

Septiembre 2018. 3^{er} cuatrimestre
ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJO
SOCIAL
DE
MADRID

S

85

ANA MARÍA RODRÍGUEZ | PAULA FRIEIRO | RUBÉN GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ
JOSÉ ÁNGEL MARTÍNEZ | CONSUELO LACÁRCEL | LAURA MERCEDES
HERNÁNDEZ | JESÚS RIVERA | SOLEDAD POLLOS | MARÍA TERESA VARGAS
PATRICIA FERNÁNDEZ-MONTAÑO | ALBERTO PÉREZ

Directora/Executive Editor

Laura Ponce de León Romero
Universidad Nacional de Educación a Distancia
direccion@trabajosocialhoy.com

Secretaria/Publishing Editor

María de Gracia Ruiz López
Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
tsh@trabajosocialhoy.com

Consejo de Redacción/Review Editors

Concepción Castro Clemente (A3TS)
Fernando Cuevas Álvarez (Cruz Roja Española)
Marta Escudero Iglesias (Asociación Española Contra el Cáncer)
José Luis Fernández-Pacheco Sáez (APRODEL)
Yolanda García Fernández (Ayuntamiento de Madrid)
Susana González Chacón (Hartford)
Eduardo Gutiérrez Sanz (Provienda)
María Rosario Luis-Yagüe López (Asociación Española de Trabajo Social y Salud-AETSYS)
Esther Rodríguez López (AICTS)
María Concepción Vicente Mochales (Universidad Complutense de Madrid)
Martha Leticia Cabello Garza (Universidad Autónoma de Nuevo León-México)
María José Planas García de Dios (Comunidad de Madrid)

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)
Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Manuel Gil Parejo (Universidad Pontificia Comillas)
Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología SEGG)
Gregoria Hernández Martín (Universidad Complutense de Madrid)
Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)
Darío Pérez Madera (Samur Social)
Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Junta de Gobierno/Governing Board

Decana: Mar Ureña Campaña. Ayuntamiento de Madrid
Vicedecano I: Daniel Gil Martorell. Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo
Vicedecana II: Gema Gallardo Pérez. Asociación Provienda
Secretaria: Agustina Crespo Valencia. Centro de Salud Mental de Vallecas
Tesorera: Marta Cubero García. Dirección General de Atención a la Dependencia

Vocales:

Ana García Montero. Juzgados de Familia de Madrid
Alejandro Gonzalo López Pérez. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
Laura Ponce de León Romero. Universidad Nacional de Educación a Distancia
Belén Novillo García. Servicios Sociales Municipales Tres Cantos
Jose María Regalado López. Inmersión Tic Academy
María Menéndez Palomo. Centro de Servicios Sociales de Entrevías. Ayuntamiento de Madrid

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

C/ Evaristo San Miguel, 4, Local.
Madrid 28008. España
publicaciones@comtrabajosocial.com
Teléfono 91 521 92 80 - Fax 91 522 23 80
www.comtrabajosocial.com

Diseño y maquetación: Carmen de Hijos
Impresión: Afanías Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

Editada en Septiembre de 2018
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation [5]

Artículos | Articles [7-110]

Dossier: Trabajo social sanitario

Sistema de protección social en la maternidad y la paternidad: la intervención social del/de la trabajador/a social sanitario/a
Social protection system in motherhood and fatherhood: the social intervention of the health social worker

Ana María Rodríguez González..... 7-26

Situaciones de pobreza y exclusión social en pacientes de servicios hospitalarios
Situations of poverty and social exclusion in patients of hospital services

Paula Frieiro Padín y Rubén González-Rodríguez..... 27-48

Profesionalización de los cuidados de larga duración a través del servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Elda. Un estudio de caso
Long-term care specialization through home help service in the municipality of Elda. A case study

José Ángel Martínez López y Consuelo Lacárcel López..... 49-64

El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas: análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo

The informal caregiver of institutionalized elder people: analysis of the relationship and consequences of the support provided

Laura Mercedes Hernández y Jesús Rivera Navarro..... 65-86

Estudio sobre la población inmigrante en el centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) Martínez Campos

Study on immigrant population at the Martínez Campos PSRC (psycho-social rehabilitation centre)

Soledad Pollos Amores y M.ª Teresa Vargas Martín 87-100

Menores expuestos a situaciones de violencia de género: la prevención como factor clave

Children exposed to gender-based violence: Prevention as a key factor

Patricia Fernández-Montaño y Alberto Pérez Arenas 101-110

Reseñas | Reviews

[111-114]

Título del libro: Nociones básicas de Trabajo Social. 2ª Edición ampliada y revisada

Book Title: Basic Notions on Social Work. 2nd Edition extended and revised

Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero 111-112

Reseña realizada por Concepción Castro Clemente

Título del libro: Trabajo Social individualizado: Metodología de intervención.

2ª Edición ampliada y revisada

Book Title: Individual Social Work: Intervention Methodology. 2nd Edition extended and revised

Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero 113-114

Reseña realizada por Concepción Castro Clemente

Información profesional | Professional information

[115-124]

La coordinación parental, rol del trabajador/a social

Parental Coordination..... 115-124

PRESENTACIÓN

Este nuevo número de la revista lo hemos querido dedicar íntegramente al trabajo social sanitario. Todos los artículos seleccionados están vinculados directa o indirectamente con el sector sanitario. Desde el Colegio llevamos años impulsando este ámbito de intervención, en el que debemos seguir trabajando para poder implementar las funciones de los/as trabajadores/as sociales. Nos parecía necesario dedicar a este tema un número completo de la Revista Trabajo Social Hoy.

En el primer artículo se estudia el sistema de protección social en la maternidad y la paternidad, analizando la figura del trabajador/a social en este proceso. El objetivo de este trabajo es describir la importancia que tiene el profesional en el apoyo psicosocial durante el embarazo, parto y postparto.

En el segundo artículo se exponen los resultados conseguidos en una investigación llevada a cabo en la provincia de Pontevedra en el contexto de cuidados de hospitalización, relacionados a su vez con procesos de exclusión social y pobreza, en los que tener en cuenta la esfera social es imprescindible para los equipos de salud. Los resultados muestran perfiles y la retroalimentación existente entre la situación de exclusión social y desventajas en la situación sanitaria.

La temática que se aborda en el tercer artículo está relacionada con la profesionalización de los cuidados de larga duración a través del servicio de ayuda a domicilio. En él se realiza un estudio de un caso, ubicado en el municipio de Elda, para analizar si la provisión de cuidados de larga duración a través de la prestación vinculada al servicio de ayuda a domicilio promueve la autonomía personal de las personas beneficiarias y cubre sus necesidades relacionadas con las actividades de la vida diaria.

El cuarto artículo está dedicado al cuidador informal de personas mayores institucionalizadas. Las cifras del envejecimiento en España y el contexto social actual dificulta el cuidado informal, ejercido principalmente por la familia, de las personas mayores. Esta investigación tiene como objetivo general explorar la relación que mantienen los cuidadores informales con su familiar en situación de dependencia e ingresado en una residencia.

El quinto artículo expone los resultados obtenidos de la población inmigrante atendida en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos (en adelante CRPS) de la Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental severa y persistente de la Comunidad Autónoma de Madrid entre los años 2013 y 2017. Los resultados de

este estudio ofrecen un perfil de la población inmigrante atendida, nos explican cómo son los procesos migratorios y las necesidades que suscitan, así como las opciones profesionales para poder atenderlas.

El último artículo trata el tema de la violencia de género, concretamente el de los menores que están expuestos a ella. Este fenómeno no solamente afecta a las mujeres sino también a sus hijos, especialmente a su desarrollo psicosocial, por este motivo es imprescindible trabajar desde la prevención tanto a nivel primario, secundario como terciario, que se pueden plantear a este respecto desde la perspectiva del trabajo social. Este trabajo nos da las claves para poder cumplir este reto.

Esperamos que este nuevo número sea de interés y utilidad.

Laura Ponce de León Romero
Directora Revista Trabajo Social Hoy

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD: LA INTERVENCIÓN SOCIAL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO/A

SOCIAL PROTECTION SYSTEM IN MOTHERHOOD AND FATHERHOOD: THE SOCIAL INTERVENTION OF THE HEALTH SOCIAL WORKER

Ana María Rodríguez González

Centro de trabajo: Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel (Cantabria) y Centro de Salud Liébana. Potes (Cantabria)

Resumen: El objetivo de este artículo es describir la importancia de la figura del/de la trabajador/a social sanitario en la intervención social durante el embarazo, parto y postparto con el fin de brindar apoyo psicosocial a la maternidad y a la paternidad. Para ello, se realizará un análisis donde se abordarán las funciones específicas del/de la trabajador/a social sanitario/a tanto en el centro de salud de atención primaria como en el centro hospitalario prestando especial atención a los factores sociales. Asimismo, se pretende mostrar la importancia de la atención de los factores psicosociales durante este proceso vital y la necesidad de la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a de cara a detectar posibles dificultades que pudieran surgir. Finalmente, se realizará un recorrido por los derechos, beneficios y prestaciones de protección a la maternidad y paternidad, fomento de natalidad y conciliación familiar existentes en nuestro país.

Abstract: The aim of this article is to describe the importance of the figure of the health social worker in the social intervention during pregnancy, childbirth and postpartum in order to provide psychosocial support to motherhood and fatherhood. This is an analysis where specific functions of the health social worker will be tackled from both primary care health centre and hospital centre putting special attention to social factors. Likewise, it will show the importance of the assistance towards psychosocial factors during this vital process and the need for the role of the health social worker to detect possible difficulties if they should arise. Finally, it will provide a summary of the rights, protection of maternity and paternity benefits, childbirth promotion and family conciliation that exist in our country.

Palabras clave: Embarazo, Maternidad, Salud de la mujer, Intervención social, Sistema de Protección Social.

Keywords: Pregnancy, Maternity, Women's health, Social intervention, Social Protection System.

| Recibido: 03/03/2018 | Revisado: 08/07/2018 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Ana María Rodríguez González. Trabajadora Social. Diplomada y Graduada en Trabajo Social. Máster-POP en Educación, Género e Igualdad. Centro de trabajo: Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel (Cantabria) y Centro de Salud Liébana. Potes (Cantabria). España. Email: anamaria.rodriguez@scsalud.es

Referencia normalizada: Rodríguez-González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013

1. INTRODUCCIÓN

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud en el año 1970 definió la planificación de la familia fundada en la ayuda a los individuos y parejas a evitar nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular el intervalo de tiempo entre los embarazos, adaptar el orden de los nacimientos a las edades de los padres y madres y determinar el número de hijos/as. Para ello, aseguraban la necesidad de educación y asesoramiento en el campo de la sexualidad y medicina preventiva, proporcionar métodos anticonceptivos, asistencia sanitaria en tratamientos de infertilidad, detección de patologías y asesoramiento genético (OMS, 1975).

En el ámbito de la salud se valora cada vez más la importancia de la atención durante el proceso del embarazo, parto y puerperio (Alba Romero et al., 2012). De hecho, en nuestro país, aparece regulado en diferentes leyes autonómicas como, por ejemplo, en la Ley de Salud de Galicia (Ley 8/2008) que reconoce el derecho a las mujeres a disponer de programas específicos durante sus períodos vitales.

Tanto la maternidad como la paternidad son un momento del ciclo vital en el que se producen cambios esenciales a nivel biopsicosocial (Gómez Esteban, 1991) frente a los que muchas veces apenas se prepara a los/las usuarios/as. Por ello, la intervención social del/de la trabajador/a social sanitario/a, ya sea en el ámbito de la atención primaria u hospitalaria, tiene una importancia fundamental durante el puerperio. Además, funciona de enlace entre el hospital y el centro de salud, y viceversa, y con la comunidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Hervás de la Torre, 2015). De esta forma, abordará los factores sociales que rodean el proceso de embarazo, parto y climaterio, articulando las prestaciones y recursos en los que las familias pueden apoyarse para afrontar una nueva etapa de su ciclo vital con unas condiciones de bienestar más adecuadas. Asimismo, se prestará atención al proceso de adaptación del nuevo miembro y, en determinados casos, también se valorará la intervención social intentando reducir los efectos negativos que pudieran surgir motivados por la adaptación a la nueva situación tras la llegada de un nuevo miembro al hogar familiar (Gómez Gómez et al., 1993; Llavona et al., 1986) u otras dificultades que pudieran aparecer.

Hay que tener en cuenta que existen una serie de indicadores de riesgo que es muy importante tener en cuenta y valorar durante ese proceso para prevenir que el/la menor se pudiera ver afectado en el futuro. Pues, el interés por el riesgo nace enfocado a los esfuerzos para evitar la aparición o intensificación de dificultades (Granel, 1986, cfr. Casas 1989). Entre los indicadores de riesgo se encuentra: embarazos frecuentes con poco espacio entre ellos, el embarazo en edades extremas (OPS, 1994), la gestación no deseada o ambivalencia sobre el embarazo, conductas adictivas, desarraigo social, alimentación no adecuada, discapacidad de alguno de los padres o de ambos, padre o madre con antecedentes de patologías psiquiátricas graves, relación

conflictiva entre los miembros de la pareja, padres/madres adolescentes que tienen prácticas sexuales de riesgo, no habitabilidad de la vivienda, incidencia negativa de las condiciones de trabajo en la salud de la madre y/o el feto, analfabetismo del padre o de la madre, situación de violencia de género o abusos sexuales, precariedad económica, conductas delictivas del padre o de la madre, privación de libertad de alguno de los padres, falta de control médico durante el embarazo, situación social delicada... Gordillo Martínez, 1999). Además hay una serie de situaciones como los embarazos de alto riesgo, diagnóstico prenatal, recién nacidos/as prematuros/as o enfermos/as... que también será preciso abordar. Asimismo, desde el año 2015 (Ley 26/2015) se regula en la legislación el riesgo prenatal. Entre los indicadores que se recogen en este sentido están: falta de cuidado físico de la mujer gestante y el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo. La intervención en este sentido es fundamental de cara a evitar una futura situación de riesgo o desamparo del menor. Si bien, tras el nacimiento se mantendrá la intervención social de cara a asegurar su adecuada protección.

Como factores protectores debemos destacar la presencia de apoyo social debido a la importancia que tiene especialmente en momentos más vulnerables y los riesgos que puede conllevar su ausencia. Siguiendo a Gallar (2007), el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o una familia para poder superar una crisis. Los sistemas de apoyo social pueden construirse formando organizaciones interconectadas, lo cual favorece su rentabilidad. Además, dicho apoyo puede modificar los efectos negativos del estrés y cubrir las necesidades de pertenencia a través de las funciones emocionales e instrumentales, y reforzar su estado de ánimo (Barrón, 1996).

A la hora de valorar positivamente la importancia del/de la trabajador/a social sanitario/a durante este proceso debemos tener en cuenta que el ámbito de la salud es uno de los campos pioneros del trabajo social y su razón de ser. Así, si retrocedemos hasta el año 1905, y recordamos las conclusiones a las que llegó el doctor Richard Cabot sobre la reducción de la intervención sanitaria, ya que no tenía en cuenta los factores sociales y culturales, y su acertada decisión de introducir la figura de una trabajadora social en su clínica para que desde el interior del equipo de salud se removieran esos inconvenientes sociales y culturales que les impedían, a los pacientes, alcanzar mejores niveles de salud (Miranda, 2001), podemos afirmar sobre la necesidad del abordaje social desde el ámbito de la salud también durante las fases de este proceso vital.

Dicha necesidad se sigue manteniendo en la actualidad debido a que la figura del/de la trabajador/a social en este ámbito es muy necesaria debido a las repercusiones sociales que tiene la salud. Debemos tener presente que los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, como agentes promotores de recursos que son, propondrán aquellos recursos que vayan a satisfacer mejor las necesidades materiales y psicosociales de los/las usuarios/as (Colom, 2008). Además, y según señala Ituarte (1992) la interven-

ción del trabajo social en salud tiene un carácter clínico e implica el diagnóstico del enfermo/a y el tratamiento psicosocial en relación con el proceso de salud-enfermedad y la orientación, tanto al resto del equipo sanitario como al/la paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales adecuados a los objetivos de salud.

2. INTERVENCIÓN SOCIAL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL SANITARIO/A

El/la trabajador/a social sanitario/a tiene un rol crucial en la preparación de cara a la maternidad y paternidad. Asimismo, involucra a ambos, pues la corresponsabilidad en las labores de crianza es un eje imprescindible de cara lograr la igualdad entre hombres y mujeres (Delgado, 2017).

La National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW) marca cuatro objetivos en los que el/la trabajador/a social debería intervenir durante este periodo:

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

A partir de estos objetivos, a continuación destacamos las principales funciones del/de la trabajador/a social sanitario/a en este ámbito de intervención social.

2.1. Talleres grupales de preparación al parto y a la maternidad

Se realizará en el proceso asistencial de preparación al parto. Se trata de potenciar y sacar el máximo provecho de la educación para la salud en grupo orientada a la promoción de la salud tanto en el periodo prenatal como posnatal (González Sanz et al., 2014). La figura de referencia será el/la matrn/a pero es muy importante que estos grupos tengan un carácter multidisciplinar, por ello la inclusión del/de la trabajador/a social sanitaria en la realización (Hernández Gallego et al., 2009).

En la/s sesión/es realizadas por el/la trabajador/a social en grupo de preparación al parto se trabajarán cuestiones sociolaborales y de conciliación familiar, registro del menor, inclusión en seguridad social u análogos, prestaciones básicas existentes teniendo en cuenta la localidad y comunidad autónoma donde esté ubicado el centro de salud, educación para la igualdad, cambios en el ciclo vital y adaptación familiar a la inclusión de un nuevo miembro en el hogar.

En dicha sesión, al igual que en el resto de sesiones realizadas por el/la matrón/a, se fomentará la asistencia de la pareja a la vez que se dejará la puerta abierta a la atención individualizada para todas aquellas dudas y cuestiones que las usuarias no valoren comentar dentro del grupo, ya sea antes o después del parto según ellas lo consideren, en aras a preservar su intimidad y confidencialidad.

2.2. Intervención psicosocial en embarazos saludables

La intervención social en embarazos saludables sin, aparentemente, indicadores de riesgo resulta beneficiosa de cara a trabajar de modo preventivo la incertidumbre y ansiedad que puedan presentar en el embarazo y posparto a través de información, fuentes de apoyo, adquisición de habilidades maternas, educación maternal, ... (McMahon, 2001). En el contexto de la maternidad, el trastorno más frecuente es la "tristeza puerperal", caracterizada por síntomas de depresión, como puede ser el llanto, y relacionada con el inicio de depresiones más graves (Beck, 2001). Dicho trastorno se ha relacionado con la percepción elevada de estrés y la vivencia de experiencias negativas en este periodo (Terry et al., 1996). No hay que olvidar que es en las situaciones de más vulnerabilidad social donde la madre puede padecer mayores situaciones de incertidumbre y ansiedad lo que conlleva mayor incidencia de bajo peso al nacimiento y prematuridad, pobre calidad de cuidado del/de la menor, retraso psicomotor, déficit atencional e hiperactividad, dificultades en el lenguaje, depresión y escasa competencia social en el comportamiento futuro del/de la menor (Castro Franco et al., 2011; OMS, 2012; Buist, 2001; McLeman, 2002).

Se aprovechará la primera entrevista tras el parto para valorar la adaptación familiar. Se hará especial hincapié en el estado físico y mental de la mujer teniendo en cuenta las repercusiones sociales que pudiera tener para ellas, resolución de posibles dudas acerca de trámites relacionados con el proceso que todavía no han realizado y apoyo y asesoramiento en la solicitud de prestaciones y recursos sanitarios, sociales, educativos o de otra índole.

2.3. Intervención social hospitalaria

Como señala Díaz (2003) entre las funciones que suelen tener atribuidas los/las trabajadores/as sociales vinculados/as a los hospitales son las de asistencia especializada, promoción de la salud, prevención de enfermedades, investigación y docencia y la coordinación con los centros de salud. Por lo tanto, su intervención no va a limitarse a información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones, recursos e inscripción del bebé desde un centro sanitario (Ley N.º 167, 2015). Así, además de intentar resolver la demanda que planteen, se hará especial atención al proceso de aceptación del nuevo miembro y la detección de posibles indicadores de riesgo que serán abordados en coordinación con atención primaria de salud.

2.4. Interrupción voluntaria del embarazo

En nuestro país, la interrupción voluntaria del embarazo es legal dentro de las primeras catorce semanas de gestación (Ley Orgánica N.º 55, 2010), lo que conlleva que la intervención del/de la trabajador/a social sanitario/a se vea muy ajustada a una fecha que limita el tener acceso o no al aborto, independientemente de otros factores socioeconómicos de la mujer.

En el caso de que la mujer gestante solicite realizar una interrupción voluntaria del embarazo, el/la trabajador/a social la informará, orientará, asesorará y derivará al servicio de salud especializado. Debido al limitado número de semanas que reconoce la legislación vigente para poder practicarlo, muchas veces la entrevista con el/la trabajador/a social se realiza muy centrada en el límite legal. Por ello, durante el periodo de tres días reflexión después de haber informada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad según contempla la legislación vigente (Ley Orgánica N.º 55, 2010) y posteriormente a practicar la interrupción, el/la trabajador/a social intervendrá apoyando y a la vez creando un vínculo de cara a futuras intervenciones en las que se trabajarán las circunstancias y aspectos relacionados con ese embarazo o futuros, en caso de valorarse oportuno. Esta intervención social es realizada, fundamentalmente, desde atención primaria (Rodríguez-González, 2016). Especial atención se prestará a las mujeres embarazadas menores de edad que deseen realizarlo, ya que debido a las modificaciones legislativas del año 2015 en las que se suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar decidir someterse a una interrupción voluntaria del embarazo sin el permiso de sus padres o de quienes sean titulares de su patria potestad (Ley Orgánica N.º 227, 2015), podría acarrear que una falta de atención a los factores sociofamiliares que le envuelven le llevara a optar por prácticas de interrupción de embarazo de riesgo. No hay que olvidar que este tipo de prácticas de interrupción voluntaria del embarazo provocada en situaciones de riesgo debe ser considerado un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos, la justicia y la equidad de género (Marcone y De Palo, 2012).

2.5. Voluntad de dar al bebé en adopción

La mujer que solicite información sobre el proceso de dar su hijo/a en adopción durante la gestación será informada, orientada y asesorada en su centro de salud por el/la trabajador/a social. Además, intervendrá en aquellos ámbitos en los que fueron detectadas dificultades sociales apoyándola de cara a lograr su bienestar social.

En el momento del parto, cuando manifieste directamente su deseo después de haber sido informada, el/la trabajador/a social de hospitalaria pondrá en marcha el procedimiento de atención y protección de los derechos del niño o de la niña existente en su

comunidad. Así, entrevistará a la mujer realizando un estudio de la situación personal, sociofamiliar, recursos... y asegurando la firmeza de la decisión sin ningún tipo de coacción. Valorará si precisa más tiempo para tomar la decisión y se lo dará. Además, se le informará sobre posibles ayudas sociales y recursos a los que tendría derecho en caso de que le surjan dudas, así como, la posibilidad del servicio de mediación con familiares si fuese preciso. En el momento que tome la decisión, firmará el documento de renuncia y se informará de ello al equipo sanitario que presta cuidados a la mujer procurando que esta no comparta habitación con otra mujer gestante o que acabe de dar a luz (Jiménez Martínez, 2017). También se le informará a la madre de que deberá dar el consentimiento transcurridas seis semanas desde el parto (Ley N.º 180, 2015), hasta ese momento podría revocar el documento de renuncia al/a la menor. Durante su estancia hospitalaria, se le prestará apoyo psicosocial y se valorará la derivación a el/la trabajador/a de su centro de salud para poder abordar las carencias socioeconómicas detectadas en caso que ella lo acepte. El/la trabajador/a social hospitalaria se coordinará con el servicio de prevención y protección a la infancia para programar el alta del menor y proporcionar los datos maternos de cara al posterior consentimiento (Jiménez Martínez, 2017). Por otra parte, es preciso tener en cuenta que la información sobre los orígenes del menor, la identidad de sus progenitores y la historia médica de este y su familia se conservará durante por lo menos cincuenta años desde que la adopción se haga definitiva (Ley N.º 180, 2015).

2.6. Intervención social en embarazo en la adolescencia

El embarazo en este periodo de la vida conlleva el doble de riesgos biológicos, bajo peso y prematuridad (American Academy of Pediatrics, 2014; Klein, 2005). A nivel psicosocial también puede conllevar miedo de las madres a ser rechazadas socialmente, dificultades con su familia, rechazo al bebé, mayores tasas de fracaso escolar de sus hijos/as,... (OMS, 2014). Cuanto más joven sea la madre mayores serán los riesgos. Por ello, trabajar para que estos riesgos se minimicen y evitar que tengan repercusiones negativas en su vida futura será un objetivo de la intervención social.

Desde el trabajo social directo el/la trabajador/a social desarrollará diferentes intervenciones. Es preciso destacar: la prevención de embarazos en adolescentes, especialmente entre población de riesgo; prevención de reembarazos en madres adolescentes, programas dirigidos a enseñar habilidades de crianza y de la vida diaria; (Garra Palud et al., 2004); acciones dirigidas a las hermanas de las madres adolescentes de modo preventivo debido al modelo que implica para estas (East, 1996).

Las repercusiones socioculturales del embarazo a una edad temprana suelen afectar al fracaso o dificultades para completar el ciclo educativo, dificultad para el acceso laboral, dificultades económicas, aislamiento social, condiciones de bienestar inferiores, etc.

(Hoffman et al., 2008; Ou et al., 2013). La información, orientación, asesoramiento y formación serán cruciales para que la madre adolescente pueda desempeñar su rol de forma saludable y lograr el bienestar social para ambos. Por ello, el/la trabajador/a social de atención primaria, mediante el apoyo psicosocial, creará un vínculo desde el proceso del embarazo y continuará la intervención durante el puerperio y crianza asesorando en aquellas dificultades que pudieran surgir abordándolas desde el momento inicial. Asimismo, en coordinación con el/la matrn/a se trabajará la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

2.7. Riesgo mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina es una práctica que daña la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y niñas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2005). Para intentar erradicarla, es preciso abordarla desde una perspectiva integral trabajando la sensibilización y la prevención con toda la comunidad (Dirección UNAF et al., 2013). Por ello, los/las profesionales sanitarios/as tenemos que interiorizar la mutilación genital femenina como un problema de salud y una importante vulneración de los derechos de las mujeres y las niñas, pues de esta forma es como se podrá colaborar en la prevención evitando sus consecuencias (Aranzábal et al., 2016). A la hora de realizar una intervención social en la prevención y en la detección de situaciones de riesgo inminente, los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as nos encontramos en una situación privilegiada dada a la información que recibimos a través de las fuentes primarias debido a la metodología utilizada en las intervenciones. Esto, además, nos puede facilitar establecer una relación de confianza con la familia para profundizar en el tema. Por otro lado, en aquellas familias que se muestren favorables a la realización de la mutilación genital femenina la intervención puede basarse en informarlas sobre el daño que produce en la menor y sus consecuencias para, posteriormente, ofrecerle un acuerdo como el de reflexionar sobre la información que acaban de recibir y volver a abordar el tema ampliando información y poniendo con contacto con profesionales y recursos un poco más adelante (Dirección UNAF et al., 2013).

Desde atención primaria, el/la trabajador/a social sanitario/a trabajará en coordinación con pediatría, medico/a de familia y enfermería tanto en prevención como en identificación y detección de niñas en riesgo como en la detección e intervención de mujeres afectadas (Dirección UNAF et al., 2013). Por un lado, en el caso de mujeres embarazadas con mutilación genital femenina o favorables a dicha práctica, el/la matrn/a lo abordará sobre la semana 24-28, sensibilizando sobre el tema y derivando a el/la trabajador/a social del centro de salud (Aranzábal et al., 2016). Por el otro, en el caso de detectar actitudes favorables a la práctica, se trabajará conjuntamente con pediatría quien también realizará seguimiento a través del programa de salud infantil (Dirección UNAF et al., 2013). En este caso, se trabajará en red con el resto de agente de la zona

la sensibilización y prevención con la mujer y su familia conociendo el entorno sociofamiliar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2005). Durante este seguimiento, si se detectara riesgo inminente, como puede ser la planificación de un viaje al país de origen, pediatría y el/la trabajador/a del centro de salud se coordinarán para planificar las acciones preventivas informando y firmando un compromiso preventivo (Aranzábal et al., 2016).

En el caso del nacimiento de una niña de madre con antecedentes de mutilación genital femenina, el/la trabajador/a social hospitalaria realizará un primer acercamiento al padre y madre tranquilizando e informando adecuadamente, tanto de los riesgos para la salud como de los aspectos legales, a la vez que recogiendo datos sociobiográficos para valorar posibles indicadores de riesgo de la realización. Asimismo, se orientará y derivará según el caso, en caso de detectar en la entrevista dificultades sociales. Se establecerá coordinación con atención primaria para continuar con la sensibilización y prevención. En el caso de que el nacimiento sea de un niño pero existan hijas en edad de riesgo se realizará asimismo la labor de sensibilización y prevención (Aranzábal et al., 2016).

2.8. Intervención social en la crianza

Una vez se produce el nacimiento del/de la menor, la coordinación con enfermería de pediatría y con el/la médico/a pediatra resulta crucial, ya que a través del programa de salud infantil se realizará una valoración psicosocial del/de la menor y su familia, el desarrollo psicomotor, el rendimiento escolar, prevención de accidentes, hábitos de nutrición y sueño... (Kuo et al., 2006). Mediante dicha coordinación se podrá realizar una intervención social para abordar aquellos indicadores de riesgo detectados. Esta coordinación podría ser previa en aquellos casos en que los indicadores ya fueran detectados antes del nacimiento. Asimismo, también se trabajará en red con el centro educativo, centro de día de menores... y otras instituciones comunitarias destinadas al público infante-juvenil de la zona. Dicha intervención a lo largo del desarrollo evolutivo del/de la menor tendrá como objetivo evitar las consecuencias negativas de los indicadores de riesgo tanto en el/la menor como en su familia.

2.9. Intervención social ante el duelo

Parte de la actividad que desarrolla el/la trabajador/a social sanitario se centra en el trabajo con pérdidas y duelos (González, 2006). En este contexto, entre ellas, es preciso destacar la infertilidad, el aborto involuntario o la muerte neonatal como las principales a abordar. Sin embargo, aun en nuestra sociedad actual, el duelo perinatal sigue entendiéndose como parte de los “duelos desautorizados”, o “socialmente no acep-

tados”, (Pérez, s.f.), lo que conlleva que sea clasificado como “duelo olvidado” y, por consiguiente, el proceso de dolor también se llena de soledad (Mejías, 2011). Por ello, el/la trabajador/a social sanitario/a tiene un papel fundamental en la atención al duelo perinatal haciendo frente a los sentimientos de dolor y ayuda a aprender a vivir con la nueva situación. Esto es debido a que la formación específica en atención en crisis e intervención en pérdidas y duelos que tiene este/a profesional, así como su entrenamiento en técnicas de escucha activa, herramientas destinadas a la resolución de problemas y su capacidad divulgativa y sensibilizadora, hace que sea un/a profesional idónea para ayudar a las familias que pasan por dicho trance (Vicente Saez et al., 2014).

3. SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN ESPAÑA

La política social para la familia debería basarse, por un lado, en la regulación de derechos y deberes en el seno de la familia, además de entre esta y las demás instituciones sociales y políticas y, por otro lado, la oferta de servicios y prestaciones económicas (Rodríguez Cabrero, 1994). Sin embargo, aun a día de hoy los poderes públicos parecen dar a la familia la obligación moral de atender las actividades del hogar y el cuidado de los menores, existan o no ayudas públicas, lo que se ha visto reflejado en la legislación (Moreno, 2003).

A continuación se desarrolla el sistema de protección actual. Dichos derechos serán extrapolables a la adopción y acogimiento, sufriendo ligeras variaciones en cuanto al inicio motivado precisamente por sus características.

3.1. Prestación de maternidad

Se trata de un subsidio para trabajadoras por cuenta ajena o propia que disfruten del periodo de descanso por maternidad siempre que acrediten los requisitos exigidos. Tal como se recoge en el Real Decreto Legislativo 2/2015 (RD N.º 255, 2015), con carácter general tendrá una duración de 16 semanas. Si bien, su duración se podrá ver ampliada en caso de parto o adopción múltiple, discapacidad del menor u hospitalización. La fecha de comienzo del permiso podrá ser anterior a la fecha del parto por decisión de la madre. Además, parte del permiso podrá ser cedido al otro progenitor, aunque teniendo en cuenta que, en el caso de maternidad biológica, la madre deberá disfrutar las seis semanas inmediatamente posteriores tras el parto consideradas de descanso obligatorio.

3.2. Permiso de lactancia

Se trata de un permiso retribuido de una hora diaria que dura hasta que el/la bebé cumpla los nueve meses, independientemente de que la lactancia sea natural o artificial. Dicha hora, tal cual recoge el artículo 45.1.d del Real Decreto Legislativo 2/2015

(RD N.º 255, 2015) podrá dividirse en dos fracciones de media hora al principio y al final de la jornada laboral. La posibilidad de acumular este permiso en jornadas completas, será preciso pactarlo con la empresa, salvo que así se reconozca por Convenio Colectivo. La madre podrá cederle el disfrute de dicho permiso al otro progenitor. En caso de riesgo durante la lactancia para aquellas trabajadoras que precisen cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su situación, pero dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, se reconoce un permiso del 100 % de la base reguladora (Real Decreto N.º 69, 2009) que se abonará como máximo hasta que el bebé cumpla nueve meses.

3.3. Prestación de paternidad

Es un subsidio que se le reconoce a los trabajadores con motivo del nacimiento de un/a hijo/a, adopción o acogimiento. Corresponde al 100 % de la base reguladora pudiendo disfrutarse o bien desde que finaliza el permiso retribuido por nacimiento o resolución judicial (en casos de adopción o acogimiento) hasta que finalice el descanso de maternidad, o bien inmediatamente después del descanso de maternidad. Siguiendo el artículo 48 del Real Decreto Legislativo 2/2015 (Real Decreto N.º 255, 2015), dicho permiso será de cinco semanas ininterrumpidas, ampliables en dos días más por cada hijo a partir del segundo pudiendo disfrutarse a jornada parcial o completa.

3.4. Asistencia sanitaria de la seguridad social

Es la prestación de servicios médicos y farmacéuticos precisos para conservar o restablecer la salud de las personas afiliadas y en alta, pensionistas perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social y desempleados/as que agotaran subsidio o prestación por desempleo. También tienen derecho sus familiares y asimilados dependientes. Este es el caso de los/las menores (Decreto N.º 173, 1974). Se solicitará en las oficinas de la Seguridad Social. Con el documento de reconocimiento del derecho puede solicitarse la tarjeta sanitaria en el centro de salud que le corresponda.

3.5. Familia numerosa

Siguiendo la Ley de Protección a las Familias Numerosas (Ley 40/2003), serán considerados/as uno o dos ascendientes con tres o más hijos/as, sean o no comunes. Asimismo, el padre o la madre separados o divorciados con tres o más hijos/as, aunque estén en distintas unidades familiares siempre que se encuentren bajo su dependencia económica. Además, también se equiparán aquellos/as con dos hijos/as cuando uno de ellos tenga una discapacidad, en el caso de que ambos ascendientes tuvieran

discapacidad o al menos uno de ellos tuviera una discapacidad del 65 % o superior o cuando haya fallecido el otro progenitor. En función del número de hijos/as se clasificarán en familias numerosas de categoría especial y familias numerosas de categoría general. Los diferentes beneficios, reducciones y exenciones económicas a que pudieran tener derecho las familias podrán variar según su categoría y lugar de residencia.

3.6. Prestaciones familiares: de seguridad social

El régimen público de la Seguridad Social proporciona protección mediante la asistencia y prestaciones sociales (art. 41 CE).

A continuación se sintetizan las principales prestaciones familiares relacionadas con la maternidad y paternidad existentes en la actualidad y sobre las que el/la trabajador/a social sanitario también informará, orientará y asesorará en el proceso de la intervención social.

3.6.1. Prestación económica por hijo/a a cargo

Se trata de una prestación económica por hijo/a menor de 18 años. También tendrán derecho los/las mayores de 18 años con una discapacidad reconocida del 65% o superior y que se encuentren a cargo del/de la beneficiario/a. Se tendrá derecho a dicha prestación cuando los ingresos del/de la beneficiario/a no superen el límite establecido reglamentariamente, salvo los casos de hijo/as con discapacidad, que, independientemente de que estos/as sean menores o mayores de 18 años, no tendrán límite de ingresos (Real Decreto N.º 279, 2005).

3.6.2. Prestación económica por parto o adopción múltiples

Según el artículo 24 del Real Decreto 1335/2005 (Real Decreto N.º 279, 2005), se trata de una prestación de pago único a la que tendrán derecho cuando el número de nacidos/as o adoptados/as sea de dos o más hijos/as. Además, en caso de que alguno/a de ellos/as tuviera reconocida una discapacidad del 33 % o superior computará doble. Para el cálculo de la prestación se tendrá en cuenta el importe mensual del salario mínimo interprofesional (SMI) y el número de hijos/as nacidos/as.

3.6.3. Prestación familiar en su modalidad contributiva

Siguiendo el artículo 46.3 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto N.º 255,2015), los/las trabajadores/as por cuenta ajena tendrán derecho al disfrute de períodos de excedencia de duración no superior a tres años para atender al cuidado de su hijo/a. El período de excedencia podrá disfrutarse de forma fraccionada.

3.6.4. Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo/a, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres con discapacidad:

Es una prestación de pago único que les será reconocida a familias numerosas, familias monoparentales y a madres que padezcan una discapacidad igual o superior al 65 %. El derecho al abono de la prestación vendrá determinado siempre que no supere el límite máximo de ingresos establecido (Real Decreto Legislativo N.º 261, 2015).

3.7. Deducción por maternidad

El artículo 81 de la Ley 35/2006 (Ley N.º 285, 2006) establece una deducción para madres trabajadoras, bien por cuenta propia o bien por cuenta ajena, con hijos/as menores de 3 años, de 1200 euros anuales por cada hijo/a. Esta cantidad podrá verse reducida en caso de trabajadoras con un contrato laboral a tiempo parcial. Esta deducción podrá cobrarse anticipadamente percibiendo de esta forma hasta 100 euros mensuales. Podrá ser percibida por el padre en caso de fallecimiento de la madre o cuando este tenga de forma exclusiva la guardia y custodia del/de la menor.

3.8. Permisos y excedencias

La Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral (Ley N.º 266, 1999) introduce modificaciones, que mejoran lo existente hasta aquel momento, en lo relativo a permisos y excedencias relacionadas con la maternidad, paternidad y el cuidado de la familia. Posteriormente, la Ley de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres (Ley Orgánica N.º 71, 2007) amplía esta cobertura también para los/as trabajadores/as autónomos/as y de otros regímenes especiales de la Seguridad Social, a la vez que mejora en cuanto a tiempo de duración y requisitos lo regulado hasta el momento.

3.9. Otras prestaciones

Tanto las diferentes comunidades autónomas como los municipios podrán regular diversas ayudas y subvenciones tanto para la conciliación de la vida familiar y laboral como para el fomento de la natalidad. Asimismo, en el ámbito laboral, regulado a través del convenio colectivo, podrán estipularse mejoras concretas en este ámbito para sus trabajadores/as.

4. CONCLUSIONES

La intervención social durante el proceso de embarazo, parto y puerperio es una función llevada a cabo tanto desde atención primaria como hospitalaria por el/la trabajador/a social sanitaria. Resulta fundamental que esta intervención sea realizada de forma proactiva en aras a llegar a un mayor número de usuarios/as. Además, apoyar la maternidad y paternidad desde la parentalidad positiva beneficia la adaptación del hogar al nuevo miembro. Por ello, la intervención preventiva aportará bienestar a la madre y al menor ya que orientará y asesorará durante el proceso de embarazo y puerperio sobre los cambios que vayan surgiendo en esta nueva etapa. Bajo esta línea de intervención social, no hay que olvidar que esta resulta crucial a la hora de poder detectar posibles indicadores de riesgo e iniciar su abordaje desde el momento en que estos aparecen para que tengan las menos repercusiones posibles en el/la menor.

Asimismo, se realiza una intervención social, en situaciones que limitan el derecho a elegir sobre el propio cuerpo o bien dañan su integridad, como son la interrupción voluntaria del embarazo y la mutilación genital femenina, respectivamente. Precisamente, debido a la gravedad del asunto la labor del/de la trabajador/a social sanitario/a no debe centrarse sólo en la intervención social en sentido estricto sino que debe realizarse de una forma proactiva de cara a intentar eliminar determinadas barreras de acceso al sistema sanitario que todavía existen para determinados colectivos. Especialmente, se focalizará la atención en las menores de edad, ya que son ellas quienes se ven obligadas a acatar las decisiones de sus padres o de quien ostente su patria potestad, tanto en la mutilación genital femenina por las edades que comprende y la dificultad de estas para poder evitarlo como en la interrupción voluntaria de embarazo en menores ya que la propia legislación (Ley Orgánica N.º 227, 2015) restringe su decisión al ser preciso el consentimiento expreso de sus padres o de quien ostente su patria potestad.

Por otro lado, orientar y asesorar a la madre y al padre sobre los trámites de registro e inclusión sanitaria una vez que nace el/la bebé se convierte en una labor crucial, a la vez que se evita que caigan en posibles errores burocráticos. Asimismo, informar, orientar y asesorar sobre las políticas sociales existentes que intentar fomentar la natalidad y/o apoyar la maternidad y paternidad desarrolla factores protectores en la familia que es preciso potenciar. Además, la existencia de parte de dichas prestaciones potencia que aquellas mujeres incorporadas al mundo laboral tengan más fácil la conciliación de su trabajo remunerado con el ámbito familiar sin que su carrera profesional sufra interrupciones. Por ello, el grado de desarrollo de los servicios sociales hará que la oferta pública libere a las mujeres de las tareas tradicionalmente femeninas (Guillén, 1997). Así, desde el punto de vista de la perspectiva de género, la figura del/de la trabajador/a social también tiene relevancia en la información, orientación y asesoramiento que lleve a cabo sobre las prestaciones existentes en la atención y fomento de la maternidad y paternidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alba Romero C., Aler Gay I., y Olza Fernández, I. (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- American Academy of Pediatrics. (2014). Addendum—adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 133(5), 954-7. 4.
- Aranzábal M., Esteban S., Gallo I., Isla P., Labaca I, López M, Paino M, Valladolid A., Ciarrusta T., Quintas P., y Álvarez MS. (2016). *Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50, 275-85.
- Buist, A. (2001). Treating mental illness in lactating women. *Medscape Womens Health*; 6,3.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: los indicadores sociales y psicosociales (teoría y práctica)*. Barcelona: PPU.
- Castro Franco, B E, Penaranda Correa, F. (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*, 7(3), 333-45.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424 Cita en texto: (CE 1978).
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Colección Trabajo Social. Serie Libros. Siglo XXI.
- Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 173 de 20 de julio de 1974.
- Delgado, G. (coord.). (2017). *Construir caminos para la igualdad: educar sin violencia*. México: IISUE.
- Díaz, E. (2003). Los ámbitos profesionales del Trabajo Social. En Fernández T., y Alemán C. (coords.), *Introducción al Trabajo Social*, (p.p. 515-553. Madrid: Alianza Editorial.
- Dirección UNAF; Lozano Caro, I., y Crespo Elvira, N. (2013). *Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención*. Madrid: Unión de asociaciones familiares (UNAF).
- East, P. L. (1996). Do adolescent pregnancy and childbearing affect younger siblings? *Family Planning Perspectives*, 28, 148-153.
- Gallar, M. (2007). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Thomson.
- Garra Palud, L. y Rodríguez, V. (2004). La intervención desde el Trabajo Social en el embarazo adolescente. *Trabajo Social y Salud*, 47, 157-166.

- Gómez Esteban, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud* 3, 257-271.
- Gómez Gómez, F., Lorente Moreno, J. C., Munuera Pérez, P., y Pérez Díaz-Flor, C. (1993). El trabajador social como asesor familiar. *Cuadernos de Trabajo Social*, 4-5, 139-150.
- González, V. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales, extra 1*. doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext464.
- González Sanz, J. D., Barquero González, A., González Losada, S., Higuero Macías, J.C., y Lagares Rojas, M. (2014). *Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Gordillo Martínez, M. L. (1999). Detección riesgo social desde neonatología en Díaz Huertas, J. A., Casado Flores, J., García García, E., Ruiz Díaz, M.A y Esteban Gómez, J. (directores), *Detección de Riesgo Social en la Embarazada Prevención Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid*, 129-142. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la familia.
- Guillén, A. (1997). Regímenes de bienestar y roles familiares: un análisis del caso español, *Papers* 53, 45-63.
- Hernández Gallego, M. R., Barata Gómez, T., Tadeo López, M., Alonso Docampo, M. N, Hurtado Rodríguez, R., Alviani Rodríguez-Franco, M., Celedon, L., Damas Plasencia, L., Expósito Mendoz, F., González González, C. C., González Ramos, A., Marrero Marrero, O., y Olabarrieta Serrano, M. R. (2009). *Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.)*. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad.
- Hervás de la Torre, A. (2015). La coordinación sociosanitaria: espacio profesional del Trabajo Social Sanitario en la atención integral a la salud de las poblaciones. En *Actas de Coordinación Sociosanitaria*. Madrid: Fundación Caser para la Dependencia. Madrid.
- Hoffman, S. (2008). Consequences of teen childbearing for mothers: updated estimates of the consequences of teen childbearing for mothers. En: Hoffman S D, Maynard R- A, eds. *Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*, 2.^a ed. Washington D.C.: The Urban Institute Press, 74-92.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid: Siglo XXI y Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Jiménez Martínez, S. (2017). Protocolo en materia de adopción: renuncia de la madre biológica al recién nacido. *Afin*, 93, 1-6.
- Klein, J.D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116(1): 281-6.

- Kuo, A.A, Inkelas, M., Lotstein, D.S., Samson, K.M., Schor, E L., y Halfon, N. (2006). Rethinking Well-Child Care in the United States: An International Comparison. *Pediatrics*, 118, 1692-1702.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 180 de 29 de julio de 2015.
- Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de Reforma Administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 167 de 14 de julio de 2015.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 202 de 21 de agosto de 2008.
- Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 285 de 29 de noviembre de 2006.
- Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 277 de 19 de noviembre de 2003.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 266 de 6 de noviembre de 1999.
- Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la Protección de las menores y Mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 227 de 22 de septiembre de 2015.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 55 de 4 de marzo de 2010.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 71 de 23 de marzo de 2007.
- Llavona, L.M., Muruaga, S., y Nogueiras, B. (1986). Enfoque conductual de la depresión posparto. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 193-220.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., y Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Aust N Z J Psychiatry*, 35, 581-588.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Marcone, M.L y De Palo, V.C. (2012). El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 66. Edición electrónica. ISSN 0327-7585.
- McLeman, J.D y Offord D.R. (2002). Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 28-35.

- Mejías, M.C. (2011). Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de enfermería: revista científica del Colegio*, 79, 52-55.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miranda, M. (2001). La TBC, Cabot y el rol asignado al Trabajo Social en Salud. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 40, 231-267.
- Moreno, L. (2003). *Bienestar Mediterráneo y "Supermujeres"*. Unidad de Políticas Comparadas. Documento de Trabajo 03-09. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. [Consultado el 28 de Julio de 2008]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1571/1/dt-0309.pdf>
- NAPSW. (s.f.). What is a Perinatal Social Worker. [Consultado 26 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>
- OMS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud. [Aceso 29 Junio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. [Aceso 6 Agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS. (1975). Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. Informe de un Comité de Expertos. *Serie Informes Técnicos*, 569. Ginebra.
- OPS. (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*, Publicaciones Científicas, 549, Vol 1, Washington D.C.
- Ou SR, Reynolds A.J. (2013). Timing of first childbirth and young women's postsecondary education in an inner-city minority cohort. *Urban Educ*, 48(2).
- Pérez, M. (s.f.). *Duelo: Proceso individual, proceso familiar, proceso social (en línea)*. <http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf>, acceso 1 de Julio de 2018.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 261 de 31 de octubre de 2015.
- 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. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 255 de 24 de octubre de 2015.
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 69 de 21 de marzo de 2009.

- Real Decreto 1335/2005, de 11 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones familiares de la Seguridad Social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm., 279 de 22 de noviembre de 2005. Rodríguez Cabrero. (1994). «La protección social a la familia». En *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Rodríguez-González, A. M. (2016). Interrupción voluntaria del embarazo en la península ibérica: recorrido histórico y abordaje sociosanitario. *Trabajo Social y Salud*, 85, 25-30.
- Terry, D., Mayocchi, L., y Hynes, G. (1996). Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol*, 105, 220-31.
- Vicente Sáez, N. y del Álamo Gómez, N. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (trabajo fin de grado). Salamanca: Universidad de Salamanca.

SITUACIONES DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN PACIENTES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SITUATIONS OF POVERTY AND SOCIAL EXCLUSION IN PATIENTS OF HOSPITAL SERVICES

Paula Frieiro Padín (1) y Rubén González-Rodríguez (2)

(1) Ayuntamiento de A Illa de Arousa, Pontevedra, España

(2) Universidade de Vigo, Departamento de Análisis e intervención psicosocioeducativa, Ourense, España

Resumen: A través del presente artículo, se exponen los resultados y conclusiones de una investigación llevada a cabo en la provincia de Pontevedra en el contexto de cuidados en hospitalización. Tratamos de conocer la incidencia existente entre la población atendida en el servicio de trabajo social, de situaciones relacionadas con la pobreza o la exclusión social. Nos parece relevante establecer cómo este tipo de problemáticas, de carácter más social, influyen en el pronóstico de intervenciones realizadas por el equipo de salud. Todo ello dentro del paradigma de salud actual que considera la esfera social de forma relevante. La investigación se ha llevado a cabo entre enero y junio de 2016 y ha sido actualizada en el 2017, utilizando un método de investigación cuantitativo y descriptivo. Los resultados nos muestran perfiles y la retroalimentación existente entre la situación de exclusión social y desventajas en la situación sanitaria.

Palabras clave: Determinantes sociales de salud, Trabajo Social, Hospitalización, Exclusión social, Pobreza.

Abstract: In this paper, we present the results and conclusions of our research, conducted in the province of Pontevedra, regarding hospital care. We intend to learn the incidence of poverty and social exclusion among the population receiving care in social work services. We think it is relevant to establish how this kind of social disadvantages influence the medical prognosis. All of this within the current health framework that considers social factors as a relevant cause. This research was made between the months of January to June 2016 and was updated in 2017, using both a quantitative and descriptive research methodology. Our results show the socio-demographic profiles and the existing feedback between a situation of social exclusion and disadvantages in the sanitary situation.

Keywords: Social determinants of health, Social Work, Hospitalization, Social marginalization, Poverty.

| Recibido: 22/05/2017 | Revisado: 30/07/2017 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Frieiro Padín, Paula. Grado académico: Máster. Trabajadora Social. Ayuntamiento de A Illa de Arousa. Pontevedra, España. González-Rodríguez, Rubén. Grado académico: Doctor. Personal docente e investigador. Universidad de Vigo. Departamento de Análisis e intervención psicosocioeducativa, Ourense, España. Facultad de Ciencias da Educación. Campus das Lagoas, s/n. 32004 Ourense. España. Tel.: +34 988 387 128. Fax: +34 988 387 159. Correo electrónico: rubgonzalez@uvigo.es

Referencia normalizada: Frieiro, P., y González-Rodríguez, R. (2018). Situaciones de pobreza y exclusión social en pacientes de servicios hospitalarios. *Trabajo Social Hoy*, 85, 27-48. doi: org/10.12960/TSH.2018.0014

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se ha planteado como un estudio para conocer el perfil de las personas (usuarios/as y pacientes) que han sido atendidas en el servicio de trabajo social del Hospital Montecelo, hospital de referencia del área sanitaria de Pontevedra y gestionado de forma integrada dentro de la gerencia Pontevedra-Salnés (Servizo Galego de Saúde, 2014). No se ha tratado de realizar únicamente un análisis del perfil de usuario/a, sino más bien aproximarnos a qué incidencia suponen los casos donde se detectan y valoran problemáticas relacionadas con la exclusión social y la pobreza en particular.

Por ello, en primer lugar, trataremos de contextualizar las situaciones de pobreza y exclusión social focalizando nuestro interés en la interferencia que estas problemáticas ocasionan sobre el estado de salud. Asimismo, indagaremos sobre los procesos de coordinación entre el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales en estos contextos de intervención profesional. Mediante estos tres puntos se trata de aportar una base conceptual para seguidamente entender mejor y con mayor eficacia los datos presentados.

A lo largo del estudio se tienen en cuenta las posibles causas de la pobreza y exclusión social y su relación con la salud, haciendo hincapié en el índice AROPE¹, utilizado para delimitar nuestra población objeto de estudio.

En el bloque que engloba la presentación, análisis e interpretación de resultados, se analizan los datos que se han recogido sobre la muestra resultante (44 personas, de las cuales 26 fueron hombres y 18 mujeres). Dichos datos se plasman mediante tablas y figuras con los resultados más significativos sobre la situación de pobreza y exclusión social del Hospital Montecelo en relación a los pacientes atendidos por la unidad de trabajo social en el período del segundo semestre de 2014 y el año 2015 completo.

Para finalizar, se desarrollan las conclusiones donde se relacionan los datos expuestos previamente, con otros estudios con objetivos coincidentes, con posibles formas de actuación y con reflexiones sobre la temática formulada.

Los objetivos de este trabajo son tratar de analizar el perfil de las personas usuarias que sufren pobreza y exclusión social y son derivadas a la Unidad de Trabajo Social (UTS) en el Hospital Montecelo, describiendo los factores psicosociales de las pacientes y los pacientes en riesgo de exclusión social e identificando los recursos sociales más idóneos a los que derivar los casos de pobreza y exclusión tras el alta hospitalaria.

¹ AROPE, At Risk Of Poverty and/or Exclusion: Indicador propuesto por la Unión Europea, dentro de la *Estrategia Europa 2020*, aprobada por el Consejo de Europa el 17 de junio de 2010.

1.1. La situación de pobreza, una de las dimensiones de la exclusión social

La pobreza, tradicionalmente, ha estado ligada al estudio de las desigualdades económicas, y asociada a las capas de población con niveles bajos de ingresos. Los cambios registrados en nuestra sociedad han llegado acompañados de nuevos mecanismos de marginación en los que otros factores, además del estrictamente económico, actúan como desencadenantes de procesos de exclusión social (Subirats, Riba, Giménez, Obradors, Giménez, Queralt, et al., 2004).

La pobreza y la exclusión social no acontecen, en sentido estricto, únicamente en los periodos de crisis. Ya antes de que esta última crisis global comenzara (acostumbra a tomarse como punto de partida el año 2007-2008), ambas estaban presentes en nuestra sociedad. Sin embargo, es desde finales de 2008 cuando las formas más severas de pobreza son las que más se incrementan, llevando a nuestro país a los primeros puestos del ranking europeo en cualquier clasificación de indicadores de pobreza. Además, tuvo lugar un doble proceso de empobrecimiento de la sociedad española: caída de las rentas (especialmente, de las más bajas) y aumento de la desigualdad en su reparto (Lorenzo, 2014a).

Por su parte, el concepto de exclusión amplía el de pobreza, no considerando únicamente la dimensión económica del problema, sino también la pérdida del vínculo social. La exclusión expresa una manera de estar en la sociedad, que no viene definida por lo que la persona es (identidad) sino por lo que carece, por lo que ha perdido, o nunca ha tenido. Así, la situación de exclusión tiende a ser definida por aquello de lo que se está excluido, es decir, el nivel de vida y los derechos sociales propios de la sociedad de pertenencia (Raya, 2004).

Tal y como reflejan Panadero, Vázquez y Martín (2017), la literatura científica ha identificado múltiples variables personales y sociales implicadas en la génesis y mantenimiento de las personas en situación de exclusión social y pobreza. En nuestro caso se ha optado por tomar como referencia la definición y delimitación propuestas en el Plan de Inclusión Social del Gobierno de España 2013-2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) y del indicador AROPE propuesto por la Unión Europea.

En el Plan de Inclusión Social del Gobierno de España 2013-2016 (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014), se estipula que la tasa de riesgo de pobreza, mide el porcentaje de personas que viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza, el cual está fijado en una renta inferior al 60 % de la media de la renta nacional equivalente en unidades de consumo². Según los datos vigentes en el período de

2 Para calcular las unidades de consumo se utilizan las escalas de equivalencia. La más utilizada se denomina escala de la OCDE modificada, que concede un peso de 1 al primer adulto, un peso de 0.5 a los demás adultos y un peso de 0.3 a los menores de 14 años (Esteban y Losa, 2015).

elaboración del mencionado Plan de Inclusión 2013-2016, algo más de una de cada cinco personas en España estaba bajo el umbral de la pobreza, cerca de 10.3 millones de personas, casi un millón más que en 2008, año en que comenzó la crisis económica. En los últimos años esta situación se ha agudizado duplicando el número de hogares que no tienen ingresos (más de 600 000 en 2012); más de 4 millones y medio de personas viven en pobreza severa (ingresos inferiores al 40 % de la renta media).

Por otra parte, consideraremos el indicador AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) propuesto por la Unión Europea. Dicho indicador hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social. El AROPE combina elementos de renta, posibilidades de consumo y empleo. Es decir, se combinan, medidos en porcentaje sobre el total de la población, los siguientes factores:

Población bajo el umbral de la pobreza: Se consideran en riesgo de pobreza las personas que viven en hogares con una renta inferior al 60 % de la media de la renta nacional equivalente. En el año 2013³, la media de renta equivalente fue de 13 523 euros, por lo cual, el umbral de la pobreza se fijó en 8 114 euros. Todas las personas con una renta equivalente inferior a esa cifra se consideraron pobres.

Para que podamos contextualizar nuestros datos, en la tabla 1 se plasma la evolución del umbral de pobreza entre los años 2010-2016, ofreciéndonos una visión global que, lejos de mejorar, ha sufrido un retroceso. Por otro lado, las cifras del 2015 y 2016 nos muestran datos más similares, que experimentan un pequeño repunte.

Tabla 1. Evolución del umbral de pobreza en el período 2010-2016

Fecha	Umbral de ingresos por persona
2016	8 209 euros
2015	8 011 euros
2014	7 961 euros
2013	8 114 euros
2012	8 321 euros
2011	8 358 euros
2010	8 763 euros

Nota: Fuente: Adaptación de Datos Macro (2016). Riesgo de pobreza, España. Recuperado de <https://www.datosmacro.com/demografia/riesgo-pobreza/espana> (Consultado el 10 de octubre de 2017).

³ Para poder valorar este indicador es necesario tomar como referencia el año previo al año del estudio, en nuestro caso, parte de datos del 2014 y del 2015, por lo que se recogen datos de estos dos ejercicios.

Población con Privación Material Severa (*PMS*): Agrupa a personas que viven en hogares en los que no pueden permitirse cuatro de los nueve ítems de consumo básico definidos a nivel europeo. Los ítems son:

- Pagar la hipoteca, alquiler o letras.
- Mantener la vivienda a temperatura adecuada en invierno.
- Permitirse unas vacaciones de, al menos, una semana al año.
- Permitirse una comida de carne, pollo o pescado, cada dos días.
- Capacidad para afrontar gastos imprevistos.
- Disponer de teléfono.
- Disponer de televisión en color.
- Disponer de lavadora.
- Disponer de coche.

Población con baja intensidad de trabajo por hogar (BITH): La intensidad de trabajo por hogar se define como la relación entre el número de meses trabajados por todos los miembros del hogar y el número total de meses que, en teoría, podrían trabajar todos los miembros en edad de trabajar. El indicador considera a las personas de 0 a 59 años que viven en hogares con una intensidad de empleo inferior al 0.24.

El indicador AROPE define de manera agrupada a las personas que cumplen uno o más de los tres criterios mencionados, es decir, a los individuos que componen aquellos hogares cuyos ingresos totales están bajo el umbral de la pobreza y/o sufren de privación material severa y/o tienen baja intensidad de trabajo. Finalmente, el indicador AROPE se expresa en porcentaje sobre el total de la población (Llano, 2015).

1.2. La situación de pobreza y su relación con el estado de salud

Se debe contextualizar, tal y como afirma Temes-Cordovez, que “la salud constituye un derecho individual universal, que además resulta tener una dimensión más amplia y que abarca la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el conjunto” (2017, p.104).

La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010) revela que las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud

son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan, ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas.

Significativo resulta también el porcentaje de hogares en los que, en 2013, existe un problema de depresión u otro trastorno de salud mental, patologías a las que se presta intervenciones en salud dentro del catálogo de servicios sanitarios públicos en España, y cuya prevalencia asciende a un 10.7 % del total. Como cabía prever, la falta de salud mental es mayor en las situaciones de exclusión más intensas. Prácticamente en uno de cada cinco hogares en exclusión hay depresión o problemas de salud mental, mientras que en los hogares plenamente integrados la incidencia es del 6 % (Lorenzo, 2014b).

Existen importantes evidencias, recogidas de la epidemiología, la economía de la salud y las ciencias sociales, que demuestran cómo la pobreza o las crisis económicas generan desigualdades en salud, tanto a nivel individual como poblacional. Ya en los siglos XVIII y XIX, autores clave como Ramazzini, Villermé, Chadwick, Virchow y Engels, que estudiaban las condiciones de vida y la salud de los trabajadores, descubrieron las diferencias de mortalidad entre estos y otros grupos sociales. El surgimiento de la estadística –como ciencia del estado– y de los registros de mortalidad, hará posible generar este tipo de estudios y dar lugar a la epidemiología o medicina social (Gil de Miguel y Campuzano, 2014).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), en su trabajo, *Los determinantes sociales de salud: los hechos probados*, explica que existe una pendiente social y que, cuanto más abajo se desciende por esta, existe menor esperanza de vida y más prevalencia de la mayoría de las enfermedades. Cuanto más bajo es el estrato social, más se sienten los efectos del estrés, de la alimentación poco saludable, y la influencia del entorno de vida para adquirir hábitos tóxicos como el uso de alcohol, tabaco o drogas.

Como ya habían puesto de manifiesto Álvarez-Dardet, Alonso, Domingo y Regidor:

La influencia del ambiente social sobre la salud ha interesado siempre por su capacidad explicativa de los fenómenos de salud y enfermedad. Consecuencia lógica de la enorme importancia de la clase social en la etiología de la enfermedad, son los intentos de actuar sobre la salud transformando el ambiente social, la utilización de medidas de clase social y salud en la vigilancia de acciones diseñadas para disminuir la desigualdad, la falta de equidad en la salud o el efecto de las políticas sociales en la misma (1995, p.23).

Además, Valera (2015) ha defendido recientemente que, en la dimensión social se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de exclusión y el rol físico. Así, los pacientes con menores puntuaciones en el desempeño del rol físico tendrían mayor riesgo social, en su dimensión social.

La reforma de la asistencia sanitaria llevada a cabo por el Real Decreto-Ley 16/2012 utiliza las nociones de asegurado y beneficiario como vías de acceso al Sistema Público de Salud. De esta forma se frena una tendencia dirigida a una plena universalización del sistema a través de la cual se excluye, en base a criterios económicos, a colectivos vulnerables como los inmigrantes en situación irregular y los emigrantes españoles en paro que están más de noventa días en el extranjero y que han dejado de percibir la prestación o subsidio de desempleo. Por su parte la tesis que defienden muchos expertos en sistemas de protección social es que la exclusión de grupos vulnerables puede entenderse contraria al derecho constitucional a la protección de la salud y a las obligaciones internacionales asumidas por el Estado (Aguado y Prado, 2014).

1.3. El trabajo social sanitario: la importancia de la valoración e intervención social en salud

Durante casi tres décadas se ha evolucionado hacia la universalización de la asistencia sanitaria, la desvinculación de la Seguridad Social y la financiación a través de los presupuestos generales del Estado. El Sistema Nacional de Salud se fundamenta en un derecho reconocido a la ciudadanía en la Constitución Española de 1978. En su art. 43 se establece la competencia de los poderes públicos para “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. El desarrollo y materialización de este derecho se hizo posible con la publicación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (Pastor, Verde-Diego y González-Rodríguez, 2017). Pero en el año 2013 se ha procedido a una involución de este proceso puesto que se ha producido un retorno hacia la configuración a través de la Seguridad Social y su articulación a través de la figura del asegurado y beneficiario (Aguado y Prado, 2014).

Es importante conocer que el ser humano no debe ser entendido como un ente aislado, sino al contrario, es un organismo vivo en interacción con su entorno. Y, en este sentido, cualquier aspecto de dicho entorno lo condicionará. La vivienda y la zona donde habita, el estatus socioeconómico, el grado de autonomía/dependencia, la calidad en las relaciones familiares y sociales, la capacidad para incluirse en el mercado laboral, el nivel educativo o la cantidad y tipo de violencia psicosocial que le involucre, son aspectos que van a condicionar, entre otros aspectos, la salud del “organismo humano”. Y todos estos serán aspectos nucleares en el ejercicio cotidiano del trabajo social (Estalayo, 2014).

Como se plasma en el *Informe de las personas sin hogar en Galicia* (Valedor do Pobo, 2010), en una sociedad bien organizada se crean instituciones para la atención de aquellos que carecen de los elementos indispensables para vivir. Esa es la razón de la existencia de una red de recursos para los que no tienen acceso a los mismos por sus medios, si bien es cierto que cada vez más este ámbito de intervención se promueve mayoritariamente desde la iniciativa privada.

Sin embargo, no debemos olvidar que prevenir situaciones de riesgo e intervenir directamente en la calidad de vida de las personas es la manera más eficiente para alcanzar un mayor y adecuado desarrollo social. Una población sana en términos macroeconómicos, es más productiva y genera menos gastos para un país, incrementando a su vez los recursos disponibles para conseguir mayores logros sociales. Nos acercamos con ello a las características de un verdadero estado de bienestar (Lorenzo y Cachafeiro, 2012).

Es aquí donde debe reforzarse el papel del Trabajo Social Sanitario. Tal y como cita Romero (2003), en torno a los años 80 se incluyen a los/as trabajadores/as sociales dentro del Servicio de Atención al Paciente (SAP) y de la Comisión de Humanización de la Asistencia. Los/as profesionales del trabajo social deben ser un puente entre el interior del hospital y el mundo exterior, para solucionar cualquier problema. La humanización del hospital supone un área de atención humana y calidad de vida que hay que posibilitar, a través de un trabajo social abierto, a todo el ámbito hospitalario y en relación con el resto de profesionales del hospital. Es necesario destacar que las funciones se correlacionan con los objetivos psicosociales para lograr un equilibrio de la atención integral, donde el demandante o la población a atender (individuo, grupo o comunidad) sean tenidos en cuenta como algo más que como unidades biológicas.

Actualmente, y siguiendo lo dispuesto por el Consejo General del Trabajo Social de España (2017) podemos considerar que:

El *Trabajo Social Sanitario* supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de *dificultades de salud*, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrandó su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.

2. METODOLOGÍA

El presente estudio de situaciones de pobreza y exclusión social en pacientes hospitalarios ha sido desarrollado en el Hospital Montecelo, perteneciente al Complejo Hospitalario de Pontevedra concretamente en la Unidad de Trabajo Social. La concreción del trabajo se debe al contexto de intervención profesional.

Se trata de una investigación de carácter descriptivo, interpretativo y explicativo, utilizando la revisión documental. Si bien los resultados de este estudio no pueden generalizarse a poblaciones más amplias, entendemos que ayudan a comprender las vivencias en un entorno específico, cuyos datos emergentes aportan un entendimiento del fenómeno de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Reúnen, en todo caso, dos dimensiones esenciales con respecto al ambiente: conveniencia y accesibilidad (Mertens, 2005).

La población objeto de estudio son los casos que han sido atendidos en la Unidad de Trabajo Social durante el año 2015. Se han añadido los casos con intervenciones en el último semestre del año 2014 para ampliar la muestra disponible. Como puede comprobarse, se trata de un abordaje retrospectivo al ser los ejercicios valederos para su análisis disponibles en la aplicación informática (IANUS⁴) del Servicio Gallego de Salud, a la cual se tiene pleno acceso desde el Servicio de Trabajo Social, siempre que dicha información sea utilizada de forma correcta y con los debidos consentimientos informados cuando así sea requerido. En aquellos casos donde se ha encontrado algún dato vacío, se ha acudido para completarlo al expediente físico. Dentro de los expedientes podemos ver la correspondiente historia social, así como los siguientes instrumentos: el informe social unificado, el informe social complementario para el reconocimiento de discapacidad, para el reconocimiento de dependencia, solicitud de centro sociosanitario o solicitud de deshabituación del alcoholismo, entre otras solicitudes.

Un primer criterio de inclusión considerado, respecto a la población objeto de estudio, es haber permanecido por lo menos una noche ingresado en los siguientes servicios del hospital: traumatología, cirugía, urología, neumología, digestivo, cardiología, medicina interna, oncología, unidad de corta estancia o en urgencias.

Respecto a los criterios de inclusión para determinar las variables de pobreza, exclusión social y residencial, han sido las personas con ingresos económicos mínimos, esto es, que no cobren más de 426 euros mensuales (perceptoras y perceptores de la renta de inclusión social de Galicia, la renta activa de inserción, subsidio para mayores de 55 años, pensiones no contributivas...) y que carezcan de vivienda o vivan en un equipamiento con condiciones de infravivienda. Este criterio se determinó tras haber

4 Sistema de historia clínica electrónica.

estudiado y evaluado las propuestas del documento del Instituto Nacional de Estadística, INE (2006)⁵ que contextualiza la pobreza, su medición y presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza.

Tras haber establecido los criterios de inclusión, el número de casos resultantes estudiados fue de 44 personas (26 hombres y 18 mujeres) con perfil de pobreza y exclusión social. Del total de casos atendidos, el indicador de ingresos era esencial para la inclusión en el estudio, y de los ingresos mínimos establecidos fueron los hombres los que mayor número representaron.

Para el análisis de los datos se utilizaron diferentes técnicas estadísticas debido a las ventajas que presentan en el tipo de investigación que nos ocupa. Esencialmente se han realizado procedimientos descriptivos para analizar la problemática de las variables analizadas (tabla 2). Entre otros, los análisis estadísticos a los que fueron sometidos los datos obtenidos fueron: análisis de frecuencia, porcentajes de cada una de las variables, puntuaciones medias y desviación típica de las variables cuantitativas y análisis de contingencia entre variables.

Tabla 2. Perfiles sociales de estudio

Categoría	VARIABLES ANALIZADAS
Situación residencial y vivienda	Relaciones familiares positivas
	Relaciones familiares negativas
	Relaciones familiares escasas
	Tipología de residencia
Problemáticas sociosanitarias y recursos utilizados	Existencia de adicciones
	Recursos especializados de derivación
	Prestaciones económicas percibidas
Cobertura sanitaria	Cobertura sanitaria según la nacionalidad

Fuente: Elaboración propia.

Después de las codificaciones correspondientes se realizó el vaciado de los datos empleando para tal cometido el programa PASW Statistic SPSS 22. Del mismo modo, se emplearon las tablas y representaciones gráficas consideradas de interés, con el fin de dar respuesta a los objetivos establecidos en la investigación facilitando, de este modo, una mejor interpretación de los datos obtenidos.

⁵ Disponible en la URL <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf> [acceso 8 de agosto de 2017].

Cabe destacar que según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el tratamiento de los datos que se ha realizado de forma desagregada, analizando las variables de forma separada, para asegurar su carácter anónimo y confidencial, asegurándose que la finalidad de la explotación es investigadora, tal como dispone la normativa vigente. Esta investigación respeta los principios establecidos por la Declaración de Helsinki, así como las normas APA.

3. RESULTADOS

3.1. Exclusión social residencial y otras problemáticas de vivienda que interfieren en las condiciones de salud

Tal y como hemos señalado, una de las variables que se tienen en cuenta en el indicador AROPE es la vivienda y su posibilidad de cobertura del pago del alquiler o hipoteca, el hecho de poder mantener la vivienda a temperatura adecuada en la época de invierno, disponer de recursos en la vivienda como teléfono, televisión y lavadora. Además, en cuanto al tipo de unidad convivencial y al tipo de relaciones (tabla 3) cabe añadir el estado civil, variables que pueden vincularse a tener un mayor número de apoyos informales que posibiliten que se incremente la probabilidad de mejorar la intensidad de trabajo de la unidad de convivencia.

Tabla 3. Sexo/Relaciones familiares y situación residencial de las personas usuarias con niveles de pobreza y exclusión social

	Hombre		Mujer		Total	
	N.º	% V	N.º	% V	N.º	%
Relaciones familiares positivas	3	11.5%	4	22.2%	7	15.9%
Relaciones familiares negativas	3	11.6%	1	5.6%	4	9.1%
Relaciones familiares escasas	20	76.9%	13	72.2%	33	75.0%
En un centro/equipamiento residencial	1	3.8%	1	5.6%	2	4.5%
En una pensión o similar	4	15.4%	–	–	4	9.1%
En su domicilio particular propio	3	11.5%	4	22.2%	7	15.9%
En domicilio particular alquilado	7	26.9%	6	33.3%	13	29.6%
Sin domicilio/albergue	7	26.9%	1	5.5%	8	18.2%
Domicilio con alguien de su red de apoyo	4	15.4%	6	33.3%	10	22.7%

Fuente: Elaboración propia.

Como hemos recogido, a partir de los expedientes analizados, la mayoría de las personas que sufren exclusión social residen en un domicilio particular alquilado (29.6 %) o en un domicilio de alguien de su red de apoyo que los acoge en su residencia (22.7 %). El número

ro de personas que carecen de domicilio y viven en la calle o en un albergue también es muy resaltable representando el 18.2 % del total, y superando incluso a las personas que viven en un domicilio particular propio (15.9 %), que en muchas ocasiones son domicilios heredados, antiguos y con condiciones de habitabilidad deficitarias. Tan solo el 4.5 % de los/as usuarios y usuarias viven en un centro o equipamiento residencial.

Estrechamente ligado al tipo de unidad de convivencia están las relaciones familiares. En cuanto a estas situaciones es destacable el alto porcentaje de relaciones escasas e insuficientes (75 %); las relaciones positivas tan solo agrupan el 15.9 % del total, y las relaciones familiares negativas el 9.1 %.

Con lo que se refiere al estado civil, la mayor parte de las personas con niveles de pobreza y exclusión social están solteras (27.3 %) seguidas de las casadas que conforman el 20.4 %, las personas viudas y las separadas se agrupan con el mismo porcentaje (18.2 %). Los divorciados y las divorciadas comprenden el 15.9 % de forma que son el grupo con menor porcentaje. Este porcentaje, frente a las separaciones, puede estar relacionado con la falta de recursos para asumir la asistencia jurídica correspondiente al trámite para hacer efectivo el divorcio. Si analizamos los datos en función del sexo se aprecia que los hombres son los que mayor porcentaje de separaciones y soltería presentan, 23.1 % y 34.6 % respectivamente.

3.2. Sobre las problemáticas sociosanitarias y los recursos utilizados

En relación a la situación de dependencia a sustancias de los pacientes derivados al servicio de trabajo social, los datos recabados reflejan que el 20.4 % del perfil analizado tiene dependencia alcohólica, pero tan solo el 6.8 % de los casos solicitó ayuda al respecto. Estos casos de dependencia al alcohol son derivados por interconsulta, en su mayoría, por parte del Servicio de Digestivo, donde el personal facultativo detecta problemáticas sociales asociadas. Otro dato similar a este es el de las personas que consumen drogas no legalizadas (11.4 %), donde solo el 2.3 % de ellos ha solicitado algún recurso para afrontar dicha situación (tabla 4).

Tabla 4. Adicciones que presentan las personas con exclusión social teniendo en cuenta su sexo

	Hombre		Mujer		Total	
	N.º	%V	N.º	%V	N.º	%
Drogas ilegales	3	11.5%	2	11.1%	5	11.4%
Alcoholismo	7	26.9%	2	11.1%	9	20.4%
En proceso de deshabitación	–	–	1	5.6%	1	2.3%
Deshabitado/a	1	3.9%	2	11.1%	3	6.8%
Sin adicciones	15	57.7%	11	61.1%	26	59.1%

Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de los usuarios y las usuarias no sufren ni han sufrido ningún tipo de adicción (59.1 %). En contraste, se encuentran las personas que sí han consumido, pero ya se han deshabituado con un 6.8 %, estando el 2.3 % en proceso de deshabituación. Es destacable el dato de 26.9 % de dependencia alcohólica del sexo masculino frente al 11.1 % del sexo femenino.

Intervenir directamente en la calidad de vida de las personas es la manera más eficaz para alcanzar un mayor y adecuado desarrollo social (Lorenzo y Cachafeiro, 2012). Por esto se considera de especial relevancia el análisis de recursos desde las unidades de trabajo social para así poder elaborar un plan de intervención y una prescripción ajustada a las necesidades.

Tabla 5. Recursos de derivación de las personas con exclusión social y pobreza en función de su edad

	18-30 años		31-50 años		51-65 años		Más de 65 años		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Centro Socio-sanitario	-	-	2	33.3%	3	16.7%	1	5.6%	6	13.6%
Residencia emergencia	-	-	-	-	4	22.2%	2	11.1%	6	13.6%
Centro/Albergue	-	-	1	16.7%	-	-	1	5.6%	2	4.6%
Comunidad alcoholismo	-	-	2	33.3%	1	5.5%	-	-	3	6.8%
Comunidad de drogas	1	50.0%	-	-	-	-	-	-	1	2.3%
Recursos Sistema dependencia	-	-	-	-	7	38.9%	10	55.5%	17	38.6%
Unidad conductas adictivas	-	-	1	16.7%	-	-	-	-	1	2.3%
Alimentación	1	50.0%	-	-	3	16.7%	4	22.2%	8	18.2%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 se recogen los diferentes recursos sociales a los que, tras el alta hospitalaria, fueron derivados los sujetos de nuestro estudio en función del grupo de edad al que pertenecían. Siendo el dato que más destaca la proporción de personas que tramitan el acceso de recursos al amparo de la Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, y que se agrupan entre las edades de 51-65 años y más de 65 años, representando el 38.6 % de todas las solicitudes de derivación a otro tipo de dispositivo sanitario o sociosanitario.

También destacar como el 18.2 % de las personas atendidas reclamaban alimentos, lo que pone de relevancia como una necesidad tan básica está presente entre los/las usuarios y usuarias.

Tanto las solicitudes de residencia vía emergencia social como las solicitudes de centro sociosanitario representan un 13.6 %; cabe también decir que estas solicitudes se producen especialmente en los grupos de mayor edad. Las demandas para derivación a centro o comunidad terapéutica de drogodependencia y a la unidad de drogas son las que menor porcentaje de solicitud tienen, ambas con un 2.3 %.

En definitiva, muchas de las personas que sufren pobreza y exclusión solicitan recursos que puedan solventar sus necesidades más inmediatas y de forma más rápida (residencias vía emergencia, albergues, suministro de alimentos...).

En cuanto a la fuente de ingresos principal y que es tenida en cuenta en el presente estudio, podemos distinguir: Pensiones No Contributivas (PNC en concepto de invalidez y jubilación), la Renta Activa de Inserción (RAI), el subsidio por desempleo y el subsidio para mayores de 55 años, todos ellos pertenecientes a la Seguridad Social. Por otra parte, dentro de las rentas mínimas, se encuentra la Renta de Inserción Social de Galicia (RISGA), prestación económica pública de carácter periódico competencia de la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia.

Tabla 6. Prestaciones/situación económica de las personas en exclusión social teniendo en cuenta su edad

	Hombre		Mujer		Total	
	N.º	% V	N.º	% V	N.º	%
PNC*	11	42.3%	9	50.0%	20	45.5%
RAI**	3	11.5%	2	11.1%	5	11.4%
RISGA***	3	11.5%	4	22.2%	7	15.9%
Subsidio desempleo	1	3.8%	–	–	1	2.3%
Subsidio más de 55	2	7.7%	1	5.6%	3	6.8%
Salario	–	–	–	–	–	–
Otros rendimientos	–	–	–	–	–	–
Sin ingresos	4	15.5%	2	11.1%	6	13.6%
Otra pensión	2	7.7%	–	–	–	4.5%

Fuente: Elaboración propia.

* Pensiones No Contributivas

** Renta Activa de Inserción

*** Renta de Inserción Social de Galicia

Un dato resaltable que se observa en la tabla 6 es que casi la mitad de las personas perciben una pensión no contributiva (45.5 %). Otro de los datos más reseñable es la ausencia de personas que perciban un salario que provenga de una actividad laboral remunerada.

Los pacientes que sufren pobreza y exclusión social también son beneficiarios en gran medida de la prestación de Risga, ascendiendo hasta el 15.9 % respecto al total. El 13.6 % no perciben ningún ingreso en el momento de la intervención social.

3.3. Sobre la cobertura sanitaria en situaciones de exclusión social

La cobertura sanitaria actual está regulada en el 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. Cabe mencionar que antes de la entrada en vigor de esta disposición legal, las personas inmigrantes que se encontraran inscritas en el padrón del municipio tenían acceso al Sistema Sanitario con independencia de cuál fuera su situación legal. De esta forma, el 4.5 % de las personas sin cobertura del estudio podrían tener acceso sanitario. En la actualidad, las personas extranjeras extracomunitarias tienen cobertura en los siguientes casos: por motivo de urgencia por enfermedad grave o accidente, asistencia al embarazo, parto y postparto, y los menores de 18 años con las mismas condiciones que las personas con ciudadanía española.

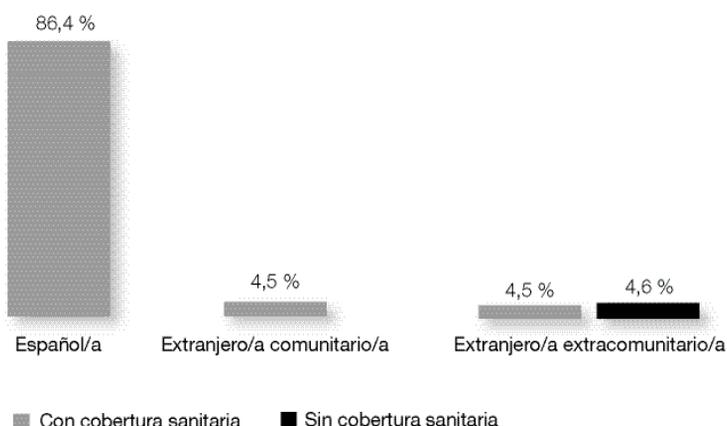


Figura 1. Cobertura sanitaria de los/as usuarios/as en situación de exclusión social teniendo en cuenta su nacionalidad.

Todas las personas españolas de nuestro estudio que fueron atendidas en el Complejo Hospitalario de Pontevedra tenían cobertura sanitaria, bien en condición de titulares o como personas beneficiarias. Los/as extranjeros/as comunitarios se encuentran también en condición de asegurados/as y representan el 4.50 %. Mientras que la mitad de los usuarios y las usuarias de fuera de la comunidad europea no tenían una asistencia gratuita.

4. CONCLUSIONES

Tras la realización del análisis de los datos y resultados que se han recogido sobre indicadores de exclusión social, se desprenden las siguientes cuestiones de interés que se pasa a destacar.

Se puede concluir que los hombres, de entre los casos que hemos estudiado, tienen relaciones más débiles. En valores absolutos son 20 los hombres con relaciones escasas frente a 13 mujeres; también en el caso de las relaciones negativas son 3 hombres frente a 1 mujer. Se podría concluir con este dato que las mujeres tienen una red de soporte más amplia y mejores condiciones de apoyo social para poder gestionar y solventar las situaciones de exclusión.

La situación de soltería es alta entre los pacientes y las pacientes estudiadas (27.3 %) y de esto se puede desprender también la menor red de apoyo de familiares directos que tienen las personas solteras en muchas ocasiones. Vinculado también a la red de apoyo, la escasez e insuficiencia de esta también es determinante para llegar a la pobreza y a su posterior cronificación; las personas analizadas sufrían de dicha escasez de relaciones en un 75 % de los casos.

Las personas usuarias del servicio de trabajo social son en su gran mayoría personas de nacionalidad española, representando un 86.4 %, por lo que la inmigración en nuestro servicio en particular no es un factor determinante para sufrir exclusión social.

Con relación al domicilio en el que residen las personas en situación de exclusión y pobreza, en muchas ocasiones tienen que depender del domicilio de terceras personas que los acogen (22.7 %), o en una vivienda alquilada (29.6 %), una cifra bastante alta respecto al total (18.7 %) no tienen domicilio o viven en albergues.

Es muy resaltable el porcentaje de pacientes del Hospital Montecelo con perfil de pobreza que son consumidores y consumidoras de sustancias: las personas que consumen alcohol llegan al 20.4 % y drogas al 11.4 %. Estos datos podemos confrontarlos con los que señala el Observatorio de Galicia en el año 2006, especialmente en aspectos vinculados con las situaciones de exclusión social. Este estudio indica que el consumo de estas sustancias puede ser uno de los detonantes de la situación social de exclusión, ya que el 12 % de los consumidores afirma que el

uso les generó consecuencias negativas y el 4 % de los consumidores de drogas ilegales y/o psicofármacos sufrió problemas de salud derivados de ese consumo. Respecto a los ámbitos socioeconómicos y familiares: el 3.1 % se vio afectado por problemas económicos; al 4.4 % de estos consumidores, el uso y abuso les generó problemas familiares o de relación; el 0.3 % se encontró con problemas de estudios en el contexto académico; y, por último, el 0.2 % tuvo problemas con la ley (Observatorio de Galicia, 2006).

En contraposición a estos datos, el informe del 2014 sobre la aplicación y evaluación de la Ley de Inclusión Social de Galicia (Consellería de Traballo e Benestar, 2014) refleja un porcentaje mayor de mujeres en situación de exclusión social y pobreza con casi un 20 % de diferencia entre mujeres y hombres (tasa femenina 59.6 %, tasa masculina 40.4 %). Sin embargo, de entre los casos analizados en nuestro estudio, los resultados son precisamente los contrarios, siendo numéricamente mayor la cantidad de expedientes de sexo masculino en esta situación y, por tanto, mayor el porcentaje de hombres en situación económica más deficitaria respecto a las mujeres (59.1 % tasa masculina, tasa femenina 40.9 %). Laparra y Pérez (2009) matizan por su parte que las diferencias de género son también importantes, pero no llevan a una mayor incidencia de la exclusión social en las mujeres. Más bien al contrario, indican que los procesos de exclusión social que afectan a las mujeres se encuentran más compensados y dan lugar preferentemente a situaciones de una cierta precariedad, mientras que la exclusión social más severa tiene una mayor incidencia en los hogares encabezados por varones.

En cuanto al 4.5 % de las personas en situación de pobreza atendidas en el servicio de trabajo social, y que se quedaron excluidas de la cobertura sanitaria, cabe decir que según el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario, sí tendrían derecho a cobertura sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, los/as extranjeros y extranjeras menores de dieciocho años residentes en España.

Tal y como pone de manifiesto el Plan Nacional Para la Inclusión Social del Gobierno de España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria golpea particularmente a ciertos grupos de población, de forma concreta a los colectivos que están excluidos del mercado laboral, ya sea por razones de salud o porque no encuentran empleo. El porcentaje de personas con inaccesibilidad a la asistencia sanitaria alcanza al 4.7 % de las personas incapacitadas para trabajar (más del doble del promedio poblacional) y el 3.3 % de las personas en desempleo. En cuanto a las personas que no han nacido en España, las restricciones son mucho mayores (2.9 % y 1.9 % respectivamente).

Para eliminar las desigualdades en salud es imprescindible la iniciativa de las instituciones públicas y de las organizaciones de la sociedad civil, además de establecer un

marco de cooperación entre todas ellas. Esta necesidad se hace aún más urgente en el contexto de crisis que vivimos, mientras que las políticas del Estado del Bienestar se debilitan (Gil de Miguel y Campuzano, 2014).

Como se indica en el *Diálogo social de estrategia de lucha contra la pobreza* del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007), el pobre es quien más sufre la violación de los derechos humanos. Se puede pensar en la pobreza como una vida sin derechos humanos básicos. La pobreza, y en especial la pobreza extrema, y la exclusión de la sociedad constituyen una violación de la dignidad humana y una negación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Reconocer que existe un problema de inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un buen punto de partida para la acción. Los gobiernos y organizaciones deben poner en marcha, con el apoyo de organismos nacionales e internacionales, un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones que se han hecho efectivas. La tendencia debería ser invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los/as profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a determinantes sociales de la salud en las investigaciones en materia de Salud Pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

Nuestra Ley General de Sanidad (1986) define de manera clara y concreta como una prestación del sistema la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurren en situaciones de enfermedad garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales. Es por ello de especial relevancia el papel que desarrollan las unidades de trabajo social hospitalario en coordinación con el personal sanitario y los profesionales del Sistema de Servicios Sociales, tratando de solventar, prevenir y reducir las problemáticas que merman la calidad de vida e incrementan la exclusión social.

Ituarte (1992), defiende que el trabajo social clínico es una forma especializada del trabajo social. Colom (2011), por otra parte, ha definido los objetivos particulares del trabajo social sanitario tales como ayudar a las personas afectadas por enfermedad, propia o de algún allegado, y a las que están en riesgo de padecerla y ayudarse a sí mismas, para que la enfermedad no genere o avive carencias en sus vidas.

Coincidimos con Bengoa (2015), experto internacional en gestión y salud pública, en que es necesario transformar el modelo asistencial y complementar el modelo de agudos actual con uno de crónicos (o media estancia sociosanitaria), de forma que integre de forma coordinada los servicios sanitarios con los sociales. Será bajo

este modelo de atención donde la intervención de los/as trabajadores/as sociales sanitarios tendrá más sentido y provocará cambios más transformadores para el conjunto de la ciudadanía.

5. REFERENCIAS

- Aguado, V., y Prado, R. (2014). Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del Estado del Bienestar. *Revista Vasca de Administración Pública*, 99-100, 87-110.
- Álvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A., y Regidor E. (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores SA.
- Bengoa, R. (2015). El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que raciocinar. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 323-325.
- Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC editorial.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Consejo General del Trabajo Social. (2017). *Trabajo Social y Salud*. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- Consellería de Trabajo e Benestar (2014). *Informe sobre a aplicación e avaliación da lei de inclusión social de Galicia*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Estalayo, L. M. (2014). La invisibilidad del trabajo social como profesión sanitaria. *Trabajo social hoy*, 71, 63-72.
- Esteban, M. A., y Losa, A. (2015). *Guía básica para interpretar los indicadores de desigualdad, pobreza y exclusión social*. Madrid: EAPN España.
- Gil de Miguel, A., y Campuzano, P. (2014). Pobreza y Salud. *Eu-topías: revista de interculturalidad, comunicación y estudios europeos*, 7, 71-78.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Gil.
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). *La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza*. Recuperado el 8 de agosto de 2017, de <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf>
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI.
- Laparra, M., y Pérez, B. (Coords.). (2009). *La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España: 2008*. Madrid: Fundación Foessa.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.* Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.* Boletín Oficial del Estado, 298, de 14 de diciembre de 1999.
- Llano, J. C. (2015). *El estado de la pobreza, 5º Informe. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2014* [European Anti Poverty Network España]. Recuperado de http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/1/1444833751_20151015_el_estado_de_la_pobreza_seguimiento_del_rope_2014_pdf.pdf
- Lorenzo, F. (2014a). Pobreza y exclusión social en España: consecuencias estructurales de nuestro modelo de crecimiento. *Ehquidad Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 1, 91-114.
- Lorenzo, F. (2014b). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid. Fundación Foessa.
- Lorenzo, M. J., y Cachafeiro, S. (2012). Trabajo social clínico. Modelo de prevención y desarrollo social. *Perspectivas Sociales*, 12(2), 69-109.
- Mertens, D. M. (2005). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Los determinantes sociales de salud: los hechos probados*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión del Reino de España 2013-2016*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Diálogo social y estrategias de lucha contra la pobreza*. Madrid: OIT.
- Observatorio de Galicia. (2006). *O consumo de drogas en Galicia VIII*. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Autor.
- Panadero, S., Vázquez, J. J., y Martín, R. (2017). Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33-36.
- Pastor, E., Verde-Diego, C., y González-Rodríguez, R. (Agosto, 2017). Las políticas de dependencia en España. Comunicación presentada a las *XII Jornadas de Sociología*. Buenos Aires (Argentina).
- Raya, E. (2004). Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, 9(1). Recuperado de <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/raja1.pdf>
- 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.* Boletín Oficial del Estado, 98, de 24 de abril de 2012.

- Romero, I. (2003). Trabajo social y medicina en Extremadura. *Revista de estudios extremeños*, 59(1), 343-367.
- Servizo Galego de Saúde. (2014). *Xerencia de xestión integrada de Pontevedra e o Salnés. Memoria de actividade 2014*. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de www.intranetchopo.sergas.local/variosmmaa/index-mmaa.html
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., et al., (2004). *Pobreza y exclusión social, un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: La Caixa.
- Temes-Cordovez, R. (2017). Determinantes sociales y geografía de la salud. Una aproximación para el caso de la ciudad de Madrid. *Clivatge. Estudis i testimonis sobre el conflicte i el canvi socials*, 5, 104-133
- Valedor do Pobo. (2010). *Las personas sin hogar en Galicia*. Recuperado de http://www.valedordopobo.gal/wpcontent/uploads/2015/01/InformeCastellano_sinhogar.pdf
- Valera, R. (2015). *Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado: validación de cuestionario y relación con Patrones Funcionales y calidad de vida* (Tesis Doctoral inédita). Universitat de València, Valencia.

PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A TRAVÉS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL MUNICIPIO DE ELDA. UN ESTUDIO DE CASO

LONG-TERM CARE SPECIALIZATION THROUGH HOME HELP SERVICE IN THE MUNICIPALITY OF ELDA. A CASE STUDY

José Ángel Martínez López (1) y Consuelo Lacárcel López (2)

(1) Universidad de Murcia

(2) Instituto Municipal de Servicios Sociales de Elda

Resumen: Desde la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia se ha observado la escasa demanda del Servicio de Ayuda a Domicilio por parte de las personas en situación de dependencia por su escasa oferta, imposibilidad de los beneficiarios para hacer frente al copago establecido y la limitación del tiempo de asistencia del mismo, no siendo considerado un servicio de atención integral. La presente investigación se desarrolla dentro de la modalidad de estudio de caso y desde una metodología cuantitativa, analiza si la provisión de cuidados de larga duración a través de la prestación vinculada al servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Elda promueve la autonomía personal de las personas beneficiarias y cubre sus necesidades relacionadas con las actividades de la vida diaria.

Palabras Claves: Servicio de Ayuda a Domicilio, Dependencia, Cuidado, Actividades Básicas, Elda.

Abstract: Since the implementation of the Law for the Promotion of Personal Autonomy and Care for people in situation of dependency, there has been a low demand for home help service by people in situations of dependency due to their limited supply, the impossibility of beneficiaries to meet the established co-payment and the limitation of its assistance time, not being considered a comprehensive care service. This research is developed within the modality of case study and from a quantitative methodology, analyzes whether the provision of long-term care through the provision linked to the home help service in the municipality of Elda promotes the personal autonomy of the beneficiaries and covers their needs related with the activities of daily life.

Keywords: Home Help Service, Dependence, Care, Basic Activities, Elda.

| Recibido: 22/05/2017 | Revisado: 30/07/2017 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: José Ángel Martínez López, Profesor Asociado de la Universidad de Murcia, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social, Despacho, 1.21. Campus de Espinardo, CP 30100. Email: jaml@um.es. Consuelo Lacárcel López, Trabajadora Social del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Elda. Email: clacarcel@elda.es.

Referencia normalizada: Martínez-López, J. A, y Lacárcel, C. (2018). Profesionalización de los cuidados de larga duración a través del servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Elda. Un estudio de caso. *Trabajo Social Hoy*, 85, 27-48. doi: org/10.12960/TSH.2018.0015

1. INTRODUCCIÓN

El municipio de Elda crea el Servicio Municipal de Atención a la Dependencia para dar cobertura, a través de un sistema formal de cuidados, a las demandas de las personas dependientes y de su entorno familiar, coincidiendo con la implantación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD) en España.

Desde la entrada en vigor de la Ley en el año 2007 se ha observado cómo existe una sobredimensión de la concesión de prestaciones económicas mientras que el Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante, SAD) se está infrutilizando y no priorizando junto al resto de servicios, tal y como recoge la Ley. Según el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) a lo largo del periodo 2008-2017 el SAD, tal y como está contemplado en la Ley, se concede exclusivamente en la Comunidad Valenciana a través de prestaciones monetarias, siendo empresas privadas las encargadas de la provisión del servicio. La razón fundamental de esta modalidad de gestión es la ausencia de implantación del servicio a nivel municipal donde se garantice la proximidad a la ciudadanía y se facilite el trabajo social de seguimiento. A través de esta investigación se pretende analizar y evaluar la gestión de la prestación del SAD contemplada en la LAPAD en el municipio de Elda como modelo de provisión de los Cuidados de Larga Duración (en adelante, CLD) profesionalizados.

En primer lugar se desarrolla una revisión bibliográfica de los diferentes enfoques teóricos sobre el concepto y evolución de los CLD. En segundo lugar se analiza la gestión realizada en el SAD desde las distintas administraciones públicas, tanto en España, en la Comunidad Valenciana y Elda. Finalmente se realiza una explotación de datos del SAD en el municipio de Elda respecto a los cuidados en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante, ABVD) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante, AIVD).

2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA

El aumento de la esperanza de vida en la población española ha conformado una nueva realidad que ha supuesto un incremento progresivo de población en situación de dependencia con necesidades de atenciones de CLD. A su vez, el surgimiento de nuevas estructuras familiares, la mayor presencia de las mujeres en el mercado laboral y la llegada de flujos migratorios de cuidados han condicionado la transformación de las redes sociales de apoyo tradicionales. Todos estos factores han propiciado un desafío para las políticas sociales del Estado de Bienestar respecto al abordaje de los CLD.

Los debates teóricos actuales en torno a los CLD tienen su origen en los años sesenta. Desde posiciones marxistas se abordaba el cuidado desde un plano de desigualdad,

no siendo este el núcleo central sino que estaba incorporado dentro de las consecuencias del sistema capitalista en el cual las mujeres sufrían una doble opresión, social y familiar (Torns, 2005; Esping-Andersen, 2008).

Las corrientes teóricas incorporaron los usos del tiempo entre hombres y mujeres intra y extra familiar, así como el papel que juega en estado de bienestar en la regulación del cuidado. Comenzó a incorporarse la idea del trabajo invisible de las mujeres, un trabajo no remunerado pero necesario en las sociedades actuales (Durán, 2004; Martínez, 2011, 2014).

Lewis (1992, 1997, 2010) y Daly y Lewis (2000) dieron un avance definitivo en el campo de estudio de los cuidados, específicamente en los que dieron por llamar el “social care”. Los cuidados son considerados sociales ya que tiene costes materiales, financieros y emocionales y, por tanto, deben de tenerse en cuenta a la hora de diseñar las políticas sociales. A partir de entonces el cuidado se convierte en un derecho de la ciudadanía que sobrepasa la perspectiva del cuidado informal, y se hace prioritario introducirlo en los análisis del estado de bienestar.

El término CLD ha evolucionado hasta la actualidad reconociéndose como trabajo no solo desde el ámbito privado sino también desde el ámbito público y su implicación en el bienestar de las personas. Desde esta perspectiva la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) define los CLD como “el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”.

En la actualidad las actuaciones del SAAD se centran en favorecer la mayor calidad de vida posible a las personas en situación de dependencia, conjugando programas de servicios que promueven la autonomía personal y apoyan las situaciones de dependencia, tal y como recoge el Catálogo de la Dependencia. De esta manera, se promueve que las personas en situación de dependencia alcancen y mantengan un nivel de funcionamiento lo más óptimo posible, permitiéndoles vivir lo más independiente posible. Desde este contexto se hace imprescindible que los CDL sean contemplados por las políticas sociales y tomen una dimensión social de mayor atención. Como efecto de ello, en las dos últimas décadas se han intensificado los debates sobre la implementación de nuevos esquemas de CLD en Europa y la división de responsabilidades públicas y privadas, el papel del cuidado informal y la orientación hacia prestaciones y servicios (Arriba y Moreno, 2009).

Si bien el cuidado se había centrado históricamente en la provisión de servicios, en las dos últimas décadas las políticas europeas de CLD de numerosos países de nuestro

entorno como Francia, Alemania o Italia están incorporando nuevos programas con el establecimiento de sistemas integrales orientados al cuidado comunitario y transferencias económicas para la atención doméstica, favoreciendo la autonomía de la personas que precisan de cuidados.

Tras la entrada en vigor de la LAPAD se ha pasado de un modelo de bienestar familiarista a uno donde el Estado asume mayor responsabilidad y propicia que el peso de la atención no recaiga principalmente en las familias, reconociendo el derecho de las personas que lo precisan a recibir atenciones de CLD, con un carácter universal y garantista. Actualmente el modelo de cuidados en España es *Híbrido* (Martínez-López, 2017) donde tanto el Estado como las familias participan en la regulación del bienestar social de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, el nivel de familismo sigue siendo muy alto como consecuencia de un sistema de servicios sociales débil y variante de acuerdo con los ciclos económicos.

La LAPAD supone la consolidación de los servicios sociales, favorece la visualización del sistema de cuidados donde la aportación de la familia, y sobre todo de la mujer adquiere configuración de empleo en el sector de atención a personas dependientes en España y la producción de empleo profesional a través de los servicios sociales desarrollados en la Ley. Sin embargo, la implantación de este sistema arrastra numerosas dificultades. La disponibilidad de las amas de casa a tiempo completo y la intensidad de los contactos familiares y los lazos entre las generaciones y las familias, ha permitido al Estado delegar la responsabilidad en la familia para garantizar la seguridad económica básica y el proveer a las necesidades de cuidado de grandes segmentos de ciudadanos sin protección (Da Roit et al., 2013, p. 167). La gestión del cuidado a través de los servicios, ya sean residenciales o de proximidad (centros de día, ayuda a domicilio, etc.) solamente se contempla cuando está descartado el cuidado en el ámbito familiar (Da Roit y Le Bihan, 2010).

3. DESARROLLO DEL SAD Y SU COBERTURA DE PROTECCIÓN A TRAVÉS DE LA LAPAD

La implementación de la LAPAD se desarrolla a través de varios niveles: Estado, Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.) y Administración Local. Las CC.AA. gestionan las prestaciones del Catálogo de la Dependencia de acuerdo con los artículos 7 y 10 de la LAPAD. Este hecho está evidenciando en la serie estadística histórica del SAAD una gran disparidad en la gestión del derecho según el territorio donde resida la persona en situación de dependencia. Desde este análisis desequilibrado a nivel regional en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su Evaluación de resultados de 2012 sobre la aplicación de la LAPAD, concluye: “que una normativa clara y con criterios comunes en todas las CC.AA., supondrá mejorar la calidad de

atención que se ofrece a los beneficiarios del sistema, obtener iguales prestaciones y servicios en cualquier parte del territorio nacional, y simplificar la gestión, además del beneficio económico que se obtendría por una gestión más eficaz y objetiva” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.8).

El SAD se contempla como una prestación de derecho para las personas que, reuniendo los requisitos que la LAPAD establece, lo soliciten y sea contemplado en su Programa Individualizado de Atención (en adelante PIA). La LAPAD define el SAD como “el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de la persona dependiente con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestado a través de entidades públicas o privadas concertadas. Prestará servicios de atención de las necesidades del hogar y cuidados personales”.

El objetivo del servicio es mejorar la calidad de vida de la persona en situación de dependencia que sigue en su medio habitual y favorecer la participación real y activa en su comunidad de la forma más autónoma posible, fortaleciendo sus vínculos familiares, vecinales y sociales. Ahora bien, las modificaciones legislativas implementadas por el gobierno español en la LAPAD, especialmente las introducidas en el Real Decreto Legislativo 20/2012, supusieron una reducción de servicios y prestaciones sobre la intensidad de horas y apoyo económico del SAD e igualmente acota las atenciones de necesidades domésticas, que sólo podrán prestarse conjuntamente con los servicios de atención personal.

Tabla 1. Evolución disminución horas de SAD

Orden 15 noviembre de 2007 (vigente hasta julio de 2012)				RDL 20/2012, 13 de julio	
Grado I	Nivel	1	12-20 h/mes	Grado I	Máximo 20 horas mes
		2	21-30 h/mes		
Grado II		1	30-40 h/mes	Grado II	Entre 21-45 horas mes
		2	40-55 h/mes		
Grado III		1	55-70 h/mes	Grado III	Entre 46-70 horas mes
		2	70-90h/mes		

Fuente: DOGV (10 de diciembre de 2007) y BOE (14 de julio de 2012) recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>. Elaboración propia.

Sin embargo, los cambios normativos no han sido los únicos responsables para la infravaloración del SAD en el conjunto del Estado. La falta de una normativa reguladora del SAD en el momento de la implantación del SAAD ha sido y sigue siendo en algunas CC.AA., la primera dificultad para articular la prestación en las estructuras de sus servicios sociales. La única Comunidad Autónoma que en el año 2016 no había desarrollado el SAD era la Comunidad Valenciana (SAAD, 2016).

A partir de 2017 se implanta una primera fase piloto en cinco localidades de la Comunidad Valencia con población inferior a 50 000 habitantes, para que la prestación del SAD se gestionase a través de la Red de Servicios Públicos y Concertados. La Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas financia el SAD para personas en situación de dependencia en esos municipios, con el fin de implantar del SAD como servicio municipal. Este nuevo modelo de atención social está dirigido a ofrecer servicios desde la mayor proximidad a la ciudadanía, siendo el equipo social de atención primaria quien realiza el seguimiento y evaluación del mismo. De esta manera la citada Consellería dejaría de prestar el servicio mediante una prestación vinculada a través de empresas autorizadas, garantizando mayor agilidad en el procedimiento y una atención más personalizada.

Los datos comparados extraídos a 31 de julio de 2017 sobre la información estadística del SAAD publicados por el IMSERSO, se destaca que el total de personas beneficiarias con prestaciones del Sistema es de 909 973 y la atención a las personas dependientes se sigue realizando en su mayoría en el entorno de su domicilio. El SAD, aunque sigue suponiendo un porcentaje muy limitado con respecto al total de prestaciones, el 16 %, es decir 178 737, ha incrementado en relación al número de beneficiarios comparado con los datos de años anteriores, tanto en porcentaje como en números absolutos sobre el total de personas beneficiarias del SAD.

3.1. Desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana, a fecha 31 de Julio de 2017, el número total de personas beneficiarias con prestación o servicios del catalogo de la LAPAD es de 57 705, supone un 6,3 % del total de personas beneficiarias de servicios y prestaciones del SAAD a nivel nacional (SAAD, 2017).

La atención residencial supone el 16,8 % y las prestaciones económicas vinculadas a los servicios un 14,3 %, es decir 19 071 del total de prestaciones y/o servicios (61 335), mientras que las prestaciones para los cuidados y atenciones en el entorno del domicilio suponen el 69,0 %, es decir, 42 264 de las prestaciones, destacando el alto porcentaje de la Prestación Económica al Cuidador Familiar (en adelante, PECF) que supone un 50,9 % de las prestaciones de cuidados en el domicilio, seguidos de centros de día/

noche (10,6 %) y servicio de Teleasistencia Domiciliaria (6,5 %), siendo el porcentaje de la prestación del SAD en el entorno domiciliario del 0 %.

En la Comunidad Valenciana la PECF está sobredimensionada sobre el resto de prestaciones y servicios del SAAD. Se incumple así el mandato de la LAPAD por el que los servicios serán prioritarios a las prestaciones.

Desde este contexto, en la Comunidad Valenciana destaca un "modelo de cuidados familista doméstico". Los CLD siguen prestándose fundamentalmente por mujeres del entorno familiar a través de transferencias monetarias públicas, sin apoyo de servicios profesionalizados (Martínez-López et al., 2017).

El SAD se articula a través de las Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio (en adelante, PEVSAD), que se conceden y priorizan cuando no es posible acceder a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia del solicitante y su capacidad económica, de acuerdo con el artículo 17 de la LAPAD. La persona en situación de dependencia debe suscribir un contrato con una empresa privada y acreditar que recibe al menos el número de horas mínimo establecido en el PIA.

La Comunidad Valenciana no ha impulsado ni reglamentado el SAD como servicio básico de atención domiciliario, motivo por el que se ha optado por un modelo externalizado, en el que el servicio mantiene la titularidad pública pero la gestión y prestación del mismo es realizada por empresas privadas, que necesariamente deben de estar acreditadas en el Registro de la Administración Autonómica, de acuerdo con el artículo 16.3 de la Ley LAPAD y el artículo 7.4 de la Orden 5 de diciembre de 2007, de la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.

Desde este modelo no se garantiza el control sobre la calidad de las atenciones, ya que realmente la administración se limita al control y supervisión del destino que se está haciendo de las prestaciones para que vayan dirigidas a la finalidad para que fueron concedidas.

3.2. La gestión del SAD en el municipio de Elda

El municipio de Elda, desde la entrada en vigor de la LAPAD, ha atendido un total de 2774 solicitudes iniciales de reconocimiento de valoración de dependencia, de las que a fecha 31 de Julio de 2017 (SAAD, 2008-2017), 632 solicitantes tienen reconocido alguno de los servicios y prestaciones del catálogo de prestaciones y servicios, siendo beneficiarios de la PEVSAD un total de 26 personas.

Tabla 2. Expedientes con resolución PIA en Elda a 31/07/2017

TIPO PRESTACIÓN/SERVICIO	TOTAL	%
Prestación económica al cuidador	397	62,8
Centro Día discapacitados psíquicos	12	1,9
Centro Ocupacional discapacitados psíquicos	31	4,9
Centros Residenciales Personas Mayores Dependientes	78	12,4
Centro de Día Personas Mayores Dependientes	36	5,7
Residencia discapacitados psíquicos	23	3,6
Residencia Enfermos Mentales	13	2,0
Centro de Día Enfermos Mentales	7	1,1
Viviendas tuteladas	4	0,6
Prestación Econ. Vinculada al SAD	26	4,1
Prest. Econ. Vinculada a Centros Residencial	4	0,6
Prest. Econ. Vinculada a Centro de Día	1	0,2

Fuente: Instituto Municipal de Servicios Sociales de Elda (31 de julio 2017). Elaboración propia.

Los CLD en el entorno del domicilio suponen un 81,3 %, es decir 514 personas del total. Mayoritariamente son prestados a través de la PECF (62,8 %), seguido de centro de día (8,8 %), centro ocupacional (4,9 %) y de viviendas tuteladas (0,6 %). La PEVSAD supone el 4,1 % del total de las prestaciones y servicios de atención en el entorno domiciliario.

Las primeras resoluciones de PEVSAD en Elda se reconocen en el año 2010, un total de 8, número que se mantiene hasta el año 2013 que disminuye a 5 personas beneficiarias de este servicio. En el año 2014 vuelve a subir progresivamente hasta el año 2017 con un total de 26 personas beneficiarias. Por tanto, hablamos de una prestación que ha tenido un carácter residual a lo largo del proceso de implantación de la Ley.

4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de la presente investigación es identificar las características de la población beneficiaria de la prestación vinculada al Servicio de Ayuda a Domicilio en el municipio de Elda. A través del mismo podremos conocer las características socio-familiares de la población objeto, sus necesidades relacionadas con su autonomía personal, así como el alcance y cobertura de las tareas prestadas desde el SAD.

La investigación se ha realizado desde una vertiente cuantitativa, la cual permite recoger, registrar, analizar y describir las características de los datos extraídos, según las variables establecidas que se han considerado para cada una de las dimensiones: el perfil socio familiar de las personas beneficiarias de PEVSAD, las necesidades relacionadas con su autonomía personal y la cobertura de cuidados de la PEVSAD.

Se establecieron unidades de análisis para cada dimensión. Respecto al perfil socio-familiar: sexo, edad, estado civil, convivencia, nivel educativo y entorno/vivienda habitual. En relación con las necesidades relacionadas con la autonomía personal: grado de dependencia, caracterización general de apoyos que recibe, caracterización general de la persona cuidadora, valoración de la dependencia. Finalmente, en relación con la cobertura de los cuidados del PEVSAD se consideró: el número de horas de atención mensual, la intensidad de cuidados y el tipo de cuidados prestados.

La muestra del estudio estuvo compuesta por el conjunto del universo a fecha de 31 de Julio de 2017 y que asciende a 26 personas de los 632 que tienen reconocido el derecho a los servicios o prestaciones recogidos en el catálogo de prestaciones y servicios de la LAPAD. La aproximación a los datos se ha realizado a través de la explotación de los datos de los expedientes de las personas beneficiarias de la PEVSAD utilizando el programa Excel 2013.

5. RESULTADOS

El análisis descriptivo del universo, pese a ser este muy reducido, ha permitido conocer las características de la población en base a las variables e indicadores establecidos.

5.1. Perfil personas beneficiarias PEVSAD

Uno de los datos más esclarecedores es que el perfil mayoritario de la población objeto de esta investigación es de una población mayor de 81 años, lo que corrobora las tendencias demográficas actuales. Destaca la prevalencia de la población femenina sobre la masculina, que confirma la mayor esperanza de vida de este grupo de población y mayor autonomía, así como que casi la mitad de las mujeres viven solas en sus domicilios.

Atendiendo al estado civil y el sexo, el 75,0 % de los hombres conviven con su cónyuge, frente al 33 % de las mujeres. El 67,0 % restante de estas son viudas, solteras o divorciadas. El 44,0 % de mujeres viven solas en el domicilio y en cambio, ningún hombre de la población de estudio vive solo.

Si profundizamos en el nivel cultural podemos observar que un 38% de beneficiarios/as no saben leer ni escribir y el 31 % sabe leer y escribir pero no tienen estudios. Por sexo, la gran mayoría de las mujeres (83 %) o no saben leer o lo saben hacer pero no tienen estudios, aspecto que evidencia la desigualdad social en el acceso al sistema educativo de las personas mayores cuando eran jóvenes.

En general, las condiciones de habitabilidad de la vivienda son adecuadas, requisito imprescindible para el mantenimiento en el domicilio y para poder recibir las prestaciones y servicios del SAAD, de hecho, más de la mitad de los/as beneficiarios/as han optado por disponer del dispositivo de teleasistencia domiciliaria que favorece su autonomía en el domicilio.

A pesar de ser un colectivo envejecido y estar reconocidos como personas en situación de dependencia sólo el 19,0 % de ellos dispone de cuarto de baño adaptado y un 46% vive en edificios que carecen de ascensor. Sin embargo, todos los/as beneficiarios/as residen en una vivienda próxima a los servicios comunitarios.

5.2. Necesidades relacionadas con la autonomía personal

Las necesidades de CLD en el domicilio, relacionadas con la autonomía personal de los/as beneficiarios/as de la PEVSAD en Elda, afecta más a las mujeres que a los hombres y en su mayoría pertenece al grupo de personas en situación de dependencia grave o moderado (88,5 %), no requiriendo de apoyo permanente del/de la cuidador/a para realizar todas las actividades de la vida diaria.

La mayor parte de los/as beneficiarios/as reciben cuidados a través del sistema informal de la familia, que en un 73,1 % son asumidos por mujeres (hijas o esposas), mayores de 60 años y con una limitada inserción en el mercado laboral, por lo que se sigue reflejando la implicación de las mujeres que asumen los cuidados como algo dado y que caracterizaba el sistema de CLD en España hasta la entrada en vigor de la LAPAD.

La intensidad de cuidados prestados a diario es de una media de tiempo de 4,5 horas, donde tienen prevalencia los cuidados relativos a la ayuda en la higiene y aseo (90,4 %), seguido de los cuidados del hogar (80,7 %), ayuda en los desplazamientos (73,0 %) y ayuda para la comunicación con el entorno, resolución de situaciones conflictivas, administración de bienes y patrimonio (54,0 %).

Según los datos reflejados en el Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD), sólo el 30,9 % de los beneficiarios precisan de supervisión de terceras personas para realizar las atenciones, ya que el resto de la población necesita apoyo físico parcial o sustitución máxima, con una frecuencia diaria de al menos cuatro veces al día.

En relación a las ABVD: 18 personas requieren ayuda para realizar alguna de las tareas de la actividad de lavarse, 16 para realizar alguna de las tareas de vestirse, 12 para realizar alguna de las tareas de la higiene personal relacionada con la micción y la defecación, y en menor medida, 8 personas para desplazarse dentro del hogar, 5 para comer y beber y 4 para cambiar/mantener la posición del cuerpo.

En relación a las AIVD: 25 personas requieren de ayuda para realizar tareas domésticas, 23 para desplazarse fuera de casa, 19 para realizar otros cuidados personales, 18 para el mantenimiento de la salud y 10 para tomar decisiones.

El 48,6 % de los beneficiarios tiene problemas de desempeño que obedecen a causas físicas, el 47,1 % obedece a causas mentales y tan sólo un 4,3 % obedece a una causa mental y física.

5.3. Alcance y cobertura de las tareas prestadas desde la PEVSAD

Desde la PEVSAD, prevalecen las tareas relacionadas con AIVD sobre las ABVD y las necesidades atendidas cubren un promedio de tiempo dedicado a los cuidados de 28 horas mensuales, que supone una frecuencia media de una hora diaria.

6. CONCLUSIONES

Desde este análisis resulta evidente que la PEVSAD sigue requiriendo del concurso de la familia en los cuidados desde una perspectiva integral. Además, se evidencia que este servicio constituye un complemento al cuidado informal, apoyo mayoritario que reciben las personas en situación de dependencia.

Si bien el reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres y las reformas introducidas para regular el cuidado no tienen la dimensión que se preciaría para ajustarlas a las nuevas necesidades de CLD. La PEVSAD cumple el objetivo que promueve la LAPAD, fortalece los cuidados familiares y favorece la autonomía de los grados más bajos de dependencia y la cobertura de atención de los más altos.

Sin embargo, se hace preciso el impulso y desarrollo de servicios públicos de proximidad compatibles con el SAD dentro del Catálogo de la Dependencia, para garantizar y ofrecer servicios de calidad con mayor proximidad a la ciudadanía, impulsando y favoreciendo el seguimiento y evaluación de los servicios sociales municipales de base de atención a la dependencia para garantizar una atención personalizada, flexible y de continuidad en el apoyo domiciliario.

Este estudio presenta limitaciones y oportunidades. La limitación más importante es el escaso impulso que está teniendo este servicio en la Comunidad Valenciana, lo que dificulta su análisis. A su vez, esta circunstancia supone una oportunidad para conocer la gestión de esta política social así como las posibilidades que podría tener el apoyo domiciliario a las personas en situación de dependencia desde un análisis territorial más amplio.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Arriba, A., y Moreno, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los Regímenes de Bienestar Europeos contemporáneos*. Colección Estudios. Serie Dependencia. EST núm. 12007. Extraído el 30 de octubre, 2017, de <http://www.camfleganes.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>
- Da Roit, B., González-Ferrer, A., y Moreno, F. J. (2013). The new risk of dependency in old age and (missed) employment opportunities: the Southern Europe model in a comparative perspective. En J. Troisi, y H. J. V. Kondratowitz (Eds.), *Ageing in the Mediterranean* (pp. 151-172). Bristol: Policy Press.
- Da Roit, B., y Le Bihan, B. (2010). Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries long-term care policies. *The Milbank Quarterly*, 88 (3), 286-309. doi: 10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x
- Daly, M., y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Durán, M.A. (2004). Las demanda sanitarias de las familias. *Gac Sanit*, Vol. 18, núm.4, 195-200.
- Esping-Andersen, G. (2008). Un nuevo contrato de género. En M. Pazos (Ed.), *Economía e igualdad de género: retos de la Hacienda Pública en el siglo XXI* (pp. 31-43). Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 7 de septiembre, 2017, de <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Cifras oficiales de población resultante de la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2017*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 27 de septiembre, 2017, de <http://www.ine.es>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extraído el 7 de septiembre, 2017, de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2017). *Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de julio de 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído el 7 de septiembre, 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20170731_comp.pdf

- Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 4, 160-177.
- Lewis, J. (1997). Gender and Welfare Regimes: further thought. *Social Politics*, 4(2) 160-177.
- Lewis, J. (2010). *Work-family balance, gender and policy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- 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, de 15 diciembre de 2006, pp. 44142-44156. Madrid, España.
- Martínez, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29, núm. 1, 93-123.
- Martínez, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 145, 99-126. doi:10.54777/cis/reis.145.99
- Martínez-López, J. A. (2017). El Modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 137-168.
- Martínez-López, J. A., Frutos, L. y Solano, J. C. (2017). Los usos de las prestaciones económicas de la dependencia en el municipio de Murcia. *Revista Española de Sociología*, 26(3), 97-113.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Extraído el 12 de octubre, 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/iield_2012.pdf.
- OMS. (2000). *Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores*. Extraído el 23 de febrero, 2018, de <http://www.zaintzea.org/wp-content/uploads/2017/09/Hacia-un-consenso-internacional-sobre-los-Programas-de-Cuidados-de-Larga-duracio%CC%81n-para-las-Personas-mayores.pdf>
- Orden 5 de diciembre de 2007, de la Consellería de Bienestar Social por la que se regula los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 5656 de 10 de diciembre de 2007), pp. 44916-44932. Valencia, España.
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por 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. 96, de 21 de abril de 2007, pp. 17646-17685. Madrid, España.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por 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. 42, de 18 de febrero de 2011, pp. 18567-18691. Madrid, España.

Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, en el que se incluyen modificaciones sustanciales a la Ley 39/2006. BOE núm. 168, de 14 de julio, pp. 50428 a 50518. Madrid, España.

Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (2017). *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído el 7 de enero, 2018, de http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm

Torns, T. (2005). De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(1), 15-33.

ANEXO I: Evolución prestaciones reconocidas en España y la Comunidad Valenciana durante el periodo 2010-2017

		SAD	PREVENCIÓN Y AUTONOMÍA	TELEASISTENCIA	CENTRO DI/NOCHE	ATENCIÓN RESIDENCIAL	PEV SERVICIO	PE CUIDADO FAMILIAR	PEA PERSONAL	TOTAL
2010	ESPAÑA	90.192 (11,6%)	11.147 (1,4%)	84.016 (10,8%)	44.610 (5,7%)	119.253 (15,3%)	52.402 (6,7%)	377.787 (48,4%)	735 (0,1%)	780.862 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	1 (0%)	4.943 (11,8%)	2.233 (5,4%)	13.329 (31,9%)	2.857 (6,9%)	18.372 (44,0%)	0 (0%)	41.725 (100%)
2011	ESPAÑA	119.912 (12,9%)	16.415 (1,8%)	124.114 (13,6%)	58.030 (6,3%)	122.040 (13,3%)	59.836 (6,5)	417.782 (45,5%)	874 (0,1)	917.604 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	1 (0%)	6.732 (13,5%)	2.842 (5,7%)	12.674 (25,5%)	3.120 (6,4%)	24.293 (48,9%)	0 (0%)	49.662 (100%)
2012	ESPAÑA	125.828 (13,0%)	20.891 (2,2%)	129.327 (13,4%)	65.976 (6,9%)	125.792 (13,1%)	64.532 (6,8%)	426.810 (44,5%)	1.280 (0,1%)	959.903 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	342 (0,7%)	8.619 (16,8%)	3.352 (6,5%)	11.933 (23,3%)	4.180 (8,2%)	22.821 (44,5%)	3 (0%)	51.250 (100%)
2013	ESPAÑA	120.962 (12,8%)	20.994 (2,2%)	120.457 (12,7%)	70.343 (7,5%)	130.424 (13,8%)	72.029 (7,6%)	408.401 (43,2%)	1.441 (0,2)	945.051 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	321 (0,7%)	9.438 (19,8%)	4.618 (9,7%)	10.269 (21,5%)	3.506 (7,4%)	19.526 (40,9%)	3 (0%)	47.681 (100%)
2014	ESPAÑA	132.597 (14,3%)	23.310 (2,5%)	115.570 (12,4%)	73.293 (7,9%)	135.346 (14,5%)	73.636 (7,9%)	374.348 (40,3%)	1.883 (0,2)	929.983 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	268 (0,5%)	8.263 (17,0%)	5.180 (10,5%)	9.743 (20,2%)	3.679 (7,6%)	21.518 (44,2%)	4 (0%)	48.655 (100%)

Evolución prestaciones reconocidas en España y la Comunidad Valenciana durante el periodo 2010-2017 (continuación)

		SAD	PREVENCIÓN Y AUTONOMÍA	TELEASISTENCIA	CENTRO DIA/NOCHE	ATENCIÓN RESIDENCIAL	PEV SERVICIO	PE CUIDADO FAMILIAR	PEA PERSONAL	TOTAL
2015	ESPAÑA	147.748 (14,9%)	29.461 (2,9%)	140.252 (14,0%)	84.462 (8,5%)	148.382 (14,9%)	83.734 (8,4%)	360.505 (36,1%)	3.440 (0,3%)	997.984 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	249 (0,5%)	5.931 (12,2%)	6.104 (12,5%)	10.682 (21,8%)	4.649 (9,5%)	21.211 (43,5%)	4 (0%)	48.830 (100%)
2016	ESPAÑA	170.693 (16,0%)	38.854 (3,6%)	164.136 (15,4%)	85.730 (8,0%)	151.719 (14,2%)	90.847 (8,5%)	361.209 (33,8%)	5.779 (0,5%)	1.068.967 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	501 (0,9%)	4.437 (8,0%)	6.343 (11,4%)	10.507 (18,9%)	6.070 (10,9%)	27.800 (49,9%)	4 (0%)	55.662 (100%)
2017	ESPAÑA	94.725 (16,5%)	46.078 (3,9%)	186.276 (15,8%)	90.959 (7,7%)	157.174 (13,3%)	110.669 (9,5%)	385.476 (32,7%)	6.654 (0,6%)	1.178.011 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	29 (0,0%)	558 (0,9%)	3.726 (5,8%)	6.560 (10,1%)	10.586 (16,4%)	10.001 (15,4%)	33.374 (51,4%)	6 (0,0%)	64.874 (100%)

Fuente: SAAD 2010-2017. Elaboración propia.

EL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS: ANÁLISIS DE LA RELACIÓN Y CONSECUENCIAS DEL SUMINISTRO DE APOYO

THE INFORMAL CAREGIVER OF INSTITUTIONALIZED ELDER PEOPLE: ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP AND CONSEQUENCES OF THE SUPPORT PROVIDED

Laura Mercedes Hernández (1) y Jesús Rivera Navarro (2)

(1) Ayuntamiento de Salamanca

(2) Universidad de Salamanca

Resumen: El aumento de la tasa de envejecimiento, la prevalencia de las enfermedades crónicas, especialmente entre el grupo de personas mayores de 65 años, así como el surgimiento de diversos factores que restringen la disponibilidad de apoyo en el entorno familiar, podrían reorientar el cuidado, o parte del mismo, hacia recursos formales de atención, como los centros residenciales. Esta investigación tiene como objetivo general explorar la relación que mantienen los cuidadores informales con su familiar en situación de dependencia e ingresado en una residencia. Los resultados obtenidos apuntan a que la relación y el cuidado persisten tras la institucionalización y, por lo tanto, los cuidadores informales no están exentos de padecer efectos negativos derivados de la situación y de la provisión de apoyo. Asimismo, es posible inferir la relevancia del apoyo familiar, tanto para el receptor como para el suministrador de ayuda, aunque se hayan traspasado determinadas competencias al ámbito institucional.

Palabras Clave: Dependencia, Institución, Cuidado, Familia, Metodología cualitativa.

Abstract: The increased rate of ageing population, the prevalence of chronic illnesses –especially amongst the over 65s– and the emergence of various factors that limit the amount of support available from family members may be at least partially reorienting care or part of this care towards formal healthcare resources like nursing homes. The general aim of this research is to explore the relationship between informal caregivers and their dependent family members in nursing homes. The results obtained indicate that such persons maintain their relationship and level of care following institutionalisation and, therefore, informal caregivers are not immune to the negative effects derived from such situations and the support they provide. We may also infer the importance of family support for both the providers and beneficiaries of such help despite the institutionalisation of certain responsibilities.

Keywords: Dependency, Nursing home, Care, Family, Qualitative Method.

| Recibido: 22/07/2018 | Revisado: 30/07/2018 | Aceptado: 12/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Laura Mercedes Hernández. Diplomada en Trabajo Social, Máster en Servicios Públicos y Políticas Sociales y Doctora en Sociología por la Universidad de Salamanca. Actualmente, ejerce como trabajadora social en el Ayuntamiento de Salamanca. Email: laura-mercedesh@hotmail.com. Jesús Rivera Navarro. Doctor y Licenciado en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Titular de Universidad de Salamanca en la Facultad de Ciencias Sociales (Departamento de Sociología y Comunicación). Email: jrivera@usal.es

Referencia normalizada: Mercedes, L. y Rivera, J. (2018). El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas: análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo. *Trabajo Social Hoy*, 85, 65-86. doi: org/10.12960/TSH.2018.0016

Nota: Artículo basado en la tesis doctoral "Análisis de la relación entre las personas mayores institucionalizadas y sus cuidadores informales" presentada por Laura Mercedes Hernández y dirigida por Jesús Rivera Navarro.

1. INTRODUCCIÓN

España, al igual que otros países desarrollados, ha experimentado un incremento progresivo en su tasa de envejecimiento situada, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2016, en el 18,7 % de la población. El envejecimiento de la sociedad española irá en aumento en las próximas décadas, de acuerdo con las proyecciones realizadas por el INE en el año 2016 y según las cuales las personas mayores de 65 años representarán el 25,6 % de la población española en 2031 y el 34,6 % en el año 2066. Sumado a lo anterior, se ha encontrado que dos de cada tres individuos en situación de dependencia se corresponden con personas mayores de 65 años (Esparza, 2011).

En la actualidad, la red informal más cercana a la persona en situación de dependencia se ocupa de atender sus necesidades de apoyo, siendo menor el peso del cuidado formal en España (Rogeró, 2009). Este modelo, basado en la tradición familista, podría estar amenazado (Ruiz y Moya, 2012), no solamente por el aumento de la esperanza de vida y la proporción de ancianos, respecto a otros grupos de edad, sino también por el surgimiento de cambios sociales que limitan el apoyo familiar como son, la incorporación de la mujer al mercado laboral (García-Calvente y Lozano, 2012), el descenso en el número de hijos e incluso el aumento de las personas que no los tienen, la inestabilidad laboral de los descendientes o su distanciamiento geográfico, entre otros (Rodríguez, 2011).

Se ha estimado que, en España, 270 286 personas mayores de 65 años se encontraban habitando en centros geriátricos, frente a los 7 846 064 de adultos mayores que residían en hogares familiares u otros establecimientos colectivos (instituciones religiosas, militares, penitenciarias, etcétera), es decir tan sólo alrededor de un 3,3 % de los ancianos en España estaba ingresado en un centro residencial para personas mayores, de acuerdo con los datos ofrecidos por el censo de Población y Vivienda, referidos al año 2011 y publicados por el INE (2013). No obstante, se espera que, en las próximas décadas, aumente el número de personas mayores institucionalizadas, produciéndose en España un incremento en el año 2060 con respecto a 2007 del 536 % (European Commission, 2009).

A pesar de estos datos y conclusiones futuras, en España han sido pocos los estudios, especialmente si se comparan con los trabajos centrados en el ámbito domiciliario o de la comunidad, que se han centrado en conocer la relación entre el cuidador informal y la persona mayor institucionalizada o los efectos del suministro de apoyo una vez producido el ingreso en un centro residencial. Consideramos significativo dicho objeto de estudio, no solamente por la proporción actual, y previsiblemente por la futura, de cuidadores informales de personas mayores institucionalizadas, sino también porque

la familia constituye un factor que contribuye al bienestar de ancianos y, por lo tanto, conocer y comprender cómo viven esta experiencia de cuidado y los efectos que el suministro de apoyo les generan podría facilitar el desarrollo de intervenciones sobre el cuidador, que repercutan también en el receptor de apoyo.

Por otra parte, mostrar cómo el cuidado persiste más allá del ámbito domiciliario o de la comunidad favorecerá la eliminación o cuestionamiento de estereotipos negativos acerca de la institucionalización y/o de las personas mayores y cuidadores informales que hacen uso de este recurso de atención.

2. METODOLOGÍA

El trabajo que aquí se presenta tiene relación con la investigación explicada en la tesis doctoral titulada “Análisis de la relación entre las personas mayores institucionalizadas y su cuidador informal”, presentada en la Universidad de Salamanca en el año 2017.

Como se puede intuir, la mencionada investigación tenía como objetivo general indagar acerca de la relación entre la persona mayor institucionalizada y su cuidador informal, dirigiendo el foco de atención, entre otros, hacia las formas en la que los cuidadores se implicaban en la provisión de apoyo, al estudio de la frecuencia y calidad de los contactos con el familiar institucionalizado, a explorar los usos de tiempo compartido y a averiguar las consecuencias que padecía el cuidador cuando el suministro de apoyo se producía en un centro residencial. Asimismo, debemos declarar que el trabajo original tenía un afán comparativo, de manera que la muestra diseñada estaba formada por 50 cuidadores principales de los cuales 16 prestaban ayuda en el domicilio y 34 ejercían esta labor en un entorno residencial. Para la elaboración de este artículo centraremos nuestra atención en los cuidadores informales de personas mayores institucionalizadas.

A fin de lograr la consecución de los mencionados objetivos nos decantamos por el uso de la metodología cualitativa, para poder adentrarnos e intentar comprender la visión o los significados (Ruíz, 2012) que los entrevistados otorgaban a la situación de cuidado que protagonizaban. Entre las técnicas que abrazan a la metodología cualitativa optamos por servirnos de la entrevista semiestructurada.

Todas las entrevistas se grabaron y se transcribieron y, posteriormente, fueron sometidas al método de análisis propuesto por la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) formulada originalmente por Glaser y Strauss en 1967, la cual muestra un procedimiento para analizar datos y poder desarrollar teoría (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). No obstante, el análisis se elaboró desde la perspectiva planteada por Strauss y Corbin (2002), ya que, entre otros, permitía que el investigador se sirviera

de programas informáticos con la finalidad de facilitar el análisis y la interpretación de datos (Strauss y Corbin, 1996 en Andréu, García-Nieto y Pérez, 2007). El programa informático utilizado se corresponde con el ATLAS.ti.

De manera complementaria, se recogieron datos sociodemográficos referidos tanto al cuidador como a su familiar en situación de dependencia y, además, se aplicó la escala de Zarit (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980), instrumento que tiene como objetivo evaluar cómo percibe el cuidador el efecto que el suministro de apoyo ha ocasionado sobre los diferentes ámbitos de su vida (salud, economía, laboral y relaciones sociales), así como la relación que mantiene con la persona cuidada (Alpuche et al., 2008).

Los sujetos sometidos a estudio fueron captados principalmente en dos residencias de la localidad de Salamanca, una de titularidad y gestión pública y otra totalmente privada. No obstante, se accedió a una parte reducida de los entrevistados a través del muestreo de bola de nieve. De los 34 cuidadores que prestaban apoyo en un entorno residencial, 17 lo hacían en centros privados y otros 17 ejercían este rol en centros públicos.

El perfil de entrevistado que buscábamos era el de un cuidador informal y principal, con independencia del tiempo que llevara ejerciendo esta función y del grado de dependencia de su familiar.

3. RESULTADOS

a. Datos sociodemográficos y escala de Zarit

Como se puede apreciar en la Tabla 1, el perfil de los 34 entrevistados se correspondía con el de una persona del sexo femenino, con una media de edad situada en 60,7 años, casada, sin ocupación laboral y cuyo parentesco con la persona cuidada era el de hija.

Por otra parte, se exploró el tiempo que los cuidadores llevaban prestando apoyo en la institución, sin que registrara el tiempo que ejercieron el cuidado antes del ingreso de su familiar en el centro residencial. Así, el 35,3 % de los entrevistados llevaba prestando apoyo en la institución hace menos de un año; el 35,3 % llevaban cuidando entre 1 y 5 años; el 23,5 % llevaba ejerciendo el cuidado entre 5 y 10 años; finalmente un 5,9 % de los cuidadores afirmó llevar suministrando atenciones más de 20 años.

Por último, los datos obtenidos a través de la escala de Zarit revelaron cómo el 76,5 % de los cuidadores de personas mayores residentes en instituciones geriátricas no se mostró sobrecargado, a efectos de dicho instrumento, el 17,6 % mostró sobrecarga leve y el 5,9 % presentaba sobrecarga intensa.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los cuidadores informales

Cuidadores informales	
Sexo (%)	
Femenino	67,6%
Masculino	32,4%
Edad media	
	60,7 años
Estado civil (%)	
Casados	67,6%
Solteros	20,6%
Viudos	5,9%
Separados	5,9%
Ocupación (%)	
Jubilados	38,2%
Amas de casa	26,5%
Desempleados	5,9%
Trabajadores en activo	29,4%
Parentesco con la persona institucionalizada (%)	
Hijos	50%
Hermanos	20,59%
Cónyuges	14,71%
Sobrinos	5,88%
Sobrinos nietos	2,94%
Nietos	2,94%
Yerno/nuera	2,94%

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente al perfil de la persona cuidada, tal y como se observa en la Tabla 2, encontramos que mayoritariamente se trataba de una mujer, con una edad media de 84,4 años y viuda.

Asimismo, se les preguntó a los cuidadores por la enfermedad principal que padecía el familiar al que prestaban apoyo, con el correspondiente riesgo o sesgo que esto podía suponer, no obstante, se halló mayoritariamente que la mayor parte de los receptores de apoyo estaban afectados por algún tipo de demencia, mientras que las enfermedades de origen físico se descubrieron en menor medida. Dichas enfermedades estaban asociadas a distintos grados de dependencia.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de las personas en situación de dependencia

Personas en situación de dependencia	
Sexo (%)	
Femenino	70,59%
Masculino	29,41%
Edad media	
	84,4 años
Estado civil (%)	
Casados	26,5%
Solteros	20,6%
Viudos	52,9%
Enfermedad (%)	
Demencia	53%
Enfermedad mental	2,9%
Artrosis	5,9%
Artritis	2,9%
Osteoporosis	2,9%
Rotura de cadera	5,9%
Operación de estómago	5,9%
Problemas derivados de la edad	14,7%
Enfermedad cerebrovascular	5,9%

Fuente: Elaboración propia.

b. Entrevistas

Como se ha señalado, los datos que a continuación mostramos forman parte de una investigación más amplia. Por ello, dadas las limitaciones de espacio, solamente se presentarán los resultados más relevantes.

El cuidador principal proseguía con su labor una vez que la persona mayor dependiente se trasladaba a residir al centro de atención residencial, si bien es cierto que en la mayoría de los casos se producía una transformación en el tipo de tareas que los proveedores de apoyo realizaban. Los cuidadores familiares permitían que los empleados de la institución asumieran aquellas actividades de mayor frecuencia y carga física, como eran las relacionadas con las tareas domésticas y la asistencia personal del pariente en situación de dependencia (ayuda para el aseo personal, el vestido, las movilizaciones, etcétera), mientras que ellos, ejecutaban tareas más sencillas, también vinculadas a la asistencia personal (apoyo para el cortado de uñas, el afeitado, el lavado de cara o darle comer, por mencionar algunos ejemplos), las cuales resultaban más asequibles a sus capacidades físicas y al tiempo que disponían, a la vez que respetaban y se ajustaban a la provisión de apoyo formal.

Otra de las labores más extendidas entre los cuidadores resultó ser la de revisión y aprovisionamiento de prendas de ropa, calzado u otros enseres que pudiera requerir la persona en situación de dependencia.

“Yo el otro día le traje tres sujetadores, vamos, los que me dijeron, a mí me dicen trae esto, pues yo se lo traigo, se la prueba, no le vale, pues se la descambio y se la vuelvo otra vez a traer. (...), y colonia también. Yo cuando necesita zapatillas, también se las traigo, pendiente de ella” (Entrevistado 3).

En muchos casos, la realización de estas tareas permitía al cuidador seguir vinculado a la prestación de ayuda, reducir su preocupación por su familiar e incluso mitigar posibles sentimientos de culpa por haber optado por la atención residencial.

“Sí, yo me la acuesto, me permiten que le dé de comer, lavarla, yo la limpio y todo, me dejan hacer y eso para mí es un alivio, la verdad” (Entrevistado 18).

El cuidador principal también desarrollaba otro tipo de funciones fundamentales no vinculadas con la provisión de apoyo físico directo, destacándose entre estos la supervisión o vigilancia de los cuidados ofrecidos por los profesionales de la institución. De esta manera, el cuidador informal se erigía centinela de la atención que su familiar recibía en el centro residencial, preguntado a este acerca del cuidado percibido, cuando sus facultades cognitivas estaban conservadas, o los profesionales sobre su estado general o de salud, utilizando, además, como herramienta la observación durante la visita en la institución, técnica especialmente usada cuando la persona mayor no presentaba capacidades suficientes para verbalizar su opinión o para ofrecer informaciones fiables.

Para que los cuidadores pudieran ejercer algunas de las formas de apoyo antes mencionadas resultaba necesario que establecieran contacto con la persona mayor en situación de dependencia. En este trabajo, se hallaron dos formas de contacto: las llamadas telefónicas, al propio anciano o a profesionales del centro residencial, y las visitas a la institución, siendo estas últimas las más utilizadas por los cuidadores, ya que el contacto telefónico solía producirse cuando no podían desplazarse hasta la institución.

Advertimos que gran parte de los cuidadores habían desarrollado una rutina de visita, es decir, programaban y fijaban acudir al centro residencial en determinados días de la semana y en un horario concreto, hábito que solamente quebrantaban ante compromisos irrechazables o para disfrutar de un tiempo de descanso, siempre y cuando dispusieran de un cuidador secundario, cuyo cometido sería el de respetar y continuar, en la medida de lo posible, con el patrón de contacto establecido.

“Yo, por ejemplo, ahora el diecisiete de diciembre me tuvieron que operar de una hernia estrangulada y entonces estuve dos semanas y pico que no venía, entonces ya vino mi hijo con mi nuera, se lo explicaron aquí y mi hijo estaba pendiente,

llamaba por teléfono, venía a verlo y vamos, que estaba bien atendido, no había problema. Fue la única vez que he faltado tantos días, pero ha sido por necesidad” (Entrevistado 6).

Se podría afirmar que la visita al centro residencial se caracterizaba por ser regular y constante. No obstante, se hallaron algunas particularidades, respecto al patrón de visitas. Por un lado, se encontró que buena parte de los cuidadores que aseguraban visitar a familiar diariamente, coincidían con aquellos que mantenían un parentesco de primer grado con este, concretamente su cónyuge o sus hijos y/o aquellos que estaban implicados en la realización de tareas relacionadas con la asistencia personal, destacando también en este último caso la duración de la visita. Asimismo, la mayoría de los cuidadores que reconocía visitar a su familiar diariamente estaban jubilados o eran amas de casa, lo cual facilitaba este tipo de contacto.

Como se ha señalado, la planificación de la rutina de visita también estaba condicionada por las obligaciones laborales, personales, familiares y, especialmente, por la distancia geográfica, limitaciones a las que se sometían en mayor medida los hijos de la persona dependiente. Dichos condicionantes no anulaban la existencia de un patrón de visita o contacto de carácter regular, aunque este no se produjera a diario.

“Mi madre depende de mí en todo y yo no tengo más familia directa que ella, con lo cual todo mi tiempo pues procuro dedicárselo. Yo, durante la semana, no voy por..., ya te digo, porque trabajo fuera de Salamanca, pero los fines de semana, sábados y domingos, estoy con ella toda la tarde y vacaciones igual. Puede ser que vaya de vacaciones quince días al año, pero luego todas las vacaciones estoy con ella” (Entrevistado 23).

Además, la frecuencia de las visitas se incrementaba ante un agravamiento en el estado de salud de la persona dependiente.

“Yo la llevo a casa los domingos y ahora, como está un poco más pachucha, trato de venir pues más a menudo, lo que me dejan también mis cosas” (Entrevistado 19).

Cabe destacar que algunos de los entrevistados que, durante la etapa de atención en el domicilio, formaban parte de un sistema de rotación del cuidado, habían trasladado dicha fórmula al centro residencial, repartiéndose el cuidado y la visita a la institución de manera parecida.

“Igual, igual, tal como teníamos los días repartidos antes, los tenemos ahora. Igual que antes, el lunes uno, el martes otro y luego los fines de semana a quién le corresponda, exactamente igual” (Entrevistado 49).

Por su parte, un número reducido de los cuidadores refirió visitar de manera esporádica a su familiar. Coincidió que se trataba de cuidadores principales, con parentesco de segundo grado con la persona dependiente, como hermanos. En algunos casos, alegaban como causa el hecho de residir en localidades diferentes, en otros, la existencia

de importantes obligaciones familiares y, por último, para otros, el motivo del espaciamiento e irregularidad del contacto o las visitas se debía a que la relación anterior a la situación de cuidado entre ambos era más bien distante.

El contacto del cuidador con la persona dependiente, mediante la visita al centro residencial, representaba para el primero una obligación de tipo moral, construida en el afecto entre ambos, de tal manera que el suministrador de apoyo sentía la necesidad de ver a su pariente, interactuar con él o colaborar en su atención, con independencia de que este se hubiera trasladado a una institución. De igual modo, la visita al centro residencial servía para que el cuidador pudiera demostrarle a su familiar el interés que aún tenía hacia él.

“Bueno, la verdad no es que sea una obligación, bueno, más o menos, sí, claro, porque yo, por ejemplo, tenía la costumbre de once y media a doce irme siempre a misa y estar en la calle toda la mañana, pero hasta cierto punto me ha venido bien, vamos, no me ha impedido para mis cosas que tengo que hacer. ¡Hombre!, hay veces que a lo mejor hace muchísimo frío, muy malo en invierno o sea, y no te apetece, pero vengo porque no es que sea una obligación es que debo de venir ¿entiendes?, así por lo menos que vea que hay una persona que sabe que está mirando por él” (Entrevistado 6).

Además, es necesario señalar que el contacto del cuidador con su familiar en situación de dependencia resultaba ser causa de bienestar para ambos, de manera que la visita también estaba motivada por las expectativas de la propia persona dependiente y temor del cuidador a quebrantarlas.

Por su parte, el desplazamiento hasta el centro de atención residencial también se producía aunque el deterioro en las capacidades de la persona mayor le impidiera a este ser conscientes de las mismas, puesto que el afecto del cuidador no se quebraba con la disminución de las facultades de su familiar y porque, como se ha señalado, la visita era utilizada como una herramienta para vigilar y supervisar la atención formal.

“Yo cuando vengo a verla, que venimos a verla todos los días, no manifiesta nada. Sería absolutamente lo mismo que no viniera. Vengo pues porque creo que debo venir, porque creo que tengo esa obligación ¿no? de no desconectar con ella. Y, por otra parte, pues por mí, porque creo que tengo una obligación moral pero, evidentemente, si no viniera sería exactamente lo mismo. Vengo porque también me interesa ver que se la cuida, que se la atiende, y, además, eso es una obligación que como tutor creo que la tengo, que debo velar por sus intereses, por su integridad física, por su salud (...), ahora mismo siento por ella una inmensa ternura, una inmensa ternura y un inmenso sentimiento de protección y de decir aquí estoy, yo qué sé, esto es un problema de orden personal, es mi conciencia, (...)” (Entrevistado 22).

La relación que los cuidadores informales mantenían con su familiar en situación de dependencia parece que se veía influenciada por diversos factores: la percepción del

cuidador sobre el carácter del receptor de cuidados, la enfermedad y/o capacidades de la persona dependiente, el grado de sobrecarga del cuidador y el tipo de relación anterior entre el proveedor y suministrador de apoyo.

A continuación, vamos a analizar alguno de estos factores, de esta forma, destacamos como a medida que la enfermedad de la persona mayor avanzaba y su situación de dependencia se volvía más acusada, se restringían las actividades que ambos podían compartir. Como ejemplo, si las capacidades físicas o cognitivas impedían al adulto mayor salir de la residencia, este y su cuidador tendrían más dificultades para realizar actividades de ocio y tiempo libre fuera del centro o para participar en reuniones familiares en el entorno de origen, lo cual no significaba que estas actividades no se pudieran adaptar para poder ser realizadas en la institución. Además, los signos de determinadas patologías, como la depresiva, podían ser fuente de conflictos y limitar la comunicación entre el cuidador y su familiar en situación de dependencia.

“Pues mira, cuando está de buenas, da gusto con ella, pero los días que los tiene malos, que se quiere morir, que se aburre, y le yo le digo “pero si estamos aquí con Manoli o con otros enfermos o con otro familiar... Pero ya llegan las seis y media y le digo “hija, vete para el comedor” porque ya, hija, cansa, pero ya te cuento que si está bien...” (Entrevistado 2).

El grado de sobrecarga del cuidador también parecía tener identidad para influir en la relación con su familiar en situación de dependencia, sobre todo cuando el receptor de cuidados tenía demencia. A este respecto, algunos cuidadores de personas mayores con deterioro cognitivo y/o trastornos del comportamiento, sufrían pérdidas de nervios puntuales al intentar razonar con el adulto mayor y corregir comportamientos que entendían inadecuados, acompañados de la consiguiente confrontación con su familiar. En este tipo de situaciones, también podría influir el hecho de que el cuidador se relacionara con su familiar, tal y como si no tuviera demencia.

“No, hombre, a lo mejor llega un momento en el que ya te cansa porque, a veces, repite mucho las cosas... El otro día “llévame al baño” y no hace nada, y “llévame al baño” y digo “pero es que, es que no puedes estar así todo el día con el llévame, llévame, llévame”... pero no se da cuenta” (Entrevistado 28).

La institucionalización de la persona mayor y la cesión de las tareas domésticas y aquellas de mayor carga física a los profesionales del centro no eximían a los cuidadores familiares de padecer los efectos negativos del suministro de apoyo. Se pudo detectar cómo la enfermedad y la situación de dependencia del ser querido, el contacto en el centro residencial o la realización de tareas de cuidado, turbaban el normal desarrollo de algunas de las facetas de la vida del cuidador, aunque si bien es cierto, no siempre tenían porque tener un cariz negativo.

A nivel de salud, los cuidadores que prestaban apoyo en un centro residencial padecían un mayor número de consecuencias negativas, derivadas de dicha labor, sobre la

esfera psicológica o emocional que sobre el plano físico. Los problemas físicos coincidían con patologías en la columna o en la zona lumbar, las cuales habían surgido al movilizar a su familiar durante la etapa de cuidado domiciliario, o bien, colaborando en la ejecución de estas tareas en el centro residencial, aunque no se trataba de una actividad popular o extendida entre los cuidadores.

Por su parte, como se ha señalado, la afectación de la esfera psicológica o emocional estaba más extendida entre los cuidadores, quienes reconocían sentimientos de tristeza, los cuales podían estar originados por causas tan primarias o evidentes como el declive, la enfermedad y/o situación de dependencia del ser querido. La aceptación de tales circunstancias se tornaba necesaria para combatir los sentimientos de tristeza.

“Y anímicamente, hay veces que estás muy baja, esa es la verdad porque no quieres, pero te marca mucho porque, además, la has conocido antes normal, bien, estupenda, y ahora ves que no te reacciona casi a nada y entonces, pues claro, tienes que ser fuerte y tirar para adelante y sigues, y sigues, pero hay días que estás pues eso, con la moral un poco más baja” (Entrevistado 16).

Otro factor que turbaba la esfera psicológica o emocional de los cuidadores resultó ser el hecho de la institucionalización de la persona dependiente, el cual despertaba en el cuidador sentimientos de culpa, sensación de abandono y, por supuesto, tristeza. Dichas emociones incidían especialmente entre los cuidadores con mayores prejuicios hacia la institucionalización, durante la primera etapa tras el ingreso o en cuidadores cuyos familiares tenían más autonomía funcional. Por el contrario, estos prejuicios y temores parecían disminuir a medida que los cuidadores comprobaban la adecuación de las atenciones allí dispensadas, o incluso, cuando detectaban en el centro residencial la existencia de otros cuidadores o personas mayores en su misma situación.

“Al principio lo pasé mal, los primeros meses lo pasé fatal, porque me quedé yo solo en el piso, y pasé una temporada mal. Te echas la culpa porque si yo no hubiese dicho nada él estaría allí, pero también es cierto que según va pasando el tiempo, yo lo veo mejor a aquí, mejor que en casa, entonces me queda esa satisfacción, porque yo con venir todos los días y verlo bien, me voy más tranquilo y yo creo que más relajado” (Entrevistado 35).

Por otra parte, al encontrarse distanciados físicamente, algunos de los cuidadores de personas mayores institucionalizadas convivían con la preocupación y el temor de que en su ausencia se hubiese producido un agravamiento en el estado de salud de su familiar u otro tipo de situación de urgencia.

“Ahora mismo, tengo un teléfono puesto de esos que pago una cuota para que se quede marcado quien ha llamado, cuando salgo de casa a dar una vuelta o lo que sea lo primero que hago al entrar saber si hay alguna llamada hoy, toco a ver si es de Salamanca y digo, bueno, pues si no es de Salamanca pues que sea quien sea” (Entrevistado 4).

Otros de los entrevistados reconocieron síntomas relacionados con la ansiedad o la depresión o afirmaron estar recibiendo tratamiento para dichos síntomas. Estos cuidadores coincidían con aquellos que llevaban ejerciendo el cuidado durante numerosos años y con aquellos que acaban de estrenar este rol de manera súbita.

Cuando el cuidador no estaba plenamente convencido de la institucionalización de su familiar podía convertirse en el detonante para la aparición de patologías de orden emocional.

“Yo sí, yo me metí en una depresión cuando a mi madre se la metió en una residencia, pero por eso, porque yo hubiese tirado con mi madre, con el apoyo de mis hermanos, los que estaban bien, no con el de mi otra hermana que la cuidaba, la de Madrid, que entró en un cáncer y fue por lo que nos vimos obligados, que yo no quería, pero, quizá, por darle un poco de tranquilidad a mi hermana en su enfermedad, accedí” (Entrevistado 20).

Asimismo, se vio cómo los cuidadores de personas mayores con demencia padecían cansancio y agotamiento emocional, lo que se podía traducir en mayores niveles de sobrecarga, al enfrentarse e intentar comprender los trastornos del comportamiento de su familiar.

“He tenido días que estaba, que me subía por las paredes, es que además vienes a casa y dices “¡madre mía, qué tarde, qué impotencia!” porque le estás explicando y te dice que sí y a los dos minutos, vuelta la burra al trigo con lo mismo. Una impotencia... He llorado... fatal, se pasa muy mal” (Entrevistado 49).

Es necesario hacer alusión a aquellos cuidadores que reconocieron que la institucionalización se había tornado como un instrumento de atención eficaz para eliminar su grado de sobrecarga, al deshacerse de la atención 24 horas al día o de determinadas tareas.

“No, yo por suerte no he tenido cambios, pero, psíquicamente, hemos mejorado mucho. Si no decidimos traerlo, igual nos habrían tenido que traer a mi mujer o a mí, porque estábamos ya no sé, ya no nos hacíamos con él” (Entrevistado 30).

Otros cuidadores, los cuales representaban una parte reducida sobre el total, afirmaron no padecer ningún tipo de consecuencia negativa sobre su esfera de salud, a saber: a) aquellos que nunca habían colaborado en la ejecución física de las tareas de apoyo, al contar en el domicilio con la ayuda de una empleada doméstica y, por lo tanto, decían no padecer secuelas físicas; b) aquellos que no ejercían como cuidadores principales en la comunidad y habían comenzado a desarrollar este rol una vez que el anciano ingresó en el centro residencial; c) los cuidadores que valoraban positivamente el apoyo familiar recibido; y d) aquellos que reconocían que la clave para no sufrir consecuencias negativas sobre su esfera emocional había sido el haber desarrollado una rígida estrategia de afrontamiento basada en la aceptación, en la relativización y en el realismo.

“No, ninguna. Yo con ellas no he hecho ningún esfuerzo porque para levantarlas y acostarlas teníamos a una asociación que iba, a un señor, que, por cierto, es el que va cuando está ingresada y ellos son los que se encargan de estar allí las veinticuatro horas con ellas, (...)” (Entrevistado 15).

“No, no, como decirte... psicológico, pues a lo mejor, pero tengo, de momento, eh, tengo la suficiente capacidad para aceptar lo que tengo que aceptar y rechazar lo que tengo que rechazar con respecto a eso que me afecta a mí” (Entrevistado 42).

Por otro lado, la salud no era la única esfera de la vida de los cuidadores afectada por el suministro de atención, puesto que su tiempo libre y de ocio, así como sus relaciones sociales también se veían afectadas de diferentes maneras. En primer lugar, se halló como algunos de los cuidadores programaban sus encuentros sociales y actividades de ocio en función de la rutina de visita establecida, es decir en horarios no coincidentes con la misma, la cual era considerada prioritaria respecto a su propio ocio o relaciones sociales.

Algunos cuidadores, aun conscientes de estas limitaciones, no percibían que el respeto a la rutina de visita estuviese mellando gravemente su tiempo libre, su ocio o sus relaciones sociales, ya que la atención residencial les permitía disponer de tiempo para cultivar sus intereses, si bien, cuando los cuidadores tenían, además, otras obligaciones familiares o laborales, inevitablemente el tiempo y capacidad para encuadrar todas estas tareas se veía mermada y la evaluación que hacían de este ámbito de su vida se tornaba más negativa.

“Es que ahora no descanso nada, porque antes podía salir de trabajar y descansar y después ya hacer actividades, yo que sé, ir con amigas o...y ahora, por ejemplo, no hago actividades, sólo trabajar, y el tiempo que estás con amigas es muy reducido, entonces, cambia mucho, es mucho cambio” (Entrevistado 32).

La tristeza o el decaimiento anímico del cuidador como consecuencia de la situación de enfermedad o dependencia de su familiar podían ocasionar que estuviera menos abierto para el ocio o las relaciones sociales. En el caso de algunos matrimonios, se producía una ruptura total con las relaciones y actividades de ocio anteriores a que se produjera la situación de dependencia de su familiar, puesto que estas actividades eran principalmente compartidas entre ambos miembros de la pareja, de manera que la enfermedad y la limitación funcional de uno de ellos abocaba al otro al abandono de las mismas. La motivación para cesar con estas actividades estaba provocada por la pérdida del compañero habitual, el suministro del cuidado y la falta de la iniciativa y/o la tristeza para continuar desarrollado estas tareas en solitario.

“Bueno, pues mucho porque ha sido cambiar la vida, totalmente. Teníamos una manera de vivir distinta y tienes que cambiarla en todo porque ya no puedes hacer nada de lo que hacíamos antes. Antes nos íbamos de vacaciones, salíamos y aho-

ra no puedes, te cambia la vida total, de todo. (...). Yo ahora tengo poco tiempo, salgo alguna vez, pero pocas porque yo ahora me veo obligada a estar con él todo lo que pueda” (Entrevistado 10).

También se encontró que el ocio y/o las relaciones sociales de los cuidadores merma-
ban notablemente durante los primeros momentos de la institucionalización, y cuando
se trataba de hijos de la persona dependiente con importantes obligaciones familiares
y laborales.

*“Ya te digo, que no tengo ni ocio, ni tiempo libre, porque cuando no estoy aquí,
en casa no paro en toda la mañana, haciendo las cosas de la casa, cuidando a la
pequeña (...)” (Entrevistado 16).*

De igual modo que encontramos cuidadores a los que el suministro de apoyo les había
supuesto restricciones o la eliminación de su tiempo libre y de ocio y de sus relaciones
sociales, para otros, la derivación de parte de la atención de su familiar al centro ge-
riátrico, les había permitido disponer de mayor tiempo para sí mismos. Sin embargo,
su uso y disfrute estaría condicionado también por el estado de ánimo del cuidador.

*“Ha influido mucho, porque yo he pasado de tener mucho tiempo libre para mí,
para dedicar a mi trabajo, a mi formación, a mis intereses a no tener, absoluta-
mente, nada. Entonces ha sido un cambio absoluto, absoluto. (...). Viajes, no,
pero las salidas las he eliminado radicalmente, las volveré a retomar cuando
crea que es el momento oportuno. Y ahora sí que, al estar en la residencia, sí
que cuento con más posibilidades para contar con más tiempo para organizarme
yo y contar con más independencia. Ahora no me tomo ningún café con
nadie” (Entrevistado 29).*

Además, en otros casos, el entorno residencial ofrecía la posibilidad de conocer a
nuevas personas y, así, aumentar sus relaciones, especialmente en el caso de amas
de casa.

*“Mi ocio es estar en casa, me gusta mucho estar en casa limpiando y por ahí con
mis hijas. Una ya está en casa del novio y también van a comer a casa, le echo
una mano en su casa y la pequeña está en casa. Y, bueno, pues es estar en casa,
hacer la comida, venir a ver a mi madre y luego ya me viene mi marido a buscar y
hay veces que nos vamos a dar un paseo o a tomar algo o nos subimos andando;
y luego, pues los fines de semana sí solemos salir mucho. Bueno, yo estoy con-
tenta con la vida que tengo, aunque sea ama de casa. (...). Y si no viniera a ver a
mi madre a lo mejor me iba para otro lado, pues mira, no lo sé, pero aquí también
hablas con la gente, te relacionas...” (Entrevistado 12).*

En cuanto a la afectación sobre el ámbito familiar, más concretamente en lo que se
refiere a su unidad de convivencia, los cuidadores mencionaron enfrentamientos pun-
tuales con dichos miembros cuando se encontraban más fatigados o irritados.

Otros cuidadores declinaban el apoyo de otros miembros de su red familiar cuando entendían que la visita al centro residencial no les complacía. No obstante, es cierto que la institucionalización había permitido, en algunos casos, eliminar los conflictos o tensiones con el cónyuge del cuidador, cuando este rechazaba que la atención se produjese en el domicilio.

“Mi marido como me ve a mi preocupada le digo “voy a ir a Salamanca” él me dice “bueno, pues vete, ¿voy contigo?” y le digo “no”... (...). Y ahora mismo digo “voy contigo” y le digo “no” porque se pone nervioso y casi prefiero que no venga porque veo yo que está como nervioso y ya bastante tengo yo (...). Siempre digo él “yo prefiero, si tengo que pagar algo pagar, pero no tenerlo para siempre conmigo” (Entrevistado 4).

También era posible que se produjese cierto distanciamiento entre el cuidador y aquellos de sus parientes que residían en localidades distintas, puesto que el primero se mostraba reacio a desplazarse fuera de la ciudad y alejarse de su familiar en situación de dependencia, salvo cuando se tratase de importantes eventos o celebraciones familiares y dispusiera de un cuidador secundario que cumpliera con la rutina de visita.

“Y si tuviera que ir a ver a mis hijos, que viven fuera, probablemente, no fuera ¡eh! me necesita más mi mujer aquí, ¡hombre!, va a nacer otro nieto, sólo tengo uno, y va a nacer ahora en febrero, pues como hay internet y lo ves por ahí, que es una cosa maravillosa y hay teléfono. ¡Hombre!, el día que lo bauticen... ¡hombre! me cojo el coche, se queda aquí un hijo y lo veo” (Entrevistado 34).

Destacar que, en algún caso, concretamente en el de cónyuges cuidadores varones, se encontró como la institucionalización y, el aumento de tiempo libre que esto podía suponer, había favorecido el aumento de las relaciones sociales e incluso la iniciación de una nueva relación sentimental. El hecho de encontrar una nueva pareja no implicaba el cese del ejercicio del cuidado, ni quebrantamiento en la rutina de visita.

La economía del cuidador informal también podía verse afectada como consecuencia de la provisión de apoyo en el centro residencial. El factor principal con capacidad para turbar la economía del cuidador era el representado por el coste de la plaza residencial. Se encontró un orden de prelación para financiar este gasto, siendo la persona en situación de dependencia el primero en responder a este coste a través de su pensión y/o ahorros y, cuando estos resultaban insuficientes, sus familiares, de manera supletoria, aportaban la cuantía restante para cubrir el importe de la plaza geriátrica. Además, se sumaba a las contribuciones del adulto mayor y/o sus familiares un tercer agente financiador, es decir, la Administración Pública cuando el adulto mayor tuviera reconocido un grado de dependencia, de acuerdo con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. La afectación negativa sobre la esfera negativa del cuidador se generaba cuando este u otros familiares debían contribuir al coste de la plaza residencial. Sin embargo, dichas repercusiones económicas estarán determinadas por

la situación social y nivel económico del cuidador, la cuantía con la que deba corresponder o el número de familiares con los que deba compartir este gasto.

Generalmente eran los parientes de primer grado, como los descendientes de la persona en situación de dependencia, quienes contribuían económicamente al pago de la plaza residencial y, si bien a la hora de dispensar otros tipos de apoyo solía existir un familiar que adoptaba el rol de cuidador principal, para ofrecer asistencia económica, todos los familiares contribuían de manera similar, siempre que su situación económica lo consintiera.

“Pues lo estamos llevando como, no sé si decirte la palabra resignación porque es dura, ¿no?, pero vamos, volvemos a lo mismo ¿no?, viéndolo bien a mi padre, te duele menos tener que aportar una cantidad cada hijo, aportamos una cantidad todos los hermanos, somos gente de un nivel normal, estamos todos los hermanos jubilados y el pequeño prejubilado, pero tiene tres chavales, que no tienen trabajo, que no tienen estudios, en fin, problemas; pero, bueno, que no nos importa, se aporta con agrado porque viendo cómo está, es un dinero bien utilizado” (Entrevistado 35).

Asimismo, se encontró cómo los cuidadores de personas mayores en centros privados sufrían en mayor medida las repercusiones negativas sobre su esfera económica, en comparación con aquellos que prestaban apoyo en un centro residencial público debido a las diferencias de precios.

Por su parte, los cónyuges cuidadores debían fraccionar sus recursos económicos, priorizando el coste de la plaza residencial sobre las otras necesidades o gastos del miembro de la pareja no dependiente, restringiéndose así el poder adquisitivo de este último.

“De tener dos pensiones, que con las dos vivíamos muy bien a tener una sola pues eso cambia, cambia total, tienes que adaptarte a un dinero, los gastos de la casa pero tienes que tirar pa'lante como sea. Su pensión es para él y no es igual juntarnos dos y vivir juntos que vivir uno solo con una pensión, pero bueno es así” (Entrevistado 10).

Si los ingresos resultaban insuficientes para sufragar la totalidad de los gastos el matrimonio optaba por consumir sus ahorros, de manera que, es posible pensar que el cónyuge no dependiente no dispondría de este capital si en un futuro precisase de la atención en centro residencial.

En relación al ámbito laboral, se encontró cómo la existencia de horarios de visita de mañana y de tarde facilitaban que el cuidador pudiera compatibilizar el suministro de apoyo y su esfera laboral, especialmente si, además, se disfrutaba de jornada continua. Asimismo, aquellos cuidadores que ejercían su actividad laboral por cuenta propia también gozaban de mayor libertad para organizar y distribuir el trabajo y visitar a su familiar.

Saber que su pariente estaba recibiendo cuidado formal podría ayudar a reducir la preocupación del cuidador, su grado de sobrecarga y las repercusiones negativas sobre su esfera laboral. Sin embargo, en otros casos, la inquietud provocada por la enfermedad o el propio suministro de apoyo provocaba en el cuidador falta de concentración y contribuía a disminuir su productividad.

“He tenido que ausentarme y he tenido que anular la participación en alguna reunión científica que tenía prevista y, entonces, pues no estaba en condiciones de hacerlo, ni había terminado mi trabajo y ni podía concentrarme en ello y lo cancelé” (Entrevistado 29).

Asimismo, se encontró cómo el absentismo laboral se incrementaba durante la búsqueda de un centro residencial, especialmente ante situaciones inesperadas, así como durante los ingresos hospitalarios de su familiar e incluso que algunos cuidadores abandonaron su actividad laboral para dedicarse al suministro de atención, con los consiguientes efectos que esto podía tener sobre su situación económica presente y futura.

Dado que la institucionalización de la persona en situación de dependencia no exoneraba al cuidador de padecer efectos negativos sobre las distintas esferas de su vida, el apoyo social resultaba fundamental para contener o eliminar el grado de sobrecarga. En el ámbito residencial persistía también la figura del cuidador secundario, pero no todos los cuidadores valoraron positivamente el apoyo familiar recibido. Algunos manifestaron quejas o sentimientos de malestar al considerar que los familiares que debían participar en el cuidado, no se interesaban lo suficiente por la persona dependiente o por el propio cuidador principal, lo cual podría ser fuente de conflictos familiares. Asimismo, esto podría revelar que no siempre la institucionalización contribuía al reparto igualitario de la carga, recayendo esta sobre un cuidador principal.

“O sea yo pienso que mis hermanos podrían hacer más porque para mí es muy duro cuando ellos me dicen “buaah, si ella no se entera”. A mí esas palabras me duelen mucho... Yo el mayor apoyo que tenía, ya te digo, que era mi hermana que falleció... Yo la palabra madre con algunos de mis hermanos es una palabra prohibida porque es hablar de mi madre y salir discutiendo” (Entrevistado 20).

Del mismo modo, que las tareas del cuidador principal se veían modificadas por la presencia de los profesionales de la salud de la residencia, el tipo de actividades de apoyo de los cuidadores secundarios también lo hacían, por ejemplo, las actividades de asistencia personal ya no se requerían. Sin embargo, esto no significaba que los cuidadores secundarios no tuvieran funciones, sino que los familiares del cuidador realizarían otro tipo de tareas, como visitar a la persona dependiente cuando el cuidador principal no podía hacerlo o necesitaba descansar, ofrecer apoyo emocional al cuidador, apoyo económico, etcétera.

Una parte de los entrevistados había repartido la visita y el apoyo, creando un sistema de rotación del cuidado con los parientes más allegados a la persona en situación de dependencia. Esta estrategia ayudaba a incrementar el grado de satisfacción con el apoyo familiar y controlaba el grado de sobrecarga de los cuidadores. El sistema de rotación del cuidado se mostraba con claridad cuando se analizaba el reparto de las visitas al centro residencial.

“Y mi marido y mi hija, pues igual porque si no vengo yo, vienen ellos, sobre todo con mi hija, nos turnamos y Pedro, mi marido, pues viene conmigo... Mira, el sábado y el domingo viene conmigo, los demás días no, porque tiene que estar en el despacho, pero vamos si no, sí... El lunes pasado, yo no pude venir, porque estaba con una gripe de miedo, y vino Pedro, así que ya te digo, nos turnamos, sobre todo con mi hija “bueno, vete tú hoy que yo voy mañana” (Entrevistado 15).

Por último, el apoyo al cuidador no solamente provenía de la red de parientes más próxima, sino que también era proporcionado por amigos y vecinos, grupos de ayuda mutua, otros residentes o cuidadores, así como por parte de los profesionales del centro residencial.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se encontró cómo el cuidado informal continuaba tras el ingreso de la persona dependiente en un centro de atención residencial, tal y como ha sido constatado por diversos autores (Port et al., 2005; Aneshensel et al., 1995; Bowers, 1988), si bien es cierto que el rol de cuidador y el contenido de la provisión de apoyo se transformaban debido a la presencia y labor de los profesionales de la institución, como así ha sido señalado en algunas publicaciones (Leturia, Inza y Hernández, 2007; Izal, Montorio y Díaz, 1997), puesto que gran parte de los cuidadores no deseaba que el cuidado cesara (Chen et al., 2007 en Márquez-González et al., 2010).

Asimismo, de la misma manera que el suministro de apoyo proseguía en el entorno residencial, los entrevistados seguían sometidos a los efectos del cuidado, padeciendo viejos y nuevos estresores, como los sentimientos de culpa por derivar parte del cuidado al centro residencial, desacuerdos con otros familiares, etcétera. En este sentido, existen trabajos (Aneshensel et al., 1995; Zarit y Whitlatch, 1992) que han advertido que la institucionalización mutaba el estrés, pero no lo eliminaba. En resumen, los cuidadores podían sentirse aliviados por ceder aquellas tareas que tenían un componente físico, de acuerdo con lo señalado por Gaugler, Zarit y Pearlin (1999), pero debían asumir nuevos estresores (Mackenzie y Maclean, 1992).

Por otra parte, encontramos cómo los cuidadores habían construido un patrón de visitas estable, en nuestro caso caracterizado por ser regular (Aneshensel et al., 1995) y frecuente, aunque no fue posible hallar una sola pauta de visita, tal y como les ocurrió a los autores Yamamoto-Mitani, Aneshensel y Levi-Storms (2002).

Como comentamos en el epígrafe resultados, hallamos una serie de factores que parecían influir en la relación que el proveedor y el receptor de apoyo; entre estos factores destacamos el tipo de relación existente entre el proveedor y el receptor de apoyo antes de que se produjese la situación de cuidado, el grado de sobrecarga del cuidador y la enfermedad y/o capacidades de la persona dependiente. A este respecto, por ejemplo, se ha concluido que las personas que padecían trastornos de conducta era menos visitados por sus familiares (Gaugler et al., 2000), se ha asociado una menor capacidad funcional con una reducción en el número de salidas (Fernández y Rojo, 2015) e incluso, haciendo referencia a los cuidadores informales de personas en la comunidad, se ha señalado que no es lo mismo prestarle apoyo a una persona con la que se ha tenido una relación cercana, que a una persona con la que el contacto ha sido reducido o no han existido conflictos previos (Fundació Pere Tarrés, 2009).

Finalmente, tras la institucionalización, se pudo constatar que el apoyo informal continuaba siendo eficaz y necesario para contener la carga del cuidador, aunque parecía que la existencia de cuidadores formales también transformaban el tipo de ayuda que era dispensada por los cuidadores secundarios, tal y como apuntaban Williams y colaboradores, (2008). Además, en este trabajo se vio cómo en el ámbito residencial era posible construir o reconstruir un sistema de rotación del cuidado, de manera parecida a como se había hecho durante la etapa de cuidado en el domicilio, no obstante, esta forma de repartir la responsabilidad de la ayuda resultó ser minoritaria, al igual que les ha ocurrido a otros autores, como Rivera y colaboradores (2009) cuando analizan la prevalencia de este sistema en el ámbito comunitario.

En definitiva, en este trabajo se pudo apreciar cómo la relación que existía entre el proveedor y el receptor de apoyo en el entorno domiciliario mutaba en algunos aspectos cuando la persona en situación de dependencia ingresaba en un centro de atención residencial, pero no cesaba, ni se producían en ella cambios significativos atribuibles al mero hecho de la institucionalización.

De manera sintética, en cuanto a las limitaciones del estudio, creemos que hubiera sido deseable contar con una muestra más amplia de cuidadores, haber utilizado otras técnicas al servicio de la metodología cualitativa, como los grupos de discusión, o haber entrevistado a otros informantes como, por ejemplo, los profesionales de la residencia. Sin embargo, tal y como se ha señalado al inicio de este estudio, este trabajo puede ser útil para la eliminar estereotipos hacia la institucionalización o para visibilizar la labor del cuidador informal en el entorno residencial y sus consecuencias.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alpuche, V. J., Ramos, B., Rojas, M. E., y Figueroa, C. G. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Revista Psicología y Salud* 18(2): 237-245. Extraído el 28 de mayo de 2018 (<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/665>).
- Andréu, J., García-Nieto, A., y Pérez, A. M^a. (2007). *Evolución de la Teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., y Whitlatch, C. (1995). *Profiles in care giving: the unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Bowers, B. (1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist* 28(3), 361–368. <https://doi.org/10.1093/geront/28.3.361>
- Carrero, V., Soriano, R. M., y Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada. Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generación conceptual*. 2^a ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Esparza, C. (2011). *Discapacidad y Dependencia en España. Informes Portal Mayores* (108). Extraído el 1 de mayo de 2018 (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>)
- European Commission. (2009). *The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fernández, G., y Rojo, F. (2015). Calidad de vida y participación en actividades de ocio de los adultos mayores institucionalizados: una aproximación desde la perspectiva del envejecimiento activo. En M. Joao y C. Rodríguez (Ed.), *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizada* (pp. 98-111). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad.
- Fundació Pere Tarrés. (2009). *Calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración*. Extraído el 4 de mayo de 2018 (<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf>).
- García-Calvente, M. M. y Lozano, M. R. (2012). ¿Cuidamos a quienes cuidan?. *Actas de la Dependencia* (6). Extraído el 4 de mayo de 2018 (<http://www.fundacioncaser.org/actividades/revista-actas-coordinacion-sociosanitaria/actas-de-ladependencia-n-6>)
- Gaugler, J., Zarit, S., y Pearlin L. (1999). Caregiving and institutionalization: perceptions of family conflict and socioemotional support. *The International Journal of Aging and Human Development* 49(1):15-38. <https://doi.org/10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7>
- Gaugler, J., Leitsch, S., Zarit, S., y Pearlin, L. (2000). Caregiver involvement following institutionalization: effects of preplacement stress. *Research on Aging* 22(4): 337-359. <https://doi.org/10.1177/0164027500224002>
- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research* (4th ed.). New York: Aldine de Gruyter.

- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Censo de Población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Nota de prensa*. Extraído el 1 de abril de 2018 (<http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>).
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Proyecciones de población 2016-2066. Nota de prensa*. Extraído el 5 de mayo de 2018 (<http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>).
- Izal, M., Montorio I., y Díaz, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Volumen 1. Cuidarse mejor*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Leturia, F. J., Inza, B., y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, 4, 129-143. Extraído el 28 de mayo de 2018 (<https://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/EI%20papel%20de%20la%20familia%20en%20el%20proceso%20de%20atencion.pdf>).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial de Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, pp. 44142 a 44156. <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Mackenzie, P., y Maclean, M. (1992). Altered roles: the meaning of placement for the spouse who remains in the community. *Journal of Gerontological Social Work* 19(2):107-120. http://dx.doi.org/10.1300/J083v19n02_07
- Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., Pillemer, K., Romero-Moreno, R., López-Martínez, J., y Martínez-Rodríguez, T. (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatría* 2(2), 93-104. Extraído el 28 de mayo de 2018 (<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/cuidandomasalladeldomicilio.pdf>)
- Mercedes, L. (2017). *Análisis de la relación entre las personas mayores institucionalizadas y sus cuidadores informales*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Port, C., Zimmerman, S., Williams, Ch., Dobbs, D., Preisser, J., y Williams, S. (2005). Families filling the gap: comparing family involvement for assisted living and nursing home residents with dementia. *The Gerontologist* 1(1):8795. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.87
- Rivera, J., Bermejo, F., Franco, M., Morales-González, J. M., y Benito-León, J. (2009). Understanding care of people with dementia in Spain: Cohabitation arrangements, rotation and rejection to long term care institution. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(2), 142-148. <https://doi.org/10.1002/gps.2081>
- Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias donde queremos vivir. Extraído el 20 de mayo de 2018 (http://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf).
- Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública* 83:393-405. Extraído el 28 de mayo de 2018 (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005).

- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción* 1:22-30. Extraído el 28 de mayo de 2018 (http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf).
- Stephens, M. A., Ogrocki, P., y Kinney, J. (1991). Sources of stress for family caregivers of institutionalized dementia patients. *Journal of Applied Gerontology* 10(3):328-342. <https://doi.org/10.1177/073346489101000307>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Williams, S., Williams, C., Zimmerman, S., Munn, J., y Sloane, P. (2008). Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: the role of social support. *The Journals of Gerontology* 63(3), 171-183.
- Yamamoto-Mitani, N., Aneshensel, C. y Levi-Storms, L. (2002). Patterns of family visiting with institutionalized elders: the case of dementia. *The Journals of Gerontology* 57(4), 234-246. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.S234>
- Zarit, S., Reever K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 20(6), 649-655.
- Zarit, S., y Whitlatch, C. (1992). "Institutional placement: phases of the transition". *The Gerontologist* 32(5):665-672. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zarit, S. (1996). Interventions with family caregivers. En S. Zarit y B Knight (Ed.), *A guide to psychotherapy and aging. Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp. 139-159). Washington DC: American Psychological Association.

ESTUDIO SOBRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) MARTÍNEZ CAMPOS

STUDY ON IMMIGRANT POPULATION AT THE MARTÍNEZ CAMPOS PSRC (PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION CENTRE)

Soledad Pollos Amores y M.^a Teresa Vargas Martín

Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Martínez Campos

Resumen: Este estudio analiza los datos de la población inmigrante atendida en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos (en adelante CRPS) de la Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental severa y persistente de la Comunidad Autónoma de Madrid entre los años 2013 y 2017 ambos incluidos. A través del mismo se quiere desarrollar un perfil de la población inmigrante atendida, conocer la narrativa de su periplo migratorio, las necesidades que identifican y su opinión sobre las intervenciones profesionales a las que se enfrentan. Finalmente se recomiendan unas propuestas de intervención.

Palabras Clave: Inmigrantes, Problemas de salud mental, Intervenciones profesionales, Propuestas.

Abstract: The following study analyses the data of the immigrant population taken care of at the Martínez Campos Psycho-Social Rehabilitation Centre (PSRC from this point on) belonging to the Social Attention to People with Severe and Persistent Mental Illness Network of the Madrid Community between the years 2013 and 2017 including both. This study has a goal in developing a profile of the immigrant population taken care of at the PSRC, as well as acknowledging the narrative of their migration, the needs that identify them and their opinion about the professional intervention to which they face. Finally, some intervention proposals will be suggested.

Keywords: Immigrant population, People with Mental Illness, Professional intervention, Intervention proposals

| Recibido: 25/06/2018 | Revisado: 30/07/2018 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Soledad Pollos Amores. Trabajadora Social CRPS "Martínez Campos". Gestión técnica INTRESS. Paseo General Martínez Campos, 36 28010, Madrid. Tlfo., 91 319 32 08. Email: Soledad.pollos@intress.org. M^a Teresa Vargas Martín. Psicóloga CRPS "Martínez Campos". Gestión técnica. Email: teresa.vargas@intress.org

Referencia normalizada: Pollos, S., y Vargas, M. T. (2018). Estudio sobre la población inmigrante en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S) Martínez Campos. *Trabajo Social Hoy*, 85, 87-100. doi: org/10.12960/TSH.2018.0017

“Me enfermé a raíz de la calle, pero yo no tenía un problema de salud mental, tenía un problema de saber dónde dormir, dónde comer cada día.....”

Elisa.

1. INTRODUCCIÓN

El CRPS pertenece a la Red de Atención Social a Personas con Trastorno Mental severa y persistente dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Desde su apertura (1991), INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales) se encarga de su gestión técnica. La zonificación acordada entre la Consejería de Políticas Sociales y Familia y la Consejería de Sanidad para los Dispositivos de la Red, supone que el C.R.P.S. “Martínez Campos” da cobertura a los distritos de Moncloa- Aravaca y Chamberí. (Memoria CRPS “Martínez Campos”, 2017).

La Misión del Centro es ser un servicio que acompaña y orienta a las personas y sus familias en el proceso de recuperación de los efectos de un trastorno mental grave, trabajando en alianza con otros recursos para la participación y sensibilización social. A la vista de lo que hemos ido observando a lo largo del trabajo con personas inmigrantes, para desarrollar esta misión con este colectivo, hemos de cambiar y mejorar nuestros procesos de trabajo.

Desde la apertura del CRPS la cantidad de personas inmigrantes que fueron derivadas al centro entre el año 1991-2013 prácticamente fue anecdótico. A partir del año 2013 se inicia una escalada en las derivaciones. Durante el año 2017 se han atendido a 19 personas inmigrantes el 20,14 % del total de atendidos (106).

El incremento en el acceso de este perfil de población ha ido acompañado de una necesidad cada vez mayor en el equipo de adquirir herramientas que respondieran a cuestiones particulares en la intervención con estas personas.

Algunos de los aspectos que nos están haciendo cambiar la intervención son los siguientes:

- Necesidades particulares de esta población (vivienda, documentación, recursos económicos, apoyos sociales, atención médica...).
- El lenguaje, el conocimiento de la lengua castellana o el uso de la misma para los que hablan español-americano (el español americano es una abstracción que comprende un conjunto de variedades diferentes, tanto a nivel léxico como fonológico, si bien existen características generales compartidas por la mayoría o todos los hispanohablantes americanos). Nos hemos encontrado con diferentes significados para las mismas palabras.

- Historias marcadas por las pérdidas, los duelos, violencia, situaciones extremas... (Hoz Garcimartín et al., 2017).
- Interpretación cultural de la personalidad, las emociones y su expresión.
- Diferentes valores y usos culturales. (Kottak, 2011).
- Conocimiento marginal de Madrid (Centros de acogida, comedores sociales...).
- Diferentes significados sobre las experiencias psiquiátricas como alucinaciones auditivas y diferentes significados sobre conceptos como salud y enfermedad. (Pérez Sales, 2004).
- Algunas personas han abandonado la intervención en el centro en poco tiempo de estancia aquí y creemos firmemente que no hemos sabido adaptarnos a sus particularidades.

Esta situación nos afecta de modo transversal en todos los procesos de nuestro trabajo pues todas las intervenciones estaban diseñadas desde nuestro prisma cultural.

Cuando quisimos profundizar en la intervención con este colectivo nos dimos cuenta de que, pese a que la Red existe desde hace 30 años, y tenemos acceso a las memorias de los centros, no teníamos datos de la evolución de la población inmigrante, ni en este centro ni en otros similares ya que no es un dato que se recogiera. A la vez tampoco encontramos muchas referencias a protocolos de intervención adaptados a este colectivo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Mientras estamos elaborando este trabajo, se está realizando un macro estudio importante y ambicioso que ha encargado la Dirección General de Servicios Sociales a nuestros compañeros de servicio de Apoyo Reinserción Social de personas enfermas mentales sin hogar (antiguo PRISEMI) sobre la población inmigrante con problemas de salud mental de la Comunidad de Madrid. Desde el CRPS hemos participado en ese trabajo que a buen seguro nos aportará mucha luz al respecto.

Con este panorama de invisibilidad de este colectivo y nuestra inquietud por adaptar nuestro trabajo nos dispusimos a intentar profundizar en sus características y necesidades.

En cuanto a los datos de inmigración de los distritos que atendemos destacamos los siguientes: según los datos del Ayuntamiento de Madrid a 1 de Julio de 2017 la población inmigrante del distrito de Chamberí asciende al 10,30 % de su población (14 214 inmigrantes) y la del distrito de Moncloa asciende al 9,66 % de su población (11 338 inmigrantes).

En el distrito de Chamberí el análisis según procedencia geográfica permite destacar la presencia mayoritaria de población extranjera procedente de América Latina y El Caribe (35 %) así como de la UE (24,5 %) y en menor medida de otros países de la OCDE (13,4 %). El análisis por sexos muestra la misma presencia mayoritaria de estos

grupos si bien el peso de las latinoamericanas y caribeñas es más significativo entre las mujeres extranjeras (21,8 %) que entre los hombres extranjeros (13,3 %).

En los datos recogidos del Diagnóstico Comunitario distrito de Chamberí (2016), aparecen las necesidades de la población inmigrante pero no han quedado reflejadas las necesidades de las personas inmigrantes con problemas de salud mental.

El distrito de Moncloa es un distrito más heterogéneo en cuanto a niveles socioeconómicos y culturales además de ser geográficamente más grande y disperso. No tenemos un diagnóstico comunitario como con el que cuenta el distrito de Chamberí.

En cuanto al distrito de Moncloa es del que proporcionalmente más casos nos han llegado y consideramos que han sido varios factores los que han facilitado este hecho:

- El Centro de Acogida Municipal San Isidro (en adelante CASI) ubicado en el distrito de Moncloa tiene un elevado índice de población inmigrante. En caso de tener algún problema de salud mental cuentan con un equipo dentro del centro del que pueden recibir atención dicho equipo se llama, Formación Intervención y Rehabilitación (FIR de PRISEMI).
- El Centro de Salud Mental de Moncloa introduce un cambio en la manera de intervenir con las personas del CASI, que funcionalmente dependen de este servicio. Acude un psiquiatra del Servicio de Salud Mental a pasar consulta en el propio CASI para acercar el servicio a la gente que no llegaba a Salud Mental.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo es una combinación de datos cuantitativos y cualitativos que nos permitirá poseer un conocimiento más amplio para mejorar la intervención.

Hemos realizado por un lado un análisis de datos recogido de las historias personales de las personas inmigrantes atendidas en el CRPS desde los años 2013 al 2017 incluidos. Por otro lado, con el objetivo de profundizar más en esta realidad y obtener información cualitativa que nos permitiera distinguir esta población de otras que atendemos, se puso en marcha un grupo de discusión en el que se realizaron relatos de vida, utilizando una metodología en primera persona para dotar al sujeto del componente subjetivo de la experiencia (Searle, 2006).

El grupo de discusión se llevó a cabo de la siguiente manera: diseñamos unas preguntas que fomentaran un diálogo abierto sobre el periplo migratorio, las dificultades que les fueron surgiendo y las necesidades que tuvieron. Necesitábamos generar un ambiente lo más cálido y seguro posible puesto que queríamos que el diálogo se diera sobre la experiencia subjetiva. Para generar este ambiente, animamos a todos los

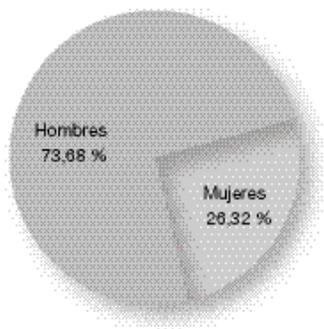
participantes a traer objetos de sus países y decoramos la sala con motivos étnicos y compartimos un chocolate (Ver material anexo: Guion de preguntas Chocolate Tertulia donde se presenta la propuesta del grupo de discusión).

3. RESULTADOS

A 31 de Diciembre de 2017 el 20,14 % de la población que ha sido atendida en el CRPS era inmigrante (19 personas). El 42,11 % son del distrito de Chamberí y el 57,89 % son de Moncloa.

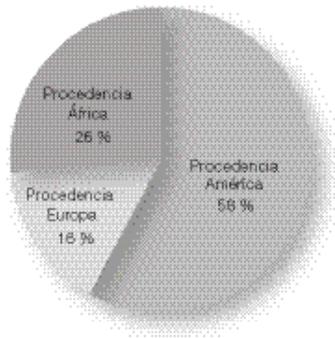
Género

El 73,68 % son hombres y el 26,32 % son mujeres. De las 5 mujeres atendidas todas ellas tienen historia de violencia de género, violencia en el entorno familiar, abandono y agresión sexual en sus países de origen y una vez en España todas han estado en situación de calle.



País de origen

EUROPA	AMÉRICA	ÁFRICA
Portugal (1 hombre)	República Dominicana (1 mujer y 2 hombres)	Guinea Bissau (1 hombre)
Bulgaria (1 Hombre)	Perú (1 hombre)	Guinea Ecuatorial (2 hombre)
Rumanía (1 Mujer)	Colombia (1 mujer 1 hombre)	Guinea Conakri (1 hombre)
	Méjico (1 hombre)	Burkina Faso (1 hombre)
	Brasil (1 hombre)	
	Paraguay (1 mujer 1 hombre)	
	Cuba (1 mujer)	



El 57,89 % son de América. El 15,79 % son europeos. El 26,32 % son africanos.

Idioma, estado civil, discapacidad, incapacidad civil e ingresos económicos

El 63,16 % hablan español como idioma materno. Los dos africanos que hablan español (Guinea Ecuatorial) además hablan los dialectos propios de sus países africanos. El 73,68 % son solteros, 21,05 % son divorciados y el 5,32 % es viudo (1 persona). Sólo una persona tiene modificada su capacidad civil.

El 89,47 % de la población inmigrante tienen un certificado de discapacidad de estos un 31,58 % cobra una pensión no contributiva (PNC) y un 31,58 % que tiene una renta mínima de inserción (RMI). El 26,32 % no tienen ingresos económicos (por falta de documentación, por tener grado inferior al 65 % o porque no cumplen requisitos para Renta Mínima) y un 10,53 % tienen pensiones contributivas.

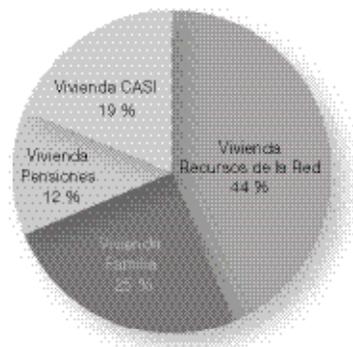
La peor situación con la que nos hemos encontrado es la de dos personas que han perdido su documentación en situación de calle y no se consiguen que su embajada de referencia la proporcione. Tampoco pueden viajar a su país de origen para conseguir la documentación que solucionaría esta situación (partida de nacimiento) ni tienen familia que la pueda enviar. Esto genera una situación de bucle de la que es muy difícil salir puesto que no se puede acceder a ningún derecho (social, laboral...).

Familia

Un 52,63 % tienen familia en España y de estos mantienen contacto con ella un 60 %. El 47,37 % de personas no tienen ningún familiar en España y de estos sólo una persona mantiene relación de manera regular con la familia de origen. El porcentaje de personas con hijos es de 26,32 %. De este porcentaje el 60 % no mantiene contacto con sus hijos.

Vivienda

Un 36,84 % vive en recursos de la red de atención social de la Comunidad de Madrid, un 21,05 % vive con sus familia, un 10,53 % vive en pensiones y un 15,79 % vive en el CASI.



Religión

De los que reconocen creencias religiosas el 83,33 % son católicos.

Salud Mental

Con el 94,74 % de las personas hemos tenido problemas en la evaluación. Un 68,42 % aceptó entrar en grupos durante la misma. Un 84,21% de gente acepta intervención social a la llegada. En un 78,95 % de la población no se hace intervención familiar bien porque no hay familia o bien porque, habiéndola, no quieren.

Todos tienen un diagnóstico psiquiátrico, el 78,95 % relacionado con distintos tipos de esquizofrenia. Mayoritariamente no entienden muy bien qué diagnóstico tienen. Sólo dos personas han reconocido un intento autolítico aunque consideramos que este dato no está bien valorado.

El 63,16 % de la población no ha consumido tóxicos. Del 36,84 % que tuvo o tienen problemas de consumo (mayoritariamente alcohol y cánnabis) no han sido tratados en recursos específicos de adicciones.

Grupo de discusión

En cuanto al grupo de discusión, se invitó a todas las personas inmigrantes atendidas en el centro, aceptaron acudir 7 personas, curiosamente que hablan español-americano. La información recogida a través del Grupo de Discusión, fue la siguiente:

- Todas las personas muestran un alto nivel de agradecimiento a la atención recibida en general, dentro de las limitaciones que han existido. A la par que se observa un bajo nivel de exigencia respecto de demandas tanto sociales como de tratamiento.
- Los motivos de llegada a España han sido variados: políticos, para buscar una vida mejor “buscando un sueño”, por cuestiones de salud (en muchos países no hay acceso a medicación psiquiátrica), por desesperanza, por motivos laborales.
- Eligieron España como lugar de llegada porque algunos tenían familia, otra persona se casó con un español, otra tenía un abuelo español y otra persona tenía una amiga aquí.
- De las personas que participaron en el grupo, todas menos una terminaron en situación de calle al poco tiempo de llegar a España.
- Manifiestan sentirse muy desorientados respecto a dónde poder acudir una vez que se encontraron en situación de calle y que la ayuda llegó fundamentalmente de las redes informales (vecinos, gente de las parroquias, compañeros de calle).
- Refieren que necesitaban una explicación de dónde estaban las cosas.
- En cuanto al idioma, señalar que al grupo no acudió ninguno de los que no hablaban español. Aunque el resto son castellanoparlantes, nos evidenciaron que “todos no hablamos el mismo español”. Hay muchas diferencias respecto del significado de las mismas palabras y de la comunicación no verbal.
- Señalaban la importancia de la disposición del otro (de los españoles en este caso) para querer comunicarse y tener paciencia (hablar más despacio, explicar giros gramaticales, saber si hablamos de lo mismo...).
- Todos los participantes señalan como fundamental el hecho de haber tenido un lugar donde alojarse, donde estar protegidos y también de la necesidad de un tratamiento médico.
- Señalan los centros de acogida como lugares de paso, de transición, no sintiendo que sea un lugar para “toda la vida”, porque “estresa mucho”, reconociendo que su paso por estos centros fue fundamental por la ayuda recibida y por sentirse escuchado -“*por fin alguien te escucha y esto me subió la autoestima*”-
- Señalan la idea de crear un centro de primera acogida cuando llegan a España, donde se les expliquen las cosas, las ayudas, las opciones.
- Las personas que tienen sus documentos en regla sienten que tienen una “identidad”, pero todavía hay personas que no tienen su documentación y se encuentran sin acceso a ningún tipo de reconocimiento de ayuda oficial.
- En cuanto al CRPS, ninguno tiene muy claro a qué nos dedicábamos, todos habían tratado con trabajadores sociales, algunos habían visto educadores so-

ciales por los centros de acogida, dos habían tratado con un terapeuta ocupacional y uno con un psicólogo.

- A todos les ha parecido que en el CRPS se sienten bien atendidos, consideran que nos repetimos mucho con “tantos tests”, pero en general se sienten apoyados, que mediamos con otros recursos, que ayuda a manifestar lo que sientes, a sentir compañerismo, a encontrarse más activo, les abre la mente y que -“es un bálsamo de agua viva”-.
- Finalmente a todos les gustaría visitar su país, pero no volver.

4. CONCLUSIONES

- El aumento de derivaciones de personas inmigrantes no se ha producido igual en los dos distritos que atendemos. En Chamberí han aumentado en menor cantidad y el mayor aumento se ha producido en el distrito de Moncloa. Desde el Centro de Salud Mental (CSM) de Chamberí llegaron por motivos laborales y este dato, sin que podamos hacer un estudio profundo, lo hilamos con otro que se desprende del informe de población del distrito de Chamberí en el que muestra que la población de personas inmigrantes de este distrito suelen ser mujeres que vienen a trabajar en servicios domésticos. Al Centro (CRPS) nos llegan los hijos de dichas personas una vez han realizado la reagrupación familiar, gente mayoritariamente joven que se incorpora a España siendo preadolescente o adolescente. La adaptación suelen narrarla como complicada.
- Se considera desde diferentes dispositivos que trabajan en el distrito (Plataforma Comunitaria Enrédate en Chamberí) que puede existir más población con necesidades de atención que no están llegando al servicio de salud mental, siendo a veces la puerta de entrada de estas personas los servicios sociales. Nos resulta paradójico que atendiendo a dos de los distritos de Madrid con mayor poder adquisitivo, nuestra población se encuentra en niveles de pobreza y en el margen de la exclusión social
- En el caso de las mujeres, como señalamos anteriormente, han vivido en sus países situaciones muy traumáticas. La llegada a nuestros servicios puede suponer para ellas una oportunidad de construir otras narrativas con figuras de apego seguras, aprender el concepto de empoderamiento y descubrir su resiliencia.
- Hay un elevado porcentaje de personas que no quiere comunicarse con su familia de origen y es que según nos narran ellos llegaron a España para trabajar y poder mandar dinero a sus familias. El hecho de no tener nada que mandar y dar a conocer a su familia la situación real que tienen en España (situación de calle, pérdida de trabajo, necesidad de atención médica especializada por las situaciones extremas en las que han tenido que sobrevivir) hace que prefieran

no comunicarse con ellos. En muchas ocasiones y ante el ofrecimiento de poder comunicarse desde el CRPS con su familia nos dicen que prefieren dejarlo para más adelante, cuando las cosas estén de otra manera. Vienen con la creencia de que aquí se está bien - *“pero hay que venir y verlo porque aquí la vida también es difícil”* -.

- Proviene de sociedades colectivistas frente a las sociedades europeas individualistas. Son personas acostumbradas a tener grandes redes sociales-familiares protectoras y de apoyo, cuando llegan a España la red no existe y la cultura individualista pone el logro en el individuo y no en lo colectivo. De ahí también la dificultad de entender que existan unas redes como servicios sociales que cubran lo que de forma natural ellos tienen cubierto en sus lugares de origen.
- Les sorprende la falta de comunicación que existe entre las personas y extrañan sus grupos y redes sociales.
- Trece de las diecinueve personas estudiadas han estado en situación de calle. Se detecta en ellos un conocimiento de la ciudad de Madrid desde la marginalidad, conociendo con el tiempo los circuitos donde se mueven las personas en situación de exclusión social. Sin embargo no conocen otras facetas de la ciudad, desde un punto de vista cultural, de ocio, de la ciudad como generadora de otro tipo de servicios para el ciudadano.
- Es destacable que no haya población asiática en atención al menos hasta ahora siendo este un colectivo que en 2017 suponía el 17,33 % de la población en la Comunidad de Madrid, sólo superados por los ciudadanos rumanos (fuente: El País Digital 21 Febrero 2017); tampoco sabemos si están siendo atendidos en otros centros.
- Dentro de que más del 80% de los que reconocen creencias religiosas se consideran católicos, hemos detectado que en sus contextos culturales se practican rituales y ceremonias religiosas que nada tienen que ver con la religión católica y sí con prácticas animistas, mal de ojo rituales varios, etc... Ellos no saben traducir lo que aquí es culturalmente normal y hay que ayudarles en la adaptación. Se abre un interesante campo de exploración en este sentido.
- Después de los datos aportados en el apartado de resultados y de lo explicado anteriormente, hemos realizado un perfil de la persona inmigrante atendida en nuestro centro siendo este el siguiente: es un varón, procedente de América Latina, soltero, derivado del Centro de Salud Mental (CSM) Moncloa, habla español, sin hijos (los que tienen hijos, no mantienen contacto con ellos), con capacidad civil, con certificado de discapacidad, con unos ingresos mínimos, con algún familiar en España (si no tiene familia en España, no mantiene el contacto con ella), vive en recursos de la red o en centros de acogida, es católico, ha sido diagnosticado de esquizofrenia, no entiende su diagnóstico, no ha consumido tóxicos (los que sí, no han ido a recursos específicos para tratamiento de

drogas), ha tenido problemas en el proceso de evaluación, acepta entrar en los grupos del centro, acepta la intervención social, no se puede hacer intervención familiar, se muestra agradecido por la atención recibida, es poco exigente. Los motivos de la llegada a España son variados pero todos tenían alguna conexión con este país. Ha trabajado y la situación de calle ha sobrevenido después de perder el empleo. Si ha estado en situación de calle, se ha sentido desorientado y ha obtenido información de medios informales. El idioma ha sido una barrera de una forma u otra. Valora la disposición del otro para querer comunicarse. Lo que más le preocupa es tener un lugar donde alojarse. En cuanto al CRPS, no sabe a qué nos dedicamos pero se sienten bien atendidos.

Hemos podido ir comprendiendo a medida que avanzábamos en la evaluación y en el conocimiento de las personas inmigrantes que atendemos, que se abría ante nosotros otro mundo de creencias sobre el ser humano que han sido importantes en su desarrollo. Hemos aprendido sobre el animismo, la espiritualidad, la felicidad en los africanos, las ofrendas de animales, el mal de ojo y la relación con los antepasados. Esta faceta del conocimiento de otras culturas ha resultado una de las que peor hemos evaluado puesto que, desde nuestra perspectiva occidental y etnocentrista, no se preguntaba sobre ellas.

Una de las hipótesis que tenemos es que el hecho de que guarden silencio sobre estos temas en el inicio de nuestra relación es como una forma de protección que ellos construyen porque, desde nuestra forma de interpretar la realidad, saben que puede acarrearles problemas en el sentido de que no estamos preparados para escuchar lo que traen sin juzgarlo desde nuestros ojos occidentales. Incluso en su historia aparecen momentos en los que ellos han expresado alguna de estas creencias y han sido ingresados o se ha considerado que han empeorado a nivel clínico.

Todos han sido diagnosticados de una enfermedad mental cuando ellos no pueden entender que eso procede de un juicio clínico, de un lenguaje no compartido. Ellos no reconocen ese diagnóstico como algo que existiera en su mapa mental, se ha puesto en marcha un sistema que para ellos no existía.

La atención al inmigrante tiene un componente social y político. En nuestra mano está construir una sociedad inclusiva, tolerante y cohesionada.

5. PROPUESTAS

Según todo lo explicado y por lo que hemos vivido proponemos unas mejoras de cara a la intervención con las personas inmigrantes con problemas de salud mental.

1. Formación específica a todos los componentes del equipo (geografía e historia, aspectos sociales y legales, transculturalidad, interpretación cultural de la salud mental...).
2. Adaptar todas nuestras herramientas, por ejemplo, a normas de lectura fácil (cuestionarios, planes de intervención, materiales de los grupos...), pictogramas e imágenes. En la evaluación inicial recoger datos que antes pasábamos por alto como: usos culturales, comprensión del lenguaje, creencias religiosas, vivencias del periplo migratorio a su llegada a “occidente”, organización social y política de su país de origen, interpretación sobre la salud en general, interpretación del tratamiento médico y de la rehabilitación psicosocial...
3. Flexibilizar todo lo que podamos nuestros procesos de evaluación y de intervención.
4. Identificar servicios donde haya más incidencia de población inmigrante y facilitar que los profesionales de estos servicios aprendan otros idiomas (acercarnos nosotros a ellos).
5. Si acuden al centro con un mediador intercultural, utilizarlo desde el principio para solventar la barrera idiomática y cultural.
6. Dotar a los centros de mentores de su propia cultura.
7. Identificar a miembros claves de las distintas comunidades a través de asociaciones, colectivos religiosos... (por ejemplo se han dado caso de imanes que colaboran con los servicios de urgencias psiquiátricas para ayudar en la valoración).
8. Fortalecer el vínculo con todos los recursos formales e informales implicados en los casos.
9. Promover el conocimiento de la ciudad desde una posición no marginal.
10. Igual que nuestros centros deberían ser más flexibles, también, otros dispositivos a los que acceden como Servicios Sociales, Embajadas, Centros de Acogida, Comedores Sociales, Atención Primaria, etc..., además de las administraciones locales, regionales, central y de relaciones internacionales, deberían facilitar la colaboración para el acceso a los servicios públicos esenciales.
11. Dar visibilidad a las personas inmigrantes con problemas de salud mental por parte de la Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Severa y Persistente puesto que en estos casos el problema del estigma se agrava (inmigrante, enfermedad mental, situación de calle, mujer, sin apoyos...).

Después de estos años trabajando con este colectivo tan agradecido y silenciado, nos queda claro que ellos sí saben lo que necesitan y nos planteamos si no habría que tener una mayor disposición por parte de todos para acercarnos a ellos. Vinieron a España siendo los mejores de su grupo, de su tribu, de su comunidad o familia para mejorar la vida de todos ellos, sin embargo, la realidad ha sido muy adversa. Es tiempo de reflexionar porque forman parte de nuestra comunidad y con la ayuda adecuada pueden ser activos importantes en nuestra sociedad.

6. AGRADECIMIENTOS

A todos las personas que generosamente han compartido con nosotras sus experiencias de vida.

A Susana Rodríguez nuestra Psicóloga Interna Residente (PIR) de 2017 que nos ayudó en la ardua tarea de recabar datos.

A Noelia Diezma Martín, Trabajadora Social del Servicio de Salud Mental de Moncloa por ser la primera en respondernos a una consulta.

A Lorena Arriagda alumna de prácticas de Terapia Ocupacional, que vino desde Chile y contribuyó con su experiencia en el grupo de discusión.

A Víctor Vega alumno de prácticas de Trabajo Social 17-18, por tantas cosas: sus referencias bibliográficas, actualizaciones en las nuevas tecnologías y por sus aportaciones al artículo.

A todos los compañeros del CRPS “Martínez Campos” por apoyarnos en este trabajo que ha durado casi tres años.

7. BIBLIOGRAFÍA

CRPS “Martínez Campos” (2018). *Memoria 2017*. Madrid: INTRESS.

Diagnóstico comunitario del distrito de Chamberí. (2016). Madrid. <https://diario.madrid.es/chamberi/wp-content/uploads/sites/16/2017/05/Diagn%C2%A6stico-Comunitario-del-Distrito-de-Chamber%C2%A1-dic-2016.pdf>

Santos, A. (2017). *La comunidad china se triplica en dos años y es la segunda más numerosa*. Extraído el 21 de febrero, 2017, https://elpais.com/ccaa/2017/02/20/madrid/1487595130_033723.html

Hoz Garcimartín, Á. (Coord). (2017). *Familias, profesionales y otras tribus*. Barcelona: Intress.

Kottak, C. P. (2011). *Antropología Cultural*. Méjico: McGraw-Hill.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la atención en salud mental*. Madrid: Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Pérez Sales, P. (2004). *Antropología psiquiátrica y psiquiatría transcultural*. Extraído de <http://www.pauperez.cat/en/thematic/books/7-psicologia-y-psiquiatria-transcultural-bases-practicas-para-la-accion/file>

Portal web del Ayuntamiento de Madrid. *Población extranjera en Madrid*. Extraído el 1 de Julio, 2017, [https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Demografia-y-poblacion/Poblacion-extranjera/Poblacion-extranjera-en-la-ciudad-de-Madrid/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=c289d54944580510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD](https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Demografia-y-poblacion/Poblacion-extranjera/Poblacion-extranjera-en-la-ciudad-de-Madrid/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=c289d54944580510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD)

Searle, J. (2006). *La mente*. Bogotá: Grupo Ed. Norma.

ANEXO



MENORES EXPUESTOS A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: LA PREVENCIÓN COMO FACTOR CLAVE

CHILDREN EXPOSED TO GENDER-BASED VIOLENCE: PREVENTION AS A KEY FACTOR

Patricia Fernández-Montaño y Alberto Pérez Arenas

Universidad de Castilla La Mancha

Resumen: La violencia de género, como fenómeno multidimensional sustentado por un sistema patriarcal que pone de manifiesto la imperante situación de desigualdad por razón de sexo, no afecta únicamente a las víctimas directas del mismo: las mujeres. Diversos estudios han corroborado la influencia que tiene sobre el desarrollo psicosocial de las y los menores su exposición a contextos en los que se desarrolla violencia de género. Niñas y niños sufren las consecuencias de este tipo de agresiones, ya sea como víctimas directas o indirectas de las mismas, constituyéndose como un colectivo prioritario a tener en cuenta en el abordaje integral de este complejo fenómeno. De ello se desprende la necesidad, no solo de visibilizar la problemática, sino de articular estrategias para su prevención. En este artículo se explora la situación actual de las y los menores como sujetos víctimas de la violencia de género, ofreciendo una aproximación al fenómeno en España, así como un análisis de las medidas preventivas, tanto a nivel primario, secundario como terciario, que se pueden plantear a este respecto desde la perspectiva del trabajo social.

Palabras clave: Menores, Violencia de género, Trabajo Social, Víctimas, Prevención.

Abstract: Gender-based violence is a multidimensional phenomenon supported by a patriarchal system that highlights the situation of inequality based on sex. It affects not only the main victims: women, but also children. Several studies have shown the influence it has on the psychosocial development of children in contexts in which gender-based violence develops. Girls and boys suffer the consequences of this type of aggression, either as direct or indirect victims of the same, constituting themselves as a priority group taking into account in the integral approach of this complex phenomenon. It follows the need to make visible the problem, as well as joint prevention strategies. This article explores the current situation of children as victims of gender-based violence and analyses prevention programs.

Keywords: Children, Gender-based violence, Social Work, Victims, Prevention.

| Recibido: 25/06/2018 | Revisado: 28/07/2018 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: Patricia Fernández-Montaño. Profesora de Trabajo Social, Universidad de Castilla-La Mancha ORCID: 0000-0001-6789-6823. Alberto Pérez Arenas. Profesor de Trabajo Social, Universidad de Castilla-La Mancha. Email: patricia.fmontano@uclm.es. ORCID: 0000-0002-2376-4746. Facultad de Ciencias Sociales UCLM. Avenida Real Fábrica de Sedas s/n, 45600.Talavera de la Reina, Toledo.

Referencia normalizada: Fernández-Montaño, P., y Pérez-Arenas, A. (2018). Menores expuestos a situaciones de violencia de género: la prevención como factor clave. *Trabajo Social Hoy*, 85. 101-110. doi: org/10.12960/TSH.2018.0018

1. MENORES COMO VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

La violencia de género no es un problema aislado que se ubique exclusivamente en el ámbito familiar. Por el contrario, es un fenómeno heterogéneo y multidimensional que cuenta con una importancia social (Holt, Buckley y Whelan, 2008). Se entiende como problema social aquel fenómeno que presenta “un impacto negativo en las vidas de un segmento considerable de la población” (Kohn, 1976, p. 94). Es por ello por lo que la violencia de género debe considerarse como tal. De la misma forma, la preocupación por la infancia y la adolescencia ha ido cobrando importancia a lo largo de los años, y progresivamente las políticas sociales han ido dirigiéndose a la protección de este colectivo. A lo largo de la historia se ha observado un discurso proteccionista de la infancia, algo que fue modificado en 1989 al situarse las y los menores como sujetos de derechos (Dávila y Naya, 2006). Este cambio hizo que las problemáticas detectadas fueran derivando en desarrollo legislativo de protección de los derechos de la infancia.

La Organización de las Naciones Unidas (1994) reconoce la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer (...)”. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (2016), fueron cuarenta y cuatro las mujeres asesinadas por sus parejas o ex-parejas. Veintiséis menores, hijas e hijos de víctimas, quedaron en situación de orfandad. Y es que gran parte de las mujeres que sufren este tipo de violencia son madres, y sus hijas e hijos residen en el mismo núcleo familiar, sufriendo de forma indirecta o directa las consecuencias. En concreto, y según datos de la macroencuesta sobre violencia de género realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), el 63,6 % de las hijas e hijos de víctimas de violencia de género afirmaron haber presenciado o vivido situaciones de violencia. De ellos, el 92,5 % eran menores de edad, y el 64,2 % habían sufrido violencia, al igual que sus madres, por parte del padre. Esta situación afecta a más de 800 000 niñas y niños en España, dato que corroboran organismos internacionales tales como UNICEF y Save the Children. De ello se desprende la necesidad de considerar a las y los menores como víctimas de este tipo de violencia, pues son múltiples los estudios que confirman los efectos perjudiciales que puede tener sobre ellas y ellos crecer en unidades familiares en las que se desarrolla (Alcántara, 2010; Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013; Ayllon, Orjuela y Román, 2011; Emery, 2011; Mestre, Tur y Samper, 2008; Overlien, 2010; Rosser et al., 2016, entre otras y otros). Por tanto, se parte de la idea de que las niñas y niños expuestos a este tipo de situaciones son igualmente víctimas de la violencia, ya sea por el hecho de residir en un entorno conflictivo en el que no siempre se cubren sus necesidades de cuidado, por sufrir de forma directa los distintos tipos de violencia o por verse afectados a través de situaciones de control y abuso de poder (Ohlson, 2010).

A medida que ha ido aumentando la visibilidad de las situaciones de violencia de género en España, ha crecido igualmente la sensibilización al respecto de las necesidades que

padecen las y los menores que han estado expuestos a situaciones de violencia de género (Rosser, Suriá, Alcántara y Castro, 2016). Sin embargo, existe una serie de dificultades relacionadas con la falta de integración normativa de las leyes que protegen específicamente a las y los menores, y las que protegen las situaciones de violencia de género. La Ley Orgánica del 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género confirma que este tipo de violencia afecta a las niñas y niños que crecen en el núcleo familiar, y propone en su artículo 19.5 que tengan derecho a asistencia social aquellos que se encuentren bajo la patria potestad de la mujer agredida, de cara a prevenir y evitar los daños psíquicos y físicos de niñas y niños. No obstante, Lorente (2014) señala que, aunque las y los menores quedan reflejados en esta normativa, todavía no se cuenta con los programas y recursos que permitan adoptar medidas integrales para la protección de niñas y niños expuestos a situaciones de violencia de género. Invisibles en los últimos años, las necesidades de estos menores han comenzado a reivindicarse en la sociedad, gracias en parte a la denuncia pública, así como a la reacción socio-política y al desarrollo de normativa al respecto de su protección.

Algunos de los planes nacionales que han tenido en consideración esta problemática y que han establecido líneas generales de intervención, han sido la Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia de género (2013-2016) o el II Plan Estratégico Nacional para la Infancia y Adolescencia (2013-2016), ambas orientadas a acciones de promoción de la atención integral de las y los menores. Por su parte, las comunidades autónomas han comenzado a integrar dichas líneas en sus planes y normativas, tales como Andalucía o Canarias, ambas en 2017, entre otras. Además, y como elemento fundamental para la protección de las y los menores expuestos a este tipo de violencia, la Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia, que modifica a la Ley 1/2004 de protección a las víctimas de violencia de género, incluye la consideración de las y los menores expuestos como víctimas reconocidas, lo cual supone un punto de partida imprescindible para el despegue de estrategias, programas y servicios de prevención y atención integral. El cambio de tendencia hacia la atención a menores expuestos a situaciones de violencia de género debe suponer irremediablemente el desarrollo de medios para poder llevar a la práctica las recomendaciones que se proponen en los planes y normativas señalados (Rosser, 2017).

2. TIPOLOGÍA Y CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La familia se constituye como el primer agente socializador de niñas y niños, y se entiende que es la encargada de la transmisión cultural y la incorporación a la vida social (Jaramillo, 2007). Bowlby (1989), como padre ideológico de la teoría del apego, llegó a la conclusión de la existencia de una tendencia por parte de la niña o el niño a generar un vínculo fuerte con la figura de la cuidadora o cuidador principal. Main y Solomon

(1986) desarrollaron el concepto de vínculo desorganizado, asociándolo a las patologías parentales que afectaban a hijas e hijos, tales como los trastornos del estado de ánimo, psicosis, adicciones y situaciones de abuso y maltrato, entre otras. La violencia de género hace que las situaciones de estrés a las que se expone a una mujer, afecten directamente a la relación con sus descendientes, lo cual provoca que se desvirtúen las relaciones vinculares sanas, pudiendo derivar en la aparición de sintomatología tanto física como psicológica en niñas y niños (Sepúlveda, 2006).

Hay que tener en cuenta que el artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño (1989) considera la violencia de género directa o indirecta contra las y los menores como una forma de maltrato infantil. El maltrato a menores en el entorno doméstico, a su vez, sugiere la privación al niño o niña de sus derechos y libertades, e incide negativamente en su bienestar y desarrollo integral, pudiendo causar un sufrimiento intenso en las víctimas (Ramón, 2013). En concreto, alude a que la exposición de las y los menores a este tipo de violencia no deja de ser un perjuicio físico o mental, un descuido o trato negligente, por parte de alguna de las personas que los tienen a su cargo. Unicef (2003), por su parte, sostiene que el maltrato infantil puede producirse igualmente por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales de niñas y niños, lo cual inevitablemente queda relacionado con las consecuencias que la exposición a la violencia de género puede tener sobre ellas y ellos. Así, ya sea como víctimas directas o indirectas (Echeburúa y De Corral, 2010), las y los menores pueden sufrir la violencia de género de diversas formas. Como víctimas directas, sufren consecuencias físicas, problemas cognitivos o de conducta, y como víctimas indirectas, dificultades de desarrollo social, emocional o cognitivo (Sepúlveda, 2006). Holden (2003), señala diferentes formas de exposición a este tipo de violencia, tales como formas de violencia perinatal de tipo física, psíquica o sexual perpetradas contra la mujer durante el embarazo, menores que se convierten en objetos directos de agresiones psíquicas o físicas como consecuencia de la violencia de género o en protectores de sus madres o que presencian y/o escuchan agresiones y reacciones emocionales, entre otras.

Todas estas formas de exposición directa e indirecta a la violencia pueden tener consecuencias sobre las y los menores, las cuales guardan una estrecha relación con el ciclo de la violencia que se esté dando en el núcleo familiar, al posicionarse cada menor de manera diferente en las distintas etapas, y yendo desde la culpa, a la rabia, la empatía o indefensión aprendida (Holden, 2003). En cualquier caso, el conjunto de acontecimientos acaba perturbando una parte o la totalidad de la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional de niñas y niños (Barudy y Dantagnan, 2005), y algunas de las consecuencias que pueden sufrir son de tipo físico (lesiones, retraso en el crecimiento, alteraciones del sueño, estrés post-traumático, entre otros), psicológico (confusión, tristeza, miedo, estrés, baja autoestima, angustia, ansiedad y sintomatología depresiva) (Espinosa, 2004), así como otras problemáticas conductuales, sociales y de

vinculación afectiva (Rosser, 2017). Ante ello, se hace necesario plantear alternativas de prevención que, sustentadas en una base normativa sólida, permitan garantizar la protección de estas niñas y niños, y en la medida de lo posible, evitar o disminuir las consecuencias señaladas.

3. LA PREVENCIÓN COMO FACTOR CLAVE

El Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (ANECA, 2005) plantea dentro de las funciones a desarrollar por las y los profesionales del trabajo social la función preventiva. Esta función debe ir orientada a la actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. Aplicando este concepto a la situación de las y los menores expuestos a situaciones de violencias de género, cabe plantear la necesidad de articular estrategias de prevención desde el trabajo social orientadas no solo a la erradicación de la problemática, sino también a la reducción del daño que pueda darse una vez acaecida la dicha situación. La magnitud del fenómeno, justificada en los apartados previos, justifica por sí misma la realización de programas preventivos que procuren la disminución de las cifras de violencia contra las mujeres, y también la de las y los menores como víctimas directas o indirectas (Morales y Costa, 2001).

Tras la revisión de diferentes normativas y planes de actuación en la materia que nos ocupa, se puede afirmar que existe una falta de uniformidad y dedicación específica al respecto de las y los menores expuestos a situaciones de violencia de género. En general, se proponen medidas de intervención para mujeres víctimas, planteando una atención subsidiaria a las y los menores a su cargo. Así, lo relativo a menores víctimas de violencia de género no se recoge en programas específicos, ya que estos suelen ir asociados al acompañamiento y protección de la madre (Mestre, Tur y Samper, 2008). No existen apenas programas que prioricen actuaciones vinculadas a la prevención de situaciones de exposición de menores a la violencia de género. Es por ello por lo que se plantea la necesidad de plantear estrategias preventivas desde los ámbitos profesionales vinculados a esta problemática, y en concreto desde el Trabajo Social como disciplina desde la que la función preventiva adquiere una importancia crucial.

Morales y Costa (2001) proponen tres niveles de prevención para la violencia de género en general, y para el maltrato infantil en particular. A continuación se ofrece una descripción de las propuestas para cada uno de los niveles de prevención desde la perspectiva del trabajo social.

La prevención primaria focaliza su intervención en la reducción de nuevos casos de comportamiento disfuncional en una sociedad, trabajando directamente en las orientaciones que requiere el grupo hacia unos comportamientos más funcionales (Gullotta,

1995). Basada en estrategias preventivas y de promoción de la salud y sin enfocarse en factores de riesgo específicos o grupos de población, el objetivo fundamental es reducir tanto la aparición de nuevos casos como las actitudes de la población implicada en las causas de la violencia. En este nivel se podrían incluir alternativas preventivas dirigidas a responsables políticos, sistema educativo, de salud, medios de comunicación, familias, organizaciones sin ánimo de lucro o población civil, orientadas, en primer lugar, a campañas de sensibilización comunitaria que incidan en la gravedad que puede suponer la exposición de menores a situaciones de violencia de género. Estas estrategias de concienciación no deben centrarse en la mujer como víctima/responsable, sino que deben extenderse tanto a los agresores como a la sociedad como cómplices directos y/o indirectos de una forma de maltrato infantil. Una segunda alternativa que se plantea es la promoción de la investigación sobre la materia, incluyendo la difusión de resultados y posterior sensibilización como requisitos indispensables para la visibilización de la problemática (Ramón, 2013). La tercera propuesta sugiere la necesidad de formación, tanto a padres, madres, hijos e hijas y agentes educativos, para la adquisición y refuerzo de prácticas educativas no violentas orientadas a la parentalidad positiva y a la promoción de actitudes que eviten la violencia y favorezcan el diálogo, la igualdad y el respeto (Ramón, 2013).

En cuanto a prevención secundaria, se proponen estrategias dirigidas a poblaciones vulnerables identificadas por riesgo de presentar situaciones de violencia de género, con el objetivo de reducir la prevalencia de una situación concreta. Una de las acciones preventivas que se plantean desde el trabajo social se orienta a la formación de los agentes sociales, tanto a nivel comunitario, como a grupos profesionales de intervención directa, considerándose dicha formación fundamental para la detección precoz de casos de menores expuestos a situaciones de violencia de género (Elboj, 2010). En este nivel la detección temprana, orientada a evitar el incremento de los factores de riesgo detectados y a la promoción de los factores de protección dentro de una unidad familiar, se considera prioritaria. Así, el diagnóstico precoz, la capacidad de las y los profesionales para detectar señales de alarma en las y los menores, y el inicio temprano de la intervención social con la familia son cruciales. En este sentido, los Servicios Sociales de Atención Primaria cuenta con un papel relevante, en especial las prestaciones básicas desde las que se trabaja con aquellas personas y familias que tienen dificultades para atender adecuadamente a sus miembros. La valoración del funcionamiento familiar debe ir orientada a evaluar el riesgo y la seguridad existente en los núcleos familiares, así como a identificar factores de riesgo y protección. Todo ello sin perder de vista la necesidad de articular los refuerzos de tipo educativo necesarios para que las familias puedan atender adecuadamente a sus miembros.

Por último, se plantean alternativas desde el nivel terciario, el cual está dirigido a la prevención de las consecuencias en casos de violencia de género ya detectados con menores en su seno, vinculadas estrechamente con la reparación del daño. Esta inter-

vinción va dirigida a garantizar la seguridad e integridad de las y los menores en dichas situaciones, con el fin último de reducir las secuelas provocadas por los malos tratos, así como la evitación de posibles situaciones reincidentes (Morales y Costa, 2001). El tratamiento de secuelas traumáticas a nivel individual y grupal, se plantea necesario no solo con las madres víctimas, que suele ser la tendencia habitual, sino también con menores (Edleson, Mbilinyi y Shetty, 2003).

Una de las secuelas que se pueden detectar en menores víctimas de malos tratos o expuestos a situaciones de violencia de violencia del hogar, es la reproducción de los patrones de conducta de los progenitores. La importancia de la vivencia de las situaciones de violencia de género en las y los menores no solo reside en la afectación directa y en la violación de los factores de protección familiares, sino que también puede verse afectada la evolución comportamental de los mismos en la reproducción de los patrones de conducta, estableciendo la violencia como pauta relacional normalizadora entre adultos (Asensi, 2007). En estos casos, las y los menores pueden acabar interiorizando y ejerciendo los roles parentales, y externalizar dichas conductas en el contexto social, los cuales pueden reproducirse a lo largo de su ciclo vital. Es por ello por lo que se considera fundamental la articulación de estrategias orientadas a reparación del daño dentro del plan de intervención que se lleve a cabo con la unidad familiar en la que la violencia de género ha tenido lugar, especialmente a través del trabajo en dotación de pautas que prevengan la reproducción de los roles violentos aprendidos. Expertas y expertos señalan la necesidad de integrar el concepto de igualdad de género en el modelo de relación familiar, de forma que les permita desmontar los patrones de poder adquiridos de sus padres y los de sumisión de sus madres (Pérez-Caballero, 2014).

4. CONCLUSIONES

Como se ha analizado en este artículo de revisión, las repercusiones de la violencia de género no solo se hacen visibles en la víctima directa, si no en el sistema familiar por completo, concretamente en la infancia y adolescencia (Wolfe, 1990). Es por ello por lo que se valora como primordial establecer estrategias preventivas que protejan a las y los menores de ser expuestos a este tipo de situaciones desde diferentes disciplinas, entre las que se encuentra el trabajo social. La sensibilización comunitaria o la detección temprana por parte de las y los profesionales, así como la valoración de las situaciones familiares para la identificación de factores de riesgo y protección, se convierten en tareas imprescindibles que pueden evitar la evolución negativa de una situación familiar concreta. Asimismo, y asumiendo que en muchos casos la intervención que se realiza con las familias es tardía, se deben priorizar las acciones que reduzcan el daño en las y los menores que han sido expuestos a la violencia de género, que en la medida de lo posible garanticen una evolución vital sana. A pesar de los cambios que en esta materia se han producido a nivel normativo y social, la atención y prevención

en situaciones de exposición de menores a violencia de género debe enfocarse de una manera especializada e integral que priorice en exclusiva el bienestar biopsicosocial y la protección de niñas y niños, aunando criterios a la hora de plantear normativas, insistiendo en la proliferación de investigaciones sobre la materia, en la formación de las y los profesionales y dotando de recursos útiles las necesidades detectadas en este ámbito.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (ANECA). (2005). *Libro Blanco de la titulación del Grado en Trabajo Social*. Madrid: ANECA.
- Alcántara, M. V. (2010). Las Víctimas Invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género. *Tesis Doctoral*. Universidad de Murcia, Murcia.
- Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M., y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de psicología*, 29(3), 741-747.
- Asensi, L. F. (2007). Violencia de género: consecuencias en los hijos. *Revista de Psicología Científica*, 9(4), 1-11. Recuperado el 20 de febrero 2012, desde <http://www.psicologiacientifica.com/violencia-familiar>.
- Ayllon, E., Orjuela, L., y Román, Y. (2011). En la violencia de género no hay una sola víctima: Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. *Save the Children*.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós Ibérica.
- Dávila, P., y Naya, L. M. (2006). Los derechos de la infancia en el marco de la educación comparada. *Revista de educación*, 340, 1009-1038
- Edleson, J. L., Mbilinyi, L. F., y Shetty, S. (2003). Parenting in the context of domestic violence. Judicial Council of California, Administrative Offices of the Court: San Francisco. Retrieved Marcg, 14, 2005.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2010). Violencia en las relaciones de pareja. Un análisis psicológico. En José Ramón Agustina (Dir.), *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de la violencia en el hogar* (pp. 135-164). Madrid: EDISOFER.
- Elboj, C., y Eugenio, L. R. (2010). Trabajo social y prevención de la violencia de género. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 1(2), 220-233.
- Emery, C. R. (2011). Controlling for selection effects in the relationship between child behavior problems and exposure to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol 26, Issue 8, 1541-1558, <https://doi.org/10.1177/0886260510370597>
- Espinosa Bayal, M. A. (2004). Las Hijas e Hijos de Mujeres Maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. *Anales de Psicología*, 21(1), 11-17.

- Gullotta, T. P. (1995). El qué, el quién, el por qué, el dónde, el cuándo y el cómo de la prevención primaria. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 7(3), 105-113.
- Holden, G. W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160.
- Holt, S., Buckley, H., y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse y neglect*, 32(8), 797-810.
- Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia zona próxima. *Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte* n.º 8 diciembre, 2007 ISSN 1657-2416.
- Kohn, M. L. (1976). Looking back. A 25-year review and appraisal of social problems research. *Social Problems*, 24, 94-112.
- Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE núm. 313, de 29/12/2004. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOEA-2004-21760-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica. 8/2015 de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. BOE n.º 175 de 23 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>
- Lorente, M. (2014). *El gobierno, la violencia de género y los menores*. El PAIS. www.elpais.com de 29 de abril de 2014.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton, y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Mestre, M. V., Tur, A. M., y Samper, P. (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas. Un estudio empírico en la comunidad valenciana*. Valencia, España: Fundación de la Comunidad Valenciana frente a la Discriminación y Malos Tratos Tolerancia Cero.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)*. Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *II Plan estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*. Centro de publicaciones Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Centro de publicaciones Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Morales, J. M., y Costa, M. (2001). La prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. Una aproximación conceptual integral. *Psychosocial Intervention*, 10(2), 221-239.
- Ohlson, C. (2010). Children who witness domestic violence. *Informe del Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia del Consejo de Europa*.

- ONU (Organización de Naciones Unidas). (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. AG/48/104). Nueva York: Naciones Unidas
- Överlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence: Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work, 10*, 80-97, <https://doi.org/10.1177/1468017309350663>
- Pérez-Caballero, T., Pérez, F., Díaz, M., y Rodríguez, N. (2014). Investigación cuantitativa sobre cómo afecta el régimen de visitas a menores víctimas de violencia de género. En *V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género* (pp. 1186-1206). SIEMUS (Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla), 2014.
- Ramón, R. (2013). Medidas de protección del menor en los casos de violencia de género. *Revista sobre la infancia y la adolescencia, (4)*, 55-77.
- Rosser Limiñana, A., Suriá Martínez, R., Alcántara López, M., y Castro Sáez, M. (2016). "Hacer visible lo invisible". *Buenas prácticas en la intervención con menores expuestos a violencia de género*. Alicante: Limencop, 2016. ISBN 978-84-608-6728-9, <http://hdl.handle.net/10045/53951>
- Rosser, A. (2017). Menores expuestos a violencia de género. Cambios legislativos, investigación y buenas prácticas en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers. Vol. 38(2)*, 116-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2830>
- Sepúlveda García de la Torre, A. (2006). La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuaderno médico forense, n° 43-44*.
- Unicef. (2003). *Estado mundial de la infancia: 2004: las niñas, la educación y el desarrollo*. Unicef.
- Unicef, y Español, C. (Eds.). (1989). *Convención sobre los derechos del niño: 20 de Noviembre de 1989*. UNICEF-Comité Español.
- Wolfe, D. A. (1990). Child abusive parent: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin, 97*, 462-482....dato que corroboran organismos internacionales tales como UNICEF y Save the Children. Indicar el año de estudio de ambas instituciones y referenciar en bibliografía.

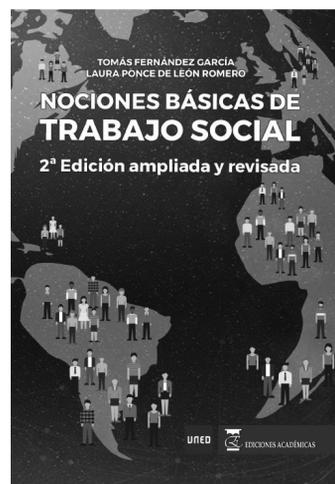
Título del libro: **NOCIONES BÁSICAS DEL TRABAJO SOCIAL**

2ª Edición ampliada y revisada

Book title: **BASIC NOTIONS ON SOCIAL WORK**

2nd Edition extended and revised

Autores: Tomás Fernández García
y Laura Ponce de León Romero
ISBN: 978-8494878343
Editorial Ediciones Académicas
Madrid
Páginas: 339



Reseña realizada por Concepción Castro Clemente

Los profesores Tomás Fernández y Laura Ponce de León acaban de publicar la segunda edición revisada y ampliada del libro *Nociones Básicas de Trabajo Social*. Este libro es un referente para estudiantes, profesores y profesionales que deseen conocer las bases del trabajo social. Sus capítulos ofrecen una información completa y estructurada sobre los aspectos básicos que deben conocer los profesionales durante su ejercicio profesional para poder entender la propia naturaleza y definición de la profesión, los valores de la misma, la metodología, los recursos disponibles y los distintos ámbitos donde poder ejercer.

La principal característica a destacar de este manual es su carácter práctico. A lo largo del texto aparecen ejemplos y actividades de repaso que ayudan a reflexionar sobre los contenidos teóricos, y dedican el último capítulo a resolver un caso utilizando tres metodologías distintas, la de casos, grupos y comunidades, respectivamente. En ese último capítulo los autores condensan de una manera práctica todos los aportes teóricos de los capítulos anteriores, siendo por tanto su amena, coherente y ágil. Ideal para preparar trabajos, exámenes y oposiciones.

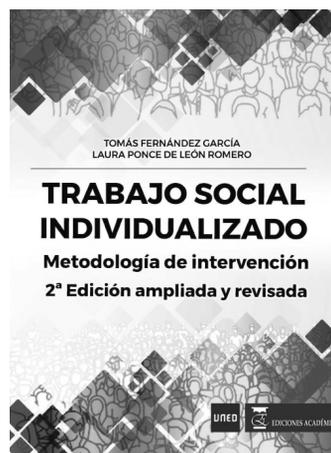
No cabe la menor duda de que este manual será de gran utilidad para aquellas personas que decidan conocer la profesión del trabajo social, o conociéndola, que decidan profundizar, actualizar e implementar su formación.

Título del libro:
TRABAJO SOCIAL INDIVIDUALIZADO:
METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

2ª Edición ampliada y revisada

Book title:
INDIVIDUAL SOCIAL WORK:
INTERVENTION METHODOLOGY

2nd Edition extended and revised



Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero

ISBN: 978-8494878336

Editorial Ediciones Académicas. Madrid

Páginas: 433

Reseña realizada por Concepción Castro Clemente

Esta nueva publicación es una segunda edición ampliada y revisada del libro titulado *Trabajo Social Individualizado: Metodología de intervención*. Sus autores han actualizado los contenidos y añadido nueva información práctica atendiendo a los nuevos requerimientos profesionales.

Es un manual básico para los profesionales que se dediquen a la intervención social con casos. A lo largo del ciclo vital las personas pasan por desdichas, conflictos o situaciones dramáticas que tienen que solucionar para seguir avanzando existencialmente. Este manual ofrece las claves para poder apoyar profesionalmente a todas estas personas en la superación de sus problemas: pérdidas de empleo, la muerte de seres queridos, separaciones, enfermedades, etc.

Este libro pretende ofrecer respuestas profesionales a estos conflictos, desde un paradigma teórico, basado en años de experiencia profesional en la intervención individualizada del trabajo social, que proporcionará a los lectores referentes teóricos, modelos, técnicas, funciones, valores, herramientas y procedimientos operativos.

La principal novedad de este manual es que sus dos últimos capítulos son casos prácticos. En el primero se resuelve un mismo caso utilizando varios modelos teóricos, y en el segundo se analiza la experiencia profesional desde la coordinación socio-sanitaria.

Este libro, bien estructurado y adaptado a la perfección a los nuevos tiempos, permite ahondar en la naturaleza del trabajo social, que tiene como base la relación profesional e interpersonal entre usuario/a y trabajador/a social. Excelente manual, imprescindible para la profesión, y que no debe faltar en las bibliotecas de trabajo social, ni en las estanterías de los despachos de profesionales, profesores y estudiantes.

LA COORDINACIÓN PARENTAL, ROL DEL TRABAJOR/A SOCIAL

PARENTAL COORDINATION, SOCIAL WORKER ROLE

Ana García Montero, Alejandro López Pérez y Belén Novillo García

Vocales de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

“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 fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (Definición de Trabajo Social de la Federación Internacional del Trabajo Social).

INTRODUCCIÓN

La coordinación parental hace referencia a un/a profesional que, con un conjunto de conocimientos y competencias específicas, por mandato judicial, actúa en situaciones de alta conflictividad familiar, asumiendo una responsabilidad con las familias y especialmente en la protección de sus hijos/as.

Aunque en algunos casos se pueda confundir con la mediación por contar con algunas de sus características en común (trabajado por especialistas con conocimientos técnicos, temporalidad de la intervención en conflictos...), se diferencia claramente de la actividad de la mediación en cuanto a que en la coordinación parental no existe el principio de voluntariedad. Se rige porque el/la profesional que actúa como coordinador/a parental cerrará una resolución que enviará al juzgado.

Cada vez se hace más referencia a la figura del/de la coordinador/a parental o la coordinación de parentalidad, como una figura novedosa, como una nueva manera de intervenir y como si hasta ahora no se hubiesen estado abordando adecuadamente los procesos complejos de alta conflictividad y la protección de los descendientes.

Cuando se habla de estas nuevas figuras profesionales el/la profesional del trabajo social se ve reflejado/a en las competencias técnicas y en las habilidades profesionales que venía y viene realizando, desarrollando y especializándose a través de sus funciones en las distintas áreas de intervención social, o a través de su aportación en equipos interdisciplinarios, pero especialmente se ve reflejado/a como profesional en el trabajo que realizan con las familias.

LA COORDINACIÓN PARENTAL

La aparición de la figura del Coordinador/a de Parentalidad se sitúa en Norteamérica en los años 90 (Rodríguez Dávila, M. D. y Soto Esteban, R. 2015)¹ cuando se plantea el riesgo para los/las niños/as en situaciones de larga exposición a procesos de separaciones y divorcios de larga duración en los juzgados.

En 2003 se crea en EE.UU. la Cooperative Parenting Institute en Atlanta y el primer manual de entrenamiento, y es en 2005 cuando se aprueban los estatutos de los/las coordinadores/as de parentalidad en un comité de la AFCC², que señala que la figura de coordinación parental tiene que tener capacitación, por estudios y formación, para llevar a cabo funciones de coordinación de parentalidad y debe seguir formándose a nivel profesional en este rol.

Igualmente señalan la multidisciplinariedad de la figura profesional formada en parentalidad, si bien en varios de sus textos, como indica Dominic Dábate en la AFCC, se trataría de: “Un profesional de la psicología o del trabajo social, auxiliar del ámbito legal, con formación y experiencia en mediación o en el campo de la salud mental. Debe tener gran experiencia en la resolución de disputas parentales con alta conflictividad. Debe participar en actividades de parentalidad, participando en actividades educativas, consultas y supervisiones con otros profesionales o mentores”.

1 Rodríguez Dávila, M. D. y Soto Esteban, R. (2015). El coordinador de parentalidad. Una propuesta desde dentro. *Psicología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 15, 2015, pp.171-187.

<https://www.google.es/search?q=El+coordinador+de+parentalidad.+Una+propuesta+desde+dentro.&dq=El+coordinador+de+parentalidad.+Una+propuesta+desde+dentro.&aq=chrome..69i57j69i64l3.273j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

2 Directrices para la Coordinación de Parentalidad. Grupo de Trabajo sobre Coordinación de Parentalidad de la Association of Families and Conciliation Courts (AFCC). (2005). Traducidas por el Grupo de Trabajo de Coordinación de Parentalidad de la Sección de Alternativas de Resolución y Gestión de Conflictos del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC), España, en colaboración con el Grupo de Trabajo de Coordinación de Parentalidad de Espacio Sistémico de Buenos Aires, Argentina
file:///C:/Users/espada/Desktop/Nueva%20carpeta/AFCC%20Directrices%20para%20la%20Coordinación%20de%20Parentalidad%20(2005)%20-%20Traducción%20COPC%20(2013)%20Rev%202014%20(2).pdf

Desde el 2003 el desarrollo de esta figura sigue avanzando en los siguientes años, especialmente en los países que se desarrolla, como Canadá donde tiene una mayor implantación y en otros países de América del Sur, especialmente en Argentina.

LA COORDINACIÓN PARENTAL EN ESPAÑA

También Rodríguez y Soto relatan el ejemplo de Barcelona, situando este acercamiento a la figura a través del “Código Civil catalán” donde en su articulado se recoge la necesidad de un plan de parentalidad en la presentación de las demandas de ruptura matrimonial, plan que será presentado para su aprobación al juzgado de familia. También recoge en su Disposición Adicional 6ª, N.º 3, en su punto 1, que los dictámenes periciales también pueden tener por objeto: “las medidas de seguimiento que deban adoptarse para garantizar el derecho de los menores a mantener la normalidad en las relaciones con sus progenitores”. Y concretamente es en la sentencia 301/14 de 7 de mayo de 2014, en la que el Magistrado J. Pascual Ortuño³ acuerda la figura del Coordinador de Parentalidad (en adelante CP) en un caso concreto y la define y refiere de la formación precisa: “para cumplir con su función de CP ha de tener formación en psicología infantil, familiar, en técnicas de gestión de conflictos, en mediación, en sistema legal familiar, en educación social y en intervenciones sociales. Además, es necesario que tenga experiencia y herramientas en dinámicas familiares post-ruptura de pareja y, en determinados casos de mayor dificultad, en dinámicas de violencia en la familia, drogas, alcoholismo u otros factores educacionales” (Ortuño, 2013).

LAS FUNCIONES DE LA COORDINACIÓN PARENTAL Y EL TRABAJO SOCIAL

El trabajo social viene desarrollando las funciones que el Magistrado Ortuño describía cuando habla de la *coordinación parental*, con una formación universitaria que aborda tanto los conocimientos técnicos como las competencias necesarias. Además, es el profesional que viene desarrollando estas actuaciones en distintos ámbitos. Sirvan dos claros ejemplos:

3 Ortuño, P. (2013). La supervisión de las relaciones parentales tras la sentencia judicial (Comentario a los arts. 233-13 y 236-3 CCat.). Editorial jurídica Sepin.
<https://www.sepin.es/familia/VerDoc.asp?referencia=SP%2FSENT%2F806070&od=01-0GA17T1jT0HF1LGOG-0H518%260mm09P1ID01b07a18z1jT07a1Jn0ml0JP18-2AA0HF0yc1ze0HQ00n0%26A>

EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO JUDICIAL

Las y los profesionales del trabajo social prestan sus servicios en la Administración de Justicia desde hace más de treinta años. Profesionales que iniciaron su andadura en la Administración de Justicia a través de los Juzgados de Primera Instancia (Familia) en el año 1983 a raíz de la Ley 30/81, de 7 de julio (Ley del Divorcio). Esta Ley determinaba el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio, e introducía en su articulado la posibilidad de que juez y jueza competentes en esta materia pudieran recabar el dictamen de especialistas. A partir de ese momento comienzan a crearse los “Equipos Técnicos” formados por un/a trabajador/a social y un/a psicólogo/a que intervienen de manera conjunta o individual en los procedimientos propios del Derecho de Familia, a fin de realizar una evaluación psicosocial de la familia y asesoramiento al/a la magistrado/a en aquellas cuestiones que solicite. En la mayoría de los casos estas peticiones son en relación con la guarda y custodia y regímenes de visitas de hijos/as con sus progenitores.

En los procesos judiciales derivados de ruptura de pareja, entre un 10-15 % son considerados de alta conflictividad, lo que significa que, aun contando con una resolución judicial que dicta unas medidas civiles sobre la custodia y estancias con los/las progenitores, que permite sistematizar una organización respecto a los/as hijos/as, los/las progenitores continúan acudiendo a los juzgados buscando solucionar sus diferencias. Son casos de incumplimiento sistemático de sentencia, con alta conflictividad familiar y donde existe un riesgo para el normal desarrollo de las/los hijas/os. Estas situaciones ocasionan múltiples procedimientos denominados de “ejecución de sentencia”, que requieren a los juzgados más recursos y medios.

En estos procedimientos el/la juez/jueza suele recabar la intervención del/de la profesional del trabajo social del equipo técnico judicial para supervisar el cumplimiento de la sentencia, y por tanto la intervención viene determinada por el/la juez/a. Trata de reconducir las relaciones familiares y bajo el principio de velar por el Interés Superior de los/las Menores y el objetivo de minimizar el conflicto y los factores de riesgo asociados a la alta conflictividad entre los progenitores y procurar mantener relaciones que posibiliten el desarrollo de sus hijos/as fuera del conflicto.

Los/las trabajadores/as sociales en la función de coordinación parental realizan una intervención pericial intrajudicial y para ello dentro de su metodología mantienen entrevistas con ambos progenitores, con sus hijos/as, con familia extensa si fuera conveniente, así como con los/las profesionales del ámbito sanitario, social o escolar que se estime conveniente; a fin de llegar a la raíz del conflicto, cómo lo vive cada una de las partes y ofreciendo un análisis técnico de las alternativas que hay para resolver o paliar dicha contienda.

Adopta un rol activo, con un seguimiento intensivo de la familia a fin de normalizar las relaciones entre los progenitores para que los hijos y las hijas no tengan que sufrir sus diferencias. Es habitual planificar con los/as progenitores/as la reanudación de las relaciones paterno/materno-filiales, planifica los contactos telefónicos, los días y horarios de visitas, intercambio de enseres de los hijos/as, tareas escolares, consultas médicas, etc. Tras la intervención, el/la profesional emite un informe pericial detallado que podrá tener sus efectos en el proceso judicial.

En esta función es el/la trabajador/a social quien se ocupa de la tarea de coordinación y promueve la corresponsabilidad y el ejercicio de la parentalidad positiva.

Si bien hasta ahora las herramientas existentes y los equipos técnicos con los que se cuenta en los juzgados son insuficientes y están muy limitados para realizar esta intervención especializada y en la intensidad que muchas familias precisan. Por la problemática que presentan y el alto grado de conflictividad entre los/as progenitores/as, la mediación familiar no responde a estas demandas entre otros motivos porque la mediación es un proceso que requiere de voluntariedad de las partes y en estos casos se requiere de obligatoriedad y este/a profesional ocupa un papel más intervencionista.

EL TRABAJO SOCIAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Los Servicios Sociales son escenario de trabajo con familias en procesos de divorcio de gran conflictividad. Acuden derivadas desde distintas instancias y en ocasiones lo hacen para pedir ayuda de motu propio. Otras son derivadas por los centros escolares. En algunas ocasiones son los propios juzgados de familia que a través de sus sentencias dictan que sean los propios Servicios Sociales los que realicen el seguimiento y cumplimiento de las sentencias judiciales. No podemos tampoco olvidar las notificaciones que los/las trabajadores/as sociales reciben de la Fiscalía de Menores, ya que muchas veces, es en los/as hijos e hijas quienes muestran los síntomas que delatan en muchos casos las dificultades de una ruptura familiar mal encauzada.

Es la figura del/de la trabajador/a social la que se ocupa de acoger a estas familias en nuestros Centros de Servicios Sociales tanto de Atención Social Primaria como en Servicios Sociales Especializados.

En el caso de acceso a través de la Atención Primaria las familias son acogidas por estos centros de proximidad y se les abre la puerta de un sistema que puede y debe ayudarles de forma integral.

Las primeras funciones que se realizan son las de acoger y escuchar a estos progenitores y progenitoras. Vienen asustados/as en la mayoría de los casos y hartos/as de

relatar su testimonio ante varios profesionales, viciados de discursos judiciales donde la defensa de su relato es lo que prevalece, con poca capacidad para poner el foco de su discurso en las dificultades de sus hijos e hijas. Solo verbalizan su dolor, su rabia y las dificultades hacia el otro progenitor/a. Ahí comienza nuestro trabajo: escuchar, entender y poco a poco acompañarlos para lograr que sus actos y conductas reviertan en positivo en apoyar a sus hijos e hijas, trabajar la parentalidad positiva. En derivarles si están preparados a un proceso de apoyo terapéutico individual donde puedan volcar y trabajar su individualidad y su sufrimiento.

Mientras en el acompañamiento social ofrecido desde nuestra profesión nos dedicamos a trabajar en una parentalidad positiva que revierta en el ámbito familiar.

Dentro de esta tarea se estudian las relaciones existentes o en muchos casos inexistentes para intentar que los/las progenitores entiendan que es necesario restablecer siempre y con el objetivo común de la mejora de la situación de los/las menores de edad, un cambio en las relaciones parentales.

En esta línea uno de los primeros aspectos a trabajar es la mejora o restablecimiento de la comunicación. No se puede obviar que el propio Código Civil el que establece en sus artículos 160 y 161 el Derecho de los Menores a las visitas y a las comunicaciones con ambos padres. Es muy difícil que los/las progenitores en proceso de divorcio con alto nivel de conflictividad recuperen la comunicación. Es un proceso lento, basado en muchas entrevistas individuales donde poco a poco se hace calar el mensaje a estos padres de la necesidad imperiosa de que entiendan que se han separado como pareja, pero no como progenitores: padres y madres. De alguna u otra manera se inician sesiones donde poco a poco se construye de qué manera pueden volver a comunicarse como progenitores sin mensajes dañinos o utilizando a los propios menores como mensajeros de la familia.

Se trabajan también nuevas formas de organización respecto a sus hijos e hijas: se detectan en muchos casos una crítica constante a los espacios de estancias que los menores pasan con el otro progenitor por parte del progenitor que no está presente. Desde la escucha y poniendo el foco en el respeto y en construir una nueva aceptación del nuevo modelo de familia que conforman se va intentando que asimilen y entiendan este cambio.

También se realiza un trabajo intensivo con los/las menores de edad. Es el objetivo fundamental del trabajo social. No se puede obviar que esta tarea viene descrita en la reforma de la Ley Orgánica de 8/2015, de 22 de julio de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. En esa se detalla el Interés Superior del Menor (en adelante ISM).

Los niños y niñas acuden y explican de forma clara las dificultades por las que atraviesan sus padres y madres y ellos/ellas mismos/as. Es asombroso ver como los menores de edad de forma natural entienden y aceptan los procesos de divorcio de mejor manera que sus progenitores. Se les ofrece un espacio seguro donde poder exponer sus deseos, sentimientos y opiniones y también un espacio de participación.

Otro foco importante es la concreción de la atención de las necesidades de los niños/as, si bien siguen siendo las mismas que antes de la ruptura de la pareja es necesario detallarlas y consensuarlas para su debido cumplimiento estén con uno u otro progenitor. Estas necesidades son los hábitos, rutinas, normas y límites, aspectos sanitarios y educativos, etc.

Se trabaja con estas familias también que entiendan la necesidad de que sus hijos e hijas continúen manteniendo el contacto con sus familias de origen, con las de ambos progenitores.

Otro objetivo de trabajo con estas familias es ayudar a establecer junto a la familia y generar pautas para una adecuada separación. Cada familia es única y necesita generar unas pautas familiares y relacionales sanas tras la ruptura.

Se trabaja asimismo tanto de manera específica como transversal el manejo de los conflictos y el afrontamiento de las crisis y conflictos que surgen a lo largo del proceso de acompañamiento social para la creación de un nuevo modelo de familia con padres separados.

Respecto la metodología utilizada por el trabajo social destacar que se despliega en estos casos todas las herramientas a disposición de nuestra profesión. El trabajo se materializa en entrevistas familiares con los dos progenitores por separado en primera instancia. Entrevistas con los menores. Coordinaciones con centros escolares, sanitarios, y con todas aquellas entidades que sean importantes para cada familia, etc. Recordemos que en la coordinación con todos los agentes implicados en la vida de los/as menores radica el éxito de la intervención. Se les ofrecen los mismos mensajes, se traba en la misma línea, se pacta el plan de parentalidad positiva, etc. Es la figura del trabajo social la que aglutina la coordinación y el trabajo en red de todos los agentes implicados. Asimismo, mantiene informado a la autoridad judicial o fiscal los seguimientos, avances y plan de intervención realizado con la familia.

La observación, la comunicación, la reflexión, la mediación, el acuerdo y todas aquellas habilidades profesionales del trabajo social son la base de la intervención social.

En otras ocasiones y a lo largo del proceso de intervención también se detectan situaciones de desamparo que se comunican a las instancias superiores encargadas de su atención y se continúa trabajando quizás desde un contexto coercitivo.

Según establece la Ley la intervención en casos de riesgo corresponde a la administración pública competente en coordinación con los centros de servicios sociales. Conlleva la elaboración de un proyecto de intervención social, educativo y familiar que debe recoger, objetivos, actuaciones recursos y previsión de plazos.

CONCLUSIONES

1. La coordinación parental no es una profesión, ni lo es en los países donde ha surgido ni lo es en los que se está realizando. *Es una actividad multiprofesional*. A modo de ejemplo sirva el caso de la mediación como actividad profesional de distintas profesiones con las competencias básicas y los conocimientos necesarios para realizarla. Donde mediadores y mediadoras son profesionales de prestigio en sus respectivas especialidades, con formación y experiencia en mediación, que ponen a disposición en estas funciones.
2. El trabajo social es una disciplina y profesión que tiene como uno de sus principales cometidos el estudio de la persona en interacción con sus sistemas y redes de apoyo social, tanto informal (su familia, ocio, relaciones sociales y las dificultades que se producen entre estas redes y los individuos) como con la red formal (la capacidad de acceso a la formación, trabajo, etc., y diferentes instituciones de protección social), y dentro de los roles profesionales que ha venido desempeñando siempre ha desarrollado el que asume las funciones de apoyo a familias y especialmente a los menores en los procesos de divorcio difícil y en funciones que son asimilables a la figura de reciente creación denominada coordinador parental.
3. El/la trabajador/a social cuenta con formación reglada de Grado Universitario que aborda todos los conocimientos técnicos, científicos y el desarrollo de competencias necesarias para la coordinación parental. El/la trabajador/a social está capacitado con conocimientos tanto teóricos como prácticos para detectar, diagnosticar e intervenir con familias que presentan problemas relacionales y disfunciones, derivadas de las rupturas de pareja, incluso en los casos de alta conflictividad.
4. El/la trabajador/a social cuenta con conocimientos en intervención social, técnicas de gestión de conflicto, psicología evolutiva, en mediación, en sistema legal familiar y en educación social, siendo el/la profesional con los estudios más completos en relación con las competencias y conocimientos señalados por el juez Ortuño. Además, es un/una profesional que cuenta con experiencia y herramientas en dinámicas familiares post-ruptura de pareja, enfoque sistémico, en dinámicas de violencia en la familia y en el abordaje de situaciones de consumo y/o abuso de drogas, alcoholismo u otros factores educacionales.

5. Que estas funciones las realice un/a trabajador/a social es una garantía profesional porque para su ejercicio está obligado/a a una colegiación en su colegio profesional donde se obliga al cumplimiento de un Código Deontológico y a un control por sus pares.
6. Respecto a si esta figura debe estar enmarcada en juzgados, en servicios sociales generales o especializados, ser ofertada a través de servicios públicos o privados, señalamos que la importancia de esta es que se lleve a cabo por profesionales cualificados y formados, siendo garantía cuando se realiza por trabajadores/as sociales.
7. Una de las propuestas prácticas de implementación de este rol es a través de equipos multidisciplinares para el abordaje integral de la situación familiar y protección del menor, donde el papel del/de la trabajador/a social es asumir la función de profesional de referencia en la intervención.
8. Señalamos la importancia de que, si bien están proliferando distintas formaciones de Coordinación de Parentalidad o de Coordinador Parental a través de instituciones públicas y privadas, en la actualidad no existe ninguna titulación o reconocimiento oficial, ni requisitos de acceso o de formación previa. Por lo cual la única garantía actual es la de contar con un/a trabajador/a social colegiado/a con formación específica en coordinación parental.
9. Por tanto, las nuevas realidades sociales y la necesidad de respuestas especializadas han hecho surgir en España la actividad profesional de la coordinación parental con cuyos objetivos ha estado vinculada la profesión del trabajo social desde el origen, y cuyos conocimientos y competencias son idóneas para el ejercicio de la coordinación parental o actividad de coordinador/a de parentalidad

Este documento de posicionamiento es adoptado por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid como propio. Julio, 2018.

Nota: Desde este Colegio Profesional se desarrollará una formación específica para trabajadores/as sociales que ayuden a reforzar las competencias que se emplean en el rol de coordinación parental, y la preparación y el entrenamiento práctico necesario.

Trabajo Social Hoy es una marca registrada en el Registro de Marcas Comunitarias con número 3028044/3

<p>Temática y alcance de la revista</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista profesional, que tiene como principal finalidad la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionados con el Trabajo Social. La divulgación de sus contenidos está enfocada hacia una red de conexión internacional que permita suscitar debates plurales y el intercambio de experiencias e información relacionada con la profesión. La responsabilidad de esta revista recae en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, que durante veinte años ha elaborado la publicación, disponible a partir de 2004 en formato digital.</p>
<p>Tipos de trabajos</p>	<p>El contenido de la revista estará dividido en las siguientes secciones:</p> <p><i>Artículos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dossier. Cuando se especifique una temática concreta. ◦ Temas de Interés Profesional. Se publicarán artículos de investigación o revisiones bibliográficas. ◦ Intervención y práctica profesional. Artículos en los que se describan programas de intervención, casos y experiencias prácticas. <p><i>Reseñas</i></p> <p><i>Información profesional</i></p>
<p>Proceso de selección de artículos y contenidos</p> <p>(La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los trabajos realizados en el correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com, acompañados de una carta de presentación en la que se solicita la evaluación del artículo para su publicación en la sección de la revista que proceda, con indicación expresa de que se trata de un trabajo que no ha sido ni difundido ni publicado anteriormente, y que es enviado únicamente a la revista Trabajo Social Hoy con esta finalidad. La carta debe ir firmada por los/as autores/as del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la Secretaría de la Sección de Publicaciones del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid notificará mediante email la recepción del mismo, indicando en su caso si procede la realización de cambios en el formato de presentación si no se cumplirán los requisitos mínimos indicados en las instrucciones a los autores. 3. Después de la recepción, la Secretaría de Publicaciones procederá a su anonimización para garantizar que los datos de los/as autores/as no están disponibles durante la evaluación del artículo.

Proceso de selección de artículos y contenidos

4. El texto será clasificado según las secciones indicadas en el apartado tipos de trabajos.
5. Tendrá lugar la primera evaluación que será realizada por un miembro del Consejo de Redacción, el cual comprobará la adecuación del contenido del artículo con el alcance de la temática de la revista y su calidad en general.
6. La persona del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores externos, para realizar la evaluación también de forma anónima. El/la evaluador/a emitirá las consideraciones oportunas sobre la calidad del artículo, que se tendrá en cuenta por el Consejo de Redacción. Se dispondrá de un mes para que los/as evaluadores/as realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.
7. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los/as evaluadores/as para adoptar la decisión final. Los/as autores/as de los artículos serán informados por correo electrónico de la aceptación o no del trabajo, con su respectiva fundamentación.
8. Se podrán adoptar cuatro decisiones:
 - a. Puede publicarse sin modificaciones.
 - b. Puede publicarse con correcciones menores.
 - c. Proponer una revisión del mismo para su publicación.
 - d. Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración del mismo siguiendo las indicaciones recibidas.
 - e. Rechazar la publicación.
9. Se informará a los/as autores/as de las fechas de publicación de su artículo, en el caso de que fuera aceptado.
10. Los criterios que fundamentan la decisión del Consejo de Redacción son los siguientes: originalidad, importancia de la temática, presentación y redacción.
11. Al finalizar el año la sección de publicaciones publicará las estadísticas de los artículos: número de artículos recibidos, aprobados, rechazados y tiempo promedio desde la recepción hasta su aprobación y correspondiente publicación.

Instrucciones a los/as autores/as

(Antes de enviar el artículo el autor deberá verificar que el contenido del mismo se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación)

1. Los/as autores/as que tengan aceptado un trabajo en la revista podrán enviar su traducción a cualquier idioma diferente al español, la cual se publicará en formato PDF en la revista digital.
2. Las páginas de la Revista de Trabajo Social Hoy están abiertas a cualquier tipo de colaboración: Artículos de investigación o de revisión bibliográficas sistemáticas, trabajos de reflexión, experiencias prácticas, colaboraciones especiales y otras secciones como reseñas o cualquier solicitud que pueda considerarse y que reúna los mínimos exigidos para su publicación.
Los trabajos preferiblemente serán enviados en castellano, aunque también se admiten artículos en inglés.
3. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com en formato Word (.doc o .docx), especificando en el asunto "envío publicación TSH y añadir el contenido de la revista donde se desea publicar". Se deberá acompañar junto con la carta de presentación cuyo modelo está disponible en la página web www.trabajosocialhoy.com.
4. El envío de los trabajos presupone, el conocimiento y aceptación de estas instrucciones así como de las normas editoriales.
5. La extensión del texto no deberá superar las 30 páginas a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. Cada artículo deberá incluir palabras clave (cinco) que identifiquen el contenido del texto, para realizar el índice general y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas.
6. El documento será enviado siguiendo el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. Preferiblemente en castellano y en inglés (la revista ofrece una traducción al inglés de todos los resúmenes). Nombre y apellidos de los autores. Nombre completo de la institución donde trabajan todos ellos, y selección de la persona responsable quien incorporará los datos de correspondencia (dirección postal, teléfono, fax, email). En la segunda página dará comienzo el texto.
7. El artículo irá acompañado, en otro documento aparte, de una carta de presentación, se adjunta modelo al final de la revista. www.trabajosocialhoy.com
8. Los manuscritos deberán ser inéditos. El firmante del artículo responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo ya publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en Trabajo Social Hoy.

**Instrucciones
a los/as autores/as**

9. Todas las referencias de la bibliografía deberán aparecer citadas en el texto. Se evitará la utilización de notas a pie de página, así las referencias deberán aparecer en el cuerpo del texto. Se harán indicándose entre paréntesis el apellido del/de la autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012, p. 23). Si dos o más documentos tienen el/la mismo autor/a y año, se distinguirán entre sí con letras minúsculas a continuación del año y dentro del paréntesis (García, 2008a). Los documentos con dos autores/as se citan por sus primeros apellidos unidos por “y”, (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores/as se abreviará la cita indicando solamente el apellido del primer autor seguido de “et al.”, (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un/a autor/a ya citado en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

10. Cuando se citen en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.

11. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido de los/as autores/as. Si un autor tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. A continuación se exponen ejemplos de citas bibliográficas correctamente referenciadas:

- ° Para artículos de revista, p.ej.:
Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso, Texas. *Portularia*, *XII*, 13-21. doi: 10.5218/PETS.2012.0002
Si el artículo además tiene número d.o.i. se añade al final.
- ° Para libro completo, p.ej.:
Fernández, T., (2012). *Trabajo Social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.
- ° Para capítulos de libro, p.ej.:
Carvalho, M.I., y Pinto, C. (2014). Historia del Trabajo social en Portugal. En T. Fernández y R. De Lorenzo (Ed.), *Trabajo Social una historia global* (pp. 307-333). Madrid: McGraw-Hill Education.
- ° Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor/a, a efectos del orden alfabético se considera por “crisis”, p.ej.:
La crisis económica. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.
- ° Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo tiene autor/a, p.ej.:
Millás, J.J. (2012, Agosto 26). Dan ganas de morirse. *El País semanal*, p.11.
- ° Para informes o estudios seriadados, p. ej.:
IMSERSO. (2009). *Informe 2008: Las personas mayores en España*. Madrid: Observatorio de personas mayores. IMSERSO.
- ° Para medios electrónicos en Internet, p.ej.:
INE (2011). *Encuesta Condiciones de Vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

<p>Instrucciones a los/as autores/as</p>	<p>12. Los cuadros, tablas, figuras y mapas deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo (Formatos: excel o jpg).</p> <p>13. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al/a la autor/a modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere oportuno.</p> <p>14. El Consejo de Redacción de la Revista Trabajo Social Hoy y el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los/as autores/as cuyos trabajos sean publicados.</p>
<p>Código ético</p>	<p>www.trabajosocialhoy.com</p>
<p>Indicadores de calidad</p>	<p>BASES DE DATOS La Revista Trabajo Social Hoy aparece indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España - Compludoc - Dialnet - Latindex (Catálogo y Directorio) - Psicodoc. <p>PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice.cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/</p> <p>REPOSITORIOS Google Scholar. http://www.scholar.google.es/</p> <p>OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org</p>
<p>Frecuencia de publicación</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista científica de publicación cuatrimestral. Los números son editados en los meses de enero, mayo y diciembre de cada año, mediante la elaboración previa de una estructuración de contenidos, que permite dividir los artículos en tres apartados: un Dossier para áreas temáticas concretas, una sección de Interés Profesional y otra de Intervención Profesional.</p>

<p>Política de acceso abierto</p>	<p>Esta revista provee acceso libre a su contenido bajo el principio de hacer disponible gratuitamente la investigación al público y fomentar un mayor intercambio de conocimiento global.</p> <p>Trabajo Social Hoy quiere contribuir a las iniciativas de acceso abierto a la información científica, que actualmente están siendo consideradas internacionalmente, respetando a su vez las leyes de copyright existentes. Desde la publicación de la Revista en formato digital se asumió el compromiso por la difusión universal de los contenidos publicados.</p> <p>Publicar en la Revista Trabajo Social Hoy no tiene ningún coste.</p>
<p>Archivado</p>	<p>La revista Trabajo Social Hoy está registrada en Cross Ref, lo que permite etiquetar los metadatos de los artículos, facilitando la recuperación de los contenidos y el acceso a las citas.</p>
<p>Nota de copyright</p>	<p>Los artículos a texto completo incluidos en la revista son de acceso libre y propiedad de sus autores/as y/o editores/as. Por tanto, cualquier acto de reproducción, distribución, comunicación pública y/o transformación total o parcial requiere el consentimiento expreso y escrito de aquéllos.</p>

Suscripciones y solicitudes

La Revista Trabajo Social Hoy es una publicación cuatrimestral, que se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Para obtener una información actualizada de cómo obtener la revista a través de suscripciones, privadas o institucionales, o cualquier aclaración relacionada con las mismas, por favor, consulte la página www.trabajosocialhoy.com.

Trabajo Social Hoy is a trademark registered in the Spanish Office of Patents and Trademarks, entry number 3028044/3.

<p>Subject matter and scope of the journal</p>	<p>Trabajo Social Hoy is a professional journal the purpose of which is to publish scientific studies and professional experiences related to Social Work. The journal's contents are targeted to the international community of people specialised in this field, in order to promote debate and the exchange of experiences and information related to the profession. The journal is the responsibility of the Professional Association of Social Worker of Madrid, which for twenty years has been publishing it regularly. Since 2004 it has been available in digital format.</p>
<p>Type of works accepted</p>	<p>The contents of the journal are divided into the following sections:</p> <p><i>Articles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dossier. A special section included in some issues, consisting of several articles on a particular subject. ◦ Items of professional interest. Articles about research projects or reviews of books. ◦ Intervention and professional practice. Articles that describe intervention programmes, real cases and practical experiences. <p><i>Brief contributions</i></p> <p><i>Professional information</i></p>
<p>Selection process</p> <p>(The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texts are received at the following e-mail address: tsh@trabajosocialhoy.com. They are to be accompanied by a letter of presentation in which the sender requests review of the article for publication in the appropriate section of the journal. It should be expressly mentioned that the work has not been published or disseminated elsewhere and that for purposes of publication it is being sent only to the journal Trabajo Social Hoy. The letter must be signed by the authors of the manuscript. 2. Upon receiving the original manuscript in electronic format, the secretary's office of the Professional Association of Social Workers of Madrid's publications department will confirm that the manuscript has been received, indicating, if necessary, any changes that must be made in the presentation format, in the event that the manuscript does not fulfil the requirements specified in the Instructions to Authors section. 3. After receiving the article, the secretary's office of the publications department will anonymize the texts, making sure that the authors' name and details are not visible during the manuscript's evaluation.

Selection process

4. The manuscript will be classified according to the sections indicated in the Type of Works Accepted section.

5. The first evaluation will be performed by a member of the Editorial Board. He or she will confirm the suitability of the manuscript's contents as regards the journal's subject matter and the submission's quality in general.

6. The member of the Editorial Board will propose two professional externals referees, to do the next stage of review, which is also anonymous. This referee will read the manuscript and write up his or her comments and opinion regarding its quality, and forward them to the Editorial Board. Referees will have a period of one month to review and send, by e-mail, their considerations, which must be well-reasoned and constructive.

7. The Editorial Board will take into account the referee's opinion and recommendation as its make the final decision. The authors of the submission will be informed by e-mail of the acceptance or rejection of the article, and of the reasons justifying the decision.

8. There are four possible decisions:

- a. Publication with no modifications.
- b. Publication with minor modifications.
- c. Proposal that the article be thoroughly revised by the authors prior to publication.
- d. Rejection of the manuscript, proposing that it be reformulated according to the indications made by the reviewers.
- e. Rejection of the manuscript.

9. Authors will be informed of the date of publication of their article, in the event that it is accepted.

10. The criteria used by the Editorial Board in making its decision are the following: originality, importance of the subject matter, presentation, quality of the writing.

11. At the end of each year the publications department will publish the statistics pertaining to the articles: number of articles received, the number accepted, the number rejected and the average time elapsing between acceptance and publication of each article.

Instructions to Authors

(Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation)

1. The authors of articles that have been accepted for publication can also send a version in a language other than Spanish, and such translation will be published in the digital journal in PDF format.
2. The pages of the journal Trabajo Social Hoy are open to all types of contributions: articles on research conducted, systematic reviews of bibliography, reflective pieces, practical experiences, special collaboration projects and other sections, such as brief contributions or any text that may be of interest and meets the minimum requirements needed for publication. Preferably the articles will be send in Spanish, but also allowed English articles. Preferably the article will be sent in Spanish, but also it will be allowed in English.
3. The works must be sent to the e-mail address tsh@trabajosocialhoy.com in Word (.doc or .docx), specifying in the subject line "submission publication TSH" plus the contents of the issue number in which you wish to publish it. The submission must be accompanied by the letter of presentation, a form for which is available on the Association's web page, at www.trabajosocialhoy.com.
4. By submitting the article, it is assumed that you understand and accept these instructions as well as the publication guidelines.
5. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Each article must include a 5-10 line abstract and five key words that identify the contents of the text (to facilitate preparation of the journal's table of contents).
6. The manuscript must include the information and pages in the order indicated below, all in one file. On the first page will appear the title of the article, in Spanish, followed by: the abstract, also in Spanish; key words, preferably in Spanish and English (the journal provides an English translation of all abstracts); names and surnames of all the authors; full name of the institution in which the authors work; e-mail addresses of all the authors, with one of them also including correspondence details (postal address, telephone, fax). On the second page the text of the manuscript will begin.
7. The article will be accompanied, in a separate document, of a letter of presentation (please use the form provided on the web page, www.trabajosocialhoy.com, and on this journal).
8. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document - issued by the appropriate body - authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

Instructions to Authors

9. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document -issued by the appropriate body- authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

10. All the bibliographical references must be cited in the text. The use of footnotes is to be avoided, so references must appear within the text. Such citations must be inserted inside parentheses, indicating the surname of the author in upper case, followed by the year and page number of the publication, for example (Fernández, 2012, p. 23). If two or more references have the same author and year of publication, they will be distinguished from each other by lower case letters next to the year, inside the parentheses (García, 2008a). The documents with two authors will be cited using the two surnames linked by "and" (Sánchez and Torre, 2010). For references with more than two authors, the citation will be abbreviated, indicating only the surname of the first author, followed by "et al."(Payne et al., 2003). When the citation is of an author cited by another author, the following structure is to be used (Serrano, 2005 cited in Pérez, 2010).

11. When the article uses an acronym to refer to a body or group, the group's full name must appear the first time it is mentioned in the text.

12. The bibliographical references must follow the APA guide, in alphabetical order by author surname. If an author has more than one work, they will be listed in chronological order. Below are some examples of bibliographical references correctly cited:

- ° For journal articles:
Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Domestic Violence Against Migrant Women at the Border: The Case Study of El Paso, Texas. *Portularia, XII*, 13-21. doi: 10.5218/PETS.2012.0002
If the article also has a DOI (Digital Object Identifier), it is added at the end.
- ° For a complete book:
Fernández, T., (2012). *Social Casework*. Madrid: Alianza.
- ° For book chapters:
Carvalho, M.I., y Pinto, C. (2014). History of social work in Portugal. In T. Fernández y R. De Lorenzo (Ed.), *Social work. A global history* (pp. 307-333). Madrid: McGraw-Hill Education.
- ° For an article in a newspaper or mass media publication: if the article has no author, for purposes of alphabetical order, the first important word is considered ("economic" in the example):
The economic crisis. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.
For an article in a newspaper or mass media publication: if the article does have an author:
Millás, J.J. (2012, Agosto 26). It makes you want to die. *El País weekly*, p.11.
- ° For serial reports or studies:
IMSERO. (2009). Report 2008: Older persons in Spain. Madrid: Observatory of elderly. IMSERO.
- ° For electronic media in Internet:
INE (2011). *Living Conditions survey*. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instructions to Authors	13. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.
	14. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.
	15. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.
Ethical code	www.trabajosocialhoy.com
Quality indicators	NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES – ISOC, CINDOC – Compludoc – Dialnet – Latindex – Psycodoc
	JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS CARHUS Plus+. Revistas Cientificas de Ciencias Sociales y Humanidades. DICE: http://dice.cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/
	REPOSITORIES Google Scholar http://www.scholar.google.es/
	ANOTHER DATA CrossRef Member. www.crossref.org
Frequency of publication	Trabajo Social Hoy is a scientific journal published every four months. The issues are published in January, May and December of each year. The journal uses a pre-established structure for its contents, by which the articles are categorized into three sections: a dossier devoted to a specific subject area, a section for articles of professional interest and another focused on professional intervention.

<p>Open access policy</p>	<p>This journal provides open access to its contents, in accordance with the principle of making research available to the public free of charge and promoting greater exchange of global knowledge.</p> <p>Trabajo Social Hoy wishes to contribute to the initiatives fomenting open access to scientific information that are currently under consideration around the world, while at the same time respecting current copyright laws. When the journal began publishing in digital format, it took on the commitment of allowing universal dissemination of the contents published.</p> <p>To publish in Trabajo Social Hoy is free of charge.</p>
<p>Archiving</p>	<p>The journal Trabajo Social Hoy is registered with CrossRef, which enables the metadata in the articles to be tagged and thus facilitates retrieval of the contents and access to references.</p>
<p>Copyright note</p>	<p>The full-text articles in the journal can be accessed freely and are the property of their authors and/or publishers. Therefore, any act of reproduction, distribution, public communication and/or total or partial transformation requires express written permission from them.</p>

Subscriptions, advertising and requests

The journal Trabajo Social Hoy is a quarterly publication distributed free of charge to members of the Professional Association of Social Workers of Madrid. To receive updated information on how to obtain a journal by subscription, either private or institutional, or to clarify any other issue related to subscriptions, please consult the web page of the Professional Association of Social Workers of Madrid www.trabajosocialhoy.com.

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN

Este modelo de carta deberá ser adjuntado junto con el artículo enviado a la revista

Estimada Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los autores consideramos que la publicación Trabajo Social Hoy es adecuada para la divulgación de nuestro trabajo, por lo que solicitamos se estudie su publicación en la sección:

- Dossier
- Temas de interés profesional
- Intervención profesional
- Reseñas

El título del artículo es _____,
y los autores del mismo son _____.

La persona encargada de mantener la correspondencia con la revista es _____.

con institución de referencia _____.

Dirección postal _____.

Tlfo. _____ Email _____.

Página web _____.

Los autores del artículo certifican que este no ha sido previamente publicado en otro medio de comunicación, y que además no ha sido enviado a otra revista para su consideración.

Los autores se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores del artículo

MODEL COVER LETTER

This model cover letter should be sent with the article to the Journal

Dear Director of Trabajo Social Hoy:

Having read the author's instructions and analyzed the coverage of Trabajo Social Hoy, we believe that the Journal is appropriate for disseminating our work. We request that you take into consideration in the section:

- Dossier
- Matters of professional concern
- Professional intervention
- Reviews

The title of the article is _____,
and the authors are _____

The responsible person for correspondence is _____

Reference institution _____

Postal address _____

Tlfo. _____ Email _____

Web _____

The authors certify that the article has not been published, in whole or in part, in any other medium.

The authors are responsible published content and accept the changes that are appropriate for the publication.

Fdo.

Authors

MODELO DE HOJA DE EVALUACIÓN PARA LOS ARTÍCULOS RECIBIDOS

EVALUACIÓN	Título del artículo:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Fecha de recepción del informe de evaluación en la Secretaría de la revista:

1. EL TÍTULO DEL ARTÍCULO

SE ADAPTA A LA TEMÁTICA DEL TEXTO.
ANALIZAR LA POSIBILIDAD DE CAMBIARLO.

2. EL RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Todos los artículos deberán tener un resumen y unas palabras clave. Las palabras claves no serán más de cinco y el resumen no deberá exceder de diez líneas. No es estrictamente necesario que el resumen esté en inglés.

El resumen debe ser una síntesis del artículo y deberá estar bien estructurado y realizado.

3. EL CONTENIDO DEL MANUSCRITO

Deberá ser un contenido original, novedoso e interesante para la temática de la publicación. Ver si la temática es adecuada con el alcance de la revista. La extensión de los trabajos no deberá superar las 30 páginas para el texto a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. La bibliografía, gráficos, tablas y anexos irán aparte (en otro documento adjunto o al final del artículo). Sugerir sección en la que poder incorporarlo. Añadir correcciones ortográficas y señalar los párrafos o frases que no se entienden o que no quedan lo suficientemente claros.

4. EXPOSICIÓN DE IDEAS

En el texto las ideas deberán estar bien planteadas siguiendo una estructura lógica. La redacción debe ser adecuada y fluida. Los epígrafes deben estar ordenados. El trabajo deberá estar metodológicamente bien planteado. Se deben exponer los resultados correctamente. Las conclusiones se deben ajustar al contenido del texto. La extensión de cada parte debe estar equilibrada.

5. LAS CITAS	
Comprobar que todas las citas que aparecen en el texto se adaptan a las normas APA, ver las normas de publicación de la revista, y que todas ellas aparecen en la bibliografía.	
6. LAS TABLAS Y LOS GRÁFICOS	
Deberán ser necesarios y aportan información relevante en el artículo. Tiene que tener título y fuente documental. Si es Tabla el título irá arriba, si es figura irá abajo. Deberán estar enumeradas. No deben tener erratas y los datos facilitados se deben visualizar con claridad.	
7. LA BIBLIOGRAFÍA	
En principio el autor deberá quitar los autores que no estén citados en el texto. Hacer sugerencias si procede con respecto a la amplitud o actualización de la misma. Comprobar que se cumplen las normas indicadas en las instrucciones facilitadas a los autores. Comprobar que los autores aparecen en orden alfabético.	
8. OTROS COMENTARIOS QUE SE QUIERAN AÑADIR A LA EVALUACIÓN	
Principalmente aspectos específicos del área o ámbito de intervención.	
9. DECISIÓN DEL EVALUADOR	
Puede publicarse sin modificaciones	
Puede publicarse con cambios menores	
Puede publicarse con cambios mayores	
Es necesaria una reelaboración del contenido para proceder de nuevo a otra evaluación	
Debe rechazarse	

REVIEW SHEET FOR EVALUATING ARTICLES

REVIEW	Title of article:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Date on which article is sent to reviewer::

1. TITLE OF ARTICLE

Confirm that the title fits subject matter. Analyse possibility of changing it.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

All articles must have an abstract and key words. The abstract must be no longer than ten lines and there should be a maximum of five key words. The abstract does not necessarily have to be in English. The abstract should be a well-structured and well-written summary of the article.

3. CONTENT OF THE MANUSCRIPT

The content must be original, new and of interest to the publication. Check that the subject matter falls within the journal's scope. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Suggest the journal section in which the article might be included. Correct spelling mistakes and point out paragraphs or sentences that are difficult to understand or are not sufficiently clear.

4. EXPOSITION OF IDEAS

The text should discuss the ideas in a clear manner, following a logical structure. The writing style should be appropriate and fluid. The sections should appear in a suitable order. The study should be well planned on the methodological level. Findings should be presented correctly. The conclusions should be faithful to the contents of the text. The various sections should be similar in length.

5. CITATIONS

Confirm that all the references appearing in the text follow APA format (see journal's publication rules) and that all of them appear in the bibliography.

6. TABLES AND FIGURES

They should be used only when necessary and when they provide information that is relevant to the article. They have to have a name and they must specify their source document. In the case of tables the title should appear above it, while in the case of figures it should appear below it. They must be numbered. They should contain no typos and the data provided should be easy to visualize.

7. BIBLIOGRAPHY

In principle the author must remove from the bibliography any authors that are not cited in the text. Make any suggestions that may be needed with regard to the breadth or the up-to-dateness of the bibliography. Confirm that the guidelines appearing in the instructions for authors have been met. Confirm that the authors appear in alphabetical order.

8. ANY FURTHER COMMENTS TO BE ADDED TO THE EVALUATION

These would be primarily aspects specific to the field or area of intervention.

9. REVIEWER'S DECISION

Can be published with no modifications

Can be published with minor modifications

Can be published with major modifications

Content needs to be reformulated and re-submitted for review

Article should be rejected

Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY

(precios vigentes 2018)



NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

E-MAIL

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales

Trabajadores/as Sociales de otros
Colegios Profesionales y/o estudiantes
acreditando dicha condición
30

Organismos/
Entidades
44

Resto
40

Extranjero
52

FORMA DE PAGO

- Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.

Código IBAN **ES40-0075-0001-88-0606440012**

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como copia de la transferencia bancaria (en caso de haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID
C/Evaristo San Miguel, 4 Local. Madrid 28008. España

O por Fax: 91 522 23 80, o descargando documento en www.comtrabajosocial.com

Firma del suscriptor

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Suscriptores", cuya finalidad es gestionar las suscripciones a la revista del Colegio, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Gran Vía, 16, 6º Izq. Madrid 28013, correo electrónico: secretaria@comtrabajosocial.com, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal.

Sumario | Contents

Presentación | Presentation [5]

Artículos | Articles [7-110]

Dossier Trabajo social sanitario

Sistema de protección social en la maternidad y la paternidad: la intervención social del/de la trabajador/a social sanitario/a
Social protection system in motherhood and fatherhood: the social intervention of the health social worker
Ana María Rodríguez González..... 7-26

Situaciones de pobreza y exclusión social en pacientes de servicios hospitalarios
Situations of poverty and social exclusion in patients of hospital services
Paula Frieiro Padín y Rubén González-Rodríguez..... 27-48

Profesionalización de los cuidados de larga duración a través del servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Elda.
Un estudio de caso
Long-term care specialization through home help service in the municipality of Elda. A case study
José Ángel Martínez López y Consuelo Lacárcel López..... 49-64

El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas: análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo
The informal caregiver of institutionalized elder people: analysis of the relationship and consequences of the support provided
Laura Mercedes Hernández y Jesús Rivera Navarro..... 65-86

Estudio sobre la población inmigrante en el centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) Martínez Campos
Study on immigrant population at the Martínez Campos PSRC (psycho-social rehabilitation centre)
Soledad Pollos Amores y M^a Teresa Vargas Martín 87-100

Menores expuestos a situaciones de violencia de género: la prevención como factor clave
Children exposed to gender-based violence: Prevention as a key factor
Patricia Fernández-Montaño y Alberto Pérez Arenas 101-110

Reseñas | Reviews [111-114]

Título del libro: Nociones básicas de Trabajo Social. 2^a Edición ampliada y revisada
Book Title: Basic Notions on Social Work. 2nd Edition extended and revised
Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero 111-112
Reseña realizada por Concepción Castro Clemente

Título del libro: Trabajo Social individualizado: Metodología de intervención. 2^a Edición ampliada y revisada
Book Title: Individual Social Work: Intervention Methodology. 2nd Edition extended and revised
Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero 113-114
Reseña realizada por Concepción Castro Clemente

Información profesional | Professional information [115-124]

La coordinación parental, rol del trabajador/a social
Parental Coordination..... 115-124