://openai.com>
- Poveda, I. (2020, septiembre 02). Investigación cualitativa en Ciencias Sociales [Entrada blog]. Universo escrito. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://universoescrito.com/investigacion-cualitativa-en-ciencias-sociales/>
- Raya, E. (Coord.). (2017). *Innovación social en la práctica del trabajo social*. Tirant editorial.
- Sanz Hernández, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*, 57(1), 99-116. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2005.v57.i1.32>

Reminiscence: creación de arte mediante memorias y emociones. El uso de la inteligencia artificial en la práctica de la intervención social

Stewart, M. (2021, agosto 04). Introduction to AI for Social Good [Entrada blog]. Towards Data Science. Medium. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://towardsdatascience.com/introduction-to-ai-for-social-good-875a8260c60f>

The Free Dictionary. (2022). *reminiscencia*. Recuperado 11 diciembre 2022, de <https://es.thefreedictionary.com/reminiscencia>

Reseñas

Violeta Quiroga, Josep Maria Mesquida y Aïda Ballester
Catorze dones. El treball social a Catalunya (1932-2020)
Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2021

Autor de la reseña: Càndid Palacín Bartrolí

VV.AA.

*Miradas desde el encuentro. Homenaje al profesor Tomás
Fernández García*

Legados Ediciones, 2021

Autora de la reseña: Ana Celia Piñar García

Victor M. Giménez, Carme Guinovart, Eva Rovira y Núria Viñas
L'Escala de Valoració Sociofamiliar TSO
Fonaments, descripció, validació i instruccions d'ús
Diputació de Barcelona, 2020

Autor de la reseña: Jordi Riba Cebrián

María Nabal Vicuña y Luisa Conejos Ara (Coords.)
Mindfulness y compasión en la relación de ayuda
Nau Llibres, 2022

Autor de la reseña: Ramon Rosaleny Castell

Catorze dones. El treball social a Catalunya (1932-2020)

Violeta Quiroga, Josep Maria Mesquida y Aïda Ballester. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2021.

Càndid Palacín Bartrolí¹

ORCID: 0000-0003-1261-6622

Para citar: Palacín Bartrolí, C. (2022). [Reseña del libro *Catorze dones. El treball social a Catalunya (1932-2020)*, de Violeta Quiroga, Josep Maria Mesquida y Aïda Ballester]. *Revista de Treball Social*, 223, 161-163. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.08>

Dice André Green que la reconstrucción en el psiquismo de aquello que ha sucedido es incierta y lacunar. La memoria es huidiza, sin duda, y el ruido cotidiano favorece el olvido. Gordon Hamilton nos indicaba que no buscamos el pasado para tratarlo o modificarlo, sino porque este estructura el presente. La convergencia de ambas referencias nos lleva a un presente estructurado sobre patrones de incertidumbre. Esta obra que aquí se comenta mira de reducir la incertidumbre de los recuerdos, poniendo de relieve unas experiencias que han nutrido el Trabajo Social a nuestro país a lo largo de décadas y que, en contextos desfavorables, representaron un candil en la penumbra.

El libro está financiado por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, y se trata de un monográfico de historia del Trabajo Social. Se estructura en dos grandes capítulos, el primero centrado en la situación de las mujeres para con el trabajo y el cambio social, mientras que el segundo nos adentra en los relatos de vida de las catorce mujeres que dan título a la obra. El primer apartado detalla cómo se ha elaborado el trabajo que ha dado pie al texto: se trata de una investigación en colaboración, centrada en las catorce mujeres, con la participación de estudiantes y profesores de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Dentro también de este primer apartado se aborda la cuestión de género, punto en el que se profundiza en la supresión de derechos de las mujeres que ha configurado el contexto de trabajo de las protagonistas del libro. Se trata de una coacción social que pedía que las mujeres relegaran sus inquietudes y se hicieran cargo de papeles subsidiarios. Las catorce mujeres, afortunadamente, rehuyeron tal demanda y, en su lugar, desplegaron sus inquietudes en favor de la construcción de una profesión sólida, necesaria y crítica para con la ausencia de justicia social.

¹ Diplomado en Trabajo Social, licenciado en Psicología y doctor por la Universidad de Barcelona. candidpalacin@ub.edu

Dentro de este primer punto, acompañado de las consideraciones de las protagonistas, el texto profundiza en la evolución del Trabajo Social. En este sentido, y siguiendo las fases identificadas por Báñez (2005), la narración nos ubica en los años cincuenta del siglo pasado, donde se abren las escuelas de Trabajo Social, que es concebido como un arte en búsqueda de modelos o fórmulas que permitan desarrollar la disciplina. Posteriormente, el proceso de transición que vivía nuestro país tiene reflejo en la profesión, y esta, también en transición, mira de desplazar, con más o menos éxito, la perspectiva de las necesidades en favor de una visión centrada en los derechos de la persona. En esta perspectiva histórica el libro se detiene a considerar la necesaria y compleja construcción del objeto del Trabajo Social, desde el binomio necesidades-recursos hasta una interesante propuesta centrada en el malestar psicosocial (Zamanillo, 1999).

El último apartado de este muy nutrido primer punto nos lleva, nuevamente desde el discurso de las protagonistas, por los caminos que la profesión fue abriendo para alcanzar un cierto grado de consolidación. Se nos habla, entre otras consideraciones, de las particularidades y contradicciones de la Escuela del año 1932, de la evolución del ICESB y de la Escuela creada en 1953 que, con contradicciones y dificultades, configuró lo que hoy conocemos como Escuela de Trabajo Social, ubicada plenamente en la Universidad de Barcelona.

Los relatos configuran el segundo bloque del libro y se estructuran bajo cuatro ítems: testigo profesional, evolución de la profesión, condicionantes históricos y propuestas de mejora. En estas podemos encontrar los testimonios de unas vidas que colaboraron en el sostenimiento del Trabajo Social. Hago seguidamente una pequeña mención a cada una, sin duda incompleta, pero dejo en manos del libro la posibilidad de captar su testigo de manera solvente. Así, la recientemente desaparecida Montserrat Colomer, autora reconocida por la noción de método básico, nos conduce con una mirada de cariz comunitario por los barrios de Montbau, el Besòs y la Mina. Pilar Malla nos habla de su experiencia en la misión española en París, así como de la tarea desarrollada en Cáritas Diocesana, entidad de la que fue presidenta. Gloria Rubiol nos desplaza desde Estados Unidos al Somorrostro y de aquí al Trabajo Social sanitario. Francesca Masgoret nos relata como se convirtió en la primera regidora de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, y participó, también, en la creación del centro de atención a mujeres maltratadas, en el seno del Raval. Teresa Rosell, que había escrito, entre otros, un influyente texto sobre la entrevista en Trabajo Social, nos acerca tanto al Preventorio Municipal de Psiquiatría como a su tarea docente y a su compromiso para con la publicación de textos relativos al Trabajo Social. Pilar Porcel, también comprometida con la docencia, nos desplaza de Sant Quirze del Vallès al Instituto Catalán de la Salud, donde pondría de relieve los talleres y charlas organizados para compartir la experiencia profesional. Rosa Barenys testimonia su tarea en el Camp de la Bota, así como su vinculación política como diputada en el Parlamento dentro de la primera legislatura democrática. Carme Tobella relata su experiencia en el Ayuntamiento de Lleida, la organización de un centro de

planificación familiar pionero, su tarea en Cruz Roja y la vinculación con el Col·legi Professional de Treball Social. Montserrat Bacardit, junto con su experiencia en el Ayuntamiento de Manresa, menciona su dedicación docente, así como el vínculo con la *Revista de Treball Social*. Rosa Maria Fernández nos acerca al centro de la injusticia que representaba el Somorrostro. De aquí al ámbito sanitario en varias ciudades (Barcelona, París, Texas), en el Col·legi Oficial de Treball Social y el Consejo de Ética de este. Nuria Carrera explica su tarea con el colectivo infantil, la vinculación con Cruz Roja, el movimiento hacia territorios políticos y su dedicación como decana en el Col·legi, hasta fechas recientes. Jose Fernández narra su experiencia en el campo de la salud mental, sus desplazamientos hacia Londres en una comunidad terapéutica y el trabajo hospitalario en Chicago, así como su compromiso docente y el empujón imprescindible en la investigación en Trabajo Social. Pilar Massana tiene como ubicación prioritaria la ciudad de Hospitalet de Llobregat, donde destaca su trabajo con el programa para con la renta mínima de inserción y el programa de atención social urgente. También expresa lo que representó su elección como regidora. Finalmente, Teresa Aragonès destaca su formación dinámica, así como la tarea desarrollada en la docencia y la supervisión, espacio que permite pensar y repensar las vicisitudes del Trabajo Social como profesión.

El libro cuenta con un facilitador prólogo a cargo de Cristina Rimbau, así como con un excelente mapa que nos orienta cronológicamente sobre cada una de las protagonistas, los diferentes contextos políticos que vivieron y las vicisitudes de la profesión.

Referencias bibliográficas

- Báñez, T. (2005). *El trabajo social en Aragón. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada*. (Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili). <https://www.tesisenred.net/handle/10803/8412>
- Green, A. (2001). *El tiempo fragmentado*. Amorrortu Editores España, S.L.
- Hamilton, G. (1942). *Theory and Practice of Social Case Work*. Columbia University.
- Zamanillo, M. T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 13-32.

Miradas desde el encuentro. Homenaje al profesor Tomás Fernández García

VVAA. Legados Ediciones, 2021.

Ana Celia Piñar García¹

ORCID: 0000-0002-4544-3230

Para citar: Piñar García, A. C. (2022). [Reseña del libro *Miradas desde el encuentro. Homenaje al profesor Tomás Fernández García*, VV.AA.]. *Revista de Treball Social*, 223, 165-167. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.09>

Cuarenta y tres compañeros y amigos del profesor de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Educación a Distancia Tomás Fernández García reconstruyen una parte de su biografía: profesores, científicos, profesionales, periodistas, escritores, actores, cantantes y políticos hacen un recorrido por una vida llena de experiencias en los espacios donde ha aportado sus conocimientos, ideas y proyectos, con el objetivo de mejorar el bienestar de los ciudadanos en general, pero, especialmente, de los colectivos más desfavorecidos. Esta labor lo ha convertido en un referente intelectual en incontables universidades dentro y fuera de nuestras fronteras y le ha hecho recibir los más importantes galardones en América Latina.

Se puede decir con rotundidad que la amistad se ha convertido en una quimera en este mundo globalizado, donde las relaciones personales y sociales generalmente están basadas en la inmediatez y la superficialidad que dificultan construir un vínculo de amistad duradero y sólido. Sin embargo, ocurre lo contrario con el profesor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) Tomás Fernández García, por lo que cuentan 43 de sus amigos en el libro que se acaba de publicar. Con el título *Miradas desde el encuentro* un grupo de profesores, políticos, profesionales, actores, cantantes, periodistas, escritores y científicos, cuentan parte de la vida por donde ha transitado, llena de amistad, creatividad, compromiso, honestidad y esfuerzo. Todos los autores realizan una labor de introspección en la existencia del profesor Fernández y, evocando parte de su pasado con recuerdos nítidos y sensaciones positivas, logran retratar pasajes de una vida llena de creatividad, imaginación e ingenio, siempre con el objetivo de conseguir proyectos académicos y políticos de gran calado. Sumando a personas de ideologías y filosofías aparentemente incompatibles en un debate incluyente e integrador, ha sido capaz de crear debates interesantes, algunos de los que posteriormente han derivado en leyes que han logrado

1 Trabajadora social. anaceliapinargarcia@gmail.com

mejorar la vida en muchos aspectos sociales de la sociedad española. Lo ha hecho siempre desde la segunda fila “porque siempre ha sido capaz, desde su discreción, de que los aplausos o los reconocimientos los recibieran los otros, la cara de otros y el prestigio de los otros”, según cuenta el escritor y periodista Javier Puebla.

Un profesor singular que siempre ha intentado pasar desapercibido académica y socialmente, pero que según el profesor García Bresó, coordinador de la obra, es difícil que lo consiga, “porque su cerebro es una máquina creativa e hiperactiva para generar proyectos, para trabajar en varias cosas a la vez, así como para mezclar personas de distintas profesiones con el ánimo de analizar y mejorar nuestros espacios comunes de convivencia”.

Para el profesor Ángel Monterrubio, “al homenajeado hay que escucharle siempre, porque su sensatez y conocimiento despliegan la seguridad que los proyectos que ha creado siempre parten de la experiencia demostrada, la amplia formación, las decisiones meditadas y acertadas, como desde el sentido común que debemos exigir a los servidores públicos”. Para el profesor Medina, “además hay que sumarle una capacidad de trabajo impresionante, su buen hacer en construcción de equipos, como en el liderazgo que ejerce en su trabajo merced a la fortaleza de sus ideas y sobre todo a sus fuertes y arraigadas convenciones sociales, con una clara defensa del estado de bienestar y la fortaleza con la que defiende la equidad que nos ha servido a través de sus proyectos o publicaciones para minimizar la brecha social que se ha producido en todos los niveles de la sociedad”.

Además de las responsabilidades institucionales que ha ocupado, están los valores personales que resaltan sus compañeros, porque para el profesor Fernández, según el periodista Paco Lobatón, “la amistad no es una tópica digresión retórica de las que inundan las redes sociales, sino una ética diaria practicada persona a persona, por eso se entiende que sean tantos los que lo admiramos, porque es el hermano de elección al que llamamos amigo con todas las letras”. Así Tomás Fernández, según el escritor Fernando Iwasaki, “pertenece a la jerarquía de amigos a quien uno quiere y admira, porque es él y porque somos nosotros, y porque no tengo la menor duda que todos los que nos hemos conjurado en este homenaje compartimos la conciencia de su esfuerzo como del cariño que le tenemos”.

Un libro necesario que deberíamos incorporar a las bibliotecas de cualquier persona, pero sobre todo a la de los trabajadores sociales, porque es difícil encontrar un personaje tan polifacético por los distintos ámbitos en los que se ha movido, con un prestigio intelectual fuera de lo común, convirtiéndose quizás en el único profesional que tiene tres doctorados *honoris causa* y una biblioteca que lleva su nombre en la UNED de Sevilla, además de múltiples reconocimientos en distintos países de América Latina.

El Trabajo Social ha tenido el placer de contar con Tomás Fernández García, que, con su humanidad y ética por la profesión, a través de sus obras ha despertado la vocación de servicio. Ha inspirado aquellos que lo

hemos tenido como referente, desarrollando un minucioso trabajo teórico, metodológico y práctico. La disciplina del Trabajo Social ha contado con su sabiduría y la ha puesto al servicio de la profesión para construir un marco donde asentar las bases del cambio social y la construcción del juicio crítico.

L'Escala de Valoració Sociofamiliar TSO. Fonaments, descripció, validació i instruccions d'ús

Victor M. Giménez Bertomeu, Carme Guinovart Garriga, Eva Rovira Soler y Núria Viñas Segalés. Diputació de Barcelona, 2020.

Jordi Riba Cebrián¹

ORCID: 0000-0002-1557-2904

Para citar: Riba Cebrián, J. (2022). [Reseña del libro *L'Escala de Valoració Sociofamiliar TSO. Fonaments, descripció, validació i instruccions d'ús - Versió 1. Català*, de Victor M. Giménez Bertomeu, Carme Guinovart Garriga, Eva Rovira Soler y Núria Viñas Segalés]. *Revista de Treball Social*, 223, 169-171. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.10>

Sabemos que el Trabajo Social es una disciplina joven, con poco más de 100 años de experiencia, y se tiene la creencia de que solo es una disciplina práctica, experiencial y vivencial. Este pensamiento está lejos de la realidad y lo demuestra este libro que hoy reseñamos y que debe convertirse en manual indispensable para trabajadoras sociales y estudiantes de grado de Trabajo Social.

Las personas autoras de esta publicación presentan la Escala de Valoración Sociofamiliar TSO, que tiene como objetivo “permitir al o la profesional medir de manera fiable y objetiva el grado de riesgo social de la situación de una persona mayor en un momento temporal concreto, en términos de alcance (indicadores afectados) e intensidad (riesgo por indicador y riesgo global), mediante una primera y breve mirada estructurada a su situación social”.

Los destinatarios de la escala son las personas mayores de 65 años no institucionalizadas. La aportación que presenta este libro a las profesionales del Trabajo Social es un instrumento válido y fiable para hacer un diagnóstico social que incluya la estimación de riesgo social y permita priorizar las intervenciones; y, por otro lado, aporta recomendaciones de prácticas sociales de valor en función del grado de riesgo social. Por lo tanto, estandariza las intervenciones profesionales y permite la comparación, con lo que sirve como base de nuevas investigaciones.

La primera escala conocida y validada en España para medir el riesgo social en la población geriátrica fue la escala de Gijón, de Díaz Palacios (González et al., 1999). Esta escala fue elaborada exclusivamente

1 Diplomado en Trabajo Social. Máster en Trabajo Social Sanitario. jordi.riba@enfocatss.com

por trabajadoras sociales y nunca se creó un manual de uso, cosa que finalmente comportó que se hicieran diferentes adaptaciones que dificultan la comparación de resultados.

Posteriormente, el 2011, dos de las autoras de esta publicación que se reseña fueron galardonadas por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya con el V Premio de Investigación en Trabajo Social “Dolors Arteman” por el trabajo de investigación *Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians. Per part de treballadors socials en serveis socials i sanitaris a la comarca d'Osona* (Guinovart et al., 2011).

La escala de valoración sociofamiliar TSO es fruto de un proyecto de actualización, mejora y validación de este trabajo de investigación de 2011.

Por lo tanto, una de las grandes aportaciones de esta publicación, que generosamente por parte de las personas autoras permite el uso individualizado, es que aporta las normas de aplicación, que podemos encontrar en el apartado 5. Este apartado contiene los criterios genéricos de valoración (el momento de realizarla, los sujetos de evaluación, el criterio profesional, la valoración de evidencias y la valoración cuando se producen cambios) y el procedimiento de aplicación (las técnicas de recogida de información, la sistemática del registro, el uso de descriptores múltiples y el cálculo del nivel de riesgo social global).

El apartado 6, las personas autoras lo dedican a las normas de interpretación, que establecen en tres tipos: puntos de corte, percentiles y puntuaciones tipificadas. Habitualmente las escalas solo ofrecen los puntos de corte (en este caso ≤ 12 , >12 y ≤ 15 , >15), pero esta vez las personas autoras nos ofrecen, por un lado, los percentiles, que nos permitirán comparar puntuaciones individuales con las del grupo de referencia y, por otro, las puntuaciones tipificadas, que nos dan la posibilidad de comparar la puntuación individual con las del grupo de referencia para identificar la posición relativa de la persona respecto a la media del grupo.

En definitiva, el manual nos permite identificar el riesgo social individual, nos permite compararlo con la población de referencia y nos posibilita comprobar cómo está la persona respecto a la media del grupo. Por lo tanto, la monitorización de esta escala nos permitirá identificar si las intervenciones que efectuamos los profesionales sirven para disminuir el riesgo social de la persona.

La escala se estructura en tres niveles: indicadores, ítems y descriptores. Los indicadores son cinco y corresponden a una determinada área de elementos definitorios de necesidades básicas de las personas mayores que son habituales en los procesos de intervención del Trabajo Social (estructura y función familiar, contactos sociales, balance entre la ayuda necesitada y recibimiento, ingresos económicos y vivienda). Cada indicador tiene cinco ítems, y cada ítem tiene uno o más descriptores de situaciones que se pueden encontrar en la valoración del indicador correspondiente.

Las personas autoras han hecho un estudio de las necesidades de las personas mayores y su medición, que se puede ver en el apartado 2 de “Cimientos de la Escala”. Estas necesidades sociales las han concretado en los cinco indicadores que se miden en la escala: la estructura y función

familiar, los contactos sociales, la ayuda necesitada y recibimiento de la red de recursos formales y/o informales en las actividades de la vida diaria, los ingresos económicos y la vivienda.

El anexo 3 incluye el glosario con definiciones y criterios específicos por indicadores, definiendo cada indicador y todos y cada uno de sus descriptores. Además, para facilitar el consenso y la interpretación, facilitan algoritmos de decisión para cada indicador, para reducir la subjetividad del o de la profesional.

Por lo tanto, nos encontramos ante un documento que refuerza la robustez de la escala, cuya validez y fiabilidad están descritas en el apartado 4 del libro. En este apartado encontraremos información sobre la validez de contenido, la validez de criterio concurrente, la validez de constructo y la validez discriminante; y también sobre la capacidad de producir resultados similares en varias pruebas, es decir, sobre su fiabilidad.

En definitiva, nos encontramos ante un libro de metodología excelente y que establecerá bases de investigación de las intervenciones de valor para crear evidencia en Trabajo Social.

Esta reseña hace referencia a la versión catalana de la Escala de Valoración Sociofamiliar TSO. Es necesario, sin embargo, recalcar que las personas autoras han validado también la versión castellana de la escala. Ambas versiones, de acceso libre y gratuito, se pueden encontrar en el sitio web del Grupo de Investigación sobre Trabajo Social y Servicios Sociales (GITSS) de la Universidad de Alicante (<https://web.ua.es/va/gitss/l-escala-tso.html>).

Referencias bibliográficas

González, D. C., Caicoya, A. M., Sánchez, A. F., García, V. A., González, J. G., Palacios, E. D., y García, A. S. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 23(7), 434-440.

Guinovart, C., Rovira, E., y Rufí, A. (2011). *Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians: Per part de treballadors socials en serveis socials i sanitaris a la comarca d'Osona*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Mindfulness y compasión en la relación de ayuda

María Nabal Vicuña y Luisa Conejos Ara (Coords.). Nau Llibres, 2022.

Ramon Rosaleny Castell¹

ORCID: 0000-0003-3775-137X

Para citar: Rosaleny Castell, R. (2022). [Reseña del libro *Mindfulness y compasión en la relación de ayuda*, de María Nabal Vicuña y Luisa Conejos Ara (Coords.)]. *Revista de Treball Social*, 223, 173-175. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.11>

Las profesionales del Trabajo Social actúan con y para otras personas, especialmente en el ámbito de la relación de ayuda, y son el recurso más valioso para promover el cambio y el bienestar social. Los efectos de la pandemia por covid-19 han incrementado la necesidad de dotarles de recursos tanto externos como internos para responder a las crecientes demandas sociales sin desgastar la eficacia de sus intervenciones. Las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) y compasión están despertando, desde hace años, un gran interés en el contexto internacional del Trabajo Social por su cada vez más evidente potencial para apoyar el cuidado y el desarrollo profesional y reforzar la eficacia de sus intervenciones.

El libro *Mindfulness y compasión en la relación de ayuda*, coordinado por Luisa Conejos y María Nabal, resulta de especial relevancia para la disciplina y profesión del Trabajo Social ya que aborda la relación de ayuda, el mindfulness y la compasión poniendo de manifiesto la necesidad del trabajo que potencie el cuidado, la resiliencia y la fortaleza interior de las personas para contribuir de una forma más eficaz a impulsar la justicia y el bienestar social.

Este libro, que combina teoría y práctica, surge de la mano de la editorial Nau Llibres y gracias también al estímulo de Josefa Fombuena, profesora e investigadora de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valencia, con la intención de compartir la experiencia y los conocimientos generados en los cursos de postgrado de la Universidad de Lleida, dirigidos a profesionales del ámbito de ayuda, y en los que han participado profesionales del Trabajo Social interesadas en aprender a cultivar su autocuidado y desarrollo profesional.

Lama Yeshe Chödrön, encargada de prologar el libro, lo resume así:

...no es un libro de autoayuda ni un tratado sobre mindfulness, quiere ser una tarjeta de presentación del mindfulness para aquellas personas que no lo conocen en profundidad y que se preguntan por su utilidad personal o profesional (p.14).

El libro está estructurado en el prólogo, seguido de la parte introductoria y el contenido teórico organizado en cuatro bloques temáticos, que se subdividen en 14 capítulos. Cada capítulo se nutre tanto de la experiencia profesional como personal de cada autora y autor, acercando a las personas lectoras el mundo del mindfulness y la compasión desde diferentes ópticas, con un relato ágil, fresco y sencillo.

En el primer bloque temático se analizan los orígenes del mindfulness y la compasión y los motivos por los cuales tienen tanta aceptación hoy día en Occidente. Seguidamente, en el segundo capítulo, se presentan las bases neurocientíficas y la relación entre mindfulness y compasión. Este primer bloque finaliza con una explicación más detallada de los fundamentos y los diferentes tipos de prácticas y, además, ofrece valiosas pautas para integrarlas en la vida personal y profesional.

La segunda parte está dedicada a indagar sobre la relación de ayuda y, para ello, en el capítulo cuarto, se reflexiona sobre la importancia de saber ayudar bien, mostrando los criterios para hacerlo con sabiduría y respetando el ritmo vital de los demás. Posteriormente, se delimita conceptualmente la relación de ayuda, los elementos esenciales que la conforman, el papel y las aportaciones fundamentales del mindfulness y la compasión en esta, y se concluye con algunas sugerencias prácticas para incorporarlas a la práctica profesional diaria. En el sexto capítulo se señala la compasión como el corazón del mindfulness y se profundiza en el rol fundamental de esta en la relación de ayuda, mostrando como su comprensión y entrenamiento adecuado aportan notables beneficios tanto a la profesional que ofrece la ayuda como a quienes la reciben.

En el tercer bloque se explora la relación entre el mindfulness y el autocuidado. En los capítulos 7 y 8 se profundiza en estrategias de autocuidado basadas en mindfulness. En uno, a través de la observación y gestión de los pensamientos y las emociones y, en el otro, mediante el movimiento corporal. En ambos se constata el potencial de las prácticas de mindfulness para reforzar la capacidad de autocuidado.

En la última parte del libro se abordan las aplicaciones del mindfulness y la compasión en diferentes ámbitos laborales como el educativo, el sanitario y el psicoterapéutico. Tiene especial relevancia para el Trabajo Social el capítulo 13, dedicado a analizar cómo la práctica de mindfulness puede enriquecer el ejercicio profesional del Trabajo Social, aumentando su legitimidad y promoviendo una sociedad más justa y humana.

En el último capítulo se muestra el rico espectro de las intervenciones basadas en mindfulness (MBIs) y detalla sus orígenes, fundamentos, características, estructura y aplicaciones. Esto permite tener un mayor conocimiento para diseñar una intervención basada en mindfulness en diferentes contextos (social, educativo, terapéutico, clínico) y escalas (individual, grupal, comunitaria).

Este libro, lejos de estar dirigido exclusivamente al mundo de la academia, es una reivindicación para la aplicación del mindfulness y la compasión en el ámbito de la relación de ayuda. Además, va en la línea de lo que indican diversos estudios y autores y autoras de vanguardia en el

contexto internacional del Trabajo Social que ven en la teoría y la práctica de mindfulness y compasión, es decir, en las prácticas contemplativas, un enfoque prometedor para el Trabajo Social por sus métodos, aplicabilidad y consistencia con los valores y la ética de la disciplina. Se trata de una obra pionera en el Estado español que promueve de una forma clara y amable la integración de las prácticas contemplativas en el ámbito de la relación de ayuda y que, sin duda, alberga el potencial de enriquecer tanto el *curriculum* interior como exterior de las actuales y futuras generaciones de profesionales del Trabajo Social.

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 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. Los nombres y apellidos se separan con comas y delante del último autor o autora se pone “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.



La marca de la
gestión forestal
responsable



www.tscat.cat

Amb la col·laboració de



**Diputació
Barcelona**



**Generalitat de Catalunya
Departament
de Drets Socials**