

Mayo 2020. 2º cuatrimestre
ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJO
SOCIAL
DE
MADRID

90

BREOGÁN RIOBÓO-LOIS | EVA GARCÍA | CARMEN CARAVACA
JAVIER GUILLÉM | YURAIMI REMÓN | LAURA LACOMBA-TREJO
LAINA UBIERNA | ELSA GUMMÀ | MÓNICA DONIO

Director/Executive Editor

Rubén Yusta Tirado
Sanitas Mayores
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

Loreto Aranda Sánchez. Hasrtford, S.L.
Miguel Ángel Manchado Flores. Centro Rehabilitación Psicosocial de Villaverde
Laura Membiela Ontoria. Mensajeros de la Paz
Dolores Perea Castro. Servicios Sociales Ayuntamiento de Alcalá de Henares.
María José Planas García de Dios. Comunidad de Madrid
José María Regalado López. Inmersión TIC Academy
Inmaculada Urruela Arnal. ARRM
M^{ra} Concepción Vicente Mochales. Universidad Complutense 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

Decano: Daniel Gil Martorell. Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo
Vicedecano I: Belén Novillo García. Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Tres Cantos
Vicedecana II: Ana García Montero. Juzgados de Familia de Madrid
Secretaria: María Menéndez Palomo. Centro de Servicios Sociales Puente de Vallecas del Ayuntamiento de Madrid
Tesorero: Eduardo Gutiérrez Sanz. Asociación Provienda

Vocales:

Marta Cubero García. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia de Comunidad de Madrid
Agustina Crespo Valencia. Centro de Salud Mental de Puente Vallecas
Rubén Yusta Tirado. Sanitas Mayores
Loreto Aranda Sánchez. Hartford S.L.
Gabriela Jorquera Rojas. Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil
Verónica Gallego Obieta. Centro Servicios Sociales del Ayuntamiento de Paracuellos

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: Afanias Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

Editada en Mayo de 2020
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation [5-8]

Artículos | Articles [9-48]

Dossier: COVID-19

Globalización, Cooperación Internacional y sistema de cuidados: Un análisis a propósito del Covid-19

Globalization, international cooperation, and the care system: an analysis on the Covid-19

Breogán Riobóo-Lois 9-28

Centros de Internamiento de extranjeros tras el Covid-19

Centers for Demonstration of Foreigners after Covid-19

Eva García Prieto 29-48

Interés profesional | Professional interest..... [49-86]

Las mascotas en el Informe Social

Pets in the social report

Carmen Caravaca Llamas 49-66

Maltrato a personas mayores, un problema social silenciado: Revisión sistemática de la literatura

Elder abuse, a silenced social problem: a systematic review of the literature

Javier Guillém, Yuraimi Remón, y Laura Lacomba-Trejo 67-86

Intervención profesional | Professional intervention [87-130]

Esquemas cotidianos para el Trabajo Social de Casos

Daily Schemes for Social Casework

Laina Ubierna Martín 87-106

Análisis inicial de un centro asistencial psicogeriatrico según la perspectiva del Modelo de Atención Centrada en la Persona

Initial analysis of a psychogeriatric care center, according to the perspective of the Person-Centered Care model

Elsa Gummà y Mónica Donio 107-130

Reseñas | Reviews[131-134]

Título del libro: ¿Para qué servimos las trabajadoras sociales?

Book title: What are we social workers for?

Autor/a: Esteban Sánchez y Lorena Gallardo.

Reseña realizada por Mar Ureña 131

Información profesional | Professional information[135-140]

Acciones del Colegio durante la crisis del Covid-19

Actions of the School during the COVID-19 crisis..... 135-136

Premios 3ª Gala del Trabajo Social

3RD Social Work Gala awards 137-138

Proclamación de la nueva Junta de Gobierno del Colegio

Proclamation of the new board of Government of the School..... 139

PRESENTACIÓN

No hace tanto tiempo que se publicó el último número de la revista, pero en esencia, parece que ha pasado todo un mundo. En parte esto es debido a todo lo que ha ido sucediendo en los últimos meses: elecciones a la Junta de Gobierno del Colegio, despedida de los/as compañeros/as que nos han acompañado durante estos últimos cuatro años, toma de posesión de la nueva Junta y, como no podía ser de otra forma, la situación del Covid-19, que por desgracia seguimos viviendo. Situaciones que han cambiado el Colegio, la disciplina y, en el caso del Covid-19, nuestra forma de vida.

El Covid-19 ha pegado fuerte, pero también ha conseguido sacar lo mejor de una profesión y de una disciplina que siempre ha estado y estará a la vanguardia de la cohesión y el desarrollo social, cuestiones que son básicas para afrontar una pandemia de estas dimensiones. El Trabajo Social ha sido reconocido como profesión esencial durante el desarrollo de la crisis y los/as profesionales hemos demostrado una vez más que podemos estar en esta primera línea, situando la intervención social como uno de los pilares básicos de nuestra sociedad, que permitirá avanzar en la gestión y, esperamos, que pronta recuperación de la situación de crisis que vivimos.

Y en medio de esta complicada situación la Revista Trabajo Social Hoy cambia de dirección, tal y como se comunicó en el último número publicado. Personalmente asumo esta nueva etapa como un bonito reto y con la intención de situar la revista en ese pequeño espacio, y a la vez complicado de ocupar, que supone la unión entre lo académico y la intervención profesional. Entre los objetivos que la Junta persigue en esta nueva etapa me gustaría destacar especialmente el acercamiento de la revista a la intervención profesional, la publicación de contenidos que despierten el interés y la participación de los/as colegiados/as y el mantenimiento del posicionamiento, de la repercusión y del impacto conseguido por la anterior dirección, a la que aprovecho para dar mi agradecimiento y mi reconocimiento por su gestión y por haber convertido a Trabajo Social Hoy en una publicación de referencia tanto dentro como fuera de nuestro ámbito.

Me hace especial ilusión poder aportar mi granito de arena en este gran proyecto, debido a que Trabajo Social Hoy fue el primer medio que me dio la oportunidad de publicar y de iniciarme en el ámbito de la investigación; ámbito que a día de hoy supone una parte muy importante de mi vida. Para mí supuso una gran oportunidad, que me ayudó a crecer como profesional y a plantearme cómo quería desarrollarme dentro del Trabajo Social. Por eso también espero que la revista continúe dando esta oportunidad a más compañeros/as, para que se acerquen al ámbito de la investigación y de la divulgación de la profesión, y para que descubran, al igual que lo hice yo, todas las posibilidades y los aspectos positivos de participar en el crecimiento y el desarrollo del Trabajo Social, que es como concibo actualmente la investigación en nuestro ámbito.

El número que actualmente presentamos cuenta con un Dossier que, como no podía ser de otra forma, trata sobre el Covid-19. A través del artículo *Globalización, Cooperación Internacional y sistema de cuidados: Un análisis a propósito del Covid-19* se lleva a cabo un estudio acerca de la incidencia y la repercusión de la pandemia en la que estamos inmersos/as en relación a la Globalización, la Cooperación Internacional y el sistema de cuidados de nuestra sociedad, en el que hay una mención especial al papel de la mujer y al feminismo. El segundo artículo que completa este Dossier *Centros de Internamiento de extranjeros tras el Covid-19*, también hace referencia a las consecuencias de la crisis actual en un dispositivo complejo y bastante controvertido como son los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE). A través de este artículo nos acercamos a la situación de estos dispositivos y a cómo se ha gestionado en ellos la situación de Covid-19.

En Temas de Interés profesional se recogen el artículo titulado *Las mascotas en el Informe Social*, un tema sobre el que los/as trabajadores/as sociales también debemos reparar y que cada día tiene más repercusión a la hora de desarrollar una de las herramientas propias de la disciplina: el Informe Social. También encontramos *Maltrato a personas mayores, un problema social silenciado*, una revisión sistemática que concluye, como su propio título indica, en lo oculta o silenciada que se encuentra esta problemática. Sin duda un tema complejo y que debe ser tenido en cuenta desde la perspectiva del Trabajo Social.

En el apartado de Intervención y práctica profesional, el artículo *Esquemas cotidianos para el Trabajo Social de Casos* desarrolla un mapa para el ejercicio desde la identidad profesional, en el que se ordenan los procesos claves de la intervención y el diagnóstico social. Cerrando este apartado encontramos *Análisis inicial de un centro asistencial psicogeriátrico, según la perspectiva del modelo de Atención Centrada en la Persona*,

artículo con el cual nos aproximamos a un estudio de un centro asistencial psicogeriátrico, desde la perspectiva de un modelo de intervención que está siendo clave en la conformación del nuevo modelo de cuidados de nuestro país.

Por último, en el apartado de Reseñas, contamos con una reseña muy especial realizada por Mar Ureña del libro de Lorena Gallardo Peralta y Esteban Sánchez Moreno, con el que pretenden dar respuesta a la pregunta que da título a la publicación: ¿Para qué servimos las trabajadoras sociales?

Esperamos que los contenidos sean de vuestro interés y os animamos a participar y aportar vuestros conocimientos a esta revista que, como sabéis, la construimos entre todos/as.

Rubén Yusta Tirado

GLOBALIZACIÓN, COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y SISTEMA DE CUIDADOS: UN ANÁLISIS A PROPÓSITO DEL COVID-19

GLOBALIZATION, INTERNATIONAL COOPERATION, AND THE CARE SYSTEM: AN ANALYSIS ON THE COVID-19

Breogán Riobóo-Lois. *Graduando en Trabajo Social. Universidad de Vigo.*

Resumen: Con el presente artículo queremos presentar un análisis sobre la globalización, el sistema de cooperación internacional y el sistema de cuidados, así como algunas de sus intersecciones a propósito de la aparición del virus Covid-19. Partimos, por lo tanto, de la presentación de los conceptos clínicos básicos para la correcta identificación del Covid-19 ante la ingente cantidad de información y desinformación existente. A partir de aquí, analizamos los vínculos entre la globalización, las relaciones en torno al eje Norte-Sur y la expansión de la pandemia en relación con determinados aspectos socioeconómicos. Seguidamente nos adentramos en las consecuencias para el sistema de cuidados, además de presentar posibles alternativas para tener en cuenta frente a la globalización actual como por ejemplo el feminismo. Finalmente, extraemos una serie de conclusiones con las que nos gustaría contribuir al debate sobre los conceptos abordados.

Palabras clave: Covid-19, Globalización, Feminismo, Sistema de cuidados, Cooperación internacional.

Abstract: With this paper we want to present an analysis on globalization, the international cooperation system, and the care system and some of its intersections regarding the appearance of the Covid-19 virus. We start from the presentation of the basic clinical concepts for the correct identification of the Covid-19 in the face of the enormous amount of information and disinformation that exists. From here, we analyse the links between globalization, relations around the North-South axis and the expansion of the pandemic and certain socioeconomic aspects. Next, we delve into the consequences for the care system and possible alternatives to consider in the face of current globalization, such as feminism. Finally, we draw a series of conclusions with which we would like to contribute to the debate on the concepts addressed.

Keywords: Covid-19, Globalization, Feminism, Care system, International cooperation.

| Recibido: 7/04/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 30/11/2020 |

Referencia normalizada: Riobóo, B. (2020). Globalización, Cooperación Internacional y sistema de cuidados: Un análisis a propósito del COVID-19. *Trabajo Social Hoy*, 90, 9-28 doi: 10.12960/TSH.2020.0007

Correspondencia: Breogán Riobóo-Lois. Universidad de Vigo. Facultad de Ciencias de Educación. Campus das Lagoas, s/n. Correo electrónico: breorioboo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años se han vivido situaciones de cierta complejidad en diferentes ámbitos de nuestras vidas, aunque posiblemente ninguna como la actual. Últimamente, vivimos una situación totalmente excepcional tanto en lo local como en lo global, puesto que se está produciendo a nivel internacional, desde los pueblos más pequeños o remotos, hasta las grandes ciudades de millones de habitantes.

Es una situación novedosa, tanto por lo desconocida, como por la virulencia de sus consecuencias en la vida de las personas. En España llevamos unas semanas de confinamiento poblacional y escuchamos cómo dicha medida se ha ido extendiendo por el resto del mundo sucesivamente. Sabemos que nos mantendremos recluidos en nuestras viviendas durante un tiempo y que lo haremos con mayor o menor resignación, pero es una obligación a la vez que un salvavidas, quizá no para uno mismo, pero sí para otras personas con las que, podríamos entrar en contacto.

China, Corea del Sur, Italia o España, todos estos estados adoptaron medidas parecidas con diferentes graduaciones o intensidades, aunque todas dirigidas a mitigar la expansión de un virus que ya se ha convertido en pandemia, el Covid-19. Ante este escenario, nos disponemos a hacer un análisis de la situación desde diferentes perspectivas o en base a distintos aspectos. Primeramente, como no puede ser de otra forma, su vinculación en relación con la salud de las personas, pues es necesario saber de qué hablamos cuando hablamos de Covid-19, teniendo en cuenta el bombardeo de información (y también de desinformación) que ha sido incesante durante los últimos meses. Seguidamente, analizaremos la evolución de la pandemia en relación con la globalización actual y en base al eje Norte-Sur por su importancia de cara a ponerle freno a la dispersión de la pandemia. Posteriormente, abordaremos la enfermedad desde una perspectiva más socioeconómica, identificando algunas de las medidas que se están poniendo en marcha para suavizar los efectos de la crisis económica que se avecina debido a la paralización de la economía. En relación con este último análisis, introduciremos otros aspectos sobre los que cabría incidir: como el sistema de cuidados que está sosteniendo la vida de mucha gente en las peores condiciones posibles o las aportaciones del ecofeminismo, para salir de esta situación aprendiendo y avanzando hacia el futuro. Finalmente, extraeremos algunas conclusiones sobre la reflexión realizada.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS EN RELACIÓN CON LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma sobre el Covid-19 que es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus, una familia de virus que pueden causar enfermedades en animales o seres humanos. Atribuye su aparición a un brote surgido en la región de *Wuhan*, China, en diciembre del año 2019. Al parecer, los síntomas asociados más comunes que ha identificado la OMS son: fiebre, fatiga y tos seca. Aun así, existen otras series de síntomas asociados que diferentes personas enfermas han ido experimentando como por ejemplo congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea.

Una de las claves de su rápida expansión radica en su alta transmisibilidad, la cual se produce de forma exponencial a través de aquellas personas que, estando contaminadas con el virus, permanecen asintomáticas. Consecuentemente, personas sin sintomatología pueden estar transmitiendo el Covid-19 a otras personas con las que mantienen contactos. Las más afectadas, globalmente, están siendo las personas mayores, en especial las que tienen afecciones médicas previas y, sobre todo, aquellas que teniéndolas cuentan con más de 80 años (OMS, 2020).

Al inicio del presente año 2020, fueron muy recurrentes las comparaciones entre el Covid-19 y la gripe común. Los medios de comunicación pasaron de mencionar la gripe y el coronavirus conjunta y casi indistintamente, restándole importancia al segundo, a explicar las diferencias y las precauciones que debíamos de tomar con el nuevo virus. Incluso la propia OMS fue cambiando su estrategia comunicativa y de abordaje de la enfermedad durante estos meses.

Dichos cambios generaron en la población cierta confusión e incertidumbre, llamaba la atención el cambio repentino de parecer y que fuese con una enfermedad de nueva emergencia, desconocida con anterioridad, aunque proveniente de una familia común, la de los coronavirus. Esta reacción se antojaba extraña cuando a lo largo del año 2001, aproximadamente un 20 % del total de brotes de enfermedades infecciosas comunicadas a la OMS estaban causadas por agentes infecciosos desconocidos (Alonso, 2003).

También llamaba la atención la forma en la que desde Europa se observaba la evolución del brote en China, un país en plena disputa de la hegemonía económica mundial frente a una Unión Europea que miraba de lejos, pensando que eran muchas las diferencias entre la primera economía asiática y el viejo continente. Así pues, parecía que no era necesario adoptar ningún tipo de medidas. La experiencia y los sistemas sanitarios europeos, aun con grandes divergencias entre sí, amortiguarían el golpe y así se superaría el Covid-19 en caso de que llegara.

A pesar de estas estimaciones la enfermedad llegó, más pronto que tarde, de la mano de una vieja conocida, la globalización. Este fenómeno, como destacan Alonso (2003), Barriga (2003), Castro, Erviti y Leyva (2007) o Busquets (2011), aceleró la transmisión de esta enfermedad infecciosa como nunca se había visto antes. A esto hay que añadir la alteración que los seres humanos y principalmente las grandes transnacionales extractivas, están produciendo en los recursos naturales y en el medio ambiente en su conjunto, con impactos ecológicos ingentes. A ambos factores se le añaden también el cambio climático, los viajes intercontinentales y los fenómenos migratorios acentuados últimamente, la deforestación y la urbanización, la sobrepoblación, la pobreza, los conflictos armados, la pérdida de biodiversidad, la introducción de nuevas especies o el movimiento de los animales (Busquets, 2011). Siguiendo a la propia autora podemos desarrollar dichos factores como sigue:

- Cambio climático: el calentamiento global favorece temperaturas que desarrollan y reproducen este tipo de virus y facilitan la aparición de mosquitos y su movilidad.
- Viajes y migraciones: hoy podemos dar la vuelta al mundo en menos tiempo de lo que llevaría el proceso de incubación de casi cualquier enfermedad infecciosa, y el nivel de migraciones por la desigualdad, los conflictos armados, las catástrofes naturales y otros motivos facilitan tanto la importación como también la exportación de nuevos patógenos infecciosos.
- Movimiento de animales: tanto por su propio movimiento natural y sus migraciones estacionales como por las ferias de ganado y los mercados donde existen grandes focos de diseminación de los virus, un riesgo que es mucho mayor en países empobrecidos que no disponen de los controles sanitarios necesarios.
- Polución, pérdida de biodiversidad e introducción de nuevas especies: aspectos como las especies invasoras, la degradación de los hábitats, la polución o el desarrollo industrial de miles de productos a base de plásticos, pesticidas y herbicidas pueden interferir en la diseminación y transmisión de este tipo de enfermedades. También pueden influir en la propia actividad hormonal tanto de los animales como de los seres humanos, limitando sus autodefensas ante agentes patógenos emergentes.

A los cambios ecológicos y medioambientales, Alonso (2003) también añade la mayor susceptibilidad para la contracción de una enfermedad como consecuencia del envejecimiento poblacional. Esto provoca la existencia de grupos más numerosos y por lo tanto más difíciles de seguir o controlar. Estos grupos pueden prolongar la transmisión de las enfermedades infecciosas, además de sufrir peores consecuencias como ocurre, en este caso, con el Covid-19. Además, diferencia, por un lado, la interacción entre distintas enfermedades víricas o infecciosas que se puede producir en los países

empobrecidos, donde persisten y rebrotan diferentes virus controlados erradicados en otras zonas. Y, por otro lado, la aparición de cepas bacterianas más resistentes a los antibióticos comúnmente usados en los países empobrecedores.

Todas estas explicaciones, que son parciales por separado, en conjunto redundan en el argumento genérico defendido por diferentes autores como vimos anteriormente. Y es que “las enfermedades emergentes no tienen fronteras y su dispersión deriva de forma destacada de la globalización” (Busquets, 2011, p. 8).

Cabe mencionar, con respecto de nuestra forma de expresarlo, que el uso de los términos países empobrecidos y países empobrecedores, no es casual. Nos referimos con países empobrecedores a aquellos que han ejercido el colonialismo, neocolonialismo e imperialismo sobre otros países. Principalmente, nos referimos así a occidente frente al resto del mundo y al Norte frente al Sur global, a quienes nos referimos como países empobrecidos por la acción y los efectos de los primeros. Y es que, “más allá de las definiciones (...) están las connotaciones que tiene el hecho de quién define qué y qué es lo que significa en el fondo no solo una palabra, sino un determinado concepto” (Sotillo, 2011, p. 23).

ANÁLISIS RESPECTO A LA GLOBALIZACIÓN Y EL EJE NORTE-SUR

El proceso de globalización es tipificado por Nuño (2010) como neoliberal y por Calvo (2011) como capitalista, patriarcal e imperialista; esto es así, porque se entiende que busca la maximización del beneficio y el establecimiento de posiciones privilegiadas, conservando el control en los países que va conquistando. Una globalización que en realidad implica mucho más que desregulación y apertura de mercados porque supone, según Barriga (2003, p. 42), “la radicalización del capitalismo”, la “exacerbación de sus efectos”. Una globalización que parte de considerar “el modelo económico occidental como referente absoluto a seguir (...) basado en la sociedad del consumo (...) del cuanto más mejor” (Sotillo, 2011, p. 26). Esta circunstancia ha sido posible y continúa siéndolo, porque según Petras (2011, p. 13), se ha llevado a cabo mediante:

- Recursos lucrativos, mercados y mano de obra barata.
- Una plataforma militar que pueda expandirse a regiones colindantes.
- Nuevas bases militares que aseguran rutas terrestres o marítimas estratégicas con el fin de vetar o limitar el acceso a los adversarios o competidores.
- Actividades clandestinas o de inteligencia contra adversarios y competidores.

Así pues, la estrategia del capitalismo colonial de décadas pasadas ha pisado el acelerador en este tipo de medidas, especialmente en lo que respecta a la primera de ellas. Este hecho supuso la mercantilización y/o privatización de servicios esenciales como la energía, el agua, la gestión de residuos, la sanidad, la educación o incluso la investigación en los propios países empobrecedores, es decir en occidente. Estas medidas se ensayaron previamente durante décadas en Latinoamérica a través de la última de las mencionadas por Petras, las actividades clandestinas. Éstas, derivaron sucesivamente en golpes de Estado u otro tipo de parafernalias menos violentas, con la intención de derrocar al poder democráticamente elegido. Hay quienes como Rivas (2019, p. 221), hablan de sus últimos efectos desde “un país duplicado”, en “una suerte de surrealismo tropical” (p. 225).

Para maximizar los beneficios, el sentido común nos lleva a pensar en dos vías *a priori* dicotómicas, aunque en el fondo complementarias: aumentar los ingresos o reducir los gastos. Ante esta disyuntiva, el colonialismo empleaba la esclavitud, la cual, junto a las relaciones neocoloniales posteriores, estuvieron presentes en el desarrollo de los países occidentales modernos y en la conformación del África actual (Thiong’o, 2017).

Sin embargo, como la acumulación de capital aún no era suficiente, se decidió expropiar los recursos naturales, entre otros, del continente africano, uno de los grandes factores por los que hoy en día hablamos de países empobrecidos. Se ven obligados a vender a precios irrisorios sus recursos naturales a las grandes transnacionales que dejan, además, un impacto ecológico y social muy considerable. Al tiempo, los países empobrecedores les venden a los empobrecidos su tecnología de alto coste, girando la rueda con la que siempre son los mismos los que salen beneficiados. Dentro de ese juego “comercial” aparecen los programas de cooperación internacional, que suponen una parte ínfima de esa gigantesca plusvalía, y que vuelve a los países empobrecidos en forma de aparentes préstamos (Alonso, 2003).

Para cerrar el círculo de dominio mundial, junto a Latinoamérica y África, la globalización capitalista occidental necesitaba una ingente mano de obra dispuesta a trabajar en unas pésimas condiciones laborales. Esa combinación, sin duda, garantiza el mayor ahorro de costes de producción posible. Para dar respuesta a dicha necesidad, se procedió a buscar la mano de obra en el sudeste asiático, donde las condiciones laborales no se rigen por los estándares occidentales, por lo que el ahorro de costes de producción es directamente proporcional a dichas condiciones.

Frente a estos antecedentes, no parece complicado identificar una gran parte de los motivos por los que en plena crisis del Covid-19 occidente no dispone de material sanitario suficiente, ni eficaz, para luchar contra la pandemia a gran escala y atender

a su mandato de la protección social de su población. En cambio, lo que el sistema capitalista hegemónico pretende siempre, es “imponer un relato en el que la responsabilidad del colapso no sea del propio sistema, sino de otra serie de contingencias menores” (Žižek, 2012, p. 11).

Sin embargo, años de contracción del gasto público, de recortes en Sanidad, o de implementación de privatizaciones o conciertos con entidades del ámbito sanitario, no parecen dejar lugar a dudas. Una política similar a la de los Estados Unidos, país capitalista por excelencia, que no cuenta siquiera con un Sistema Público de Salud. En línea con lo dispuesto por este sistema socioeconómico parece que “cuando hay que pagar contratistas, el cielo es el límite. Cuando hay que financiar las funciones básicas del Estado, las arcas están vacías” (Klein, 2012, p. 533).

Por lo tanto, la llegada del Covid-19 a Europa, podría asemejarse al Caballo de Troya, porque el peor enemigo de la globalización está en su propio seno y utiliza sus propias vías de expansión para avanzar a una velocidad endiablada. La maximización del beneficio con la deslocalización de empresas, la precariedad laboral, los recortes en los servicios públicos o la flexibilización de las inspecciones a la gestión privada de las concesiones públicas, etc. Éstos son algunos de los factores que provocan que ahora occidente, los países empobrecedores, no tengan la preparación adecuada para hacer frente de forma inmediata al coronavirus Covid-19.

No existe, o es insuficiente, la producción propia de material sanitario, puesto que es más económico producirlo fuera. No se cuenta con camas en cuidados intensivos suficientes porque el mercado autorregula la necesidad de estos dispositivos y el personal que necesita para hacer rentables los centros hospitalarios para el titular del concierto, pero no para hacer frente a una pandemia. No se cuenta con un Sistema Público de Salud con la financiación adecuada, ni con la vinculación necesaria con la investigación clínica, que ha ido quedando a expensas de los lobbies farmacéuticos. Precisamente, Oqubay (2020) citado en Clavellina (2020), afirma que no se debe dejar la innovación en manos de la industria farmacéutica, sino que los gobiernos deben ser capaces de fortalecerla y ponerla al servicio de la Salud Pública. Para ello es primordial dotar a los sistemas nacionales de salud de la mejor posición posible de cara a la prevención y contención de epidemias.

Es en esta situación, en la época de mayor interconexión de la población occidental y mundial con las mayores redes de telecomunicaciones, cuando nos vemos obligados a pasar por un confinamiento como la medida más efectiva para ganar la batalla. Se nos dice a diario que asistimos a una “guerra” en la que luchamos todas las personas

juntas. Vemos y escuchamos en los medios de comunicación ese lenguaje bélico, tanto en los gestos como en las palabras, a todas horas, con multitud de programas especiales muy semejantes indistintamente de la cadena que lo emite. En realidad, occidente ya tiene experiencia en estas lides, porque la cultura es comunicación, y “controlar la cultura de un pueblo es dominar sus herramientas de autodefinición en relación con los otros” (Thiong’o, 2015, p. 49).

Resulta que, en esa comunicación con base en el lenguaje de guerra, la palabra confinamiento ha cogido un valor exponencial, casi tanto como el avance de la pandemia. Y además, la cooperación internacional, en la mayoría de los casos unidireccional, desde empobrecedores a empobrecidos, tiene asentamientos permanentes, todo un oxímoron. Lugares donde el confinamiento es su día a día, no desde hace unas semanas, sino desde hace décadas. Hablamos, por citar sólo un par de ejemplos, del pueblo saharauí o del pueblo palestino. Obligados a confinamientos y condiciones de vida indignas, por intereses económicos, estratégicos o geopolíticos de países occidentales sobre sus territorios o con sus opresores. Son sólo dos ejemplos de las contradicciones existentes y, sobre todo, son una muestra de que el sistema hegemónico capitalista, como afirmamos anteriormente, impone relatos en los que dichas contradicciones parecen no existir.

Si hay algo que el capitalismo y, por extensión, la globalización hace, es modular su avance a través de la asunción de alternativas contrahegemónicas. Las asumen, casi siempre parcialmente, y las adaptan al sistema para hacerlas funcionales al mismo. A la vez, presumen de tenerlas en cuenta, aunque sea con un sesgo ideológico importante. Así es como en un mundo donde la máxima preocupación de los países empobrecidos sigue siendo la misma de las últimas décadas, es decir, la supervivencia; los países empobrecedores venían, de forma desigual, aumentando sus debates sobre el cambio climático y cómo combatirlo, o el feminismo y sus nuevos avances, pero siempre bajo el prisma del crecimiento económico continuo como paradigma de su propio desarrollo. No obstante, como afirma Sotillo (2011), el desarrollo es multidimensional, no sólo económico y atañe, entre otros aspectos, a los propios derechos humanos, por este motivo ha de ser democrático y participativo. Por ello es necesario desarrollar las capacidades humanas, “para que existan más oportunidades” (p. 33). Consecuentemente, el modelo que nos plantea la globalización colisiona frontalmente con otros indicadores de desarrollo más respetuosos con la persona, como el enfoque de capacidades (Nussbaum, 2012).

La realidad de la situación actual nos lleva a la paralización de occidente, que pone en *standby* su actividad comercial, económica e industrial no esencial. Lo hace a contrapié y sin creer realmente en sus beneficios, como muestra la paulatina toma de decisiones

a este respecto. No existe una verdadera coordinación ni cooperación internacional en este sentido. No existe ni tan siquiera una mínima coordinación en los niveles en los que se aguardaría que así fuese, como por ejemplo en el interior de la Unión Europea.

El Covid-19 está generando, y lo seguirá haciendo, una serie de consecuencias políticas y económicas que tendrán una especial incidencia en los países con bajos ingresos económicos (Arias, Pinzón, Zúñiga, Zambrano y Saavedra-Torres, 2020). Esto no atañe exclusivamente a los países empobrecidos, sino a la globalidad de las naciones y estados con independencia de su situación geográfica, porque el virus no entiende de fronteras. Por este motivo, Barriga (2003) ya insistía en que la presencia de servicios de salud contribuye decisivamente a la propagación de una forma concreta de entender la salud y la enfermedad. Pero dicha consideración, en el seno de la Unión Europea, no se tuvo en cuenta cuando llegó la crisis económica del año 2008. Por aquel entonces, la política hegemónica era la de la austeridad impuesta por los macroorganismos internacionales. Justamente, los países del sur de la Unión Europea tuvieron que afrontar ajustes espectaculares durante los años sucesivos atendiendo a criterios estrictamente económicos y no, nuevamente, de desarrollo humano como los propuestos entre otras por Nussbaum (2012).

Así pues, los sistemas sanitarios del sur europeo padecieron recortes sistemáticos de personal y recursos económicos, algo que ahora genera rivalidades de intereses y de apoyo entre diferentes países. Por eso, Arias et al., (2020), consideran que existe una obligación global de enseñar a tener sensibilidad y pensamientos de ayuda, de cooperar para evitar una crisis global, porque la lucha contra el Covid-19 a escala regional tendrá repercusiones enormes en la sanidad mundial.

De hecho, las repercusiones se están viendo en el nuevo relato Norte-Sur, no a nivel continental, que también, sino en el seno de la propia Unión Europea. Hace una década, se hablaba de los *PIGS* (Portugal, Italia, Grecia y España) de forma despectiva (la mera traducción del acrónimo desde el inglés ya aporta una idea) y en este momento, la cooperación Sur-Sur vuelve a estar de actualidad, por lo menos en los discursos de los relatos políticos. Así lo recogía Gil (2020), para Eldiario.es el pasado 28 de marzo con palabras de diferentes líderes europeos, entre ellas, las de uno de los expresidentes de la Comisión Europea, Jacques Delors, quien afirmaba que “el ambiente que reina entre los Jefes de Estado y de Gobierno y la falta de solidaridad europea ponen en riesgo mortal a la Unión Europea”.

Sin embargo, nuevamente, las primeras medidas que se están adoptando inciden constantemente en los riesgos económicos y de paralización de los mercados, no en

las personas, en su recuperación y su supervivencia. Una circunstancia que se explica porque el capitalismo se adapta a las circunstancias que se va encontrando, siempre desde la perspectiva de no poner en cuestión su máxima de acumulación de capital, pudiendo convivir con el mayor estatismo o con las políticas neoliberales más radicales (Mendes, 2016). Al final, se trata de la imposición del narcisismo, del darwinismo social en base a los pilares capitalistas de la necesidad de protección y del deseo de sentirse diferente (Korstanje, 2016), pero que sucumbe en la actual situación paradójica que estamos viviendo. Cuantas mayores y mejores tecnologías disponemos para asegurar nuestra inviolabilidad, nuestra seguridad personal, más vulnerables y desamparados nos estamos sintiendo frente al Covid-19. Es un hecho que no se reproduce de igual modo en otras latitudes, especialmente en los países empobrecidos del Sur global, porque dicha sensación allí es permanente, es su día a día.

Dichos países y sus poblaciones necesitan de forma urgente, desde hace décadas en realidad, subvenciones o préstamos sin intereses, pues la velocidad de despliegue de sistemas sanitarios públicos eficaces es vital para contener la propagación (Gaspar y Mauro, 2020, citados en Clavellina, 2020). Si dispusieran de los medios mínimamente necesarios, podrían salvar muchos miles de vidas (Arias et al., 2020). Hablar de los medios necesarios, de préstamos y de subvenciones sin intereses nos llevaría a hablar de las deudas odiosas que habría que condonar por parte de los países empobrecedores. A tal efecto, sirva el ejemplo de lo acontecido en el Cono Sur Latinoamericano. Allí, una “gran parte de los créditos contraídos por esos países en el extranjero fueron a parar directamente a sus ejércitos y policías durante los años de las respectivas dictaduras (...) para financiar armas, tanquetas antidisturbios y campos de tortura” (Klein, 2012, p. 213).

La condonación de dichas deudas serviría para contar con la financiación propia necesaria y no continuar así dependiendo de su acceso a créditos y préstamos de los países empobrecedores que sigan incrementando los intereses a pagar y los condicionantes para su acceso. Esto permitiría evitar lo que Navarro y Aparicio (2015), recogen sobre Cabo Verde, que ha fracasado en su intento de variar su economía y limitar su dependencia de los países empobrecedores.

La realidad es de nuevo cruel, pues parece estar entre las intenciones de los países empobrecedores colaborar en la erradicación de enfermedades víricas e infecciosas en aquellos países más alejados de sus fronteras. La lista de infecciones emergentes y reemergentes es interminable y tiene como nexo común, generalmente, a los países empobrecidos. Basta recordar los factores desarrollados por Busquets (2011), Castro et al., (2007), Alonso (2003) o Barriga (2003), para tener una idea del motivo por el que este hecho se produce precisamente en estos países.

Hasta ahora la cooperación internacional en relación con la lucha contra las enfermedades infecciosas, ha permitido definir, aislar y contar con medidas preventivas terapéuticas y de diagnóstico que limitan la expansión de estas enfermedades. Pero en realidad “aún falta instrumentar una estructura sólida de salud pública mundial que involucre a todas las naciones con sus estados y comunidades” (Barriga, 2003, p. 370) porque ningún país está a salvo de las nuevas enfermedades emergentes. En consecuencia, diferentes autores consideran imprescindible ahondar en la coordinación y la cooperación internacional con medidas concretas. Arias et al., (2020) hablan de mejorar la intervención y la premura de la respuesta, potenciar buenos Sistemas de Salud Pública que tengan mejores conexiones con la investigación y apostar por tácticas de prevención y control y por programas educativos de salud. Por su parte, Clavellina (2020), insiste en el gasto público en investigación, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y la coordinación política internacional para facilitar ayuda humanitaria. Mientras, Busquets (2011) propone consolidar una red global de laboratorios para organizar el diagnóstico, diseñar un sistema sólido para la compilación y el análisis de los datos epidemiológicos, y una red global de vigilancia que busque la mejora de la predicción de los riesgos, con el objetivo de frenar la diseminación y transmisión de estas nuevas enfermedades. En esta línea, Alonso (2003) coincide en el fomento y la financiación de la investigación, la mejora de la supervisión y la rapidez de respuesta, la financiación de Sistemas de Salud Pública reforzando su interconexión con la investigación, una mayor formación, así como también el desarrollo, aplicación y evaluación de estrategias para la prevención y el control, y la creación de programas educativos sobre Salud Pública. Hay, por lo tanto, una sólida base consensual sobre la que se puede trabajar en las mejoras necesarias ante futuras pandemias.

ANÁLISIS DESDE EL ASPECTO SOCIOECONÓMICO

Todas las propuestas anteriores parten de la incidencia en lo local para actuar de forma coordinada a nivel global. Una vinculación, local-global denominada como *glocal* en el seno de los movimientos altermundistas (Calvo, 2011). Esa solicitada coordinación internacional no atañe en todo caso a las cuestiones económicas, no asume las desigualdades existentes y por lo tanto la diferencia real a la hora de afrontar una pandemia como la que estamos viviendo en España o en el Congo, por poner un ejemplo. De hecho, Alonso (2003) incide en que las medidas expuestas con anterioridad van dirigidas a suavizar los efectos del problema real, en este caso el afrontamiento de una pandemia muy concreta. Pero en cambio, no van dirigidas, precisamente, a mejorar la situación económico-social de los países empobrecidos, quienes ya de por sí parten con una desventaja inicial sobre los que los empobrecieron.

En esta tesitura, las recetas económicas de las que se empieza a hablar abogan por políticas expansivas del gasto público, aunque con matices. Transferencias directas en efectivo, subsidios al salario, reducciones de impuestos e incremento de los beneficios por la situación de desempleo según Gopinath (2020); o simplemente hacer más fácil el acceso generalizado al capital financiero para las familias, los negocios y los gobiernos locales según Moody's (2020), ambos autores citados en Clavellina (2020).

Desde luego, dadas las experiencias previas, no parece casual esta última propuesta, de una de las agencias de calificación del riesgo que tuvieron un papel importante durante la crisis económica del año 2008. De aquella, se derivaron la gran mayoría de recortes en materia de sanidad, entre otras cuestiones, que ahora no permiten una respuesta apropiada frente al Covid-19. Que Moody's hable ahora de crédito y endeudamiento de familias y negocios, cuando menos, debe hacernos reflexionar sobre sus intenciones.

Hay quien considera, como Busquets (2011), que no podemos frenar la globalización actual, pero sí que podemos hacerla más sostenible, por ejemplo, explotando de forma más racional los recursos naturales. Por otro lado, hay quien como Calvo (2011) o Monsangini (2008, 2010) considera que es posible cambiar el sistema hegemónico actual. Existe toda una serie de propuestas aglutinadas en torno al altermundismo y el decrecimiento que hacen posible pensar en que otro mundo es posible, un mundo donde engloben muchos mundos.

Porque no basta sólo con la cooperación internacional encaminada a la lucha contra enfermedades infecciosas, de hecho, la mayoría de las erradicadas en los países empobrecedores, siguen hoy en día campando a sus anchas por los países empobrecidos. Esta circunstancia, como ya hemos afirmado anteriormente, confiere a la globalización un riesgo añadido para sí misma, occidente o el Norte. Ahí es donde se sitúan los poderes que la controlan y la expanden y hemos visto una ingente cantidad de factores de riesgo con anterioridad respecto a las enfermedades infecciosas que hacen que en cualquier momento puedan llegar de nuevo a dichos territorios. En concreto, hace unos años, la llegada de la fiebre hemorrágica del ébola no supuso grandes consecuencias, pero la del Covid-19 está siendo radicalmente distinta. Las mutaciones de cepas infecciosas podrían generar un virus que fuese aún más letal que este último y que fuese un verdadero peligro para la población occidental en su conjunto.

Así pues, las transferencias de recursos de la Ayuda Oficial al Desarrollo por parte del Norte hacia el Sur con el objetivo de reducir la pobreza y promover un desarrollo humano sostenible (Monsangini, 2008), no son suficientes cuando enfermedades

erradicadas en el Norte no encuentran límites en el Sur para su expansión. Esta ayuda ha estado ligada históricamente al asistencialismo, a la caridad, sin cuestionarse los motivos por los que se dan las condiciones para la existencia de tales desigualdades. Para una verdadera sostenibilidad es necesario que exista un crecimiento económico integrado, que haya desarrollo social y que se proteja el medio ambiente (Sotillo, 2011). Si bien es probable que, como afirman Castro et al., (2007) refiriéndose a las poblaciones indígenas mexicanas, la permanencia y el resurgimiento de estas enfermedades sea resultado también de la falta de presencia política de estas poblaciones. Se podría asemejar a lo que ocurre en el Sur global, en los países empobrecidos, dirigidos mayoritariamente por élites serviles al Norte. La salud de ese Sur global no ocupa un lugar preponderante en la agenda política mundial, ni mucho menos en la del Norte de forma específica. De lo contrario, ya se habrían erradicado o cuando menos delimitado su acción allí de enfermedades como el ébola, la malaria, la tuberculosis o el sida.

En base a esto, pudiera ser que el capitalismo que se implementa en el Sur fuese el capitalismo mortuorio, donde la supervivencia de los más fuertes implica inexorablemente la muerte del resto. Al final, el Sur es ese pobre indigno que no fue capaz de sobrevivir en la lucha. La caída del Sur tiene un efecto en el Norte, lo hace especial, mejor y por lo tanto tiene la capacidad y la obligación de ir a por más (Korstanje, 2016). Ese “ir a por más” es lo que se señala desde el decrecimiento como un elemento que no tiene cabida en el mundo actual. El crecimiento entendido como desarrollo puramente económico es lo que ha generado las terribles desigualdades que palpamos hoy en día. Aniquila las estructuras de todo tipo, desde culturales a sociales o económicas, y lastra la capacidad propia frente a la homogeneización social y cultural (Monsangini, 2010).

En este sentido y recogiendo el lenguaje bélico del que hablamos anteriormente, para ganar esta batalla desde el decrecimiento, se acogen diferentes propuestas políticas y económicas capaces de hacer otro mundo posible. La soberanía alimentaria de la Vía Campesina, la crítica cultural al desarrollo proveniente del posdesarrollo, las teorías del buen vivir o los conocimientos indígenas, incorporados ya a la definición del Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), entre otras propuestas.

ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE CUIDADOS Y EL FEMINISMO

El Covid-19 hizo que en España se activara o reactivara el cuidado, la ayuda o el apoyo mutuo, la autogestión y autoayuda comunitaria, elementos que Fantova (2020) observa estos días en su barrio y que son extensivos a la amplia mayoría del estado. Ya

comentaba De Sousa (2005), que era necesario un fenómeno político nuevo, nuevas formas de resistencia y nuevas direcciones para la emancipación social en la lucha contra la globalización.

Pues bien, la llegada del Covid-19 ha supuesto una revalorización exponencial del feminismo en su conjunto y del ecofeminismo en particular, como una corriente teórica y práctica con gran recorrido con las miras puestas en transformar el mundo en el que vivimos. Esta corriente hace una crítica al paradigma de la competencia y del individualismo al reconocer la interdependencia y la necesidad universal del cuidado. Precisamente el cuidado, los cuidados, están en el centro de toda esta situación hoy en día. Podemos decir que esta enfermedad infecciosa nos ha situado frente a una crisis de los cuidados a nivel global.

Desde los cuidados profesionales, como por ejemplo la asistencia personal, a los informales como por ejemplo los cubiertos en el entorno familiar, una crisis del sistema de cuidados que abarca todo tipo de trabajos relacionados con él. Con el actual envejecimiento de la población, con las personas en situación de dependencia y otras muchas casuísticas, se requiere un importante volumen de cuidados (Cortés, Lacomba-Trejo y Pérez-Marín, 2020). Este hecho pone en el centro del debate político, de la agenda pública, la necesidad de repensar los sistemas económicos capitalistas de acumulación de beneficios. Es necesario, de forma cada vez más urgente, avanzar hacia modelos económicos que pongan a la persona, a la vida y a los cuidados en el centro del sistema, frente a la tremenda desprotección social a la que nos ha llevado el neoliberalismo hegemónico patriarcal, que mantiene la autoridad del hombre sobre la mujer (Jiménez, 2017).

Como dice Quiroga (2020), cuando la vida se pone en riesgo, la economía financiera, por más especulativa que sea, no se sostiene, y menos aun cuando las mujeres enferman porque entonces el sistema colapsa. Los cuidados han recaído en las mujeres históricamente, y se ha considerado un trabajo de género, que cuando está remunerado se visibiliza y permite el disfrute de ciertos derechos laborales; pero cuando no lo está, se invisibiliza y pierde dichos derechos (Cortés et al., 2020) aun cuando se mantienen las obligaciones a nivel personal y social.

Así pues, se necesita repensar el mundo del trabajo, que ha reformulado los cuerpos cual maquinarias de trabajo al servicio del capitalismo. Para que esa adaptación de los cuerpos fuese realmente funcional al sistema, era necesario el trabajo (reproductivo y de cuidados) de las mujeres para producir así las propias condiciones de producción del sistema capitalista. Un trabajo femenino con un rol meramente expresivo, de aten-

ción a las necesidades ajenas, frente al rol provisor masculino (Jiménez, 2017). Por este motivo el capitalismo no se puede mantener sin patriarcado (Herrero, 2015) y tenemos que politizar la satisfacción de nuestras necesidades, porque sólo así seremos conscientes del mundo que construimos con nuestras elecciones (Quiroga, 2020). Porque “nuestra forma de vida no es un asunto exclusivamente personal, sino que afecta a nuestro entorno, desde lo más cercano a lo global” (Sotillo, 2011, p. 54).

CONCLUSIONES

En resumen, el actual contexto en el que vivimos ha sido configurado según los pilares de la globalización. El poder económico occidental ha sido capaz en las últimas décadas de desarrollar una herramienta expansiva de conquista e implantación de sus ideales, y por lo tanto de dominación, frente a las formas de vida alternativas. Asistimos a una aparente dicotomía Norte-Sur como si fuese exigible la elección de una u otra forma de vida como universal.

No obstante, la humanidad se asienta sobre la base de una serie de principios y derechos que guardan un lugar preeminente a la igualdad y al respeto. Consecuentemente, cabe que, desde el Norte, desde occidente, se reformulen las estrategias de acción con y para el Sur global, de tal modo que exista un verdadero respeto mutuo cimentado desde la horizontalidad de las relaciones.

La pandemia generada a consecuencia de la aparición y diseminación del Covid-19 puede servir de punto de inflexión, con el objetivo de repensar el sistema de relaciones internacionales actual. Igualmente, ha de servir para reformular el sistema de cooperación internacional de tal forma que se sitúen en el centro de este, las capacidades del Sur global, favoreciendo su empoderamiento real y su autodeterminación.

A su vez, ha de servir para reflexionar acerca de diferentes elementos que caracterizan nuestro sistema económico, sobre todo el capitalismo que fomenta el individualismo y la acumulación de capital, y promueve las privatizaciones de servicios públicos que generan una merma en su calidad y eficacia. En otras palabras, es necesario afrontar la reorganización del modelo productivo y de los tiempos de trabajo de las personas desde una perspectiva de equidad para la que el feminismo, cuya finalidad es conseguir la igualdad entre mujeres y hombres, y el modelo de la diversidad son cruciales. De esa manera, la búsqueda de la igualdad pretende eliminar barreras y conseguir equidad y libertad, llegar a la adquisición de los mismos derechos (reales) para las mujeres, derechos que los hombres ya estamos disfrutando (Jiménez, 2017). Aten-

diendo al incremento de las enfermedades infecciosas que tendremos seguramente los próximos años, tenemos que ser conscientes de que no podemos entrar en otra crisis de cuidados como la actual. El personal de los hospitales y centros de salud es insuficiente; igualmente, a las residencias o centros de personas mayores o con diversidad funcional les saltaron las costuras de la privatización o de la gestión privada de los servicios públicos. Los cuidados informales no dieron más de sí (teniendo en cuenta todo lo que dieron...), porque quienes cuidan también enferman.

Es necesario poner la protección social en el lugar que le corresponde, como derecho humano, no como una condición que deriva del trabajo productivo. Se necesita institucionalizar una economía que tenga como eje central la vida y no la acumulación (Quiroga, 2020). Un primer paso en España podría ser devolver a la gente lo que la gente fue obligada a ceder. La crisis económica del 2008 derivó en el rescate de la banca por docenas de miles de millones de euros por lo que, de la misma forma, en esta crisis de cuidados, es imperativo rescatar a las personas, porque como indica Mendes (2016, p. 80), “los Estados son el garante último de apoyo y de reconstrucción de los lazos sociales y de las comunidades después de un desastre”.

De cuánta rapidez tengamos a la hora de afrontar la situación, dependerán la dignidad y la calidad de vida de muchos miles de mujeres que se han dedicado al cuidado a lo largo de todos estos años. Algunas de ellas han perecido por el camino, y en la situación en la que estamos, en esta batalla frente al Covid-19, no deja de brindarse merecido homenaje al personal de los cuerpos de seguridad o facultativos fallecidos estas semanas. Sirva este artículo también, como homenaje a aquellas otras personas, mujeres muy mayoritariamente, que se han dejado la vida en la batalla, de forma mucho más anónima, sin protección suficiente, cuidando y favoreciendo una vida más digna para quienes las necesitaban.

“El sistema en el que vivimos se contradice por catalogarse de universal y a la vez ser sexista y racista” (Jiménez, 2017, p. 54). Quizá, es hora de poner en práctica, entre otras medidas, la renta básica de las iguales porque, efectivamente, otro mundo es posible, uno en el que quepan muchos mundos. Y debemos reflexionar sobre qué medios, para qué fines, porque “si el ser consecuente es un fracaso, entonces la incongruencia es el camino al éxito, la ruta al poder. Pero nosotros no queremos ir para allá. No nos interesa. En esos parámetros preferimos fracasar que triunfar” (Marcos, 2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, D. (2003). Globalización y enfermedades infecciosas. *Estudios internacionales y estratégicos*. Real Instituto Elcano. Recuperado de: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/0012
- Arias, Y. E., Pinzón, M. V., Zúñiga, L. F., Zambrano, E. D., y Saavedra-Torres, J. S. (2020). *Estragos socioeconómicos de un pensamiento filosófico de salud pública por el virus covid-19*. Academia Nacional de Medicina de Colombia.
- Barriga, G. (2003). La globalización de las enfermedades infecciosas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(5), 369-371. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im035a.pdf>
- Busquets, N. (2011). Globalización y enfermedades virales emergentes. *CReSAPIENS, Revista de divulgación científica del CReSA*, 1, 4-9. Recuperado de: <http://www.cresa.es/cresa3/banners/cresapiens/cresapiens01.pdf>
- Calvo, J. (2011). *El Foro Social Mundial y los movimientos anti sistémicos*. Institut Català Internacional per la Pau. Recuperado de: http://www.universitatdelapau.org/files/23-32688-document/calvo_jordi.pdf?go=3d7fa7fcaa728fb81001391a9cfb0af42f6aeafd8b57af66382195cf1cbbdf16249ceb97ac7020629c7ddd711c711f3eb447d25df2da1527
- Castro, R., Erviti, J., y Leyva, R. (2007). Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 41-50. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001300006
- Clavellina, J. L. (2020). Posibles efectos del Coronavirus en la economía mundial. *Notas Estratégicas*, 75, 1-8. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República de México. Recuperado de: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4805>
- Cortés, L., Lacomba-Trejo, L., y Pérez-Marín, M. (2020). Levantando la voz: las cuidadoras en el hogar de personas en situación de dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 89, 83-100. doi: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2020.0006>
- De Sousa, B. (2005). *Foro Social Mundial. Manual de uso*. Barcelona: Icaria.
- Fantova, F. (2020). La comunidad, de nuevo. *Bolunta, Boluntariotza eta gizarte-partaidetza*. Recuperado de: <https://www.bolunta.org/la-comunidad-de-nuevo/>
- Gil, A. (28 de marzo de 2020). La gestión de la crisis económica del coronavirus vuelve a abrir la herida entre el Norte y el Sur de Europa. *Eldiario.es*. Recuperado de: https://www.eldiario.es/internacional/gestion-economica-coronavirus-reabrir-Europa_0_1010349663.html

- Herrero, Y. (2015). Apuntes introductorios sobre el Ecofeminismo. *Centro de Documentación Hegoa, Boletín*, 43. Recuperado de: http://boletin.hegoa.efaber.net/assets/templates/37/Bolet%20C3%ADn_n%C2%BA43.pdf?1437982674
- Jiménez, B. A. (2017). La búsqueda del feminismo en tiempos modernos. *Trabajo Social Hoy*, 81, 49-58. doi: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2017.0010>
- Klein, N. (2012). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Korstanje, M. E. (2016). El diseño del Capitalismo Mortuorio: de la cultura del desastre al narcisismo. *Reflexiones Marginales*, 32. Recuperado de: <http://reflexionesmarginales.com/3.0/el-diseno-del-capitalismo-mortuorio-de-la-cultura-del-desastre-al-narcisismo/>
- Marcos, S. (2014). Entre la luz y la sombra. *Enlace Zapatista*. 25 de mayo de 2014. Recuperado el 31 de marzo, 2020, de <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/2014/05/25/entre-la-luz-y-la-sombra/>
- Mendes, J. M. (2016). A dignidade das pertenças e os limites do neoliberalismo: catástrofes, capitalismo, Estado e vítimas. *Sociologias, Porto Alegre*, 18 (43), 58-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004303>
- Monsangini, G. (2008). Decrecimiento y relaciones Norte-Sur: ¿hacia un nuevo modelo de cooperación internacional? *Rebelión*. Recuperado de: <https://rebelion.org/decrecimiento-y-relaciones-norte-sur-hacia-un-nuevo-modelo-de-cooperacion-internacional/>
- Monsangini, G. (2010). Decrecimiento y justicia Norte-Sur. *Rebelión*. Recuperado de: <https://rebelion.org/decrecimiento-y-justicia-norte-sur/>
- Navarro, G., y Aparicio, I. (2015). Desigualdades de género, pobreza y mercado de trabajo en Sal. *Trabajo Social Hoy*, 76, 47-74. doi: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2015.0015>
- Nuño, J. (2010). El altermundismo como proyecto de emancipación social. Del Foro Social Mundial al trabajo de traducción. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, 11, 339-348. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Astrolabio/article/download/239036/321308/>
- Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- OMS. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Ginebra. Recuperado el 31 de marzo, 2020, de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Petras, J. (2011). *Imperialismo y barbarie*. Tafalla: Txalaparta.
- Quiroga, N. (2020). Coronavirus y economía: cuando el cuidado está en crisis. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <https://www.lavaca.org/notas/coronavirus-y-economia-cuando-el-cuidado-esta-en-crisis/?fbclid=IwAR2JfFA-y2w1AhxzZyDizlg81PyN4uJiaUJMpZtGhp2Q2fvXsTh-MuSXoqEw>

- Rivas, P. J. (2019). La crisis de un país duplicado con revistas académicas negadas a fallecer por mengua. *Educere*, 23(75), 217-226. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/356/35660262001/35660262001.pdf>
- Sotillo, J. A. (2011). *El sistema de cooperación para el desarrollo. Actores, formas y procesos*. Madrid: Catarata-Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación.
- Thiong'o, N. (2015). *Descolonizar la mente*. España: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Thiong'o, N. (2017). *Desplazar el centro. La lucha por las libertades culturales*. Barcelona: Rayo Verde.
- Žižek, S. (2012). ¡Bienvenidos a tiempos *interesantes!* Tafalla: Txalaparta.

CENTROS DE INTERNAMIENTO DE EXTRANJEROS TRAS EL COVID-19

CENTERS FOR DEMONSTRATION OF FOREIGNERS AFTER COVID-19

Eva García Prieto. *Equipo de Orientación Educativa de Infantil y Primaria de Huesca*

Resumen: El presente artículo, explora las implicaciones jurídicas de la existencia de los Centros de Internamiento de extranjeros. Recorre la historia de estas instituciones gubernamentales y las controversias que las han acompañado desde su creación. Analiza las condiciones materiales en las que se encontraban las personas internadas. Por último, argumenta y aboga por el cierre definitivo tras el vaciado durante la gestión del Covid-19.

Palabras claves: Derechos Humanos, Migraciones, Fronteras, Centros de Internamiento de Extranjeros, Asilo.

Abstract: This article explores legal issues of the Detention Centers for foreigners. It traces the history of these governmental institutions and the controversies that have accompanied them since their creation. It is analyzed the material conditions of the inmates. Finally, the reader can find argues for the definitive closure, following the emptying during the management of Covid-19.

Key Words: Human Rights, Migration, Borders, Centers of Demontion of Foreigners, Asylum.

| Recibido: 5/06/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 31/11/2020 |

Referencia normalizada: García, E. (2020). Centros de Internamiento de Extranjeros tras el Covid-19. *Trabajo Social Hoy*, 90, 29-48. doi:10.12960/TSH.2020.0008

Correspondencia: Eva García Prieto. Equipo de Orientación Educativa de Infantil y Primaria de Huesca.
Correo electrónico: evagarciaprieto@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Covid-19 ha convulsionado en los últimos meses todas las esferas de la vida. La movilidad geográfica ha sufrido una afectación total, frenando abruptamente y de forma simultánea en todo el mundo las corrientes migratorias.

Antes de que la tierra parase, nos encontrábamos con los Centros de Internamiento para Extranjeros (en adelante CIEs) llenos de personas pendientes de ser expulsadas a sus países de origen. Durante la pandemia han sido vaciados, al no poder garantizar ni la salubridad interna ni las deportaciones. No obstante, el Gobierno ha avisado de que reabrirán las instalaciones en cuanto esto sea posible.

Desde su puesta en marcha, ha sido uno de los dispositivos más controvertidos creados para el control de fronteras. Su objetivo responde a la materialización de las políticas migratorias securitarias de Europa. Sucesivas denuncias sobre las condiciones en las que se encuentran y la dificultad legal para justificar la privación de libertad, serán analizadas en el presente artículo que no pretende sino poner en relación la existencia de estos lugares con la concurrente debilitación del disfrute de los Derechos Humanos de las personas que allí se confinan.

En las siguientes páginas, se analizará la trayectoria de estos lugares abogando de forma posicionada, tal y como exige la profesión del Trabajo Social, por el respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Por ende, se argumentará a favor de la clausura definitiva de estos centros. No sólo porque es lo más justo, sino también, lo más inteligente y beneficioso para el conjunto de la sociedad.

1. QUÉ SON LOS CENTROS DE INTERNAMIENTO DE EXTRANJEROS

La primera tarea a la que nos enfrentamos para comprender a qué se enfrentan las personas en situación administrativa irregular con las que trabajamos, es la de advertir las contradicciones existentes entre el marco teórico y la realidad empírica que nos encontramos tras los muros opacos de los CIEs.

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (en adelante LOEx) define, en el artículo 62.bis, los Centros de Internamiento de Extranjeros como *“establecimientos públicos de carácter no penitenciario”* especificando que *“el ingreso y estancia en los mismos tendrá únicamente finalidad preventiva y cautelar, salvaguardando los derechos y libertades*

reconocidos en el ordenamiento jurídico, sin más limitaciones que las establecidas a su libertad ambulatoria, conforme al contenido y finalidad de la medida judicial de ingreso acordada”.

Por su parte, el Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros (en adelante RCIE) añade en el artículo 1 otros aspectos sobre su *naturaleza jurídica*:

“Artículo 1.2. Los centros son establecimientos públicos de carácter no penitenciario, dependientes del Ministerio del Interior, destinados a la custodia preventiva y cautelar de extranjeros para garantizar su expulsión, devolución o regreso por las causas y en los términos previstos en la legislación de extranjería, y de los extranjeros que, habiéndoseles sustituido la pena privativa de libertad por la medida de expulsión, el juez o tribunal competente así lo acuerde en aplicación de lo dispuesto por el artículo 89.6 del Código Penal”.

“Artículo 1.3. El ingreso y estancia en los centros tendrá únicamente finalidad preventiva y cautelar, y estará orientado a garantizar la presencia del extranjero durante la sustanciación del expediente administrativo y la ejecución de la medida de expulsión, devolución o regreso”.

“Artículo 1.4. El principio de proporcionalidad en los medios utilizados y objetivos perseguidos, el de intervención menos restrictiva y el de atención especializada a personas vulnerables regirán, entre otros, la gestión de los centros. A estos efectos se entenderán por personas vulnerables menores, personas discapacitadas, ancianos, mujeres embarazadas, padres solos con hijos menores y personas que hayan padecido tortura, violación u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual”.

De estos artículos podemos inferir como idea fundamental, que, si bien la emigración es un derecho reconocido, su ejercicio está sujeto a las limitaciones que imponen la soberanía de los estados sobre la forma de entrada y permanencia en un territorio. Cuando esto se efectúa al margen de los cauces establecidos, se incumple una norma administrativa. En el caso de incumplimiento de la norma, la legislación prevé la expulsión del territorio nacional. Para poder ejecutarla, se dota de una herramienta, los CIEs.

Si bien estos centros son presentados en los textos como lugares de carácter no penitenciario, no debemos olvidar lo que suponen a efectos prácticos: Una sanción privativa de libertad de un máximo de 60 días, que podría ser más leída como una medida punitivista, que garantista del régimen administrativo, tal y como veremos en epígrafes siguientes.

2. HISTORIA DEL INTERNAMIENTO

A pesar de que es una realidad que saltó a la palestra de los medios de comunicación hace aproximadamente diez años, debido al estallido de varios motines en distintos puntos del Estado español, la realidad es que la figura del internamiento aparece por primera vez contenida en la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. En esta norma, se recoge por primera vez la posibilidad de retener a alguien hasta 40 días sin que implique la concurrencia Habeas Corpus:

“Artículo 26.2. La autoridad gubernativa que acuerde tal detención se dirigirá al Juez de Instrucción del lugar en que hubiese sido detenido el extranjero, en el plazo de setenta y dos horas, interesando el internamiento a su disposición en centros de detención o en locales que no tengan carácter penitenciario. De tal medida se dará cuenta al Consulado o Embajada respectivos y al Ministerio de Asuntos Exteriores. El internamiento no podrá prolongarse por más tiempo del imprescindible para la práctica de la expulsión, sin que pueda exceder de cuarenta días”.

Posteriormente, se incluyen medidas de similar naturaleza en la normativa europea a través del tratado de Schengen, que entra en vigor en 1995. Mediante este acuerdo, se suprime el control fronterizo entre los firmantes y se traslada a la vigilancia de fronteras con terceros países.

La regulación definitiva que marca la posibilidad de abrir centros específicos es la Orden Ministerial de 22 de febrero de 1999 sobre normas de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros.

Durante los siguientes veinte años, en las consecutivas modificaciones que ha sufrido la Ley de Extranjería, se mantiene la figura del internamiento.

En el contexto supranacional, la directiva del retorno 2008/115/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, relativa a normas y procedimientos comunes en los Estados miembros para el retorno de los nacionales de terceros países en situación irregular, unifica el criterio comunitario limitando el internamiento a dieciocho meses. La trasposición de este texto a la legislación española en la reforma de la LOEx de 2009, supuso un incremento a sesenta días de la reclusión y el compromiso de regularlo mediante reglamento. El Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento y Régimen Interior de los Centros de Internamiento de Extranjeros (RCIE) aparece sólo cinco

años después y está vigente hasta hoy. Sin embargo, su promulgación no mejora la situación del internamiento. Se hace caso omiso a las recomendaciones de las ONGs y no refleja lo dispuesto en los autos judiciales que se habían ido publicando hasta ese momento.

Las denuncias por parte de organizaciones de defensa de los Derechos Humanos se suceden, hasta el punto de que el Tribunal Supremo anula cuatro de los artículos más controvertidos por transgredir la legislación nacional y europea en materia de Derechos Humanos. Los artículos que se modifican son el 7.3 y 16.2, por no garantizar la intimidad familiar al no disponer de la necesidad de separación en diferentes módulos, el artículo 21.3 que pretendía la posibilidad de ingresos sucesivos para un mismo procedimiento y el 55.2 relativo a los registros personales con desnudo integral (Sentencia del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso-Administrativo, 2015).

Durante los años siguientes, las denuncias no han cesado, la preocupación por la transparencia en la gestión y el cumplimiento de los Derechos Humanos ha sido central para diversas organizaciones sociales. De igual forma, el Defensor del Pueblo en cada edición del Informe anual del Mecanismo Nacional de Prevención sobre supervisión de lugares de privación en España (en adelante MNP), ha solicitado mejoras contundentes y recuerda la obligación del cumplimiento de decenas de autos judiciales.

En el momento en el que se escriben estas líneas, los CIEs han sido, por primera vez en su historia, vaciados y cerrados en su totalidad debido a la pandemia del COVID-19. Sin embargo, a lo largo de los años, se ha internado a personas con enfermedades contagiosas como la varicela, la tuberculosis e incluso sospechas de enfermedad por el virus del ébola. La respuesta sanitaria ha dejado al descubierto la insuficiencia de medios para garantizar la salud de las personas internas, como observaremos en el epígrafe sobre las condiciones materiales de los CIEs.

3. INEFICACIA DEL INTERNAMIENTO COMO MEDIDA

Los CIEs están concebidos, tal y como se exponía previamente, como una medida cautelar para facilitar las expulsiones de personas extranjeras en situación irregular. Sin embargo, a la luz de los datos, podemos comprobar que se muestra ineficiente para sus propios fines, más allá de las condiciones en las que estos centros se encuentren o la legitimidad y proporcionalidad de la medida.

Según los datos que ofrecía el Defensor del Pueblo a través del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) correspondiente al informe de 2017, se ejecutaron 4 054 expulsiones y 5 272 devoluciones. De estas repatriaciones, 3 287 se consumaron sobre personas que se encontraban en un CIE por lo que el internamiento solo resultó determinante en el 35,24 % de las decisiones efectuadas. Por otro lado, de las 8 814 personas que fueron encerradas en el CIE, solo 3 287 fueron expulsadas, esto eleva a un 63 % las personas que habían sido internadas y no fueron deportadas (no utilizamos los datos del informe más reciente, correspondiente a 2018, ya que la Comisaría General de Extranjería y Fronteras no aportó datos desglosados, y, por tanto, no nos permitirían observar la comparativa).

A pesar de la escasa relevancia de la medida, se mantienen estas infraestructuras que son económicamente muy costosas. Algunos medios elevan la cifra a 7 451 253,64 euros en concepto de gastos y 70 450,75 euros en concepto de mobiliario y enseres para el año 2017, último del que se poseen datos (por causa, 2017). Entre las cifras que se manejan, son reseñables los costes del CIE de Fuerteventura, con cerca de un millón de euros de gastos, considerando que se encuentra cerrado desde 2012 (El confidencial, 2017).

No parece por lo tanto una medida eficaz para los fines que persigue, ni eficiente si la relacionamos con los recursos que consume y los gastos que ocasiona al erario público que podrían destinarse a partidas de calado social.

4. CONDICIONES DEL INTERNAMIENTO

4.1. CARÁCTER DE LAS INSTALACIONES

Existen siete centros de estas características en el territorio español: Aluche, Madrid con 280 plazas; La Piñera, Algeciras, con 192 plazas; Zapadores, Valencia con 156 plazas; Zona Franca, Barcelona con 226 plazas; Sangonera la Verde, Murcia con 148; Barranco Seco, Las Palmas con 168 plazas; y Hoya Fría, Tenerife con 238 plazas (Fernández, 2012).

La Ley y el Reglamento determinan de forma inequívoca que el internamiento debe ejecutarse en establecimientos públicos de carácter no penitenciario. Sin embargo, encontramos que la mayoría de ellos se sitúan en dependencias penitenciarias abandonadas o antiguos cuarteles. Estos escenarios están acompañados con la estructura física interior de pasillos, celdas, cabinas de comunicación y patios propias de una

cárcel. Las prácticas que nos encontramos, respecto al control de horarios, la permanencia obligatoria y bajo llave en las celdas, la retirada de dispositivos móviles, así como de haberes personales o la vigilancia constante mediante cámaras y agentes de la policía nacional uniformada, no apartan esta idea.

Es más, cualificados/as especialistas en derecho comparado afirman que *“se ha considerado con sólidos y fundados argumentos que los CIEs son de peor condición que los centros penitenciarios, hasta el punto de que un gran número de autores los definen como cárceles controladas por agentes de policía armados y sostenidos en un modelo policial autoritario que va configurando un espacio de sufrimiento para las personas internadas y un espacio de opacidad e impunidad”* (Martínez Escamilla, 2015).

A pesar de ello, la apariencia externa no siempre nos indica lo que hay en el interior de estos edificios. Como ejemplo podemos tomar el centro de Aluche en Madrid, para el que se aprovechó el antiguo hospital de la histórica cárcel de Carabanchel. Este es un edificio alegre y colorido, con una cúpula superior que recuerda a una carpa de circo. Las ventanas hacia el exterior están tapadas con tupidas pantallas metálicas azules que no dejan ver lo que acontece en el interior y tampoco pasar la luz hacia el interior.

El contraste existente entre la apariencia externa y el uso del inmueble es notable. Esta intencionalidad arquitectónica la podemos encontrar también en el CIE de Barcelona, por lo que se puede intuir que esta divergencia entre contenido y continente no es casual.

También podemos encontrar gran disparidad entre la descripción de instalaciones y medios que impone la Recepción y Control de Información Externa (RCIE) y los que se proporcionan en realidad:

“Artículo 7. Instalaciones y medios básicos:

- 1. Todas las instalaciones y dependencias deberán satisfacer las condiciones de accesibilidad e higiene y estar acondicionadas de manera que el volumen de espacio, ventilación, agua, alumbrado y calefacción se ajusten a las normas de habitabilidad y a las condiciones climáticas de la localidad donde se halle ubicado el centro. Asimismo, deberán estar equipadas del mobiliario suficiente para hacerlas aptas para el uso a que se destinan.*
- 2. Los elementos de construcción de las instalaciones y servicios deberán ser los adecuados, respecto a su resistencia, duración y seguridad, para un uso colectivo.*

3. *Los centros dispondrán de módulos independientes para permitir la separación por sexos de los internos. Se procurará que los internos que formen una unidad familiar estén juntos y tengan en su compañía a sus hijos menores, facilitándoles, en la medida de lo posible, alojamiento separado que garantice un adecuado grado de intimidad.
Igualmente, se procurará que las instalaciones permitan la separación de los condenados, internados en virtud del artículo 89.6 del Código Penal, o que tengan antecedentes penales, de aquellos otros que se encuentren internos por la mera estancia irregular en España.*
4. *En los centros existirá un servicio de asistencia sanitaria con disponibilidad de personal, instrumental y equipamiento necesario para la atención permanente y de urgencia de los internos.
Existirán las dependencias necesarias para la permanencia de los extranjeros internados que, según el informe emitido por el facultativo, aun no requiriendo atención hospitalaria debido a la enfermedad física, psíquica o toxicomanía apreciada en su reconocimiento, aconseje su separación del resto de los internados, medida que será comunicada inmediatamente al Juez competente para el control de la estancia de los extranjeros en el centro.*
5. *Deberán existir instalaciones adecuadas para la realización de actividades de ocio, entretenimiento y deportivas, así como un patio para el paseo de los internos.*
6. *Los centros deberán contar con espacio y medios suficientes para el almacenaje seguro de los equipajes y efectos personales de los internos, incluyendo la custodia de dinero en efectivo y objetos de valor.*
7. *Los centros deberán contar con un número suficiente de teléfonos públicos para su uso por los internos en los horarios y condiciones que se determinen”.*

A continuación, analizaremos el contraste entre estos artículos y la realidad de las instalaciones. La inexistencia o inadecuación de ciertos servicios dejará sin posibilidad de acceder a sus derechos a las personas que en ellos se encuentran, debido a la limitación de su libertad ambulatoria.

4.2 DERECHOS EN EL INTERNAMIENTO

Como garante de la vida de las personas internas al permanecer de forma obligada en las instalaciones pertenecientes a su jurisdicción, el estado debe asegurar el acceso a una serie de derechos de las personas internas, así lo contempla el RCIE.

Artículo 16. Derechos de los internos:

1. *Todas las actividades desarrolladas en los centros se llevarán a cabo salvaguardando los derechos y libertades reconocidos a los extranjeros por el ordenamiento jurídico, sin más limitaciones que las que fueran necesarias, conforme al contenido y finalidad de la medida judicial de internamiento acordada.*
2. *En particular y en atención a su situación, se garantizan a los extranjeros internados, desde su ingreso y durante el tiempo de permanencia en el centro, los siguientes derechos:*
 - a) A ser informado en un idioma que le sea inteligible de su situación, así como de las resoluciones judiciales y administrativas que le afecten.
 - b) A que se vele por el respeto a su vida, integridad física y salud, sin que pueda en ningún caso ser sometido a tratos degradantes o vejatorios, y a que sea preservada su dignidad y su intimidad. Las personas internadas se designarán por su nombre, salvo manifestación expresa en contrario del interesado.
 - c) A facilitarle el ejercicio de los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico, sin más limitaciones que las derivadas de su situación de internamiento, y en especial cuando se solicite protección internacional o cuando sea víctima de violencia de género, de trata de seres humanos o de violencia sexual.
 - d) A no ser objeto de discriminación por razón de origen, incluido el racial o étnico, sexo, orientación o identidad sexual, ideología, religión o creencias, enfermedad, discapacidad o cualquier otra circunstancia personal o social.
 - e) A recibir asistencia médica y sanitaria adecuada y ser atendido por los servicios de asistencia social del centro.
 - f) A recibir un seguimiento médico especial, para las mujeres de las que se tenga constancia que se hallan embarazadas.
 - g) A que se comunique inmediatamente su ingreso o su traslado a la persona que designe en España y a su abogado, así como a la Oficina Consular del país del que es nacional.
 - h) A ser asistido de abogado, que se le proporcionará de oficio en su caso, y a comunicarse reservadamente con el mismo, incluso fuera del horario general del centro, cuando la urgencia del caso lo justifique.
 - i) A comunicarse en el horario establecido en el centro, con sus familiares, funcionarios consulares de su país u otras personas, derecho que sólo podrá restringirse en virtud de resolución judicial.
 - j) A ser asistido de intérprete si no comprende o no habla castellano, de forma gratuita si careciese de medios económicos.
 - k) A tener en su compañía a sus hijos menores, siempre que el Ministerio Fiscal informe favorablemente tal medida y existan en el centro módulos que garanticen la unidad e intimidad familiar.

- l) A entrar en contacto con organizaciones no gubernamentales y organismos nacionales, internacionales y no gubernamentales de protección de inmigrantes.
- m) A realizar, en el momento de su ingreso, dos comunicaciones telefónicas gratuitas: con su abogado y con un familiar o persona de confianza residente en España.
- n) A presentar quejas y peticiones en defensa de sus derechos e intereses legítimos, conforme a lo previsto en este reglamento, que serán remitidas, preservando su secreto, de forma inmediata a su destinatario.

Sin embargo, como ya se adelantaba y, recurriendo de nuevo como fuente al MNP del defensor del pueblo, las carencias en las instalaciones y el incumplimiento de derechos puede considerarse más la norma que la excepción. Siguiendo este documento en ningún CIE hay asistencia psicológica o psiquiátrica, tampoco se cuenta con presencia médica 24 horas, no se ofrecen intérpretes en los servicios necesarios, no existe separación entre internos con antecedentes y sin antecedentes penales, tampoco se ofrece material de ocio, lectura y deportivo suficiente. Otros derechos como la intimidad familiar o con representantes, o a la solicitud de protección internacional, también se encuentran mermados. Debido a la crisis del Covid-19 hemos experimentado la dureza de un confinamiento con grandes incertidumbres sobre el futuro y la afectación emocional de no poder estar junto a nuestros seres queridos. Si a este panorama agregamos un entorno ajeno y precario, así como el riesgo inminente de una expulsión que nos impida tal vez volver a reencontrarnos en años con esas personas, podremos vislumbrar el sufrimiento de las personas internadas en estos espacios.

Por todo ello, no es desacertado hablar de incumplimiento del Estado de sus deberes como garante del bienestar de las personas internas, ni son incomprensibles las contundentes y reiteradas denuncias de organizaciones y especialistas que velan por los Derechos Humanos.

Esta perspectiva general, no obsta para que pongamos particular atención en ciertos derechos que al no ser cumplidos vulneran otros más esenciales. Tendremos con ellos una especial consideración incorporando algunas sentencias y autos judiciales relevantes que indican obligaciones ineludibles para la administración.

4.2.1. Tutela judicial efectiva

Para comprender este punto, hay que recorrer el camino de entrada al CIE. Sobre la persona que es encerrada, debe pesar una resolución de devolución o una orden

de expulsión, bien por haber sido interceptada sin autorización administrativa, bien por haber cometido un delito cuya pena privativa de libertad fuese conmutada por expulsión.

En los primeros casos, cuando la persona no tiene en regla sus papeles, se puede llevar a comisaría y allí iniciar un expediente sancionador que tenga como consecuencia una resolución de devolución, un expediente de expulsión o una multa. Si se incoa la expulsión o la devolución, la persona puede permanecer en la comisaría un máximo de 72 horas. Si la policía no puede ejecutar la expulsión en ese plazo, puede solicitar al Juez el Ingreso al CIE y es su decisión la que determina si es internada o no. A pesar de que esta medida privativa de libertad habría de regirse por el principio de excepcionalidad, según sentencia del Tribunal Constitucional (STC 115/1987), la rareza es la aplicación de multas.

Por otro lado, el abogado o abogada que asiste a la persona en la vista de internamiento es diferente al que pudiera asistir en la incoación del expediente de expulsión, por lo que desconocerá la situación del/de la defendido/a. Debido a la estrechez del plazo puede ser imposible recabar la documentación que permitiría oponerse a la decisión del internamiento. Una vez en el CIE existe el derecho a la defensa y a recurrir. Sin embargo, el informe Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros (ferrocarril clandestino, 2009) describe las circunstancias que limitan ese derecho: *“la exigencia de ratificación de la representación procesal en el procedimiento contencioso administrativo en el ámbito de extranjería, bien por poder notarial o comparecencia apud acta, incluso de los/as abogados/as designados/as de oficio y designados/as expresamente en la Comisaría, hace imposible la posibilidad de recurrir los decretos de expulsión por parte de las personas internas en el CIE o ya expulsadas. Primando en los Tribunales una cuestión de mera formalidad procesal sobre el derecho a la defensa”*.

Antes de la entrada en vigor del RCIE, una vez se ingresaba, se carecía de otras garantías procesales y formales de las personas internas que hoy parecen básicas. No había intimidad en las cabinas para comunicarse con los/as letrados/as que debían hablar con sus representados/as bajo la custodia y escucha policial, hecho que dificultaba cualquier tipo de denuncia hacia la institución. Tampoco existía ninguna vía anónima de comunicación con el exterior que no pasara por los/as funcionarios/as de la Policía Nacional y ningún juzgado fiscalizaba lo que ocurría. Hoy en día sí existen esos juzgados, y emiten puntualmente autos que acuerdan medidas de obligado cumplimiento. Además, hallamos circulares internas que recuerdan las condiciones que requiere el internamiento y una serie de sentencias que son doctrina aplicable.

Incidimos en lo más destacado:

- a. *Sentencia del Tribunal Supremo 14-12-2006*: Relevante ya que dictamina que la incoación del expediente de expulsión no es acto de mero trámite si propone internamiento. Respecto a este particular se cita textualmente la Sentencia: “Al igual que en los casos resueltos en ambas sentencias, en este caso el acto administrativo recurrido inicia un procedimiento sancionador, y, en ese aspecto, es sin duda un acto de trámite. Pero hace algo más, a saber, pone una condición imprescindible para que el Juez de Instrucción adopte la medida cautelar de internamiento. En efecto, se decide en el acto recurrido “proponer, en atención a las circunstancias personales del interesado, al Juez de Instrucción que disponga su ingreso en centro de internamiento, en tanto se sustancia el expediente, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 62 de la Ley Orgánica 4/2000, reformada por la Ley Orgánica 8/2000”.
- b. *Circular 6/2014 Dirección General de Policía*: Este documento, tiene como objetivo determinar los criterios para solicitar el ingreso de ciudadanos extranjeros en los Centros de Internamiento. Para ello, deben tenerse en cuenta circunstancias personales y las posibilidades reales de ejecutarse la repatriación. A pesar de que la legislación vigente que afecta a los CIEs excluye la posibilidad de que los menores no acompañados puedan ingresar en ellos y pone de relieve la necesidad de que el internamiento sea una medida individual en la que se tengan en cuenta la situación personal de las personas afectadas. Un informe alerta y dice que se ha triplicado el número de casos de menores internados en los CIEs (Servicio Jesuita del Migrante, 2018).
- c. *Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea 30-11-2009 caso Shamilovich*: Esta sentencia recuerda que La Directiva 2008/115/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, relativa a las normas y procedimientos comunes en los Estados miembros para el retorno de los nacionales de terceros países en situación irregular declara que los Estados miembro podrán mantener internados a los nacionales de terceros países que sean objeto de procedimientos de retorno, únicamente a fin de preparar el retorno o llevar a cabo el proceso de expulsión, especialmente cuando: a) haya riesgo de fuga, o b) el nacional de un tercer país de que se trate evite o dificulte la preparación del retorno o el proceso de expulsión.

4.2.2. Información y comunicación

Otra de las carencias recurrentes dentro del CIE es el derecho a la comunicación y a la información. Este tema, se relaciona muy estrechamente con el anterior, ya que si no se permite una fluidez entre lo que ocurre dentro y lo que acontece en el exterior, es difícil gozar de garantías jurídicas. Los autos que se comparten a continuación per-

tenecen al CIE de Aluche en Madrid. Uno de sus jueces, al frente del Juzgado de instrucción número 6 en control Jurisdiccional del CIE, ha sido consciente de la relevancia de desproveer a este tipo de centro de su hábito carcelario para ajustarlo al carácter no penitenciario que le concede la ley. Sus manifestaciones públicas, dan cuenta del carácter discrecional con el que a veces se aplica la ley y el desamparo de las personas que no cuentan con herramientas para desenvolverse ante el sistema administrativo y judicial, así como de la connivencia entre la población civil, las organizaciones no gubernamentales y quienes deben tomar decisiones políticas y judiciales a la hora de defender los Derechos Humanos. Así, el Juez Ramiro García de Dios expresaba en una entrevista lo siguiente (Sainz): *“He dicho muchas veces que los CIEs para mí son centros de sufrimiento y espacios de opacidad e impunidad policial. Y me reitero después de más de ocho años y a punto de jubilarme”*.

Emitió en el ejercicio de su profesión varios autos judiciales destinados a eliminar esa opacidad y mejorar las condiciones de vida de las personas internas:

- a. Auto de Juzgado de Instrucción número 6 en control Jurisdiccional del CIE de Madrid AJI 25-3-2014 sobre derecho a ser informados de los derechos de protección: Desde el CIE se debe proporcionar una hoja informativa sobre el procedimiento de protección internacional. El auto judicial concreta su contenido.
- b. Auto de Juzgado de Instrucción número 6 en control Jurisdiccional del CIE de Madrid AJI 15-4-2014 sobre el derecho a la información: Mediante este Auto se acuerda ordenar medidas formales y materiales para entregar a cada interno e interna una copia de su expediente administrativo gubernativo policial con toda la información que contenga.
- c. Auto de Juzgado de Instrucción número 6 en control Jurisdiccional del CIE de Madrid AJI 3/2011 sobre la habilitación de horarios para facilitar la comunicación a los internos con Organizaciones No Gubernamentales permitiendo privacidad y una razonable extensión a las visitas que reciban por parte de estas.
- d. Auto de Juzgado de Instrucción número 6 en control Jurisdiccional del CIE de Madrid AJI 31/2015 para garantizar que todos los internos e internas del CIE de Madrid-Aluche puedan tener la posesión tanto de sus teléfonos móviles como los útiles para la carga y usos de estos, y realizar llamadas al exterior y recibir llamadas del exterior, al menos durante un periodo mínimo de cuatro horas diarias.

4.2.3. Integridad física y salud

El presente epígrafe, es probablemente el que requiera de una consideración más urgente. Los CIEs han sido desalojados durante el Estado de Alarma debido al cierre de

fronteras. Sin embargo, “El Gobierno supedita la reapertura de los CIEs a la capacidad “real” de retorno, no a las fases de desescalada” (Europa Press, 2020). Es decir, planea abrirlos, aunque no pueda garantizar las condiciones higiénicas y sanitarias apropiadas para evitar la propagación del Covid-19.

Recordemos que las deficiencias higiénicas, el hacinamiento, las zonas de recreo reducidas, la ausencia de intimidad (en todas las zonas son comunes, incluidas celdas de hasta ocho personas y baños), la asistencia sanitaria intermitente y la comida insuficiente y de baja calidad, han sido objeto algunas de las denuncias que durante años han presentado distintas organizaciones sociales y testimonios individuales calificándolas como condiciones de vida inhumanas (Marco, 2019). Varias epidemias han brotado en el interior como consecuencia. Han muerto personas como Samba Martine o Idrissa Diallo en condiciones difíciles de esclarecer y en el que la responsabilidad de los gestores del CIE se encuentra diluida. Incluso se han remitido redundantemente testimonios de tratos inhumanos y degradantes por parte de los policías que custodian los centros.

El RCIE en su artículo 14, respecto al servicio de asistencia sanitaria prevé la suficiencia del mismo respecto al nivel de ocupación. Además de la atención médica y farmacéutica, se le atribuye la preparación y distribución de alimentos, garantizar la higiene y aseo de las personas internadas, el control de la salubridad y la prevención de epidemias. Si contrastamos este deber con el Informe sobre CIE del 2017 del Servicio Jesuita al Migrante concluye que *“es sumamente preocupante el modo como el Ministerio del Interior desoye los requerimientos del Poder Judicial en la garantía de derechos de las personas extranjeras internadas”*. Apoya su postura en una serie de Autos que dice incumplidos. Extraemos a continuación los principales párrafos en su literalidad en relación al bienestar biopsicosocial de las personas recluidas o dicho de otro modo, al estado de salud:

- *Auto del juzgado de instrucción n.º 6 de Madrid, en función de control de CIE, de 30 de junio de 2017: Responde a una queja elevada por más de cien internos mediante carta que denuncia la carencia de asistencia médica desde la tarde-noche y a lo largo de toda la noche.*
- *Auto del juzgado de instrucción n.º 6 de Valencia, en función de control de CIE, de 9 de agosto de 2017: Responde al informe sanitario sobre un interno del CIE que había cesado voluntariamente en la toma de sintrón como presión ante la falta de respuesta a sus pretensiones.*
- *Auto del juzgado de instrucción n.º 1 de Algeciras, en función de control de CIE, de 27 de marzo de 2017: Responde a una queja elevada por el internamiento de una persona que presentaba síntomas de trastorno mental.*

El Defensor del Pueblo a través del MNP, en el informe de 2018, sigue constatando que en ningún CIE hay asistencia psicológica o psiquiátrica, que no hay presencia sanitaria 24 horas, que la historia clínica de los pacientes no está informatizada, que no se realizan analíticas sobre consumo o enfermedades infecciosas, que no existen habitaciones de ingreso en enfermería y que los/as intérpretes en los servicios sanitarios son insuficientes.

Esta desidia ha provocado consecuencias nefastas a lo largo de los años de existencia del CIE. Sucesivamente se han desencadenado alarmas por contagio de enfermedades contagiosas como varicela (Ferrocarril Clandestino, 2009), tuberculosis (La Vanguardia, 2017) y hasta ébola (Auto del Juzgado de Instrucción nº. 6 de Madrid de 16 de octubre de 2014). Respecto a esta última enfermedad, tras la voz de alarma en el CIE de Aluche en Madrid, el caso no se confirmó, pero el tiempo que transcurrió mientras la persona que era analizada se hacía las pruebas, los internos e internas del CIE permanecieron en sus celdas sin poder salir, sin comer, sin ir al baño, sin ducharse, viendo pasar a la policía con mascarilla, pero sin recibir ninguna información de lo que acontecía.

Un caso que ilustra con claridad la incapacidad de los CIEs en la gestión de la salud es el de Samba Martine, fallecida en el 2011 (Ceberio, 2012). La sucesión de acontecimientos no queda clara, pero tras la muerte, se recogió el testimonio de sus compañeras con el objetivo de nutrir el argumentario de la acusación popular en defensa de la fallecida y su descendencia. Las mujeres comunicaron, en un correcto francés, que acudía una o dos veces al día a la enfermería, que iba sin nadie para traducir, que le dolía la cabeza y que excretaba sangre y el personal sanitario le facilitaba ibuprofeno y crema para las hemorroides. Decían que lloraba por las noches en la celda porque no podía tumbarse por el dolor, que cuando por la debilidad se caía, los agentes les pedían que se retirasen porque solo tenía cuento y que no analizaban lo que le ocurría. A pesar de que ya tenía diagnóstico de VIH y que el cuadro de dolor podía apuntar una meningitis sólo consiguió que la llevaran al hospital unas horas antes de fallecer. Para jueces y letrados, en este caso inconcluso entre cierres y reaperturas (García, 2019), puede que las responsabilidades no sean nítidas pero aquellas mujeres lo tenían claro "*A Martine la han matado*". En una resolución que data del 13 de octubre de 2020, el Ministerio de la Presidencia resolvió favorablemente la demanda de responsabilidad patrimonial formulada hace ocho años por la familia de Samba Martine. La Administración reconoce así por primera vez su responsabilidad en el fallecimiento de Samba Martine (Martin, 2020).

4.2.4. Atención social

Con la publicación del RCIE, se introdujeron los servicios sociales y culturales en la gestión de los centros de internamiento. En la fase previa, colectivos y asociaciones de defensa de los Derechos Humanos solicitaron la apertura para las Organizaciones No Gubernamentales (en adelante ONG). Asimismo, demandaban un cambio de paradigma, desde el enfoque securitario y policial hacia otro más humanista. Sus peticiones fueron desoídas, considerando la publicación de la norma como una oportunidad perdida por parte de estas entidades (Belgramo, 2014). El interior del CIE siguió gestionado por personal de la Policía Nacional. Se contrató a una ONG que no estaba presente previamente en los centros, con profesionales a quienes se les obligó a firmar compromisos de confidencialidad. Esta ONG sigue prestando este servicio a través de una subvención directa del Ministerio del Interior (INT/1144/2019).

Según el artículo 15 del RCIE, las personas extranjeras han de ser atendidas por trabajadores/as sociales con formación y conocimientos en derechos humanos, extranjería, protección internacional, mediación intercultural, así como de enfoque de género y violencia contra las mujeres. Sin embargo, en ningún momento se posibilita el acceso a las ONGs que asisten a las personas internas como observadores externos e independientes. Sería necesario dadas las continuas denuncias por tratos inhumanos y degradantes que se han sucedido a lo largo de los años. El texto, sin embargo, refiere las modalidades en las que se puede realizar el contrato de prestación del servicio, pero no sugiere vías para tornar los densos muros de los CIEs un poco más transparentes.

En el Informe Anual del Defensor del Pueblo Volumen I del 2019, “*Se vuelve a constatar la existencia de disparidad en la gestión de la asistencia social, jurídica y cultural, y la necesidad de establecer en los CIEs unas directrices comunes, tal y como se ha recomendado y reiterado en los últimos informes anuales*” (Defensor del Pueblo 2019).

Estas recomendaciones a la que nos remite están contenidas en el informe del 2017 (Defensor del Pueblo, 2017), en las que insta a mejorar la atención social, jurídica y cultural para ajustarla a las exigencias del reglamento:

El Defensor del Pueblo ha iniciado actuaciones de oficio tras constatar significativas carencias en la asistencia social, jurídica y cultural en los centros de internamiento de extranjeros, con motivo de las visitas realizadas por personal de esta institución [...]. Desde el convencimiento de la necesidad de abordar una profunda reforma integral de estos servicios en los términos anunciados en el

Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento y Régimen Interior de los centros de internamiento de extranjeros, esta institución ha formulado diversas recomendaciones a la Comisaría General de Extranjería y Fronteras que se centran en los siguientes aspectos:

- Establecer en los centros de internamiento de extranjeros unas directrices comunes para la gestión de la asistencia social, jurídica y cultural, coordinada desde la Comisaría General de Extranjería y Fronteras, sin perjuicio de la competencia atribuida reglamentariamente a las plantillas policiales donde se encuentran los centros.
- Dotar de manera urgente a todos los centros de internamiento de mobiliario suficiente en la zona de ocio, que incluya el necesario mobiliario para el descanso, así como con un receptor de televisión, y también con prensa diaria, biblioteca, juegos de mesa u otros elementos recreativos. La dotación de este material deberá ir acompañada de la correspondiente partida presupuestaria para su mantenimiento y reposición en caso necesario.
- Revisar los términos de la subvención pública por la que se externalizan los servicios de asistencia social y cultural de los centros de internamiento de extranjeros a la vista de las significativas carencias detectadas en las visitas realizadas por el Defensor del Pueblo.
- Elaborar a la mayor brevedad en cada centro, bajo la coordinación y supervisión del director, los proyectos de actuación que, según mandato reglamentario han de ser elaborados por trabajadores/as sociales y aprobados en junta de coordinación.
- Dictar instrucciones para que en cada centro se haga efectivo el derecho de los/as internos/as a entrar en contacto con organizaciones no gubernamentales y de estas a visitar los centros y a entrevistarse con los/as internos/as.

Otro elemento preocupante para el Defensor del Pueblo según el MNP es la gran cantidad de menores internados/as identificados/as, el último año ascendió a 88.

Todo lo expuesto, indica que un modelo de CIE que cumpliera con un carácter no penitenciario, cuya función fuese realmente una detención cautelar sin intención punitiva, debiera virar sus estructuras y personal hacia un modelo de intervención social, permaneciendo el cuerpo de policía en la vigilancia de perímetro. La idea de reducir el ambiente carcelario atendiendo a las recomendaciones del Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa es sostenida por voces cualificadas (Martínez Escamilla, 2015) que ven en estos lugares, una fuente de sufrimiento innecesario.

CONCLUSIONES

La resolución de dilemas en los que se enfrentan derechos y se juegan intereses, ha sido históricamente uno de los mayores retos del Trabajo Social. Artículos como el presente, permiten, a quien pretende ejercer esta labor, reflexionar y profundizar en los argumentos que garantizarán una praxis adecuada. El ejercicio responsable de nuestra profesión no admite equidistancia argumental entre distintas perspectivas, si una de ellas se basa en la injusticia. Se nos exige una toma de posición a favor de las personas, por encima de cualquier otra consideración.

Los Centros de Internamiento de Extranjeros funcionan, a pesar de las definiciones normativas, desde una lógica punitivista y carcelaria. La tutela judicial efectiva queda en entredicho en decenas de informes. Podría afirmarse que la mera existencia de sus muros quiebra los principios y libertades básicas del Estado de Derecho.

Además, no cumplen los requisitos reglamentarios sobre salubridad e higiene, ni tan siquiera de habitabilidad básica. Si sumamos esto, a una atención sanitaria muy deficiente, podemos predecir que, si se supedita la apertura a la posibilidad de ejecutar la expulsión y no a las posibilidades reales de garantizar la salud, veremos muchos casos de personas contagiadas debido al internamiento. Si el Estado expone al Covid-19 a estas personas, estará incumpliendo una vez más y de manera flagrante, su deber de garante de la salud en una situación privativa de libertad, con consecuencias funestas.

Por todo ello, podemos inferir que la única alternativa viable para los Centros de Internamiento de Extranjeros compatible con el respeto a los Derechos Humanos y el Estado de Derecho es su cierre definitivo. Es la medida más justa, inteligente y beneficiosa para el conjunto de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barcelona Agencias. (2017, marzo 23). Detectan 127 positivos por tuberculosis en el CIE de Barcelona. *La Vanguardia*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20170323/421126711014/tuberculosis-cie-zona-franca-barcelona.html>
- Belaza, M. C. (2012, enero 25). Los médicos del CIE descartaron nueve veces la gravedad de la interna fallecida. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/politica/2012/01/24/actualidad/1327432760_047553.html

- Belgrano, M. (2014). Nuevo Reglamento de los CIEs, una oportunidad perdida. *Consejo General de la Abogacía Española*. Recuperado el 15 de octubre de 2019, de: <https://www.abogacia.es/2014/03/27/nuevo-reglamento-de-los-cie-una-oportunidad-perdida/>
- Defensor del Pueblo. Mecanismo Nacional de Prevención sobre Supervisión de lugares de privación de libertad en España, 2017.* (2018). Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2018/07/Informe_2017_MNP.pdf
- Defensor del Pueblo. Mecanismo Nacional de Prevención sobre Supervisión de lugares de privación de libertad en España 2018.* (2019). Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/09/Informe_2018_MNP.pdf
- El gobierno supedita la reapertura de los CIEs a la capacidad “Real” de retorno, no a las fases de desescalada (2020, Abril 29). *Europapress*. Recuperado de <https://www.europapress.es/epsocial/migracion/noticia-gobierno-supedita-reapertura-cie-capacidad-real-retorno-no-fases-desescalada-20200429150500.html>
- Escamilla, M. (2015). Detención, internamiento y expulsión administrativa de personas extranjeras. *Consejo General del Poder Judicial en la colección Cuadernos Digitales de Formación* (p. 53). Recuperado de <http://eprints.sim.ucm.es/34492/1/FINAL.DIC.2015.LIBRO.CGPJ.pdf>
- Fernández, G. y otros. (2012). *¿Qué hacemos con las fronteras?* Madrid: Ediciones Akal.
- Ferrocarril Clandestino. [Ed.]. (2009). *Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros*. Madrid.
- García, T. (2019, febrero 20). El caso de la muerte de Samba Martine irá a juicio en junio. *El Salto*. Recuperado de <https://www.elsaltodiario.com/cie-de-aluche/caso-muerte-samba-martine-juicio-junio>
- Grasso, D. (2017, diciembre 3). Dos documentos oficiales elevan a más de cuatro millones de euros el gasto en un CIE vacío. *El Confidencial*. Recuperado de <https://www.elconfidencial.es>
- Informe Anual del Defensor del Pueblo 2017. Informe de Gestión* (p. 291-292). (2018). Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2018/03/Informe_anual_2017_vol.I.1_Gestion.pdf
- Informe Anual del Defensor del Pueblo 2018. Informe de Gestión* (p. 53). (2019). Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/06/Informe_gestion_2018.pdf
- Martin, M. (2020, Febrero 2017). El Gobierno indemnizará a la familia de Samba Martine, la inmigrante fallecida en 2011 en el CIE de Madrid. *El País*. Extraído de <https://elpais.com/espana/2020-11-17/el-gobierno-indemniza-a-la-familia-de-samba-martine-la-inmigrante-fallecida-en-2011-en-el-cie-de-madrid.html>

Por Causa: Documento remitido por la Dirección General de Policía en contestación a la petición de acceso de información EXP: 001-013886 (2017). Recuperado de <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1JZYddbXAmsb0EV1kerdjLc3nLQNgpQouVJukocU631U/edit#gid=650821901>

Sainz, P. (2018, febrero 1). Ramiro García de Dios: "Nuestro sistema judicial es beligerante con los débiles". *El Salto*. Recuperado de <https://www.elsaltodiario.com/derechos-humanos/ramiro-garcia-de-dios-nuestro-sistema-judicial-es-beligerante-con-los-debiles-y-complaciente-con-los-poderosos->

Servicio Jesuita a Migrantes. Informe CIE 2017. Sufrimiento Inútil. (2008). Recuperado de <https://sjme.org/publicacion/informe-cie-2017-de-sjm-sufrimiento-inutil/>

LAS MASCOTAS EN EL INFORME SOCIAL

PETS IN THE SOCIAL REPORT

Carmen Caravaca Llamas
Universidad de Murcia

Resumen: Esta investigación documental tiene como objetivo fundamental analizar y dar a conocer la relevancia de incluir a los animales no humanos de las familias en los informes sociales. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se han consultado fuentes primarias y secundarias que expliquen la dimensión socioafectiva de las mascotas en la familia y su potencial como indicador de la realidad del núcleo de convivencia. Antes parecía absurdo incluir en las valoraciones profesionales el papel que jugaban los animales en la familia humana, ahora es un factor para considerar en los informes sociales y en las intervenciones de carácter sistémico porque en muchas investigaciones ya se ha demostrado que el animal no sólo influye en la relación familiar, sino que ocupa un lugar y puede ser un elemento que revele al profesional la disfunción familiar o incluso, situaciones de abuso o maltrato.

Palabras clave: Informe social, Trabajo Social, Mascotas, Indicador, Intervención social.

Abstract: This fundamental research aims to analyze and raise awareness of the importance of including nonhuman animals of families in social reports. To this end, a bibliographic search was carried out and primary and secondary sources were consulted to explain the socio-affective dimension of pets in the family and their potential as an indicator of the reality of the coexistence nucleus. Before, it seemed absurd to include in professional evaluations the role played by the pet or animals in the human family, now it seems a determining factor to be considered in social reports and systemic interventions because in many investigations it has already shown that the Animal not only influences the family relationship but also occupies a place and can be an element that reveals to the professional family dysfunction or even situations of abuse or abuse.

Key words: Social report, Social Work, Pets, Indicator, Social intervention.

| Recibido: 2/04/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 30/11/2020 |

Referencia normalizada: Caravaca, C. (2020). Las mascotas en el informe social. Trabajo Social Hoy, 90, 49-66. doi: 10.12960/TSH.2020.0009

Correspondencia: Carmen Caravaca. Universidad de Murcia. Correo electrónico: Carmen.caravaca@um.es

1. INTRODUCCIÓN

El informe social es un instrumento específico y de gran importancia dentro del Trabajo Social que se elabora para dar a conocer una realidad concreta en un tiempo determinado. Es una herramienta exclusiva de los/as trabajadores/as sociales que se sustenta en una base científica con una metodología, técnicas e instrumentos que le son propios y sirve para cumplir con su finalidad primordial: dar a conocer o informar sobre las circunstancias o factores sociales que se dan en un caso concreto tras su análisis o investigación. La libertad que le es propia a los/as profesionales del Trabajo Social para elaborar el informe social, siempre debe atender a unos principios y obligaciones esenciales de la disciplina, seleccionará los datos que crea más relevantes, pero *“nunca se podrá amparar en la estructura del documento, o en otros aspectos formales, para justificar una omisión de información o una descripción deficiente”* (Pérez Rivero, 2000).

Uno de los aspectos discutibles de inclusión/exclusión en el informe es la referencia a las mascotas o los animales no humanos que conviven con personas sujeto de nuestro diagnóstico e intervención. Este debate parece haber sido generado en parte debido a la poca importancia que se les da a los animales, incluyendo sus propios derechos recogidos en la legislación nacional e internacional, así como los deberes para/con ellos del/de la propietario/a. En cuanto al Trabajo Social, bien es cierto que en el Código Deontológico se recoge la intervención de estos/as profesionales sobre las personas, pero no hace mención alguna sobre los animales, aunque sí recoge una serie de principios fundamentales como el respeto, justicia social, y la ausencia de juicios de valor, entre otros, que orientan su actuación con la finalidad de generar bienestar social:

“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” (Artículo 5 del Código Deontológico del Trabajo Social).

A veces se deja de lado la importancia que reviste esta inclusión y, por ende, la relevancia que puede tener tanto para el animal no humano como para los miembros humanos de la familia. En los últimos años son cada vez más las familias que optan por tener animales, según especifica el Informe Sectorial de la Asociación Madrileña

de Veterinarios de Animales de Compañía (AMVAC). Dicho informe recoge que actualmente el 40 % de los hogares españoles posee al menos una mascota y según sus datos, del total de los 20 millones de mascotas que hay en el país, 7,3 millones son perros y gatos (5 147 000 perros y 2 265 000 gatos). Además, son muchos los que consideran a los animales como miembros de la unidad familiar (Ascione et al., 2008; Flynn; 2000; Lacroix, 1998), recibiendo el nombre de lo que se conoce hoy por familias multiespecie o interespecie. Jardim, Disconzi y Silveira (2017) definen este concepto en base a principios de pluralidad de la familia y afecto:

“Se puede considerar la familia multiespecie como una subdivisión que deberá ser incluida dentro de una de las modalidades presentes en la actual sociedad conyugal/parental/single, es decir, ella también debe ser considerada como un núcleo familiar y ser apoyada y tratada de forma igualitaria frente al Derecho. La existencia de vínculos afectivos es independiente de especie, si humano o animal, tanto la pareja hetero/homoafectivo o los diversos miembros que componen una familia parental, como también la single, justifican la clasificación de familia multiespecie. Esto porque tienen en su mascota la representación de un ente familiar. No se puede dejar de subrayar que hoy en día los animales llenan espacios en el universo humano, reciben afecto como un ente familiar, cada uno en la particularidad subjetiva del núcleo a que pertenece” (Jardim, Disconzi y Silveira, 2017).

Sin embargo, esta nueva concepción de las familias y el papel que realizan los animales no humanos pasa desapercibido en muchas ocasiones, tanto para los/as profesionales del Trabajo Social como para otras disciplinas. Es por ello por lo que la formación y el reciclaje son esenciales en un mundo cada vez más cambiante y exigente. De ahí que este artículo trata de evidenciar, de una manera didáctica, algunos argumentos y nociones básicas que sirvan de guía, perfeccionamiento y reciclaje para la elaboración del informe social sin menospreciar la inclusión de referencias de los animales o mascotas que conviven o tienen relación con la persona o familia sobre la que versa nuestro informe. La metodología que se ha llevado a cabo es de tipo cualitativo mediante una revisión bibliográfica actualizada en revistas científicas y bases de datos con el objeto de describir las características y finalidad de los informes sociales como herramienta propia del Trabajo Social y los principales motivos por lo que se debería hacer alusión a los animales en los mismos documentos.

2. EL INFORME SOCIAL COMO PROPIEDAD ESPECIALIZADA DEL TRABAJO SOCIAL

Para explicar la trascendencia del tema empezaremos explicando lo que es el informe social para el Trabajo Social. Se trata de un documento escrito y elaborado por el/la trabajador/a Social, que sirve para el registro de datos y para ofrecer información documental, donde deben constar de forma rigurosa los datos de los/as usuarios/as y aquellos hechos relevantes, recogidos a través de un estudio e investigación, que resulten pertinentes para la elaboración de un diagnóstico o un dictamen posterior. Individualmente, el informe social sirve para comunicar todo lo referente a una historia social y sus problemáticas, para que pueda ser utilizado por otros/as profesionales.

Siguiendo la definición del Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social, aprobado por Asamblea Extraordinaria del Consejo General del Trabajo Social el día 29 de mayo de 1999, en concreto en su Artículo 3.3 dispone que el informe social se trata de:

“una síntesis explicativa respecto a una situación, que emite el/la trabajador/a social como resultado del estudio, valoración y dictamen para el logro de un objetivo determinado. Es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el/la trabajador/a social. Su contenido se deriva del estudio del caso, principalmente a través de la observación y de la entrevista. En el informe social quedarán reflejados en síntesis los datos principales de la situación objeto de estudio, la valoración profesional, el dictamen técnico y una propuesta de intervención”.

En definitiva, es un documento de carácter técnico que realiza exclusivamente, y por tanto firma, el/la trabajador/a social donde se recoge una síntesis clara de la historia social junto con una valoración o propuesta de intervención social. El informe social Barros, Penas y Simonovich (1980), es el reflejo de la actuación profesional por lo que *“su confección no puede estar librada al azar. Su metodología, su terminología, el contenido de su análisis, su objetividad, deben crear una información pasible de ser interpretada sin dificultades por otros profesionales o instituciones a quienes está dirigida”*. Este dictamen técnico conlleva una finalidad y por ello el/la profesional debe seleccionar la información relevante y, además, requiere de unas habilidades y destrezas ya que en la confección del informe, como describen Fotheringham y Vahedzian (2010), *“entrarán en juego diversas habilidades que condicionarán la calidad del mismo”*. Tal y como explica Foucault (1996), el informe social constituye un enunciado en la práctica discursiva del Trabajo Social y por ello requiere de determinados conocimientos, consensos y formas que necesariamente son puestas en un campo referencial, a través de la función de un sujeto habilitado para tal fin.

2.1. OBJETIVOS, UTILIDAD Y CONTENIDO DEL INFORME SOCIAL

El Informe Social, junto con la Historia Social y la Ficha Social, forma parte de la llamada Documentación Específica en Trabajo Social y en ellos se refleja toda la información significativa para su quehacer profesional, sin excluir otros documentos que sean útiles al/a la profesional o para su propia organización, como puedan ser un Registro de Entrevistas o una Ficha de Recursos y Servicios (Pérez Rivero, 2000).

La importancia de este informe radica en la influencia que puede tener en las personas sobre las que versa, por ejemplo, en el rechazo o adquisición de ayudas sociales o la plasmación de las intervenciones profesionales que se han llevado a cabo hasta el momento. Por eso hay que tener claro qué aspectos generales debe seguir el informe social y qué contenidos debe abarcar. La mayoría coincide en que los aspectos básicos que debe reunir todo informe social son los datos personales (historia familiar, situación económica, sanitaria, educativa, etc.), un estudio psicosocial, valoración de la situación y el plan de actuación (Aylwin y Solar, 2011).

Para Fotheringham y Vahedzian (2010), el Informe Social es el producto escrito resultante del proceso de investigación y diagnóstico de una situación social, por lo que está ligado a un contexto particular en donde transcurre y a un recorte temporal en una trayectoria. Además, sus objetivos específicos pueden ser diversos y varían en función de la organización donde el/la profesional ejerza, el/la destinatario/a del informe y los resultados que se buscan. No obstante, su finalidad general siempre será informativa, según Vélez Restrepo (2003) el informe social pretende *“la reconstrucción y comprensión del mundo social y el trazado de claves y pistas que orienten la acción”*.

Al hablar de la utilidad del informe social podemos encontrar como principal referencia general la de aportar información específica de una determinada situación social tanto para otros/as profesionales de la misma organización como para otras instituciones/servicios, pero sus diferentes finalidades vienen motivadas por el objetivo de dicho documento. Para Tonon (2005), el informe social hace referencia al:

“Texto escrito en el que el/la trabajador/a social presenta los datos relacionados con la historia social y situación actual de la/s persona/s, realizando una interpretación y apreciación de estos, destinadas a fundamentar y proponer la acción transformadora a partir de los conocimientos científicos” (Tonon, 2005).

A grandes rasgos, la misión esencial de dicho documento, según el citado autor, es la de interpretar datos, exponer el resultado de su análisis y así orientar las actuaciones

de transformación de la situación-problema. Por otra parte, Melano (1993) nos habla de recuperar la memoria del accionar profesional y de proporcionar insumos para futuras investigaciones por medio del informe social. Igualmente, para Foucault (1996) el informe debe cumplir con dos objetivos principales: comunicar y reflexionar. Estos son discursos que también vienen contemplados en el artículo de Pérez Rivero (2000), donde nos habla de los objetivos generales y específicos, así como de las utilidades que posee dicho documento:

- Detectar problemas individuales y colectivos desde criterios homogéneos.
- Garantizar una información correcta.
- Sistematizar la problemática atendida en los distintos servicios.
- Racionalizar el conocimiento de las dificultades o necesidades de los/as usuarios/as en la derivación de la demanda.
- Acceder a un conocimiento más riguroso de las causas y efectos en relación con necesidades sociales y a la comprobación de la validez de los recursos aplicados a esas necesidades.
- Establecer una vía de coordinación de organismos, instituciones o entidades tanto públicas como privadas, prestadores de recursos y servicios sociales.
- Prevenir desigualdades en la prestación de recursos y servicios sociales.
- Realizar un correcto seguimiento de los problemas planteados en los servicios hasta la solución de estos.

Continuando con Pérez Rivero (2000), la autora menciona los siguientes objetivos del informe social:

- Dar a conocer la existencia y características de una situación social determinada, con el propósito de paliar o modificarla.
- Aportar información para el dictamen profesional.
- Obtener recursos sociales ya establecidos.
- Promover recursos sociales.
- Facilitar información a otros/as profesionales.
- Volver a reflexionar sobre el dictamen profesional al proceder a reflejar en el informe todo el conjunto de los datos del problema.

Muchos/as autores/as han ayudado a determinar la estructura que debe seguir el informe social pero dicho documento tiene un modelo metodológico variable. Gómez, Mas, Pérez y Russo (2002), especifican las partes a seguir, en las siguientes:

- Datos identificatorios.
- Elaborar una consideración metodológica de la realización del estudio.
- Recuperación histórica de los hechos que operan en la situación actual.
- Configuración de la situación actual de la cual emerge la problemática objeto de intervención. Delimitación y caracterización.
- Análisis de las coordenadas relevantes (variables fundamentales) e interpretación desde las categorías teóricas que revelan los fenómenos observados. Cómo nosotros/as, los/as trabajadores/as sociales, interpretamos desde nuestra especificidad, los distintos aspectos de la realidad.
- Apreciación Profesional: el informe social no debe ser meramente analítico-descriptivo, sino que además debe contener observaciones, sugerencias y propuestas, ya que tiene su fundamento en la acción, a partir de focalizar la relación sustantiva problema emergente-contexto de desenvolvimiento.

En cualquier caso, para cumplir con sus objetivos el informe social debe tener determinadas características. Explican Aylwin y Solar (2011), que el informe social se inicia siempre identificando y dando antecedentes acerca de la familia del/de la solicitante y analizando su situación en el contexto familiar. De forma más concreta, para Barros et al., (1980), en el informe social, tras la ficha previa, se desarrollará el informe de las entrevistas que deberán conservar los siguientes ítems:

- Fecha y motivo de la entrevista.
- Nombre del/de la entrevistado/a (cliente o persona relacionada con él/ella).
- Relato objetivo. Es un relato cronológico del contenido de la entrevista. Como su nombre lo indica, es una versión de hecho desprovista de apreciaciones personales. Intenta ser una reproducción fotográfica de su desarrollo. Aquí es donde entra en juego y se pone en evidencia la calidad de observador/a del/de la trabajador/a social. Su importancia reside en el control que permite realizar, sea a lo largo del tratamiento, o del proceso de supervisión. Un buen relato objetivo puede determinar la corrección en el planteo del tratamiento. Realizar una versión verdaderamente objetiva permitirá que el/la trabajador/a social elabore sus impresiones espontáneas, que pueden ser dictadas por prejuicios, simpatía o antipatía o, en suma, por una serie de afectos y sentimientos de los que en lo posible debe desprenderse en el estudio del caso
- Vivienda. Tras la visita al domicilio de su cliente/a o persona usuaria, el/la trabajador/a social realizará una descripción completa de la vivienda donde se incluye la reseña del tipo de vivienda, de los materiales de construcción, medidas de espacio aproximadas, ventilación, iluminación, moblaje, apreciaciones sobre limpieza y orden, número de habitaciones, etc., así como la ubicación del domicilio. Es decir, el barrio y la zona donde está ubicada la vivienda y las características de la población (barrio obrero, barrio residencial, zona urbanizada, etc.).

Carmen Caravaca

- Retrato Psicofísico.
- Historia Social.
- Relato Subjetivo (interpretación).
- Diagnóstico.
- Plan de acción (plan de tratamiento).

Metodológicamente, desde la acción profesional, la realización del Informe Social conlleva determinada precisión pues debe contener una serie de requisitos imprescindibles como son el uso de un lenguaje preciso y profesional (evitando eufemismos o ambigüedades), una claridad expositiva con un hilo conductor claramente visible, una argumentación precisa, didáctica, fiable y comprensible, así como capacidad de síntesis y de discriminación entre lo principal y lo accesorio, la abundancia en el manejo de vocablos y la buena ortografía (Pérez Rivero, 2000; Melano, 1993). En resumen, el/la profesional del Trabajo Social obtendrá toda la información necesaria para elaborar el informe a través de la utilización de diferentes técnicas como pueden ser: la entrevista, la observación (sistematizada o no sistematizada), la escucha activa, etc., y la naturaleza de dicho informe dependerá de la finalidad y destinatarios/as, debiendo contener a grandes rasgos la siguiente información: datos sobre la situación objeto de intervención, es decir un resumen de las circunstancias actuales y pasadas, entorno social y familiar, descripción de la vivienda, economía personal, etc. Además del diagnóstico o dictamen técnico donde se aporta una valoración exhaustiva de los factores analizados, interpreta y da sentido a la información recogida y a las variables de análisis estudiadas. Por último, una propuesta de intervención que mencione las pautas de actuación o los recursos considerados apropiados para la situación actual, según el criterio del/de la profesional cuyo sentido sea mejorar o paliar la situación-problema detectada.

3. LA NECESARIA REFERENCIA A LA TENENCIA DE MASCOTAS

El dictamen técnico instrumental del Trabajo Social, no se aleja de las dimensiones epistemológicas, teóricas, metodológicas y ético-políticas porque tal y como relaciona Travi (2006), *“no son herramientas neutras, sino que se apoyan en supuestos epistemológicos, fundamentos y marcos teóricos en los que fueron concebidas”* y señala además que *“su construcción supone siempre una decisión no solo teórica sino también político-ideológica”*. Por tanto, los informes sociales exigen una racionalización crítica ya que pueden ser utilizados tanto para el control social como para el reconocimiento y restitución de derechos. A continuación, se exponen algunos de los principales argumentos que sostienen la idoneidad de referenciar a los animales no humanos, de compañía o mascotas en los informes sociales.

3.1. COMO INDICADOR DE LA REALIDAD FAMILIAR

Cuando un animal llega a casa supone tanto una adecuación del animal a las reglas anteriormente preexistentes como una reestructuración del antiguo sistema familiar para permitir la incorporación. Durante todo el proceso, según Díaz Videla (2015), los animales desempeñan roles en la dinámica familiar, los cuales son adaptados en función del ciclo vital, de los cambios y de las necesidades de los convivientes. En ocasiones, incluso, las funciones desempeñadas por los animales de compañía pueden superponerse a las desempeñadas por los miembros humanos de la familia, también se les reconocen a las mascotas funciones específicas y distintivas, cuya consideración puede enriquecer el trabajo con las familias. La motivación que supone traer un animal a la familia, así como el tipo de animal, ya nos da información relevante sobre las creencias, aptitudes y necesidades de los miembros. Su recorrido vital también nos aporta datos interesantes sobre los miembros de la unidad familiar: responsabilidades, rutinas, exigencias, espacios, límites, etc. Por ende, los animales no humanos en casa también nos ofrecen información sobre posibles disfuncionalidades como es el caso del maltrato.

La crueldad hacia los animales se define como un “*comportamiento socialmente inaceptable que, intencionadamente, causa dolor innecesario, sufrimiento o estrés por la muerte de un animal*” (Ascione, 1993) y en el año 1987, la American Psychiatric Association (APA) añadió al DSM-IV, la crueldad hacia los animales a la lista de criterios diagnósticos para desórdenes de conducta, asegurando que el maltrato puede ser un factor que predice la violencia hacia humanos. Numerosos estudios muestran cifras relevantes sobre el nexo entre la violencia doméstica y el maltrato animal (Querol, 2012):

- El 71 % de las mujeres que acudieron a una casa de acogida y tenían un animal referían que su agresor había herido, amenazado o matado a su animal de compañía como venganza o para ejercer control psicológico; el 30 % explicó que sus hijos habían herido o matado animales.
- El 68 % de mujeres maltratadas refirieron maltrato a sus animales. El 87 % de estos incidentes ocurrieron en su presencia, y un 75 % en presencia de los hijos, para controlarlos y coaccionarlos psicológicamente.
- Entre el 25 % y el 54 % de las mujeres maltratadas no son capaces de dejar una situación de violencia a causa de la preocupación por sus animales de compañía o de granja.
- En un estudio, el 70 % de los maltratadores de animales también tenían otros antecedentes delictivos. Las víctimas de violencia doméstica cuyos animales eran maltratados, identificaban este maltrato como otro episodio más en una larga historia de violencia indiscriminada contra ellas y su vulnerabilidad.

Carmen Caravaca

- Más del 80 % de las mujeres y más del 70 % de los niños maltratados refieren que los maltratadores han amenazado con matar a los animales domésticos o lo han hecho.
- Los niños testigos de violencia doméstica, maltratan animales de dos a tres veces más a menudo que los niños que no sufren violencia doméstica.
- El abuso de animales realizado por niños es uno de los indicadores más importantes y tempranos del trastorno de conducta.
- Los niños abusados sexualmente son seis veces más proclives a cometer maltrato a los animales que quienes han sufrido otro tipo de abusos.

Numerosas investigaciones demuestran que la violencia doméstica está relacionada con el abuso de animales de compañía (p. ej., Ascione, 1998; Ascione, Weber, Thompson, Heath, Maruyama y Hayashi, 2008). La violencia doméstica suele ser dirigida hacia los/as más débiles, incluyendo a las mascotas. En los hogares violentos los animales son utilizados y maltratados de forma habitual con la finalidad de amenazar o intimidar a los niños, mujeres y ancianos de la familia. Algunas características del contexto familiar de quienes abusan o maltratan animales son: frecuencia en hogares en los que existen otras formas de violencia, el alcohol o abuso de drogas, adultos que fueron abusados sexualmente en la infancia; adolescentes que presentan una relación con sus padres, familia y compañeros más negativa que los no maltratadores (Millar y Knutson, 1997).

También se ha demostrado que el abuso de animales de compañía es una táctica coercitiva utilizada por los agresores o victimarios para controlar a sus parejas (Faver y Strand, 2007; Flynn 2000). Es decir, que es un indicador fiable y temprano de otras situaciones de violencia interpersonal que pueden estar escalando y siendo cada vez más letales. Sucede que muchas víctimas de violencia doméstica poseen fuertes vínculos emocionales con sus animales de compañía y a menudo los describen como miembros de la familia (Ascione et al., 2008; Flynn; 2000; Lacroix, 1998), por lo que en muchas ocasiones los agresores explotan este vínculo para causar daño y sufrimiento psicológico a las víctimas humanas o usar estos métodos para obligarlos a volver a la relación (Upadhy, 2013).

Otro aspecto a tener en cuenta en la repercusión en el desarrollo cognitivo y emocional de los/as menores que viven estas situaciones como testigos o como partícipes de la violencia contra los animales. Existen estudios que demuestran que los/as menores que maltratan a sus animales de compañía pueden ser testigos de actos crueles contra seres humanos o ellos/as mismos/as, siendo víctimas de abuso por alguien mayor y con más poder. Explica Summit (1983) que *“amenazar con lastimar a la mascota de un niño es una técnica común utilizada por abusadores para mantener al niño callado*

sobre el abuso". Además, observar la violencia o ser víctima de amenazas contra las mascotas también es un tipo de maltrato para las personas. Los menores aprenden e interiorizan la violencia, llegando a reproducir estos comportamientos hacia animales, por lo que es una señal de que algo no va bien. Un estudio de la New Jersey Public Child Protection Agency revela que, en el 88 % de las familias donde se había maltratado a los/as menores, también se había maltratado a animales (DeViney, Dickert y Lockwood, 1983). Además, se conoce que aquellas personas que maltratan a los animales carecen de sentimientos de empatía y tienen riesgo de generar violencia hacia las personas, tal y como explican Kellert y Felthous (1985): *"Un niño que crece rodeado de agresión contra cualquier ser vivo tiene más probabilidad de violar, abusar o matar humanos cuando sea adulto"*.

Los/as menores que son testigos del abuso tienen más probabilidades que otros/as niños/as de desarrollar problemas emocionales y de comportamiento en comparación con otros/as niños/as (Ascione, 1993; Girardi y Pozzulo, 2015), por lo que los/as profesionales que trabajan con las víctimas deben considerar el trauma encontrado como resultado de tales experiencias:

"La violencia engendra violencia. Sabemos que los niños que sufren violencia tienden a considerar a la violencia como algo normal, incluso algo aceptable... Y tienen más probabilidades de perpetuar la violencia contra sus propios hijos en el futuro. Si no tratamos el trauma que sufren los niños debido a la violencia social estamos abriendo las puertas a problemas que pueden durar toda la vida... Y desencadenar actitudes negativas que pueden reverberar de una generación a otra (Lake, 2014)".

A veces las personas que hablan sobre el maltrato a sus mascotas nos hablan a la vez de su propio sufrimiento y por ello, en muchos estudios se aconseja el abordaje de la violencia intrafamiliar desde equipos multidisciplinares donde incluso, el personal veterinario esté atento a posibles alarmas sobre agresiones a los animales en el ámbito doméstico ya que puede corresponder a un indicio de malos tratos en el hogar a otros miembros de la familia (Capacés, 2005).

A pesar de ello, en España no se realizan habitualmente preguntas relativas a los animales para la elaboración de los informes sobre la situación sociofamiliar, pasando por alto su relación en los casos de violencia doméstica, ni existen los recursos necesarios integrados en los protocolos para ayudar a los animales y, por ende, a la mujer y los/as hijos/as. Existe alguna excepción como es el Sistema VioGen, el cual es un ejemplo de consideración hacia este indicador y tipo de maltrato. En él se establece una red de instituciones, recur-

son e información, que mide la predicción del riesgo para la víctima humana mediante el formulario de Valoración Policial del Riesgo (VPR) y el formulario de Valoración Policial de la Evolución del Riesgo (VPER), así como realizar un seguimiento de la protección a escala nacional. El formulario de Valoración Policial del Riesgo (VPR4.0) es un instrumento de primera estimación del riesgo de reincidencia que en su versión 4.0 incluye un total de 39 indicadores de riesgo, de cumplimentación dicotómica para incrementar la objetividad. Con ello se pretende clasificar los casos denunciados en función de cinco niveles de riesgo de que se vaya a producir nueva violencia de género: No apreciado, Bajo, Medio, Alto y Extremo. Por otro lado, el formulario de Valoración Policial de la Evolución del Riesgo está constituido por 43 indicadores, también dicotómicos, de los que 34 son de riesgo y 9 de protección, agrupados todos ellos en 5 dimensiones criminológicas: las cuatro del VPR4.0 y una nueva dimensión de indicadores dinámico-relacionales para monitorizar el riesgo y actualizar las medidas de protección aplicadas en un primer momento. El indicador número 14 del formulario de Valoración Policial del Riesgo de reincidencia de violencia recoge las agresiones físicas realizadas por el victimario (en el último año) a terceras personas y/o animales, pero esta apreciación desaparece en el VPER. Resulta cuanto menos curioso estudiar la evolución del riesgo sin este factor ya que en la mayoría de los recursos de vivienda para estas víctimas no se permite la entrada a animales, quedando la mascota desamparada en la mayor parte de las ocasiones y condicionando la estabilidad de las víctimas humanas.

3.2. COMO MIEMBRO OLVIDADO DE LA FAMILIA

El informe social debe reflejar una estimación de las necesidades existentes a medio-largo plazo y estudiar el origen y dinámica de los problemas en relación con el área específica que se intenta tratar. ¿Cómo olvidar entonces referenciar la situación de malestar o bienestar de los animales no humanos que conviven en ese núcleo de atención? Tal y como sugieren Gómez, et. al., (2002), en Trabajo Social, la configuración de la problemática objeto de trabajo se compone de variables fundamentales que deben ser estudiadas, analizadas e interpretadas desde una perspectiva de totalidad de la dinámica de la vida social y por ello, realizar un recorte de la realidad para la intervención, no debe transformarse en una visión parcializada de la misma.

El maltrato animal es, al mismo tiempo, un factor que predispone a la violencia social y, al mismo tiempo, una consecuencia de ésta, y como señalan Aylwin y Solar (2011), *“todo dato ha sido generado por un acontecimiento y aporta información sobre el mismo”*. Para Díaz Videla (2015), la tenencia de animales es un factor a considerar en las evaluaciones profesionales y como tal deben ser incorporadas en las evaluaciones y en

las intervenciones profesionales porque enriquecen el trabajo desde la teoría sistémica y permite la introducción de nuevos recursos y posibilidades ya que se conceptualiza la totalidad del sistema de una forma compleja y completa. A partir del vínculo, tipo e interrelación podemos averiguar el funcionamiento entre sus miembros y los roles que ocupa cada uno:

“Para poder comprender la familia en su totalidad, como un sistema de partes interactuantes, que articula y supera a sus componentes, debemos considerar en nuestras evaluaciones el lugar que todos sus integrantes ocupan -considerando la inclusión de los animales de compañía- su participación en el establecimiento reglas y prácticas de la vida familiar, y sus funciones; estas serán parte del acople estructural del que devendrá la funcionalidad -y quizá también la disfuncionalidad- del sistema familiar” (Díaz Videla, 2015).

El informe social emite un dictamen técnico que documenta y describe una trayectoria vital de la población que asiste, de su adecuada contención, de su vulnerabilidad, de su capacidad y de su potencial o de su riesgo. Su complejidad resalta en la reformulación de los enunciados y de la práctica discursiva de la profesión pues, según Federico Schuster (1995), es el replanteo de nuestro punto de observación lo que describe el modo de mirar, las distintas perspectivas, los diferentes objetivos o intereses en la situación problemática de cada saber específico (González Saibene, 2007) y los distintos umbrales que se manifiestan para dar lugar a las modificaciones ineludibles en los enunciados y discursos. La relevancia de entender el rol de las mascotas en los distintos estadios del ciclo familiar está dada en principio por el significado simbólico que la gente enlaza a estos animales (Schvaneveldt, Young, Schvaneveldt y Kivett, 2001), los cuales resultan cada vez más importantes en la vida familiar (Walsh, 2009b).

Además, la crueldad hacia los animales está tipificada en España en el artículo 337 del Código Penal:

“El que (Quien) por cualquier medio o procedimiento maltrate injustificadamente a un animal doméstico o amansado, causándole la muerte o lesiones que menoscaben gravemente su salud, será castigado (condenado/a) con la pena de tres meses a un año de prisión e inhabilitación especial de uno a tres años para el ejercicio de profesión, oficio o comercio que tenga relación con los animales”.

El sistema legal español proscribire el maltrato y el abandono de animales tanto penal como administrativamente, pero pocas figuras profesionales pueden hacer una valoración del lugar de convivencia como es el caso de los/as trabajadores/as sociales.

3.3. ACTUACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Si, tal y como sugieren muchos estudios, en los hogares disfuncionales es frecuente que ocurra el maltrato hacia los animales, éste nunca debe ser ignorado o menospreciado. Es más, los/as profesionales que trabajan con las familias o con los animales deben saber que puede constituir un factor visible de violencia doméstica y que por tanto se deben emprender las medidas adecuadas que alejen a todas las víctimas (animales incluidos) de dicho fenómeno (Capacés, 2005).

Los y las trabajadores/as sociales deben ser conscientes de esta problemática real y seria y, por tanto, se debe de incorporar en su metodología evaluativa y de intervención la consideración acerca del estado de los animales no humanos en el hogar. Entre algunos de los indicadores a tener en cuenta para valorar las circunstancias sociofamiliares son los siguientes:

- Indagar sobre las responsabilidades de los miembros de la familia para/con el animal o mascota, así como considerar su estadio de evolución en el núcleo familiar. Es decir, cómo llegó al hogar, quién o quienes se encargan de cubrir sus necesidades, qué espacios, límites y cuidados tiene, así como si alguien la agrede o amenaza. Los resultados del estudio de Girardi y Pozzulo (2012) realizado en Canadá, sugieren que los/as trabajadores/as de protección infantil deben considerar hacer preguntas rutinarias a los/as niños/as y cuidadores/as sobre la crueldad animal y observar el comportamiento y las condiciones de vida de las mascotas de la familia cuando realizan evaluaciones de riesgo.
- También es importante no minimizar la violencia hacia los animales y conocer la legislación actual en defensa y protección de los animales en España, así como los posibles recursos de ayuda y asistencia. Se debe apoyar la creación de normativas adecuadas para su bienestar y protección, así como recursos para víctimas de violencia doméstica donde se permita la entrada de animales, tal y como sucede en otros países como es el caso de Estados Unidos, para que no siga sucediendo que las personas afectadas por la violencia en el hogar continúen en ese núcleo de agresión por no dejar atrás o abandonar a sus animales. Se debe incluir a los animales de compañía en las órdenes de protección y alejamiento en casos de violencia doméstica ya que según el Consejo de Protección y Bienestar Animal de la Comunidad Autónoma de Madrid en estudios realizados en casas de acogida para mujeres maltratadas del Reino Unido, Canadá y Estados Unidos *“un 94 % de las*

mujeres con animales de compañía dijo que, si hubieran tenido un sistema de acogida de sus animales, hubieran escapado de sus hogares mucho antes" (Capacés, 2005). Por lo tanto, es preciso que los recursos de estancia a las víctimas humanas también organicen las estructuras necesarias que permitan salvaguardar el bienestar de los animales, tanto como apoyo al vínculo establecido entre ambos como factor de seguridad que permita el abandono del maltratador.

- Los/as menores que hayan presenciado agresiones o amenazas hacia sus animales o mascotas deben ser atendidos/as desde servicios especializados donde se trabajen la gestión de las emociones y la empatía que impidan que dichas escenas de agresión sean entendidas por los/as menores como algo normal. No obstante, aparte del tratamiento para los/as menores víctimas de estas situaciones, también es importante la prevención, sobre todo mediante la educación en valores y patrones éticos de comportamiento.
- Fomentar el trabajo en red multidisciplinar. Tomando en consideración todo lo anterior, solamente podemos llegar a la conclusión de la imperiosa necesidad que existe del esfuerzo integrado de padres, madres, profesores/as, trabajadores/as sociales, veterinarios/as, pediatras, asociaciones de protección animal y psicólogos/as para prevenir el maltrato a los animales y su posterior transformación en violencia social. Es necesario que se aprueben leyes y recomendaciones técnicas en diferentes disciplinas para que cualquier profesional informe sobre posibles sospechas de maltrato animal a las autoridades competentes.

Lo fundamental es recordar que el informe social no sólo aporta datos, inferencias o impresiones, sino que contribuye a detectar las necesidades y a planificar la acción profesional. Por ello, una vez más, se deben tener en cuenta a los animales no humanos de la familia.

4. CONCLUSIONES

Se podría analizar la conveniencia de incluir referencias a las mascotas en otros instrumentos propios o afines del Trabajo Social pero no es el objetivo específico de este trabajo, aunque no se descarta para posibles indagaciones. En cuanto al informe social, como parte de la identidad profesional del Trabajo Social, debe describir adecuadamente las diversas dimensiones de la vida social de las personas, grupos

y comunidades y ayudar así, a orientar las prácticas profesionales para dicha situación. Su importancia radica en la influencia que puede tener en la vida de personas o familias y por ello debe ser claro, objetivo y sin lugar a diferentes interpretaciones, es decir, no debe sembrar la duda. Su función fundamental es informar y comunicar, dando forma al mensaje en función del objetivo y del destinatario. Por todo ello, se deben emprender actividades cuyo objetivo sea formar en la realidad del momento a los actuales y futuros profesionales del Trabajo Social, y una de estas dimensiones es cómo abordar la elaboración de una de sus herramientas fundamentales en nuestra especialidad: el informe social.

Aunque los animales no formen parte de las actuaciones profesionales del Trabajo Social según el Código Deontológico, pueden ofrecer información relevante sobre las circunstancias sociofamiliares. Son, de hecho, reconocidos por muchos estudios principalmente internacionales como un importante indicador de valoración de la realidad psicosocial de las personas. Por lo tanto, desde el Trabajo Social no debemos olvidar este importante papel que desempeñan en la vida de las personas, siendo considerados como miembros de la unidad familiar. Además, los animales son sujetos de derechos y merecen y necesitan una protección de su bienestar, por lo que quizás cabe preguntarse quién o qué rama o disciplina específica velará por ellos y si el Trabajo Social está excluyendo a estos antiguos pero nuevos reconocidos, miembros de la familia. Desde esta perspectiva, se puede considerar a los animales como víctimas no sólo instrumentales por la consecuencia que el maltrato que sobre ellos ejerce en las personas, sino porque como seres vivos sensibles y sintientes sufren como tales y que es de imperiosa necesidad implementar una colaboración efectiva entre los servicios de violencia doméstica y los programas de bienestar animal. Todo ello requerirá solventar problemas, dudas y otros dilemas legales y éticos surgidos de los intentos de mantener a las mujeres y sus mascotas a salvo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales (1999). *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo social*. Texto aprobado en su sesión extraordinaria de 29 mayo 1999. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.es/> último acceso el 10/06/19
- Asociación Madrileña de Veterinarios de Animales de Compañía. (2018), Informe Sectorial. Madrid. Recuperado de <http://www.amvac.es/Estudio-sectorial.pdf> último acceso el 20/06/19.

- Ascione, F. R. (1993). Children who are cruel to animals: A review of research and implications for developmental psychopathology. *Anthrozoos*, 6, pp. 226-247.
- Ascione, F. R., Weber, C. V., Thompson T. M., Heath J., Maruyama, M. y Hayashi, K. (2008). *The International Handbook of Animal Abuse and Cruelty: Theory, Research, and Application*. West Lafayette, Indiana: Purdue University Press.
- Aylwin, N., y Solar, M. O. (2011). *El Trabajo Social Familiar. Aportes científicos a su gestión sustentable*. 4.ª edición. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Barros, G., Faust de Penas B., y Schvets de Simonovich, C. (1980). *El informe en Servicio Social*. Buenos Aires: Hvmánitas. 5ta. Edición.
- Capacés Sala, J. A. (2005). Maltrato de los animales y violencia doméstica. *Animalia*, 179, 76-79.
- DeViney, E., Dickert, J., y Lockwood, R. (1983). The care of pets within child abusing families. *International Journal for the Study of Animal Problems*, 4(4), 321-329.
- Díaz Videla, M. (2015). El miembro no humano de la familia: las mascotas a través del ciclo vital familiar. *Revista Ciencia Animal*, 9, 83-98.
- Faver, C. A. y Strand, E. B. (2005). Fear, guilt and grief: harm to pets and the emotional abuse of women. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 1, 51-70. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1300/J135v07n01_04
- Flynn, C. P. (2012). *Understanding Animal Abuse: A Sociological Analysis*. Brooklyn, NY: Lantern Books.
- Fotheringham, M. y Vahedzian, C. (2010). *El informe social: vidriera de una profesión*. MIRÍADA. Instituto de Investigaciones en Ciencia Sociales (IDICSO). Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Sociales. Año 3, N° 5.
- Foucault, M. (1996). *La Arqueología de Saber*. México: Siglo XXI, 17.ª Edición.
- Girardi, A., y Pozzulo, J. (2012). The Significance of Animal Cruelty in Child Protection Investigations. *Social Work Research*, 36, Issue 1, 53-60. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/swr/svs012>
- Gómez, M. I., Mas, P., Pérez, S., y Russo, S. (2002). *Informe social; Análisis y perspectivas*. Distrito La Plata.
- González Saibene, A. (2007). *El objeto de intervención profesional, un mito del Trabajo Social*. Rosario: Editorial Futuro Solidario-CIAPP.
- Jardim Geissler, A. C; Disconzi, N., y Silveira Flain, V. (2017). *La mascota bajo la perspectiva de la familia multiespecie y su inserción en el ordenamiento jurídico brasileño*. Derecho Animal.
- Kellert, S. R., y Felthous, A. R., (1985). Childhood cruelty toward animals among criminals and noncriminals. *Human Relations*, 38, 1113-1129.
- Lacroix, Ch. A. (1999). *Another weapon for combating family violence. Prevention of animal abuse*. In F. Ascione y Ph. Arkow (eds.), *Child abuse, domestic violence, and animal abuse. Linking the circles of compassion for prevention and intervention* (pp. 62-80). West Lafayette, Purdue University Press.

- Lake, A. (14 de agosto de 2014). Discurso de apertura de las sesiones de la Junta de UNICEF. Recuperado de: http://www.unicef.org/about/execboard/index_71862.html
- Miller, K. S., y Knutson, J. F. (1997). Reports of severe physical punishment and exposure to animal cruelty by inmates convicted of felonies and by university students. *Child Abuse and Neglect*, 21, 59-82.
- Ministerio del Interior. (2018). *VioGen. La valoración policial del riesgo de violencia contra la mujer pareja en España*. Sistema de seguimiento integral en los casos de violencia de género. ICFS: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pérez Rivero, L. (2000). La documentación específica en Trabajo Social: la historia, la ficha y el informe social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 13, 75-90.
- Querol, N. (2012). *Violencia doméstica y maltrato a los animales*. Gevha Grupo para el estudio de la Violencia hacia Humanos y Animales. (1-18). Recuperado el 20 enero 2018 de <http://www.gevha.com/analisis/articulos/violencia-general/1173-violencia-domestica-y-maltrato-a-los-animales>
- Schuster, F. (1995). *El oficio de investigador*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones, Instituto de Investigación en Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Schvaneveldt, P. L., Young, M. H., Schvaneveldt, J. D. y Kivett, V. R. (2001). *Journal of Teaching in Marriage y Family*, 1 (2), 34-51. Interaction of people and pets in the family setting: A life course perspective. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1300/J226v01n02_03
- Summit, R. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. In *Child Abuse and Neglect*, 7,181. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Tonon, G. (2005). *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Travi, B. (2006). *La dimensión técnico instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social*. Buenos Aires: Espacio.
- Upadhy, V. (2013). The Abuse of Animals as a Method of Domestic Violence: The Need for Criminalization. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2251994>
- Walsh, F. (2009b). Human-animal bonds II: The role of pets in family systems and family therapy. *Family Process*, 48 (4), 481-499. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01297.x>

MALTRATO A PERSONAS MAYORES, UN PROBLEMA SOCIAL SILENCIADO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

ELDER ABUSE, A SILENCED SOCIAL PROBLEM: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Javier Guillém Saiz, *Profesor, Universidad Internacional de Valencia*

Yuraimi Remón Piñero, *Graduada en Psicología, Universidad Internacional de Valencia*

Laura, *Lacomba-Trejo, Personal Docente e Investigador en Formación (Atracció de Talent, Universidad de Valencia), Facultad de Psicología*

Resumen: El maltrato a personas mayores es un problema de salud pública mundial, sin embargo, los estudios de prevalencia son escasos. El objetivo de este estudio es identificar y analizar los estudios publicados sobre la prevalencia de maltrato en personas mayores de 60 años. Se realizó una revisión sistemática en: *PubMed, WorldWide Science, Dialnet y Cochrane Library*. Los resultados partieron de 370 estudios, para finalmente seleccionar debido a los criterios de inclusión, 12 estudios. Nuestros resultados indicaron una prevalencia de 0,10 % a 100 %, dependiendo del tipo de malos tratos. Las tipologías más frecuentes fueron: negligencia, maltrato físico, psicológico, económico y sexual. La edad, el ser mujer, tener bajos recursos económicos y culturales, padecer una afectación de salud física o emocional, se asociaron consistentemente con el abuso. Nuestros datos muestran una gran prevalencia de malos tratos en personas mayores, así como la necesidad de atender socialmente a este colectivo.

Palabras clave: Adultos mayores, Malos tratos, Impacto socioeconómico, Salud mental, Salud física.

Abstract: Elder abuse is a global public health problem, yet prevalence studies are scarce. The aim of this study is to identify and analyze published studies on the prevalence of abuse in people aged 60 and over. A systemic review was conducted in: *PubMed, WorldWide Science, Dialnet and Cochrane Library*. The results were based on 370 studies, to finally select 12 studies due to the inclusion criteria. Our results indicated a prevalence of 0,10 % to 100 %, depending on the type of abuse. The most frequent typologies were: negligence, physical abuse, psychological, economic and sexual. Age, being female, having low economic and cultural resources, to have a physical or emotional health condition, were consistently associated with abuse. Our data show a high prevalence of abuse in older people, as well as the need to socially care for this group.

Keywords: Older adults, Abuse, Socio-economic impact, Mental health, Physical health.

| Recibido: 19/04/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 30/11/2020 |

Referencia normalizada: Guillém Saiz, J., Remón Piñero, Y. y Lacomba-Tejo, L. (2020). Maltrato a personas mayores, un problema social silenciado: revisión sistemática de la literatura. *Trabajo Social Hoy*, 90, 67-86 doi: 10/12960/TSH.2020.0010

Correspondencia: Laura, Lacomba-Trejo, Personal Docente e Investigador en Formación (Atracció de Talent, Universidad de Valencia), Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia. Email: laura.lacomba@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad asistimos a un incremento de la proporción de personas mayores en casi todos los países [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018]. El aumento de las personas mayores, asocia una mayor presencia enfermedades o condiciones crónicas, lo que se relaciona con una calidad de vida menor (Cortés, Lacomba-Trejo y Pérez-Marín, 2020; Estrada, Gil, Gil, y Viñas, 2018; Fernández, Caprara, Iñiguez y García, 2005; Flores y Leal, 2019). No obstante, las personas mayores constituyen un recurso social y económico (Foster y Walker, 2014). Así, hacen aportaciones muy valiosas a la familia, la comunidad y la sociedad (OMS, 2018).

A lo largo de la historia, el proceso de envejecimiento ha estado rodeado de creencias y estereotipos negativos o edadismo, relacionados con las pérdidas físicas, sociales, funcionales y sexuales, que a veces nada tienen que ver con la realidad y que, sin embargo, crean en la sociedad una imagen negativa de este colectivo (Bárcena, Iglesias, Galán y Abella, 2009). Lo anterior genera graves consecuencias sociales, y especialmente en las personas mayores, ya que la visión negativa de este colectivo funciona como profecía autocumplida, y promueve la toma de decisiones por ellos, lo que les aleja de su libertad, sus relaciones sociales y su identidad (Roig, 2020).

De esta manera, el edadismo influye negativamente sobre el propio envejecimiento de las personas mayores y sobre el comportamiento de las personas que emiten conductas prejuiciosas contra este colectivo (Bárcena et al., 2009; Montorio, Fernández, Sánchez y Losada, 2002). Una de las consecuencias más graves del edadismo son los malos tratos a las personas mayores (Botons, Lorente y Sitges, 2020; Agudelo-Cifuentes, Cardona-Arango, Segura-Cardona y Restrepo-Ochoa, 2020).

Existen diferentes definiciones sobre el maltrato a la persona mayor, lo cual hace difícil poner entidad al término, ya que, al no tener un concepto consensuado y universal, dos profesionales podrían llegar a conclusiones diferentes ante una misma situación, lo que acarrea graves consecuencias sociales, pero especialmente para las personas mayores (Castilla, 2015; Pérez et al., 2017; Pérez y Chulián, 2013).

Una de las definiciones más aceptadas por la comunidad científica es la de la OMS (2002), donde se entiende que los malos tratos se refieren a *“la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión”* (OMS, 2002, p. 3).

El modelo ecológico señala que existen diferentes factores de riesgo que influyen en la probabilidad de ocurrencia de los malos tratos: factores individuales (relacionados con la víctima o con el responsable de los malos tratos), factores interpersonales (hacen referencia a la relación entre víctima y responsable), contexto social y contexto socio-estructural (Pérez y Abellán, 2018; Pérez y Chulián, 2013).

En referencia a los principales factores de riesgo, los estudios son consistentes en señalar que en las personas mayores: ser mujer, presentar dependencia financiera, física o emocional, deterioro físico, bajo nivel socioeconómico o cultural, así como estar en situación de viudedad, padecer aislamiento social o tener problemas psicológicos, constituyen factores de riesgo para padecer malos tratos (Tabueña et al., 2016).

Los malos tratos a las personas mayores han estado invisibilizados hasta las últimas décadas (Agudelo-Cifuentes, Cardona-Arango, Segura-Cardona y Restrepo-Ochoa, 2020), aun cuando ocasionan graves consecuencias físicas y psicológicas, aumentando la morbimortalidad (Bruno y Castro, 2019).

Como se ha podido intuir, el maltrato a las personas mayores es una situación compleja, que todavía no ha recibido la atención necesaria, y que provoca graves consecuencias sociales, personales, psicológicas, familiares y económicas para los adultos mayores (Agudelo-Cifuentes et al., 2020).

Por ello, el objetivo principal de nuestro estudio es analizar en profundidad los factores de riesgo en el padecimiento de malos tratos en las personas mayores, mediante una revisión sistemática de la literatura.

2. MÉTODO

Esta revisión sistemática cualitativa se realizó de acuerdo con el estándar Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2015).

Búsqueda de bibliografía

Las bases de datos PubMed, WordWide Science, Dialnet y Cochrane Library, fueron consultadas por dos autores (YRP, JGS) en busca de registros relevantes publicados hasta el 2 de marzo de 2019. Basándose en la estrategia PICO (Sackett et al., 1996), se plantearon las siguientes preguntas: ¿Presentan maltrato físico los adultos

mayores? La búsqueda final combinó los elementos clave propuestos, basados en los términos DeCs (Descriptorios en Ciencias de la Salud). Así, se utilizó la siguiente expresión booleana (en inglés y español): [(Elder abuse) AND (Prevalence) AND (Risk factors)].

Todos los artículos recuperados se subieron a Covidence (2018) una herramienta de cribado y extracción de datos en línea. Se eliminaron los artículos duplicados, después de lo anterior, dos autores (YRP y JGS) revisaron los títulos y los resúmenes de todos los trabajos, excluyendo aquellos artículos que no cumplían los criterios de inclusión teniendo en cuenta la lectura del título y resumen. Aquellos artículos que fueron seleccionados por alguno de los dos autores, o que mostraron diferencias entre las decisiones cegadas de ellos, fueron leídos en profundidad de forma individual y cegada, y valorados de nuevo para juzgar su elegibilidad de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Los mismos autores (YRP y JGS) inspeccionaron las listas de referencias de los estudios seleccionados para valorar la inclusión de referencias de calidad que no hubieran aparecido en las búsquedas iniciales. La búsqueda manual siguió un muestreo de bola de nieve para identificar los artículos relevantes en las listas de referencias de la documentación potencialmente útiles. Por último, el desacuerdo entre los dos autores se resolvió mediante discusión. Cuando el acuerdo no fue posible mediante discusión, se contó con un tercer autor para desempatar el desacuerdo (LLT).

En la figura 1 queda reflejado el diagrama de flujo de la información manejada para responder a la pregunta de revisión. Debido a la gran heterogeneidad de nuestros resultados, en concreto de las diferencias de las variables tenidas en cuenta y los instrumentos para evaluarlas, se estimó que no era conveniente realizar un metaanálisis posterior de estos datos, ya que no podían ser combinados entre sí.

Criterios de inclusión y exclusión

Los estudios se incluyeron en la presente revisión sistemática si cumplían con los siguientes criterios: (a) el estudio valoraba la presencia de maltrato en adultos mayores; (b) participantes de más de 60 años; (c) el estudio estaba publicado en inglés, español o portugués; (e) su texto completo era accesible a través de las bases de datos de la Universidad Internacional de Valencia; (f) había sido publicado entre 2014 y 2019; (g) se contemplaron: revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, revisiones narrativas, y artículos principales de investigación cuantitativa.

Los estudios no podían referirse a: (a) investigaciones cualitativas; (b) trabajos publi-

cados en congresos; (c) diseños de caso único; (d) protocolos de intervención sin resultados estadísticos; (e) estudios realizados en personas mayores hospitalizadas o institucionalizadas. Se incluyeron todos los artículos que aparecieron en las bases de datos mencionadas, teniendo en cuenta los criterios anteriormente expuestos.

Extracción de datos

Un autor (YRP) desarrolló un formulario de extracción de datos que se utilizó para obtener información relevante de los estudios incluidos. Esta información incluía: primer autor, año de publicación, país de publicación, diseño del estudio, muestra, resultados y principales conclusiones (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de los resultados

Primer/a autor/a	Año	País	Tipo de estudio	Muestra
Kumar	2019	India	Transversal	125 personas mayores de 65 años
Yadav	2016	Nepal	Transversal descriptivo	212 personas de 60 y más años
Yadav	2018	Nepal	Transversal	339 personas de 60 y más años
Peshevska	2014	Macedonia	Transversal	960 personas de 65 y más años
Anand	2019	India	Descriptivo y exploratorio	1 435 personas de 60 y más años
Saikia	2015	Assam (India)	Transversal	331 personas de 60 y más años
Ho	2017	Global	Metaanálisis (34 estudios basados en la población)	44 563 047 personas de 60 y más años
Mawai	2018	India	Transversal	222 personas de 60 y más años
Partezani	2019	Brasil	Longitudinal y retrospectivo	2 313 informes de maltrato a personas de 60 y más años
Jeon	2019	Korea	Transversal	10 184
Gil	2015	Portugal	Transversal y descriptivo	510 personas mayores de 60 y más años
Yon	2017	Global (28 países)	Revisión sistemática y metaanálisis	52 estudios

Maltrato a personas mayores, un problema social silenciado: revisión sistemática de la literatura

Hallazgos principales
<p>Prevalencia de maltrato: 12 (9,6 %).</p> <p>Tipos de maltrato: verbal (4 %), físico (2 %), financiero (1 %), negligencia (12 %).</p> <p>Factores de riesgo: edad, no tener contacto regular con familiares y amigos, no participación en actividades sociales y finanzas manejadas por otros.</p>
<p>Prevalencia de maltrato: 49,1 %.</p> <p>Tipos de maltrato: físico (1,4 %), psicológico (10,8 %), negligencia (47,2 %), financiero (11,8 %), otros (3,3 %).</p> <p>Factores de riesgo: Ser un dalit (clase atrasada intocable en el sistemas de castas hindú tradicional), viudo, divorciado o separado, los problemas de concentración o el tabaquismo.</p>
<p>Prevalencia de maltrato: 61,70 %.</p> <p>Tipos de maltrato: físico (2,4 %), negligencia del cuidador (57,5 %), financiero (12,1 %), infligido por extraño (8,3 %).</p> <p>Factores de riesgo: dependientes de la familia para las actividades de la vida diaria, analfabetos, experimentan problemas de concentración, residen en un arreglo de convivencia con su(s) hijo(s) en la ley, tomar medicamentos regulares, pertenecer a la comunidad dalit según el sistema de castas tradicional hindú y residir con un cuidador que tenga ingreso familiar inferior.</p>
<p>Prevalencia de maltrato: 32,0 %.</p> <p>Tipos de maltrato: psicológico (25,7 %), financiero (12,0 %), físico (5,7 %), lesión física (3,1 %), sexual (1,3 %).</p> <p>Factores de riesgo: Vivir con familiares cercanos, la insatisfacción del ingreso familiar, los hogares menos equipados, la falta de propiedad de la casa/apartamento son factores de riesgo asociados para el maltrato a personas mayores en el nivel de relación. Vivir en el noroeste, sureste y la región.</p>
<p>Prevalencia de maltrato: 35,0 %.</p> <p>Tipos de maltrato: verbal (30,1 %), económico (22,5 %), físico (18,0 %).</p> <p>Factores de riesgo: vivir en áreas rurales, aumento de edad, los ingresos, bajo nivel educativo, tener alguna discapacidad.</p>
<p>Prevalencia maltrato: 9,31 %.</p> <p>Tipos de maltrato: negligencia: hombre (100 %), mujer (100 %); verbal: hombre: 100 %, mujer (90,9 %); financiero: hombre (66,67 %), mujer (81,82 %); psicológico: mujer (9,09 %)</p> <p>Factores de riesgo: edad, sexo, estado de vida, estado funcional y el estado socioeconómico.</p>
<p>Prevalencia de maltrato agrupada: 10 %.</p> <p>Tipos de maltrato: abuso emocional (47,5 %), financiero (34,0 %), psicológico (19,1 %), sexual (3,1 %), negligencia (32,0 %).</p> <p>Factores de riesgo: factores culturales, los subtipos de abuso y el género.</p>
<p>Prevalencia maltrato: 24,3 %.</p> <p>Tipos de maltrato: psicológico (22,9 %), financiero (5,8 %), físico (1,4 %).</p> <p>Factores de riesgo: sexo femenino, menor ingreso económico, deterioro funcional, depresión y consumo de alcohol.</p>
<p>Prevalencia de maltrato: 245 (10,6 %).</p> <p>Tipos de maltrato: psicológico (187 %), financiero (90 %), físico (71 %), negligencia (8 %), abandono (4 %).</p>
<p>Prevalencia de maltrato 9,9 %.</p> <p>Tipos de maltrato: físico (0,1 %), psicológico (7,2 %), financiero (0,3 %), negligencia cuidado (1,5 %).</p> <p>Factores de riesgo: sexo femenino, bajo nivel educativo y de ingreso.</p>
<p>Tipos de maltrato: físico (87,8 %), psicológico (69,6 %), financiero (47,5 %), sexual (7,5 %) y negligencia (6,5 %).</p> <p>Factor de riesgo: sexo femenino.</p>
<p>Prevalencia de maltrato: 15,7 %.</p> <p>Tipos de maltrato: físico (2,6 %), sexual (0,9 %), psicológico (11,6 %), financiero (6,8 %), negligencia (4,3 %).</p>

3. RESULTADOS

Selección de estudios y cribado

El proceso de selección del estudio se muestra en la Figura 1. La búsqueda bibliográfica produjo un total de 370 registros. Tras la eliminación de los duplicados, el número total de registros fue de 306. La selección inicial excluyó 232 estudios basados en el título y el resumen, y los 74 trabajos restantes se leyeron a texto completo en un segundo proceso de selección. En el segundo cribado, se excluyeron 62 trabajos, por lo que 12 estudios dependientes fueron elegibles para su inclusión.

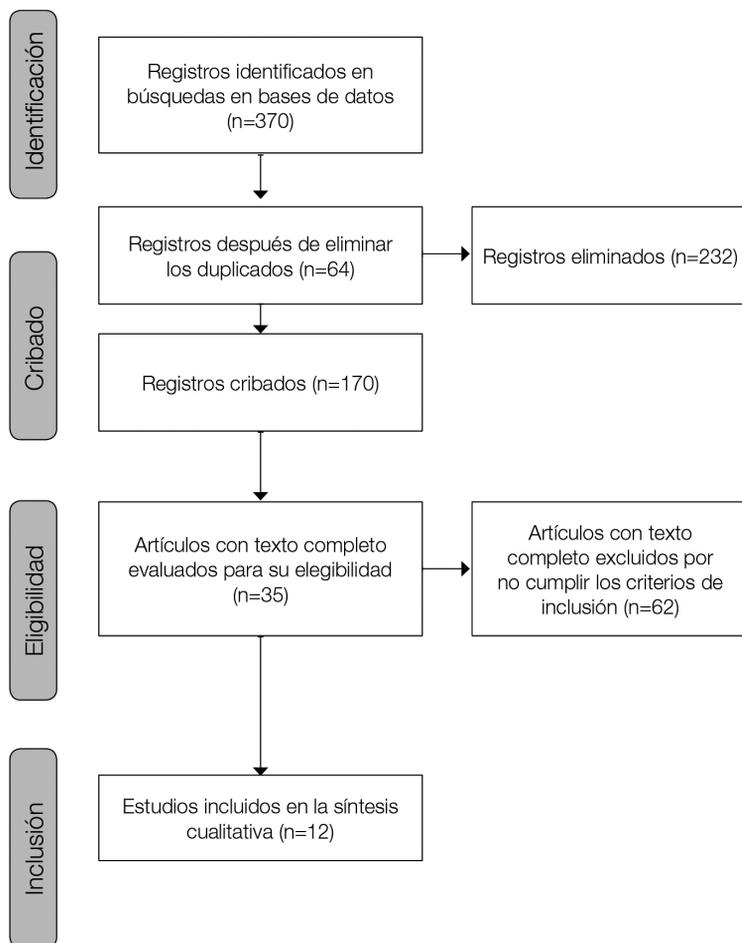


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de estudios.

Características de los estudios

Las características del estudio se resumen en la Tabla 1. Los 12 estudios incluidos investigaron un total de 46 013 295 adultos mayores que podían o no haber padecido maltrato físico, psicológico, financiero, sexual, o negligencia. El número de participantes en los estudios osciló entre 125 y 44 563 047, con un tamaño medio de la muestra de 3 834 441,25 participantes. No obstante, como puede observarse, la dispersión de los datos puede ser notable, pues la mayoría de los estudios no consideraron más de 1 000 participantes, pero hubo varios estudios con un gran número de participantes. Todos ellos fueron mayores de 60 años.

Prevalencia de maltrato a personas mayores

En cuanto a los principales hallazgos, encontramos que 11 estudios (Anand, 2019; Ho et al., 2017; Jeon et al., 2019; Kumar y Patra, 2019; Mawar et al., 2018; Partezani et al., 2019; Perhevska et al., 2014; Saikia et al., 2015; Yadav et al., 2018; Yadav y Paudel, 2016; Yon et al., 2017) ofrecieron información de la prevalencia de maltrato en las personas mayores evaluadas. Los valores oscilaron entre el 9,31 % y el 90,40 % (Figura 2).

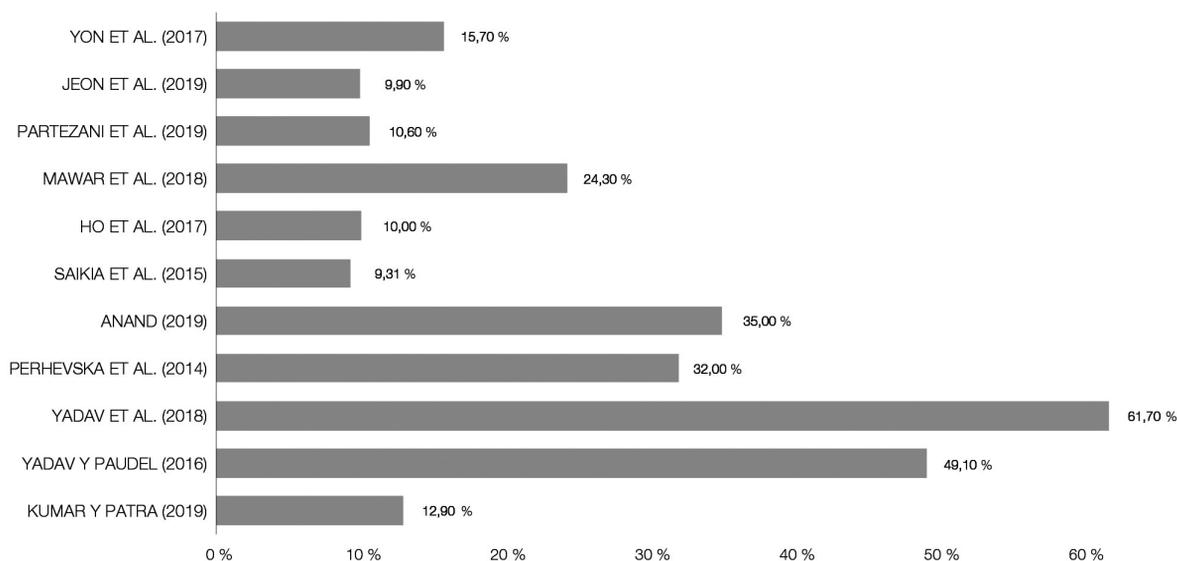


Figura 2. Prevalencia de maltrato a los adultos mayores en los estudios.

Solo ocho de los estudios (Anand, 2019; Gil et al., 2015; Mawar et al., 2018; Partezani et al., 2019; Perhevaska et al., 2014; Yadav et al., 2018; Yon et al., 2017) incluyeron la distribución por sexos en referencia al maltrato, encontrándose que en todos ellos el porcentaje de mujeres que había recibido maltrato era mayor que el de los hombres (Figura 3).

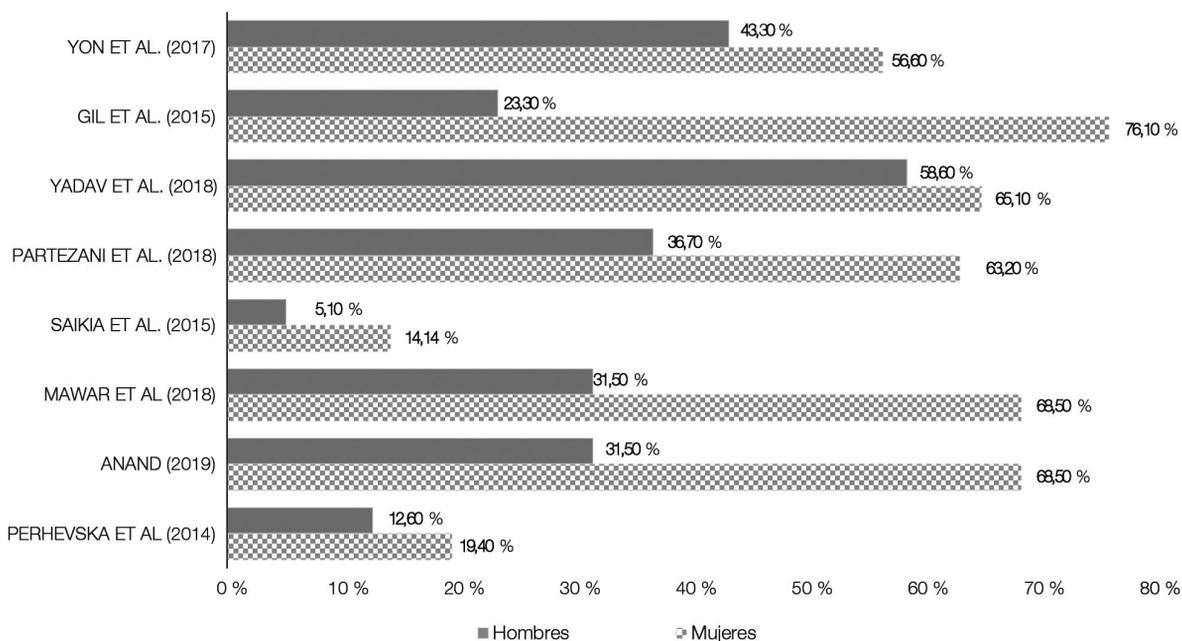


Figura 3. Prevalencia de maltrato a los adultos mayores en los estudios diferenciada por sexos.

Por otra parte, con relación a los tipos de maltrato, diez estudios (Anand, 2019; Ho et al., 2017; Jeon et al., 2019; Kumar y Patra, 2019; Mawar et al., 2018; Partezani et al., 2019; Perhevaska et al., 2014; Saikia et al., 2015; Yadav et al., 2018; Yon et al., 2017) presentan prevalencia de maltrato físico que varían desde 0,10 % hasta 87,80 %. Además, un estudio en sus resultados muestra prevalencia de maltrato y lesiones físicas por separado. La negligencia se reportó en nueve estudios (Ho et al., 2017; Jeon et al., 2019; Kumar y Patra, 2019; Partezani et al., 2019; Saikia et al., 2015; Yadav et al., 2018; Yon et al., 2017), y sus valores oscilaron desde el 1,50 % de los casos hasta el 100 % de los/as encuestados/as, siendo este el aspecto más frecuente en los estudios.

En todos los estudios de la muestra se constató incidencia de maltrato psicológico y de tipo económico. En cuanto al maltrato psicológico, los valores oscilaron desde 7,20 % hasta 69,60 %, en el caso del maltrato de tipo económico los valores varia-

ron desde el 0,30 % al 74,25 %. Solo tres estudios (Ho et al., 2017; Gil et al., 2015; Perhevska et al., 2014) informaron de la prevalencia de maltrato de tipo sexual en adultos mayores, las cifras de este tipo de maltrato estuvieron comprendidas desde el 1,30 % hasta el 7,50 %, siendo de los tipos menos frecuentes (Figura 4).

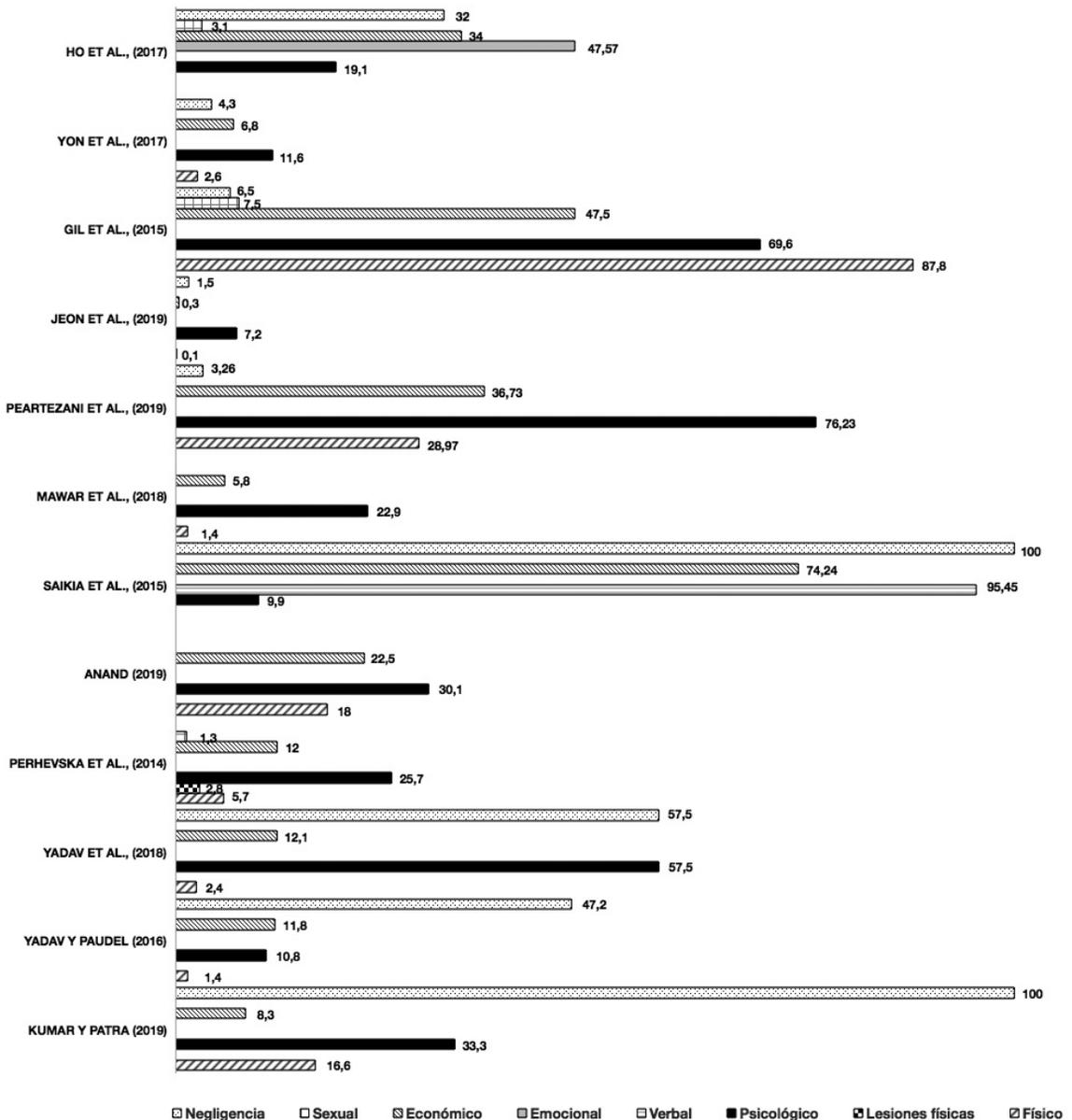


Figura 4. Prevalencia de maltrato a los adultos mayores en los estudios diferenciada por sexos.

Factores de riesgo asociados a maltrato en personas mayores

Una gran parte de los estudios (Gil et al., 2015; Ho et al., 2017; Jeon et al., 2019; Mawar et al., 2018; Saikia et al., 2015), señala cómo el hecho de ser mujer constituye un factor de riesgo para sufrir maltrato en las personas mayores. Además, tener una mayor edad (Ho et al., 2017; Kumar y Patra, 2019; Saikia et al., 2015), menor nivel socioeconómico o cultural (Anand, 2019; Peshevska et al., 2014; Jeon et al., 2019; Mawar et al., 2018; Saikia et al., 2015; Yadav et al., 2018), pueden ser factores a considerar. Las personas que, además, tienen varias dolencias o sufren algún tipo de discapacidad, pueden ser más vulnerables al maltrato (Anand, 2019; Mawar et al., 2018; Saikia et al., 2015; Yadav et al., 2018). Además de lo anterior, factores como: la reducción del apoyo social, el manejo económico por parte de otros, el estado civil (viudo/a, divorciado/a o separado/a), vivir en viviendas poco equipadas o en viviendas de familiares con rentas inferiores, el consumo de sustancias (como tabaco o alcohol) y el padecimiento de enfermedades físicas o psicológicas, pueden ser factores de riesgo para el padecimiento de maltrato en este colectivo (Anand, 2019; Gil et al., 2015; Ho et al., 2017; Jeon et al., 2019; Mawar et al., 2018; Saikia et al., 2015; Yadav et al., 2018).

En la Tabla 2 se resumen los diferentes factores de riesgos señalados por los artículos que ha considerado la presente revisión sistemática.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a maltrato en personas de 60 años o más.

Estudio	Factores de riesgo
Kumar y Patra (2009)	Edad, no tener contacto regular con familiares y amigos, no participar en actividades sociales y tener los recursos económicos manejados por otros.
Yadav y Paudel (2016)	Pertener a la clase dalit (clase "intocable" en el sistema de castas hindú tradicional), estar viudo/a, divorciado/a o separado/a, presentar problemas de concentración o consumo de tabaco.
Yadav et al., (2018)	Estar en situación de dependencia familiar para desarrollar las actividades de la vida diaria, tener un nivel educativo bajo (no saber leer), tener problemas de concentración, tomar medicamentos regularmente, nivel cultural bajo, residir con un cuidador que tenga un ingreso familiar mensual inferior.
Peshevska et al., (2014)	Vivir con familiares cercanos, vivir en vivienda alquilada, no disponer de recursos económicos y vivir en hogares menos equipados.
Anand (2019)	Vivir en áreas rurales, edad aumentada, menores ingresos, bajo nivel educativo, tener alguna discapacidad o morbilidad.
Saikia et al., (2015)	Edad avanzada, ser mujer, situación de dependencia funcional y bajo nivel socioeconómico.
Ho et al., (2017)	Factores culturales y el género (femenino).
Mawar et al., (2018)	Ser mujer, menor nivel de ingresos económicos, deterioro funcional, depresión y consumo de alcohol.
Jeon et al., (2019)	Ser mujer, con bajo nivel educativo y de ingresos.
Gil et al., (2015)	Ser mujer.

4. CONCLUSIONES

El maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno oculto. A través de este estudio, se ha pretendido avanzar en el conocimiento de esta compleja situación, donde los precedentes de la investigación en esta área son, por el momento, estudios aislados. El objetivo general es identificar y analizar los estudios publicados sobre la prevalencia de maltrato en personas de 60 años o más, así como sus factores de riesgo, a través de una revisión sistemática. Tras una búsqueda exhaustiva, se han obtenido pocos estudios en los últimos años que hayan analizado la prevalencia de los malos tratos en las personas mayores y los factores de riesgo relacionados con ellos. Estos trabajos, se han centrado especialmente en detectar la presencia de maltrato físico en los adultos mayores. Son menores los estudios que se centran en el maltrato psicológico (ya sea emocional o verbal) y muchos menos los que se centran en el maltrato de tipo sexual hacia las personas mayores.

El maltrato en forma de negligencia es el más frecuente en las personas mayores, y está seguido de la violencia verbal y los malos tratos físicos y económicos. El tipo de malos tratos menos ejercido o al menos reportado por los participantes y evaluado en las investigaciones, son los abusos de tipo sexual.

La estimación de maltrato actual es más alta que la reportada en estudios anteriores realizados en España (Fernández, 2016), en Cuba (Ribot et al., 2015) e Irlanda (Naughton, 2012). No obstante, llama la atención la diferencia tan notable de prevalencia de los distintos tipos de malos tratos en función de los estudios, observándose cómo las cifras pueden oscilar desde ser prácticamente nulos (0,10 %) a estar prácticamente presentes en todas las personas mayores entrevistadas (100 %). Estas diferencias pueden deberse tanto a los distintos tipos de diseños de investigación, como a las diferentes herramientas empleadas para evaluarlos, a la dificultad de conceptualizar los malos tratos, y a las diferentes culturas en las que se ha valorado el fenómeno.

Sin embargo, a pesar de las cifras heterogéneas de prevalencia del actual estudio, todos los estudios seleccionados en la muestra presentan mayor incidencia de maltrato en la mujer que en los hombres. Estos resultados corroboran lo que otros estudios habían señalado (Castilla, 2015; Pérez, 2008; Pérez y Chulián, 2013; Pérez, Izal, Montorio, Regato y Espinosa, 2012; Tabueña et al., 2016). Entre las razones que podrían explicar este resultado estaría que es más probable que las mujeres informen de esta situación que los hombres (Castilla, 2015), pero también podrían explicarse, porque de forma consistente, ser mujer es un factor de riesgo en cualquier cultura. La literatura ha señalado de forma consistente, cómo las mujeres están sometidas con mayor frecuencia a la violencia y a los malos tratos en cualquier momento del ciclo vital (Navarro, León y Nieto, 2020; Noriega, Juarros-Basterretxa y Herrero, 2020).

Nuestro estudio señala que es frecuente que aparezcan de forma simultánea varios tipos de malos tratos; la combinación más frecuente fue: negligencia, malos tratos físicos y malos tratos psicológicos. Observándose cómo el padecimiento de un tipo de maltrato se asocia con otros tipos, por lo que se hace necesario que los/as profesionales evalúen las distintas tipologías de maltrato para tener una visión más completa de la realidad.

Los factores de riesgo que más se reportan en nuestro estudio son: factores económicos, culturales, sexo (mujer), edad, estado funcional, bajo nivel educativo y problemas de concentración. No obstante, también se reportan otros factores de riesgo, pero en menor medida, como son: el aislamiento familiar y social, el estar viudo/a, separado/a o divorciado/a, la depresión, el alcoholismo, el tabaquismo, el tener una discapacidad o morbilidad, el residir en una vivienda alquilada, el convivir con familiares cercanos o en hogares menos equipados, el vivir en áreas rurales, el ser dependiente de la familia para las actividades de la vida diaria y el residir en un arreglo de convivencia con sus hijos/as.

Entre los factores anteriores, cabe destacar que una mayor edad, puede asociarse con una mayor morbimortalidad, y los estudios han señalado que las tasas de maltrato aumentan conforme se incrementa el nivel de dependencia (Iborra, 2008a; Sancho, 2011). De esta manera, el aislamiento social, se había señalado en otros estudios como un factor asociado con una mayor morbimortalidad (Castilla, 2015; Iborra, 2008a; Johannesen y LoGiudice, 2013; Mateu-Mollá, Lacomba-Trejo y Valero-Moreno, 2015; Tabueña et al., 2016).

Añadido a lo anterior, el abuso de sustancias, así como la presencia de sintomatología depresiva, pueden provocar que los adultos mayores se descuiden más, no obstante, no puede concretarse qué sucedió con anterioridad, si los malos tratos o la afectación psicológica. Por último, el hecho de convivir con familiares cercanos hace más posible la aparición de los malos tratos, los estudios señalan que los conflictos familiares y la insatisfacción con las relaciones dentro del seno familiar, se asocian con una mayor presencia de malos tratos (Johannesen y LoGiudice 2013; Pérez, 2008; Sancho, 2011; Tabueña et al., 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace evidente que los factores psicosociales pueden ser determinantes en la aparición y mantenimiento de los malos tratos. Sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo no confirma la existencia de maltrato hacia las personas mayores. La manifestación de uno o varios factores de riesgo puede aumentar la probabilidad de que una situación de maltrato ocurra. De esta forma, los factores

de riesgo sirven como señales de alerta, de sospecha, aumentan la sensibilización y concienciación, pero se hace necesaria una evaluación exhaustiva de la realidad psicosocial de las personas mayores, para establecer conclusiones (Pérez et al., 2017).

Pese a las notables aportaciones, nuestro estudio tiene limitaciones. La literatura con la que contamos respecto al maltrato en las personas mayores es escasa, a lo que se añade, que los estudios son geográficamente dispersos, lo que dificulta extrapolar los datos a la población general. Añadido a lo anterior, el no disponer de consenso en cuanto a la definición y tipos de malos tratos hace difícil la comparación entre estudios, en los que se encuentran grandes diferencias.

Futuros estudios deberían contemplar la evaluación de todos los tipos de malos tratos en el colectivo de personas mayores, para así tener una visión más acercada a la realidad. Nuestros resultados señalan la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección en los adultos mayores, para poder desarrollar e implementar programas de intervención, teniendo en cuenta la importancia de las variables socio-demográficas y emocionales en la vejez (Yusta, 2016).

Aunque el padecimiento de malos tratos en las personas mayores es un aspecto que tiene grandes repercusiones personales y sociales, todavía, los adultos mayores no reciben la atención social, política y sanitaria que precisan, siendo necesario su pleno reconocimiento.

Por ello, como conclusión, queremos señalar que, la prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores parece aumentar, y está asociada consistentemente al género femenino. Para poder intervenir en determinados sectores de la población, especialmente aquellos los que se encuentran en situación de gran invisibilidad y de falta de reconocimiento, es necesario su estudio. Así, comprenderemos su realidad y podremos establecer diagnósticos que permitan la intervención y puesta en marcha de programas y proyectos para mejorar su calidad de vida. Nuestro estudio proporciona información acerca de la prevalencia, la tipología y los factores de riesgo de malos tratos en las personas mayores, aspecto que, para ser modificado, necesita ser visible.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses.

Financiación: El presente estudio no ha recibido financiación para su realización.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo-Cifuentes, M. C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A. M., y Restrepo-Ochoa, D. A. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2), 1-11.
- Anand, A. (2016). Exploring the role of socioeconomic factors in abuse and neglect of elderly population in Maharashtra, India. *Journal of Geriatry Mental Health*, 3, 150-7. doi: 10.4103/2348-9995.195640
- Bárcena, C., Iglesias, J. A., Galán, M. I., y Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería*, 1(1), 46-52.
- Bruno, F., y Castro, L. K. (2019). Violencia hacia las mujeres adultas mayores y redes de apoyo social en Monterrey, México. Un aporte desde el construccionismo social. *Revista perspectivas sociales*, 21(2), 57-87.
- Castilla, M. R. (2015). *El maltrato a personas mayores atendidas por los servicios sociales*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga (España). Recuperado de <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/10057>
- Cortés, L., Lacomba-Trejo, L., y Pérez-Marín, M. (2020). Levantando la voz: las cuidadoras en el hogar de personas en situación de dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 89, 83-100. doi: 10.12960/TSH.2020.0006
- Estrada, M. E., Gil, A., Gil, M., y Viñas, A. (2018). La dependencia: efectos en la salud familiar. *Atención Primaria*, 50(1), 23-34.
- Fernández, J. N. (2016). *Las personas mayores en España. Informe 2016*. IMSERSO. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Fernández, R. I. (2018). Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales. RqR Enfermería Comunitaria. *Revista de SEAPA*, 6(2), 8-19.
- Flores, M. C., y Leal, J. (2019). Envejecimiento y Políticas Públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 86, 53-66. doi: 10.12960/TSH.2019.0004
- Foster, L., y Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. doi:10.1093/geront/gnu028
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A. I., Vieira, D. N. (2015). A sociography of elderly victims of family violence in Portugal. *Cad. Saúde Pública*, 31(6), 1234-1246. doi:10.1590/0102-311X00084614
- Ho, C. S. H., Wong, S. Y., Chiu, M. N., y Ho, R. C. M. (2017). Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta-analysis and Meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27, 43-55. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28652497>
- Iborra, I. (2008 a). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia, España: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).

- Iborra, I. (2008 b). Factores de riesgo del maltrato a personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan* 45, 49-57.
- Jeon, G. S., Cho, S. I., Cho, K., y Jang, K. S. (2019). Gender Differences in the Prevalence and Correlates of Elder Abuse in a Community-Dwelling Older Population in Korea. *Research in Public Health*, 16 (100). doi:10.3390/ijerph16010100
- Johannesen, M., y LoGudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling Elder. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195
- Kumar, P., y Patra, S. (2019). A study on Elder abuse in an urban resettlement colony of Delhi. *Journal of Family Medicine Primary Care*, 8, 621-626. doi: 10.4103/jfmpc_323_17
- Lorente, R., Brotons, P., y Sitges, E. (2020). Estrategias para combatir el edadismo ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? *Cuaderno de pedagogía universitaria*, 17(33), 6-16. <https://doi.org/10.29197/cpu.v17i33.368>
- Mateu-Mollá, J., Lacomba-Trejo, L., y Valero-Moreno, S. (2015). Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en Infarto Agudo de Miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 32-41.
- Mawar, S., Koul, P., Das, S., y Gupta, S. (2018). Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in an Urban Community of North India. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(3), 165-169. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_249_17
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, 349: g7647.
- Montorio, I., Fernández, M. I., Sánchez, M., y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinaria Gerontología*, 12(2), 61-71.
- Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., Delaney, L. (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age ageing* 41(1), 98-103. doi: 10.1093/ageing/afr107
- Navarro, C. G., León, F. G., y Nieto, M. Á. P. (en prensa, 2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad y Estrés*. doi: 10.1016/j.anyes.2020.01.003
- Noriega, N., Juarros-Basterretxea, J., y Herrero, J. (2020). Implicación de los profesionales de la salud en los casos de violencia en la pareja contra la mujer: La influencia de las actitudes sexistas hacia la mujer. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 31-41. doi: 10.23923/j.rips.2020.01.033
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Datos y cifras: maltrato a personas*

- mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Peshevska, D. J., Markovik, M., Sethi, D., y Serafimovsk, E. (2014). Relationships and Community Risk Factors for Elder Abuse and Neglect: Findings from the First National Prevalence Study on Elder Maltreatment. *OA Maced Journal Medicine Science*, 2(2), 367-372. doi:10.3889/oamjms.2014.063
- Partezani, R. A., Ribeiro, A. M., De Farias, M. L., Araujo, E. Silva, J. R., Fernandes, A. Silva, L. M. (2019). Report of multiple abuse against older adults in three Brazilian cities. *PLoS ONE* 14(2), e0211806. doi:10.1371/journal.pone.0211806
- Pérez, G. (2008). Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario. *Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, 43, 19-31.
- Pérez, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P., y Espinoza, J. M. (2012). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina clínica*, 141(21), 522-526. doi:10.1016/j.medcli.2012.09.048
- Pérez, J., y Abellán, A. (2018). Envejecimiento demográfico y vejez en España. *Panorama Social*, 8, 11-47.
- Pérez, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C., y Carretero, I. (2017). Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(2), 1-14.
- Pérez, G., y Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 127-167.
- Ribot, V. C., Rousseaux, E., García, T. C., Arteaga, E., Ramos, M., y Alonso, M. (2015). Psychological the most common Elder abuse in Havana. *MEDICC Rev*, 17 (2), 39-43.
- Roig, R. (2020). Envejecimiento y Cuidados: Un nuevo enfoque desde las políticas públicas. *GIGAPP Estudios Working Papers*, 7(150-165), 325-340.
- Saikia, A. M., Mahanta, N., Mahanta, A., Deka, A. J., y Kakati, A. (2015). Prevalence and risk factors of abuse among community dwelling elderly of Guwahati City, Assam. *Indian Journal Community Medicine*, 40, 279-81.
- Sancho, M. T. (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. IMSERSO, SEGG y OMS. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie Documentos Técnicos n.º 21013. Observatorio de Personas Mayores.
- Tabueña, M., Muñoz, J., y Fabá, J. (2016). *La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores*. Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/190074/violencia_tolerancia_cero_sensibilizacion_personas_mayores_es.pdf/d8375a8d-1090-41d1-b41e-7736e115de08
- Yadav, U. N., Tamang, M. K., Paudel, G., Kafle, B., Mehta, S., Sekaran, V. C., Gruiskens,

- J. (2018). The time has come to eliminate the gaps in the under-recognized burden of elder mistreatment: A community-based, cross-sectional study from rural eastern Nepal. *PLoS ONE*, 13(6), e0198410. doi: 10.1371/journal.pone.0198410
- Yadav, U. N., y Paudel, C. (2016). Prevalence and associated factors of elder mistreatment: a cross sectional study from urban Nepal. *Age and Ageing* 45, 609–614. doi: 10.1093/ageing/afw112
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., y Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5, 147–156.
- Yusta, R. (2016). Los tres aspectos fundamentales de la intervención social en el ámbito geriátrico-residencial. *Trabajo Social Hoy*, 78, 85-94. doi: 10.12960/TSH.2016.0011

ESQUEMAS COTIDIANOS PARA EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

DAILY SCHEMES FOR SOCIAL CASEWORK

Laina Ubierna Martín

Trabajadora Social CEAS. Ayuntamiento de Burgos

Resumen: Existe una distancia entre la fase de formación o universitaria y el momento de ejercicio profesional en el mundo laboral. Cuestiones como la excesiva carga de trabajo, la amplísima normativa que rige las actuaciones, los dosieres que marcan cómo tienen que realizarse las intervenciones según un modelo determinado, la carga emocional propia de la profesión y la falta de servicios, entre otros, afectan de forma negativa al bienestar profesional (Mestre, 2015). Este artículo intenta ordenar algunos de los procesos claves para la intervención profesional. En concreto, las fases del proceso de intervención y el diagnóstico social. Pretende ser un dossier que se pueda consultar de forma rápida y sirva de mapa para el ejercicio desde la identidad profesional.

Palabras clave: Método de planificación, Satisfacción en el trabajo, Servicios Sociales, Toma de decisiones, Trabajo Social.

Summary: The distance between the training or university phase and the moment of professional practice in the workplace is wide. Issues such as the excessive workload, the very wide regulation that governs the actions, the dossiers that mark how the interventions have to be carried out according to a specific model, the emotional burden of the profession and the lack of services, among others, contribute which negatively affects professional well-being (Mestre, 2015). This article attempts to order some of the key processes for professional intervention. Specifically, the phases of the intervention process and social diagnosis. It aims to be a dossier that can be consulted quickly and serves as a map for the exercise from the professional identity.

Keywords: Planning method, Job satisfaction, Social Services, Decision making, Social work.

| Recibido: 7/10/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 31/05/2020 |

Referencia normalizada: Ubierna, L. (2020). Esquemas cotidianos para el Trabajo Social de Casos. Trabajo Social Hoy, 90, 87-106. doi: 10.1960/TSH.2020.0011

Correspondencia: Laina Ubierna Martín, Trabajadora Social CEAS, Ayuntamiento de Burgos. Correo Electrónico: lainaubierna@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el trabajo diario, de los/as trabajadores/as sociales de caso de los Centros de Acción Social (CEAS), se dispone de documentos escritos (normativa, guías y protocolos) de apoyo, para dirigir la práctica profesional dentro de unos estándares y desde una perspectiva normativa que facilite un trabajo correcto.

La Ley 16/2010 de Servicios Sociales en Castilla y León es un texto formulado dentro del ámbito de la Política Social. En éste se expresan términos como son calidad de vida, inclusión social, igualdad de oportunidades, integración, cohesión social, derechos, necesidades, etc., y, en lo que a este artículo se refiere, casi no aparecen términos relacionados con la Intervención. De lo que se puede concluir que no es un texto para uso de los técnicos, si no una normativa orientada a ordenar los Servicios Sociales. El desarrollo de manuales en Castilla y León es amplio, pero son documentos que pueden ser utilizados desde disciplinas que no sean exclusivamente Trabajo Social, por ello no incluyen proceso y procedimientos orientados en exclusiva a esta profesión. Las/os trabajadoras/es sociales de casos tienen que hacer un uso de éstos de forma combinada con su propio método de trabajo y, para ello, es conveniente tener a mano un dossier donde estén recogidos los pasos del proceso de intervención y los contenidos de cada fase, herramientas de diagnóstico, de intervención, de evaluación, etc., que pueda utilizarse constantemente. Así como en cada despacho de trabajo social hay copias de los diferentes protocolos editados por la Gerencia de Servicios Sociales, también es importante que se tenga un dossier propio con las herramientas profesionales para su aplicación en la práctica cotidiana.

Este artículo expone un modelo para el trabajo de casos en los CEAS, no incluye todos y cada uno de los aspectos, ya que se trata de una disciplina muy amplia, pero sí que resume y esquematiza algunas de las claves para la intervención.

En Trabajo Social hay dos procesos claves que tienen que solaparse durante la intervención, que son el proceso de intervención o entrevista, junto con el proceso de diagnóstico social. Para el proceso de intervención se sigue el método científico como en muchas otras disciplinas; lo que cambia es el objeto, los modelos, las habilidades, la visión ética y las herramientas propias.

A continuación, se exponen dos esquemas diferentes: el primero sobre el proceso de intervención, con una elaboración propia del contenido; y el segundo un esquema sólo para el diagnóstico social, de elaboración propia. Ambos esquemas son el resultado del estudio y análisis de amplias fuentes bibliográficas, en combinación con la experiencia profesional.

1. PRIMER ESQUEMA: PROCESO DE INTERVENCIÓN

Este esquema no trata el asunto del Método en Trabajo Social que como bien define Cardona (2012) “se estructura de forma ordenada, aunque flexible, a través de diferentes fases o momentos: estudio, evaluación, diagnóstico, intervención y evaluación” (p.43). El tema del que se ocupa es el proceso de intervención, entendido como aquel conjunto de tareas y fases, que con el uso de las habilidades necesarias para el Trabajo Social de Casos (autenticidad, empatía, escucha activa, aceptación de la persona usuaria, entre otras), se van desarrollando antes, durante y después de las entrevistas, que sirven de vertebración y guía para que el/la profesional conduzca los acontecimientos, de forma que garantice unos resultados en forma de un plan de cambios positivos para la persona y su entorno, realistas y aplicables a cada realidad concreta.

El esquema del proceso lo componen seis apartados: preparación de la tarea, recopilación de datos, entender e interpretar los datos, hacer juicios de valor, decidir y planificar y, por último, dentro de la planificación, evaluar.

1.º Preparar la intervención	Listado de informes claves y citación. Lectura de otros informes ¿son congruentes? Reflexión sobre los límites de la intervención según el caso concreto. Preparar entrevista: <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas según momento vital, ahora. • Preguntas ROPEs Gray-Beal. • Exploración de metas. Modelo centrado en las soluciones.
2.º Recopilación de datos. Entrevistas y visita domiciliaria, si procede	Conocer más a la persona, el medio y su situación problema. Empatía y relación. Indicadores de diagnóstico, usar checklist Diagnóstico Social (Anexo 1). Herramientas: Genograma y Ecomapa.
3.º Aplicar el conocimiento profesional: entender e interpretar datos	Detectar riesgos graves-medios-leves. Ver cuál es la prioridad del interesado y del profesional.
4.º Juicio Diagnóstico. Usar las teorías y los modelos	Eclecticismo y pluralismo: ¿Que perspectiva aporta una visión más útil para intervención y nos da una visión más autónoma de la persona? Formular una primera hipótesis y sopesarla con los informantes clave. Ciclo motivacional del cambio, atención al lenguaje del cambio: DARN o CATS. Pronosticar riesgos y avances.
5.º Planificar	Emitir informe: Datos y genograma, análisis de las necesidades por áreas, diagnóstico que incluya carencias, potencialidades y juicio profesional; resultados que se quieren alcanzar y qué riesgos a evitar, intervenciones y modelos más adecuados, fases o etapas del proceso de ejecución, coordinaciones entre diferentes agentes, recursos y diseño de la evaluación. Evaluación: Ex-ante línea base y Ex-post. Leer el informe a la persona o sistema usuario.

Figura 1. Proceso de intervención.

Fuente: Elaboración propia.

1.1. PREPARAR LA ENTREVISTA QUE INCLUYE VARIAS TAREAS

Esta fase comprende el trabajo no directo, previo a las entrevistas, que incluye las siguientes tareas: preparar las hojas para los consentimientos y para los requerimientos; definir cuáles son los informantes claves y otros/as informantes, además de la forma de ponerse en contacto con ellos/as; ver si hay informes sobre el caso y analizar si la información que contienen es congruente y si es correcta, ésta se podrá validar o no durante las entrevistas; preparar la presentación de la figura profesional para cada caso o de forma general, definiendo qué se puede hacer y que no desde el puesto propio; hacer un listado de las posibles preguntas de la entrevista, es importante que se cuide el enfoque de las preguntas, en este esquema se siguen dos enfoques: el de las fortalezas y el aportado por el modelo centrado en las soluciones.

A continuación, se aportan varios listados con posibles preguntas, que pueden combinarse con muchas otras: ¿qué ha sucedido?, ¿por qué sucede ahora? En relación con el momento vital de la persona: ¿qué necesita ahora?, ¿qué es importante para ella ahora? Por otro lado, una herramienta útil para generar preguntas es el modelo ROPES, del enfoque de las fortalezas de Graybeal (2001), cuyas siglas hacen referencia a los conceptos: recursos, opciones, posibilidades, excepciones y soluciones. Estas son algunas de las preguntas para cada uno de los cuatro aspectos relevantes:

Recursos: ¿Cuáles son los recursos que hay en la situación: personales, familiares, del entorno social, organizativos y de la comunidad?

Opciones: ¿Qué se puede hacer ahora, qué opciones tiene?, ¿qué quiere hacer ahora?, ¿qué va a elegir de estas opciones?, ¿hay opciones disponibles y que no han sido tratadas o utilizadas?

Posibilidades: ¿Qué ha pensado en hacer, pero todavía no ha utilizado? Imagínese que mañana se levanta y sus problemas han desaparecido ¿en qué lo notaría?, ¿qué haría a partir de entonces?

Excepciones: ¿Cuándo el problema no ocurre?, ¿cuándo el problema es diferente?, ¿cómo has sobrevivido, resistido, prosperado?

Soluciones: ¿Qué está funcionando ahora?, ¿cuáles son los logros?, ¿qué se está haciendo que le gustaría seguir haciendo? ¿qué pasaría si ocurriera un milagro?, ¿qué puede hacer ahora para crear un pedazo del milagro?

Complementado a lo anterior, se ofrece otro ejemplo de listado de cuestiones que pueden ser de utilidad, basado en la exploración de metas en el modelo centrado en soluciones, ¿cómo le gustaría que fuera la situación?, ¿se da en el presente alguna vez?, ¿cómo lo describiría cuando se dan estas situaciones en el presente? Seguidamente, ante las respuestas de metas positivas que en parte vienen sucediendo en el presente, se aplica el método EARS (explorar, amplificar, reforzar y siguiente paso) de Milner y O'Byrne (2009), que se puede resumir como: Explorar sobre estas situaciones excepcionales, amplificar lo expresado por la persona mediante la repetición y la escucha de detalles al respecto, reforzar mediante la valoración positiva estos hechos y preguntar para saber cuál es el siguiente pequeño o gran paso que se puede dar en esta dirección. O bien, la exploración de metas se puede enfocar desde las siguientes cuestiones: ¿Qué cambio notaría si la situación estuviera mejor?, ¿qué más notaría, ¿qué más?, ¿hay algo de esto en la actualidad? Y de nuevo, en relación con las respuestas positivas que identifican un cambio positivo que se da en la actualidad, utilizar el modelo EARS: explorar, amplificar, reforzar y siguiente paso.

1.2 RECOPIACIÓN DE DATOS, CONSISTENTE EN REALIZAR LAS ENTREVISTAS Y LA VISITA DOMICILIARIA, SI PROCEDE

De forma general se entiende que la entrevista tiene tres fases: una primera fase social que es la fase de acogida, seguidamente la exploración de la demanda y creación de hipótesis y, por último, el cierre donde se señalan los acuerdos a los que se ha llegado sobre la definición del problema y de las soluciones.

En esta fase de recopilación de datos se tiene que lograr conocer más a la persona: cuáles son sus intereses, sus valores, sus fortalezas; a su medio: su cultura, valores y recursos; y la situación-problema en los ámbitos: personal, sociolaboral, sociocomunitario, familiar, de salud, vivienda, etc. De cada uno de los factores para el diagnóstico social tenemos que conocer cuáles son las necesidades y cuáles son los Modelos ROPES, además de tener en cuenta aquellos sucesos positivos o de cambio que se dan en la actualidad y aplicar el Método EARS para seguir con la obtención de información en forma de metas, según se ha explicado en el apartado anterior.

Hay que tener en cuenta que si el diagnóstico se centra exclusivamente en preguntar sobre carencias, no se podrá luego afrontar la situación del problema. Pero, si además, el diagnóstico incluye las ROPES y las soluciones que están funcionando en el momento actual, la intervención habrá encontrado los medios y las metas para lograr el cambio necesario y afrontar las situaciones de necesidad.

Laina Ubierna

En esta fase es recomendable usar las herramientas genograma y ecomapa. El genograma para obtener información sobre ¿qué miembros conocen el problema?, ¿cómo son las relaciones?, ¿le gustaría que algo cambiara?, ¿qué funciona? Con el ecomapa se detectan problemas en el medio, se identifican recursos y dificultades, ¿cómo son las relaciones con el medio?, ¿qué le gustaría que cambiara?, ¿qué funciona?

Muchos autores han tratado de forma extendida el tema del diagnóstico social entre otros: (Aguilar y Ander-Egg, 1999; Colom, 2008; Escalada, 2004; Fernandez y Ponce, 2008; García, 2007; Gobierno Vasco, 2013; Graybeal, 2001; Ituarte, 1992; Martín, 2013; Milner y O'Byrne, 2009; Richmond, 2005; Rossell, 1989; Smale, Tuson y Statham, 2003). Parte del contenido de estos textos se utiliza para el desarrollo del artículo, pero como la finalidad es lograr un esquema sencillo para la práctica cotidiana, en el Anexo 1 se ofrecen dos opciones concretas, en forma de listado de preguntas, para enfrentarse al diagnóstico social. La primera opción, resume el contenido aportado por García (2007) sobre este tema, se ha elegido este texto porque simplifica de forma útil un tema altamente complejo; y una segunda opción, de Martín (2013) sobre su texto "Manual de indicadores para el diagnóstico social", con un enfoque ecológico que aporta un análisis de las necesidades desde la lógica relacional de las personas con el contexto.

1.3 APLICAR EL CONOCIMIENTO PROFESIONAL: ENTENDER E INTERPRETAR LOS DATOS

En esta fase se responde a las siguientes cuestiones: ¿es grave la situación?, ¿hay riesgo grave o bien hay carencias que afectan gravemente a la inclusión social, ya que se dan situaciones de marginación, violencia social, desprotección, maltrato o falta de cobertura de las necesidades básicas?

Por otro lado, hay que atender a las siguientes cuestiones: ¿Cuál es la prioridad de los/as informantes clave?, ¿cuál es la prioridad del profesional? Para aclarar estas cuestiones se puede hacer uso de la siguiente herramienta para la toma de decisiones y atender a aquellas circunstancias que sean de grave riesgo y, además, prioritarias para los/as informantes y para el/la profesional:

Gravedad del riesgo	Prioridad de los informantes y del profesional	
	+ -	++
	- +	--

Figura 2. Herramienta para la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia.

Otra herramienta para la toma de decisiones es la aportada por Milner y O'Byrne (2009), que analiza la relación entre las variables probabilidad del daño y severidad del daño. Será necesario atender a aquellas cuestiones en las que la probabilidad y la severidad del daño sean críticas o sustanciales.

Probabilidad de daño	Severidad del daño			
	Despreciable	Menor	Grave	Extremo
Improbable	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado
Bastante probable	Bajo	Moderado	Importante	Importante
Probable	Moderado	Importante	Critico	Critico
Muy probable	Moderado	Importante	Critico	Critico

Figura 3. Matrix for calculating risk in the single assessment process (p. 214, 2009).

1.4 JUICIO DIAGNÓSTICO. USAR LAS TEORÍAS Y LOS MODELOS

En esta fase es importante dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Qué modelos y teorías ayudan a un análisis en profundidad?, ¿qué perspectiva aporta una visión más útil para intervención y nos da una visión más autónoma de la persona?

No está demostrado que ningún modelo o teoría sea el más adecuado. Sin embargo, el criterio con mayor consenso es el enunciado por Payne (2014) y Miller y O'Byrne (2009). Los modelos o las teorías más adecuados son aquellos que resulten más útiles, que aportan mayor protagonismo a las personas, que más las empoderan, que tengan sentido para éstas y faciliten los cambios y los procesos de forma positiva. Payne (2002) lo define con el término eclecticismo “debemos seleccionar las técnicas apropiadas según las necesidades del cliente” (p. 76). Por otro lado, el uso combinado de varios modelos resulta más útil, en esto se basa el “enfoque pluralista” (Milner y Rollnick, 2009), con el dominio de un mayor campo conceptual desde el que se analicen los problemas, será posible poner en práctica diversas estrategias conforme se vaya desarrollando el proceso.

Una vez que se formulen las hipótesis o juicio profesional, seguidamente, hay que analizar si se puede confirmar sobre la evidencia de los datos y, además, si se puede, sopesar con los/as informantes clave.

En este sentido es conveniente aclarar un asunto que puede generar opiniones enfrentadas, se visibiliza bien en las diferentes aportaciones de dos autoras, se cita: “el diagnóstico... es un proceso continuo en el que participa el cliente” (Ituarte, p. 32, 1992) y, por otro lado, “en su formulación y en su base teórica es un asunto estrictamente profesional” (Rossell, p. 143, 1989). Esta disyuntiva, no es tal, la participación del cliente como sujeto activo y protagonista de su proceso de cambio es compatible con el ejercicio profesional responsable basado en la teoría. Puede suceder que existan diferencias de opinión entre la persona cliente y el/la profesional sobre la definición de la situación problema, pero el/la profesional está preparado/a para mantener su juicio diagnóstico siempre que se apoyen en evidencias y en teorías validadas. El acuerdo es necesario para lograr la implicación en el proceso de intervención, las metas a lograr tienen que ser sentidas como propias por la persona sujeto y los/as profesionales tendrán que explicar su punto de vista y elegir los modelos teóricos para el diagnóstico según la utilidad que tengan en cada caso concreto. En bastantes casos, un diagnóstico con el que la persona cliente no se sienta para nada identificado/a, será un diagnóstico no útil y puede que sirva de alarma para que el/la profesional retroceda y conduzca de nuevo el proceso a la fase de recopilación de datos, en buscar un mayor conocimiento sobre los valores de la persona y sus campos de interés. El diagnóstico forma parte de la intervención y va paralelo a todo el proceso de entrevista y de creación de la relación de ayuda.

Otra cuestión a tener en cuenta en esta fase de la intervención es saber cuál es el momento en que se encuentra las personas en relación a su ciclo motivacional (Miller y Rollnick, 1999).

Una herramienta útil, para saber en que fase se encuentra la persona, es el análisis del discurso del cambio (Miller y Rollnick, pp. 221-226, 2015), el texto diferencia entre el discurso de cambio preparatorio y el movilizador, utilizando las siglas DARN y CATS respectivamente, que sintetizan los siguientes conceptos:

Discurso preparatorio DARN: Deseos: me gustaría, espero, ojalá.

- Habilidades: puedo, soy capaz.
- Razones: hablar de razones para iniciar el cambio.
- Necesidades: tengo que, debo, no puedo estar así.

Y por otro lado, el Discurso movilizador CATS:

- Compromiso: quiero hacerlo, necesito hacerlo.
- Activación: estoy preparado/a, estoy listo/a.
- Primeros pasos, taking steps: he asistido, he llamado.

Milner y Rollnick (2015) definen cuatro fases en la entrevista motivacional: vincular, enfocar, evocar y planificar. Cuando ya se han delimitado “metas específicas y asequibles” (p.139), se ha pactado “una agenda consensuada” (p.154), en la fase de evocación se analiza si es mayor el peso del discurso del cambio o el del mantenimiento, si todavía no se ha alcanzado el momento en que se visualiza un discurso movilizador mayoritariamente, puede que sea necesario volver a la primera fase y explorar de nuevo los objetivos y los valores de la persona, es decir, forjar el vínculo (p.341). En las intervenciones, que no se tenga en cuenta cuál es momento motivacional de las personas, puede suceder que se pierda la armonía entre el tiempo del profesional y el ritmo que necesitan las personas, podría ser necesario volver a recopilar nuevos datos y cambiar de hipótesis. Es lo que Rossell (1989) denomina la “regla de oro”: “El profesional no puede ir más allá de la capacidad de evolución de cliente” (p.161).

En esta cuarta fase también es necesario establecer un pronóstico que nos ayude a prever qué cambios pueden darse y que afecten al proceso. Y es que éste tiene “un alto valor preventivo” (Colom, 2008, P. 256), ya que también puede valer para señalar posibles riesgos y dificultades, aportando “la posibilidad de dibujar escenarios de riesgo y, en la medida de lo operable, evitarlos mediante acciones concretas” (Colom, 2008, P. 267).

1.5 PLANIFICAR

La planificación se ha de presentar a través de informe, y de forma general éste tendrá que recoger según García y Ramírez (2009): Datos de identificación y genograma, análisis de la situación según las diferentes áreas (personal, familiar, socio-laboral, comunitario, etc., diagnóstico que incluya carencias, potencialidades y juicio profesional; posteriormente se definen los resultados que se quieren alcanzar y qué riesgos a evitar, las intervenciones que será necesario realizar, la metodología que se va a utilizar, es decir, desde qué modelos se va a realizar la intervención y por qué se han elegido los mismos; seguidamente, una definición por fases o etapas del proceso de ejecución definido en tiempos, otros aspectos organizativos como son las coordinaciones entre diferentes agentes, un resumen de los recursos que van a ser necesarios y una evaluación.

Con relación a la fase de evaluación, se precisa hacer una ex-ante para conocer la línea base de la situación problema de los ROPES y una ex-post para conocer la influencia de las intervenciones realizadas. Para crear la línea base es preciso llegar a un acuerdo con la persona sobre cuál es la situación actual, creando unos indicadores que se puedan concretar de forma numérica a través de escalas creadas a propósito

Laina Ubierna

de la situación o, bien, utilizando herramientas de evaluación estandarizadas. Algunas herramientas de evaluación se pueden encontrar en Esteban y García-Longoria (2016): Escalas para valorar el clima en la familia, escalas para valorar la autonomía personal, escalas para valorar la situación de sobrecarga, escalas para valorar las habilidades sociales, entre otras.

Por último, este informe tiene que ser compartido con las personas cliente “El cliente y su familia deberán estar siempre informados y manifestar su acuerdo con los contenidos del plan de trabajo” (Colom, 2008, p. 255). No puede existir una “agenda secreta”, ya que sería intervenir sin la colaboración expresa del cliente y atentaría contra la deontología profesional.

2. SEGUNDO ESQUEMA: DIAGNÓSTICO SOCIAL

El proceso de diagnóstico social corre paralelo a otros procesos importantes de la intervención en Trabajo Social como son la definición del contexto, la creación de la relación y, de forma general, dado el “modelo en espiral” (Barbero, 2008, pp. 398-399) de todo el proceso de intervención.

Éste es además parte de un organismo más amplio que es el Trabajo Social, por lo que tiene que cumplir con las características propias del macroorganismo que son, entre otras, la orientación comprensiva, la atención centrada en la persona o el Código Deontológico.

Por otra parte, se encuentra dentro del meso organismo institucional del Sistema de Servicios Sociales de Castilla y León, es por lo tanto una de las funciones del Coordinador de Caso y tiene que utilizarse para aplicar los programas del Acuerdo Marco.

Esquemas cotidianos para el trabajo social de casos

1.ª EXPLORACIÓN: DISCURSO LIBRE					
2.ª EXPLORACIÓN: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	Taxonomía de Bradshaw	Necesidades normativas			
		Necesidades sentidas			
		Necesidades expresadas			
		Necesidades comparativas			
3.ª EXPLORACIÓN: ATENCIÓN A NECESIDADES URGENTES O DE RIESGO	¿Tiene la persona o grupo familiar cubiertas las necesidades básicas?	* Valoración de la pobreza y AROPE * Servicios o prestaciones de la Red de Protección a Familias en Castilla y León			
		* Valoración de maltrato o riesgo de maltrato, con herramientas de la Junta de Castilla y León: - Personas mayores y dependientes - Mujer - Infancia - Familia - Otros: escolar o laboral * Riesgo de suicidio: CASE Approach * Personas sin capacidad de obrar permanente o transitoria: enfermos mentales en crisis, personas con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA JCYL * Personas que no pueden acceder a los derechos subjetivos por quedar fuera de la normativa: indocumentados, en situación irregular			
4.ª EXPLORACIÓN: CAMBIO Y NECESIDADES	¿Necesita realizar algún cambio en su vida o en el entorno? ¿Es necesario desarrollar nuevos programas para hacer frente a nuevas necesidades?	¿Que cambios son necesarios?: * Escala de calidad de vida GENCAT * Checklist Diagnóstico Social (Anexo 1) * Otros: ecomapa, genograma, escultura familiar, red social y cultograma	¿Hay cosas que no pueden cambiar y es necesario adaptarse?: * Duelo y pérdida * Ciclo vital	* Elección de el o los Modelos de Intervención * Exploración sobre la Rueda del cambio Prochaska y Diclemente y atención al discurso del cambio	* ¿A qué servicios tiene derecho según la normativa? Clasificación de necesidades Catalogo de Servicios Sociales de Castilla y León Decreto 58/2014 * Calidad de vida y derechos de colectivos específicos: - Familia e infancia - Discapacidad - Dependencia - Mujer - Mayores - Otros
		¿Que cosas funcionan y es necesario apoyar? Diagnóstico desde las fortalezas GRABEAL- Modelo ROPES			

Figura 4. Esquema para el diagnóstico social.

Fuente: Elaboración propia.

Laina Ubierna

Se definen para el diagnóstico social, visibles en el esquema anterior, cuatro fases:

La primera de discurso libre, que coincide con la fase social de la entrevista, en la que las personas son escuchadas sin interrupciones, validando su discurso con empatía.

La segunda fase utiliza la clasificación de Bradshaw (1972) para identificar aquellas necesidades que hay que priorizar, en consenso con las personas usuarias. Según esta clasificación es prioritaria la atención a aquellas necesidades no expresadas, sentidas, normativas y comparativas, es decir a aquellas personas usuarias a las que no se está atendiendo en algún ámbito vital, generando una situación de desigualdad o desatención por parte de los servicios.

Esa segunda fase abre camino a la tercera donde también se establece otro indicador de prioridad en la atención, en función de la urgencia y del riesgo. Se consideran intervenciones urgentes aquellas en las que las personas usuarias están en una situación de pobreza, utilizando para su valoración el AROPE (INE, 2006), y no han tenido acceso a las prestaciones y servicios que se definen para tal fin en la Red de Protección a Familia (Bocyl, 2014). Con intervenciones prioritarias por indicadores de riesgo, se entiende aquellas en que la integridad de las personas se ve amenazada por la violencia o la negligencia; también, otras casuísticas diferente como son las situaciones de crisis personal y mental que acarrear un riesgo de suicidio, utilizando el CASE Approach (Shea, 2011); y, por último, la cuarta fase, otra modalidad de casos, aquellos de las personas que no pueden valerse por sí mismas para su propio cuidado y protección y se precisa dar comienzo a procesos de coordinación Socio-Sanitaria para valorar su posible incapacitación y acceso urgente a servicios residenciales, de salud, etc.

Una vez que se ha pasado por las fases anteriores, el/la profesional tiene la certeza de que no está prolongando con su intervención situaciones urgentes, las intervenciones que ahora quedan en el despacho son las relacionadas con procesos de cambio personal y con la toma de decisiones sobre cómo cubrir otras necesidades que no ponen en riesgo la integridad de las personas. Por lo tanto, se dispone de varias entrevistas, si fuera necesario, para realizar una intervención global e integral, con el apoyo de herramientas técnicas, entre otras la Escala GENCAT (Verdugo, 2008) y las cheklist del Anexo 1; se realizará el diagnóstico social desde el ámbito de las necesidades y desde el de las fortalezas, buscando el empoderamiento de la persona usuaria en el proceso de análisis de su realidad y en la toma de decisiones que conduzcan a los cambios positivos. Durante las entrevistas se pueden encontrar acontecimientos del Ciclo Vital (Belart y Ferrer, 1998) que no se pueden cambiar y será necesario aprender habilidades o activar recursos, ya existentes o nuevos, para una adaptación que permita la mayor autonomía personal posible.

Posteriormente, dentro de esta cuarta fase, cuando ya se ha llegado a un consenso sobre las metas para lograr cambios o adaptaciones necesarias, llega el momento de planificar y ejecutar las acciones o tareas a realizar. Aunque el marco teórico se utiliza en todas las fases del proceso “Sin teoría no hay quehacer profesional” (Alemán y Fernández, 2008, p. 411), es necesario que en la planificación se plasme por escrito la decisión sobre qué modelos encajan mejor con la situación planteada; así por ejemplo si hay que trabajar con diferentes instituciones ya que la situación abarca ámbitos educativos, sanitarios, comunitarios, etc., será necesario seguir una metodología de Plan de Caso; si por el contrario, la persona describe una situación en la que quiere cambiar un comportamiento propio o de una persona a su cargo como puede ser un hijo, la intervención puede seguir un modelo cognitivo-conductual; o para situaciones donde las metas pueden ser definidas con claridad y la persona se encuentra motivada para la acción, el modelo centrado en la tarea puede facilitar un marco para planificar, ejecutar y evaluar las acciones. Que uno o varios modelos encajen con la situación planteada significa que son los que mejor aceptan las personas usuarias. Puede que, por ejemplo, el/la profesional desee aplicar un modelo sistémico y trabajar con todo el grupo familiar porque piense que es la mejor manera de alcanzar los cambios pero, si las personas no comprenden qué se les está planteando y no quiere implicar al resto del grupo familiar en la situación, el enfoque sistémico no será el que se tenga que aplicar inicialmente, se puede posponer para medio o largo plazo, sin descuidar otras atenciones necesaria que pueden prestarse de forma inmediata. En este caso es preferible, para que se mantenga la motivación en la relación y se vayan generando oportunidades, que las personas tengan sensación de utilidad con relación a la intervención. “También es importante que el cliente sienta que ha recibido algo útil, que ha recibido algún tipo de ayuda” (Rossell, 1989 p.161).

La atención al momento motivacional de la persona usuaria es otra variable a tener en cuenta en esta fase. Si el discurso del cambio es preparatorio, puede ser necesario volver atrás y reforzar la relación antes de seguir adelante, a fin de lograr la seguridad que las personas precisan para emprender la acción; o por el contrario, puede ser que la fase de interpretación se esté alargando mucho en el tiempo y las personas estén impacientes por ver cambios en la situación real, entonces será importante planificar y realizar acciones orientadas a metas a corto plazo, aunque sin perder la perspectiva de los cambios estructurales o a largo plazo “la intervención social debe darse en dos planos, el relativo o superficial... y el más profundo, el real” (Colom, 2008, p. 247). El profesional es el/la responsable de conducir la intervención y de emitir el juicio diagnóstico, pero el ritmo es el de las personas usuarias.

En el último recuadro se hace una alusión a la base normativa del diagnóstico social, es necesario saber a qué servicios tienen derecho según la normativa general y la específica. Para la ejecución de la planificación es preciso movilizar recursos personales del propio

sistema, de los servicios sociales y de otros sistemas del bienestar. Dotar de información a las personas usuarias sobre los servicios existentes es una obligación profesional, según consta en el artículo 18 del Código Deontológico (Consejo General del Trabajo Social, 2012), y una forma más de empoderarlas en el uso y ejercicio de sus derechos.

CONCLUSIONES

El sólo uso de protocolos, manuales y leyes aportados por las diferentes instituciones, no es suficiente para conseguir una práctica profesional con identidad y satisfactoria. Existe un amplio campo de conocimientos teóricos “proprios” que los/as trabajadores/as sociales tienen que conocer y utilizar continuamente. Saber conducir los procesos de intervención y realizar un diagnóstico social son saberes exclusivos del hacer profesional.

Hay múltiples herramientas que pueden ser útiles en el día a día, este artículo comparte dos de ellas en forma de esquemas. Estas herramientas se han creado a partir de la lectura de una amplia bibliografía y de las propias dificultades y búsqueda de soluciones en el trabajo en despacho. La forma de figura sencilla o esquema facilita la visualización, a fin de poder servir de guía. Se han añadido explicaciones de cada apartado, porque cada parte de los procesos tiene su importancia para el “buen hacer” y su correlación con las otras partes. Se plantean muchas preguntas a lo largo del texto, son cuestiones a las que tiene que darse respuesta según las realidades particulares de cada caso. La enunciación en forma de pregunta amplía las posibilidades de las respuestas en la intervención. El proceso de intervención tiene unas fases concretas pero la realidad de la intervención es siempre diferente y singular, tiene que construirse en la interacción entre clientes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- ACUERDO 51/2014, de 29 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que establecen las directrices de funcionamiento de la Red de Protección a las Familias de Castilla y León afectadas por la crisis, BOCyL n.º 104, de 3 de junio de 2014.
- Aguilar, M. J. y Ander-Egg, E. (1999). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen, Humanitas.
- Alemán, C. y Fernández, T. (2008). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barbero, M. (2008). Capítulo 14. El método en Trabajo Social. En Fernández, T. y Alemán, C. (2008). *Introducción al Trabajo Social* (pp. 394-438). Madrid: Alianza Editorial.

- Belart, A. y Ferrer, M. (1998). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bradshaw. (1972). The taxonomy of Social Need. En Mc Lachlan, G. (ed), *Problems and Progress In Medical Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Cardona, J. (2012). *La definición del contexto de intervención en el Trabajo Social de Casos*. Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de http://dfts.uib.cat/digitalAssets/286/286359_Cardona_Cardona_Josefa.pdf
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario*. Madrid: Siglo XXI.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León, BOCyL, n.º 239, de 12 de diciembre de 2014.
- Escalada, M. (2004). *El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Esteban, R. M. y Garcia-Langoria, M. P. (2016). *Análisis y Diagnóstico en Trabajo Social*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2008). Diagnóstico social. En Fernández, T., *Trabajo Social con casos* (pp. 141-172). Madrid: Alianza Editorial.
- García, G. y Ramírez, M. (2009). *Manual práctico para elaborar proyectos sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- García, G. (2007). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social. *Ecos de Mary Richmond. Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 83, 10-38.
- Gobierno Vasco, Dirección de Servicios Sociales. (2013). *Instrumento técnico común de valoración de la exclusión social*. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/instrumento_valoracion.html
- Graybeal, C. (2001). Strengths-Based social work assessment: Transforming the dominant paradigma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human*, 28 (3), 233-242. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de https://www.researchgate.net/publication/269957402_Strengths-Based_Social_Work_Assessment_Transforming_the_Dominant_Paradigm
- INE. (2006). *La pobreza y su medición*. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf>
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales en Castilla y León. BOCyL, n.º 6, de 8 de enero de 2011.
- Martín, M. (2013). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Vitoria: Colegio Oficial de Trabajo Social de Álava.

- Mestre, J. M. (2015). *Percepción del bienestar profesional de los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios de Mallorca*. Universidad Pública de Navarra, Navarra. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de <http://academica-e.unavarr.es/bitstream/handle/2454/20853/Tesis%20Mestre,%20Joana%20Marc%20Ag.pdf?sequence=1>
- Miller, J. y O'Bryrne, P. (2009). *Assessment in Social Work*. 3.ª edición. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Miller, R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miller, R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory*. 4th Edition. London: Palgrave Macmillan.
- Payne, M. (2002). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social: una introducción crítica*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Richmond, M. E. (2005). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Rossell, T. (1989). *La entrevista en Trabajo Social*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Shea, S. C. (2011). *The practical art of suicide assessment*. Great Britain: Amazon.
- Smale, G., Tuson, G. y Statham, D. (2003) *Problemas y trabajo social*. Madrid y A Coruña: Ediciones Morata y Fundación Paideia Galiza.
- Verdugo, M. G. (2008). *Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de Vida*. Barcelona: Gobierno de Cataluña. Recuperado el 4 de octubre de 2019 de <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatFormularioCAST.pdf>

ANEXO 1. LISTADO DE PREGUNTAS PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL

Primer listado de preguntas, desarrolladas a partir del artículo de García (2007) titulado: “Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social”.

¿Es necesario hacer un diagnóstico social o, por el contrario, es suficiente con una valoración profesional?, ¿se detectan durante la entrevista situaciones que van a requerir una intervención a largo plazo, buscando cambios significativos de actitudes, comportamiento, habilidades, etc.? O, por el contrario, ¿la intervención esta orientada a conseguir un recursos o prestación?

Estructura para el diagnóstico en tres fases: Descriptiva, valorativa y predipectiva.

1. Fase Descriptiva

- ¿Qué información vamos a recoger?
- ¿Cuáles son los datos personales: nacionalidad, empadronamiento, nombre, apellidos, relaciones familiares, dirección, teléfono de localización, etc...?
- ¿Cómo son la situación y las circunstancias familiares, económica, de empleo, salud, educativas y formativas, de vivienda e institucionales, sin olvidar otras, por ejemplo, las de tipo judicial, en su caso?
- ¿Cómo es la situación relacional, amistades, aficciones, así como los valores?
- ¿Cuál es el grado de comprensión de su propia situación?, ¿y las actitudes ante el proceso de cambio?

2. Fase Valorativa

- ¿Cómo interpretamos la información obtenida en la fase descriptiva?
- ¿Qué interpretación hace la propia persona o personas sobre su situación?
- ¿Qué circunstancias puede definir las carencias? para saber ¿qué déficit hay que compensar y qué aspectos son, al menos potencialmente, irrecuperables como activos de la persona o de la unidad familiar?
- ¿Cuáles son las potencialidades descubiertas en diversos aspectos que definen la situación?
- ¿Se tiene la oportunidad de intervenir?
- ¿Cómo se relacionan los aspectos anteriores entre sí?
- ¿Cuál es la visión integral y global de la situación?

3. Fase Predictiva

- ¿Cuáles son las claves para intervenir?
- ¿Cuáles son las vías bloqueadas? Aspectos en los que por el momento no se puede intervenir. Probablemente más adelante sí, pero en el momento actual sería una equivocación.
- ¿Cuáles son las vías útiles? Aspectos en los que se considera posible y necesario intervenir.
- Definir estrategias: ¿Qué aspectos son más importantes en función de su significado o su relación con otros aspectos?, ¿en cuáles se pueden lograr cambios más fácilmente?, ¿en cuáles es necesario conseguir determinados cambios para activar o impulsar otros procesos?
- ¿Qué otras circunstancias pueden constituir dificultades o apoyos a la acción?

Segundo listado de preguntas, desarrollado a partir del trabajo de Martín Muñoz (2013), con título: "Manual de indicadores para el diagnóstico social":

- ¿Cómo se sitúa, cómo se relaciona, la persona en el conjunto de sistemas y subsistemas con los que interactúa?
- ¿Cómo interactúan la persona y el medio social para el mantenimiento o el cambio del problema social?, ¿cómo se influyen medio y persona, en relación con la evaluación de la situación problema?, ¿qué posibilidades y condicionantes ofrece la estructura del contexto social a la persona?
- ¿Dispone la persona de los elementos básicos que posibilitan un intercambio dialéctico con su medio social, pudiendo establecer una relación de adaptación enfrentamiento o confrontación, que permite su desarrollo? Estos elementos básicos son lo que se denomina necesidades básicas y se conforman como un sistema.
- ¿Hay carencia o déficit de alguno de las necesidades básicas?, ¿origina dificultades en el funcionamiento, obstaculizando o limitando la vida de las personas?

En relación con las necesidades básicas y señalando la intensidad de afectación:

- ¿Tiene la persona o unidad convivencial déficit en la necesidad básica de información?
- ¿Y en relación con las habilidades sociales?, ¿la autonomía física?, ¿la autonomía psíquica?, ¿en la relación convivencial?
- ¿O carencias relativas a la necesidad básica de formación?
- ¿Trabajo?
- ¿Nivel económico?

- ¿Vivienda?
- ¿Participación?
- ¿Y aceptación social?
- ¿Cómo describimos la situación global en la que se encuentra la persona o unidad convivencial?
- ¿En qué categoría diagnóstica podemos incluir esta situación: Situación Deficitaria Coyuntural, Situación Deficitaria de Larga Duración, Desventaja Social, Exclusión Social o Marginación?
- ¿En función de la categoría diagnóstica, qué intervención será previsible que realicemos?

ANÁLISIS INICIAL DE UN CENTRO ASISTENCIAL PSICOGERIÁTRICO, SEGÚN LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

INITIAL ANALYSIS OF A PSYCHOGERIATRIC CARE CENTER, ACCORDING TO THE PERSPECTIVE OF THE PERSON-CENTERED CARE MODEL

Elsa Gummà Serra. *Ayuntamiento de Málaga*

Mónica Donio Bellegarde Nunes. *Universidad Internacional de Valencia*

Resumen: Los centros de mayores están cambiando gradualmente desde la Atención Centrada en el Servicio (ACS), a la Atención Centrada en la Persona (ACP). La ACP es una alternativa residencial de expansión creciente, que promueve el deseo expresado por una gran mayoría de mayores; la voluntad de envejecer en su hogar o, en su defecto, en un espacio diseñado en base a un modelo de hogar. Este trabajo evalúa de manera multidimensional un centro asistencial psicogeriatrico según el modelo de ACP-Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP), midiendo tres aspectos clave: el espacio ambiental, la percepción de los/as profesionales y la de las personas residentes. Posteriormente, se realiza un informe DAFO que se completa con un análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar). El estudio de los resultados se convertirá en una herramienta clave para futuras propuestas de cambio en el propio centro analizado y en otros de características similares, aportando claves y pautas para su adaptación y contribuyendo a facilitar la conversión gradual al MACP. El trabajo determina que, tanto residentes como profesionales del centro tienen una visión positiva de los cuidados que reciben y prestan, respectivamente. A nivel organizativo y ambiental, se concluye que son necesarias algunas mejoras para la adaptación al modelo.

Palabras clave: Atención Centrada en la Persona, Centro psicogeriatrico, Demencia, Envejecimiento activo, Trastorno mental.

Abstrat: Senior centers are gradually changing from Service Centered Care (ACS), to Person Centered Care (ACP). The ACP is a residential alternative of increasing expansion, which promotes the desire expressed by a large majority of the elderly; the will to age in their own home or, failing that, in a space designed based on a home model. This work evaluates in a multidimensional way a psychogeriatric care center according to the ACP model (MACP), measuring three key aspects; the environmental space and the perception of the professionals and the residents. Subsequently, a SWOT report is made that is completed with a CAME analysis. The study of the results will become a key tool for future proposals for change in the analyzed center itself and in others of similar characteristics, providing keys and guidelines for its adaptation and contributing to ease the gradual conversion to the MACP. The work determines that both residents and professionals of the center have a positive vision of the care they receive and provide, respectively. At the organizational and environmental level, it is concluded that some improvements are necessary for the adaptation to the model.

Keywords: Person Centered Care, Psychogeriatric center, Dementia, Active aging, Mental disorder.

| Recibido: 8/02/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 30/11/2020 |

Referencia normalizada: Serra, G., y Donio, M. (2020). Análisis inicial de un centro asistencial psicogeriatrico, según la perspectiva del modelo de Atención Centrada en la Persona. *Trabajo Social Hoy*, 90, 107-130. doi: 10.12960/TSH.2020.0012

Correspondencia: Elsa Gummà Serra. Universidad Internacional de Valencia, Email: elsags22@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La sociedad está en continuo cambio, por diversas circunstancias hoy las personas mayores en el mundo occidental tienden a quedarse solas en sus viviendas. Muchas de ellas rechazan las normas, horarios rígidos y falta de intimidad de las residencias (Carmona, 2017). Según Sancho, del Barrio, Prieto, Díaz-Veiga y Yanguas (2016), un 42,3 % de las personas mayores prefieren vivir en su propio hogar. La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2017) extrae resultados aún más concluyentes; el 82 % de los mayores españoles entre 65 y 84 años quiere envejecer en su casa y rechazan los centros residenciales como lugar para vivir.

Pero en ocasiones, las situaciones de dependencia (ya sea física o psicológica) obligan a buscar alternativas a la residencia propia. Más del 32 % de los mayores de 65 años tienen algún tipo de discapacidad, cifra que se dispara a partir de los 80 años. Éstas promueven un alto porcentaje de situaciones de dependencia, entendiéndose por tal el estado en el que se encuentran las personas que han perdido autonomía física, psíquica o intelectual, y precisan asistencia y/o ayuda importante para realizar en especial las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). (Consejo de Europa, 1998).

El fenómeno de la dependencia es de alcance mundial. Tiene relación directa con el avance de la edad y es especialmente relevante en los países ricos, por estar más envejecidos. Para estos casos existen centros especializados, como los centros geriátricos o psicogeriátricos, que cubren las necesidades de esta población que no puede seguir residiendo en su vivienda habitual.

En el caso de los hospitales psiquiátricos, su objetivo radicaba en el cuidado físico y el control de sus pacientes. La problemática de escasez de personal supuso la implantación de un sistema piramidal de autoridad, para facilitar y promover la eficiencia.

Goffman concluyó en su obra *Asylums* (1961), que las instituciones psiquiátricas compartían las mismas características que los penitenciarios o incluso que los monasterios o campos de concentración, puesto que en ellas los/as pacientes estaban privados/as de libertad, padecían el estigma de *paciente psiquiátrico* y habían perdido sus roles habituales.

Dentro de un continuo cambio, los servicios psiquiátricos dejan de configurarse en grandes hospitales con un trato impersonal y paulatinamente se orientan hacia la atención comunitaria y en centros de tamaño reducido. En el caso de los grandes hospitales ya existentes, se establecen divisiones en unidades o comunidades terapéuticas

dirigidas al tratamiento intensivo de los/as enfermos/as que requieren una atención especializada (Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2015).

Theurer et al., (2015) hablan de la necesidad de un cambio revolucionario en el modelo de cuidado a las personas mayores, ya que el clásico promueve la soledad y la depresión.

En la actualidad el paradigma residencial sigue en proceso de cambio, adaptándose a la voluntad de las personas de vivir en el hogar o en un centro que lo recuerde. Dentro de esta continua evolución, Kitwood (1988, citado en Fazio, Pace, Flinner y Kallmyer, 2018) acuña el término *Atención Centrada en la Persona*, que reúne ideas y métodos de trabajo que potencian las relaciones interpersonales y la comunicación. Lo hace tomando como referencia el estudio de la demencia desde una perspectiva biopsico-social y rechazando el enfoque médico estándar.

Kitwood y Bredin (1992, citados en Fazio et al., 2018) concluyen que las demencias no progresan universalmente de manera lineal, y que son necesarios unos cuidados de alta calidad que afirmen la personalidad. Desde una perspectiva basada en la ACP, determinan que estas personas necesitan sentir *apego, inclusión, comodidad, identidad y ocupación*. Ambos desarrollan un enfoque conceptual de la atención, que facilita a los/as profesionales una forma de pensar centrada en la personalidad y el bienestar a lo largo de la evolución de la demencia y alenta al personal de atención directa a centrarse menos en qué se hace y más en cómo se hace.

Los estudios de la influencia biopsicosocial, concluyen que el MACP contribuye a que las personas residentes estén menos medicalizadas (Bertakis y Azari, 2011), tengan más autodeterminación, menos agitación, mejoren sus patrones de sueño y, en definitiva, disfruten de una mayor calidad de vida (Koren, 2010). Analizando el impacto de la ACP en la depresión de los mayores, Li y Porock (2014, citados en Fazio et al., 2018) constataron que, tanto en los/as cognitivamente intactos/as como en los/as discapacitados/as, sus niveles depresivos descendían significativamente en impotencia, soledad y aburrimiento. El método asistencial, impulsado en los grandes centros residenciales de aspecto hospitalario, debe dejar paso a modelos de ACP, en los que priman los deseos, aficiones y necesidades sobre el servicio prestado. El objetivo de este estudio ha sido analizar el estado actual de un centro psicogeriátrico de la ciudad de Málaga (España), a través de la perspectiva del MACP y aportar algunas propuestas para promover opciones de cambio.

1. OBJETIVOS

- Evaluar un centro asistencial psicogeriátrico de Málaga, según el MACP.
- Aportar pautas para sugerir cambios en el centro, orientando el modelo actual hacia el MACP.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MUESTRA

Se establecen dos grupos de análisis formados por el 20 % de los residentes (7 mujeres y 13 hombres, con edades comprendidas entre los 55 y 90 años, con dependencia funcional y cognitiva leves) y el 60 % de los profesionales del centro (14 mujeres y 13 hombres, con edades entre los 20 y 60 años).

El criterio de selección de la muestra de las personas residentes se elabora en base a las opiniones profesionales de la psicóloga, la coordinadora y la psiquiatra. Por cuestiones legales y de protocolo se prioriza la encuesta a personas sin tutela, o tuteladas por una fundación perteneciente al centro. Antes de cumplimentar los cuestionarios, se informa a las personas participantes y se solicitan las firmas de los consentimientos informados.

Se emplea el cuestionario de evaluación emocional EBES-CTV, ya que el interés de la investigación es determinar el estado anímico y emocional de las personas de manera pormenorizada para poder realizar una comparativa en el futuro.

Se expone a los/las profesionales en qué consiste el estudio y la importancia de que participen en él, garantizándose el máximo de intimidad y anonimato. Asimismo, se emplea un criterio completamente aleatorio, no siendo discriminado ningún caso.

2.2. MATERIALES

Para la recogida de datos, se emplean tres cuestionarios diferentes.

Para los residentes: Teniendo en cuenta las características personales de la muestra, se adapta la herramienta de análisis a un lenguaje directo y claro. El *Cuestionario de Unidad de Calidad de Vida* (EBE-UCV) consiste en una escala de frecuencias del tipo

Likert, donde se valora la percepción de la persona sobre su estado emocional, como indicador de calidad de vida subjetiva. Se compone de 33 ítems en base a cuatro opciones de respuesta: *Siempre*, *Muchas veces*, *Pocas veces* y *Nunca*.

Los ítems recogen información relativa a cinco áreas que pueden influir en el estado emocional: sentimientos de *aceptación de los demás*; *autopercepción de autodeterminación*; *autopercepción de carácter y personalidad*; *satisfacción con la vida y compañía o relaciones*. Quince son direccionados positivamente (ítems 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 29 y 31) y el resto negativamente.

Se asigna el valor 4 a las respuestas *Siempre*; a *Muchas Veces*, un valor de 3; *Pocas Veces* el valor 2, y *Nunca* el 1. En las preguntas negativas la puntuación es inversa, siendo *Siempre*=1, *Muchas Veces*=2, *Pocas Veces*=3 y *Nunca*=4.

La evaluadora externa realiza las preguntas para facilitar su entendimiento y cumplimiento los cuestionarios.

Para los profesionales: Se emplea el Cuestionario de Adscripción al modelo ACP, *Development and Initial testing of the Person-Centered Care Assessment tool (PCAT)*, conformado por 13 ítems que miden el cuidado que se otorga a los residentes, divididos en tres subescalas de medición: *extensión del grado de cuidado personalizado*, *nivel de apoyo organizativo* y *grado de accesibilidad del entorno*. Se emplea una escala de tipo Likert de tres niveles; valorando como positivos los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11 y 13, adjudicando el valor 3 a *Siempre*, el 2 a *Algunas Veces* y el 1 a *Nunca*. El resto de las preguntas son direccionadas negativamente y el orden de los valores se invierte.

Tras su análisis, se demuestra una confiabilidad con un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.84 y una fiabilidad test-retest, n= 26 (Edvarsson, Fetherstonhaugh, Nay y Gibson, 2010). Posteriormente se traduce y adapta al español.

En ambos cuestionarios se realiza el análisis descriptivo de los datos mediante frecuencias absolutas y porcentajes, además de los parámetros: máximo, mínimo y media.

Para la medición ambiental: Se pondera el ambiente del centro, según la herramienta *The Dementia Friendly Communities Environmental Assessment Tool (DFC-EAT)*, validada y medida con un alfa de Cronbach mayor que la acordada comúnmente, un mínimo de 0,7 y una fiabilidad interjueces descrita de 0,97 (Nunnally, 1970, citado en Fleming, Benett, Preece y Phillipson, 2017). Se evalúan ocho aspectos clave en el MACP: *Seguridad*; *Ver y ser visto*, *Familiaridad*; *Tamaño*, *Variedad de espacios*; *Movimiento y compromiso*; *Reducción de estímulos*; y *Mejora de estímulos*.

El cuestionario consta de 38 ítems, cuya valoración oscila entre el 0= *En desacuerdo*, 1= *Parcialmente de acuerdo* y el 2= *De acuerdo*.

El estudio de los datos obtenidos se realiza a través de la aplicación de software libre para el análisis estadístico: *Perfect Statistics Professionally Presented* (PSPP).

2.3. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TRABAJO

Se realiza una primera visita al espacio evaluado, un centro asistencial psicogeriátrico de la ciudad de Málaga (España) y se establece una entrevista con el médico-psiquiatra, la coordinadora y la trabajadora social, para trasladarles la idea del proyecto. Se toma nota de las particularidades del centro, así como del tipo de residentes que habitan en él. Posteriormente se mantiene una nueva entrevista para conocer los tratamientos, dinámicas y terapias que se realizan con los/as residentes.

Se cuenta con el asesoramiento de los/as técnicos/as, para seleccionar la muestra relativa a las personas mayores, posteriormente se procede a cumplimentar los cuestionarios.

Asimismo la evaluadora del estudio, tras la labor de observación participante, cumplimenta el autoinforme ambiental. Finalmente todos los cuestionarios son recopilados y evaluados.

Durante seis semanas se establece un protocolo de investigación mediante el estudio de ambiente y la observación participante, asimismo se realizan diversas entrevistas con usuarios/as y profesionales. La información se anota debidamente en un diario de campo, junto con todos aquellos aspectos relevantes no recogidos en los cuestionarios.

Finalmente la evaluadora elabora sendos informes DAFO y CAME y un tercero para la Aplicación Práctica del Modelo de Planificación y Atención Gerontológica. Cabe puntualizar que para la implementación total del modelo serán necesarias varias semanas más, pudiendo llegarse a convertir en 2 ó 3 años de media.

3. RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación responden al análisis realizado de las variables estudiadas, distribuidas en cinco partes diferenciadas.

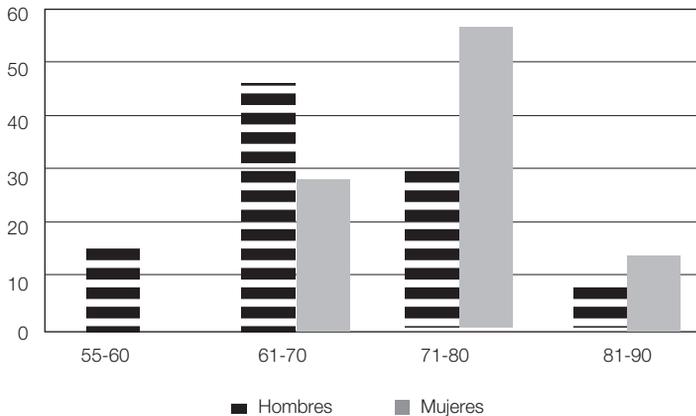
La primera, con el objetivo de detectar la percepción de bienestar emocional y satisfacción con la vida de los/as mayores residentes. Una segunda, enfocada a conocer la percepción de nivel de cuidado que otorgan los/as profesionales del centro. En tercer lugar, se establece un análisis ambiental y con los resultados obtenidos de la observación participante, las entrevistas mantenidas y el análisis de los cuestionarios, se realiza un cuarto análisis de la cuestión a través de un informe DAFO que pone en valor las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del centro. Esta herramienta permite analizar la realidad del espacio y facilita la toma de futuras decisiones. Asimismo, permite reflexionar sobre la situación de la empresa y actuar sobre ella. El documento consta de dos partes: un análisis interno (Fortalezas y Debilidades) y otro externo (Amenazas y Oportunidades). En quinto lugar se realiza un informe CAME, que servirá al centro para Corregir: las debilidades; Afrontar las amenazas externas que sean detectadas; Mantener sus fortalezas; y Explotar las oportunidades que brinde el mercado.

3.1. DATOS DE LA MUESTRA DE RESIDENTES

En primer lugar se establece un análisis diferencial que estudia las características de la muestra de residentes.

En la Figura 1 se pueden observar los grupos de edad, por sexos, de la muestra. Existe una mayor población femenina en las franjas de más edad, 71-80 años (58 %) y 81-90 (14 %).

Figura 1. Grupos de edad en porcentajes. Por sexos.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de instrucción, cabe destacar que existe un porcentaje elevado de hombres sin estudios (23 %) y el 61 % de los varones, y el 57 % mujeres tienen estudios de primaria. No existe en la muestra ninguna persona con estudios superiores. En los hombres destacan el pluriempleo (31 %), abundando las profesiones relacionadas con el sector de la construcción. A continuación el sector agrario (23 %) y quienes nunca han trabajado por haber tenido una institucionalización prolongada, debido a su salud mental (15 %). En la muestra de mujeres, se observa que un porcentaje elevado ha trabajado en el sector agrario (29 %) o combinando las labores del hogar con varios oficios a lo largo de su vida (29 %), como el de limpieza de viviendas o la hostelería.

Al encontrarse muchos/as residentes internos/as en el centro, una parte muy importante de su red social son los/as compañeros/as residentes y los/as profesionales que los atienden a diario. Realizado el cómputo global de los ítems de la dimensión *Sentimientos de aceptación de los demás*, se deduce que el centro facilita las relaciones entre las personas residentes y sus redes sociales y que el trato que perciben los/as residentes es cercano, ya que la media de su nivel de autopercepción sobre su *Aceptación por parte de los demás* es de un 2,8 sobre una puntuación máxima de 4, lo que equivaldría a un 7 sobre 10.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de los ítems correspondientes a la dimensión de *Autodeterminación*, predictora de calidad de vida y primordial en un centro de ACP.

Tabla 1. Autopercepción de la Autodeterminación. Por sexos.

	Hombres				Mujeres			
	N	PV	MV	S	N	PV	MV	S
1. Me siento una persona útil	23 %	8 %	23 %	46 %	0 %	29 %	14 %	57 %
5. Tengo ganas de hacer cosas	23 %	54 %	8 %	15 %	0 %	29 %	14 %	57 %
7. Pido ayuda para hacer cosas, cuando la necesito	15 %	31 %	0 %	54 %	29 %	14 %	0 %	57 %
20. Echo en falta personas en las que poder confiar	55 %	15 %	15 %	15 %	71 %	0 %	29 %	7 %
21. Vivo el día a día sin agobiarme por el futuro	46 %	0 %	8 %	46 %	29 %	0 %	29 %	42 %
24. Echo de menos a mi familia	23 %	8 %	15 %	54 %	57 %	0 %	0 %	43 %
28. No me siento libre de tomar algunas decisiones	46 %	23 %	8 %	23 %	29 %	29 %	0 %	42 %

*Nota: N=Nunca; PV=Pocas Veces; MV=Muchas Veces; S=Siempre

A la afirmación *Tengo ganas de hacer cosas*, el 54 % de los hombres responde que *Pocas veces*, el 57 % de las mujeres afirma que *Siempre*.

Cuando se pregunta a los hombres si *se sienten libres de tomar algunas decisiones*, el 46 % aseguran que *Nunca*. En cambio el 42 % de las mujeres afirman que *Siempre*. Tras el análisis de las respuestas otorgadas a las variables de la dimensión *Autopercepción de la Autodeterminación*, se observa que la media general es de 2,7 sobre un valor máximo de 4. Sobre una puntuación de 10, la nota es de 6,7.

En la Tabla 2 pueden consultarse los resultados obtenidos sobre la dimensión *Satisfacción con la vida*.

Tabla 2. Satisfacción con la vida. En porcentajes.

	Hombres				Mujeres			
	N	PV	MV	S	N	PV	MV	S
9. Aquí estoy a gusto y me lo paso bien	15 %	15 %	46%	24%	0 %	14 %	14 %	72%
10. No me gustan las actividades que hago aquí	0 %	46 %	30 %	24 %	71 %	0 %	0 %	29%
13. Estoy satisfecho/a con mi situación afectivo/sexual	15 %	8 %	46 %	31 %	0 %	29 %	14 %	57 %
15. Me preocupa lo que pase en el futuro	54 %	23 %	0 %	23 %	72 %	0 %	14 %	14 %
18. Me da miedo estar solo/a	85 %	0 %	0 %	15 %	72 %	14 %	14 %	0 %
19. Me apetece estar con los/las amigos/as	23 %	8 %	23 %	46 %	0 %	0 %	29 %	71 %
29. Estoy satisfecho/a con mi vida	0 %	8 %	15 %	77 %	0 %	43 %	0 %	57 %
31. Me siento infeliz	69 %	15 %	8 %	8 %	43 %	14 %	14 %	29 %
32. Cambiaría cosas de mi vida actual	38 %	30 %	8 %	24 %	71 %	0 %	0 %	29 %

*Nota: N=Nunca; PV=Pocas Veces; MV=Muchas Veces; S=Siempre

Un 24 % de los hombres y un 72 % de las mujeres de la muestra *afirman sentirse a gusto y pasárselo bien en el centro*. Además, el 77 % de los hombres y el 57 % de las mujeres afirman *estar satisfechos/as con su vida*.

Por las respuestas otorgadas a los ítems de la dimensión *Satisfacción con la vida* (3,1), se deduce que las personas de la muestra tienen una autopercepción de bienestar notable, 7,2 sobre 10.

Finalmente se realiza un cálculo total de todas las valoraciones obtenidas en cada una de las dimensiones, que se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultado dimensiones de Bienestar Emocional.

Dimensión	Media
Sentimiento de aceptación por los demás	2,8
Autopercepción de autodeterminación	2,7
Autopercepción de carácter	3,08
Satisfacción con la vida	3,1
Total dimensiones	2,92

Las respuestas otorgadas por la muestra, evidencian un nivel elevado de valoración de la vida en el centro, que conlleva una autopercepción de *Bienestar emocional* media de 2,9 sobre 4, equivalente a una puntuación de 7,3 sobre 10.

3.2. DATOS DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES

La muestra de profesionales se compone de 14 mujeres y 13 hombres, siendo el 60 % del total de los/as profesionales del centro. El 53,8 % de los varones se encuentra en la franja entre los 41 y los 50 años, y el 35,7 % de las mujeres, entre los 31 y 40 años.

La mayoría llevan trabajando en el centro entre uno y cinco años. El 60 % de los monitores y monitoras llevan desarrollando dichas funciones menos de un año (muchos son estudiantes en prácticas).

El 48 % de los/as trabajadores/as desconoce en qué consiste el MACP, y el 51 % lo conoce parcialmente.

Las tablas de contingencia muestran la percepción de los/as profesionales sobre los cuidados que prestan a quienes residen en el centro. Existe poca divergencia en las respuestas obtenidas.

La Tabla 4 muestra los resultados obtenidos de la dimensión *Extensión del grado de cuidado personalizado*. El ítem menos valorado es el n.º 7: *Se realiza una evaluación a diario de las necesidades de los/as residentes*. Su puntuación media es de 2,12 de un total de 3 puntos. En cambio, la valoración más elevada obtiene 2,96 se otorga al ítem: *Tenemos reuniones de equipo para hablar de los cuidados personales de los/as residentes*. Del cómputo global de dicha dimensión se extrae una media de respuesta de 2,5 lo que se traduce en un 8,3 de un máximo de 10 en *extensión del grado de cuidado personalizado*, según la autopercepción de las personas encuestadas.

Tabla 4. Extensión del grado de cuidado personalizado. En porcentajes.

	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. A menudo discutimos sobre cómo aportar un cuidado más personalizado	3,7 %	55,5 %	40,7 %
2. Tenemos reuniones de equipo para hablar de los cuidados personales de los/as residentes	0 %	3,7 %	96,3 %
3. La historia de vida se emplea y se tiene en cuenta en los planes de cuidado del centro	0 %	23,1 %	76,9 %
4. La calidad de las relaciones personal/residente es más importante que tener las tareas hechas	0 %	48,1 %	51,8 %
5. Tenemos libertad para alterar las rutinas laborales diarias, para atender las preferencias de los/as residentes	0 %	40,7 %	59,2 %
6. Los/as residentes pueden participar de manera individualizada en las rutinas diarias	11,1 %	22,2 %	66,6 %
7. Se realiza una evaluación a diario de las necesidades de los/as residentes	19,2 %	50 %	30,7 %

En el ítem 3: *La historia de vida se emplea y se tiene en cuenta en los planes de cuidado del centro* y el ítem 7 *Se realiza una evaluación a diario de las necesidades de los/as residentes*, existen un total de casos válidos de 26 (96,3 %) y uno perdido (3,7 %), en ambos casos.

En cuanto al *Nivel de apoyo organizativo*, la media del cómputo total de ítems de esta dimensión es de 2,4 de un total de 3 puntos (equivalente a 8 sobre 10). Por lo que los/as profesionales, mayoritariamente valoran la organización del centro con puntuación alta.

Un alto porcentaje de las personas que trabajan en el centro (62,9 %) advierten la falta de tiempo para proporcionar un cuidado específico a cada residente. La media de este ítem es de 2,3 sobre 3. Además un 51,8 % prioriza que el trabajo diario esté hecho, a que el centro siga un modelo de estilo de hogar.

En cuanto al *Grado de accesibilidad del entorno* según la perspectiva de los/as profesionales, la media obtenida es la menor de todas las dimensiones con un resultado de 2,2. La nota equivalente sobre un total de 10 correspondería a un 7,3. Asimismo, será valorada y contrastada, a través del cuestionario ambiental.

En la Tabla 5 se muestran las dimensiones y porcentaje total de valoración por parte de los/as profesionales sobre el nivel de cuidado proporcionado.

Tabla 5. Dimensiones de la autopercepción sobre el cuidado proporcionado.

Dimensión	Media
Extensión del grado de cuidado personal	2,5
Nivel de apoyo organizativo	2,4
Grado de accesibilidad del entorno	2,2
Total dimensiones	2,3

Se concluye que, en general, la autopercepción de los/as profesionales sobre los cuidados que proporcionan, es positiva. La media total sería de un 7,8 sobre 10.

3.3. DATOS DEL ANÁLISIS AMBIENTAL

Tras la observación de los espacios y cumplimentación del cuestionario, se presentan los resultados por áreas.

Seguridad

En este ámbito, en el que se evalúan gradientes, iluminación de espacios, seguridad en los cambios de nivel, o caminos y accesos, se obtiene una puntuación de 10, de un total de 14 puntos.

Ver y ser visto

En este área se valoran la fácil identificación de entradas y salidas, de lugares de interés o del siguiente destino. La puntuación es de 3 puntos, de un total de 8.

Familiaridad

Este apartado valora los espacios *estilo hogar* teniendo en cuenta: si el espacio es acogedor, si su función es obvia, las características arquitectónicas y su decoración. La valoración obtenida es 5, de un total de 8 puntos.

Tamaño

Este ámbito se centra en que el tamaño de los espacios sea el adecuado y aporte los niveles de intimidad óptimos, obtiene la máxima valoración, 4 puntos de los 4 posibles.

Variedad de espacios

Se valora la intimidad o la existencia de espacios que faciliten las relaciones sociales. La puntuación obtenida es de 2, de un total posible de 4 puntos.

Movimiento y compromiso

Se mide la variedad de espacios exteriores con sombra o soleados, donde poder sentarse o relajarse, participar u observar situaciones de interés. Esta dimensión obtiene la máxima puntuación, 8.

Reducción de estímulos

Se evalúa la presencia de señalizaciones, facilitación de información simple y esencial, si existe megafonía, los ruidos que se producen, los olores o el contraste de los suelos. La puntuación obtenida es de 9, de 12 puntos posibles, viéndose afectada temporalmente por las obras que se están realizando en el centro.

Mejora de estímulos

El apartado valora la facilitación de espacios intuitivos, dotados de señales o signos que ayuden a las personas a orientarse. El centro obtiene una puntuación de 5 puntos, de un total de 10, ya que existen muchos espacios donde hay un riesgo elevado para desorientarse, como las rampas de acceso a los dormitorios o los pasillos distribuidores.

Para una mayor comprensión de los datos, se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Dimensiones de la evaluación ambiental

Dimensión	Total Posible	Total Obtenido
Seguridad	14	10
Ver y ser visto	8	3
Familiaridad	8	5
Tamaño	4	4
Variedad de espacios	4	2
Movimiento y compromiso	8	8
Reducción de estímulos	12	9
Mejora de estímulos	10	5
Total dimensiones	68	46

La suma de las dimensiones es de 46 puntos, de un total posible de 68 (6,7 sobre un máximo de 10). Realizando un cómputo global de los tres parámetros analizados; perspectiva de las personas mayores sobre su estado emocional (7,3), percepción de los/as profesionales sobre los cuidados que otorgan a los/as residentes según el MACP (7,8) y la evaluación ambiental realizada por la investigadora (6,7) el centro recibe una puntuación media de 7,2 en una escala del 1 al 10 en adaptación al MACP.

4. DISCUSIÓN

Los objetivos generales propuestos para esta investigación han sido evaluar un centro asistencial psicogeriátrico de Málaga según el MACP desde diferentes perspectivas, y aportar nuevas pautas para sugerir cambios hacia el nuevo modelo.

En base a los resultados obtenidos, y como respuesta a los objetivos mencionados, se analiza su consonancia respecto a trabajos previos.

Debido al amplio alcance de la investigación, se procede a subdividir en secciones las conclusiones obtenidas.

4.1. RESIDENTES

La muestra de residentes estudiada supone un 20 % de la población total del centro por lo que, aunque es reducida, se considera suficientemente representativa dado el alcance y las limitaciones del estudio.

El nivel instructivo de los/as residentes analizados/as, es bajo. Las profesiones que realizaban están relacionadas con el sector primario.

Según el estudio de la muestra, las mujeres parecen valorar más negativamente su situación emocional y los varones sienten un nivel menor de autodeterminación. En general, los valores de autodeterminación de la muestra residencial son elevados, coincidiendo con los resultados del estudio de Gummà y Castilla (2017) en los que se sugiere que las personas que viven en modelos “como en casa”, como el MACP, poseen una mayor autodeterminación.

Siguiendo investigaciones como la de Koren (2010), es de esperar que en estudios posteriores, si decide implementarse progresivamente el MACP, la autopercepción de los/as residentes sobre su estado emocional seguirá aumentando positivamente.

Como afirman Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas (2011), son predictores significativos en la valoración sobre su satisfacción con la vida, salud, familia, recursos económicos, red social, ocio y tiempo libre. En el caso de la muestra observada, se muestran más satisfechos con la vida los hombres (77 %) que las mujeres (57 %), el cómputo global de dicha afirmación es elevado ya que este parámetro obtiene una puntuación media equivalente a 8,7 sobre 10.

La muestra se encuentra en un centro cerrado en el que se pueden recibir visitas todos los días en el horario establecido, pero sólo algunas personas tienen permiso para salir. Bromley et al., (2013) afirman que los/as pacientes psiquiátricos/as participantes de su estudio identifican en su mayoría a su familia, o a la clínica y compañeros/as de salud mental como su comunidad. En este caso lo hacen positivamente ya que las respuestas otorgadas a los ítems que valoran la dimensión social reciben puntuaciones elevadas.

Otros factores predictores de bienestar en estos casos, son la forma de convivencia y el tamaño del lugar donde se reside, la percepción de la soledad o si se cuenta o no con apoyo social (Rojo-Pérez et al., 2012). En cuanto al tamaño, aunque el centro es más grande de lo deseado en el MACP, mantiene bastante bien el ambiente de hogar.

Uno de los factores menos atractivos, desde la perspectiva ACP, es la falta de contacto con el exterior del centro, por sus características y las de sus residentes y por su ubicación, ya que queda algo separado de éste y sólo existe una línea de transporte urbano hasta la que hay un recorrido a pie insalvable para algunos/as usuarios/as. Además, no existe en la actualidad ningún proyecto que promueva las relaciones sociales de las personas residentes con el exterior.

4.2. PROFESIONALES

Se considera que la muestra es suficientemente representativa, al tratarse del 60 % de la población total trabajadora del centro. La profesión que acusa una mayor temporalidad es la de monitor/a, el 60 % lleva desarrollando dichas funciones desde hace menos de un año en el centro. Además los/as gerocultores/as trabajan en turnos alternos, factores ambos de riesgo en la consecución del MACP ya que, como demuestra la literatura consultada (Barbosa et al., 2016, Brownie y Nancarrow, 2013; Calatayud, 2015), el estrés del/de la profesional que cuida a personas con demencias en centros residenciales se reduce considerablemente bajo este modelo y la satisfacción laboral aumenta, ya que promueve horarios fijos y sin rotaciones. Afectando positivamente a quienes atienden, ya que el bienestar anímico de las personas cuidadoras revierte en el cuidado que proporcionan.

Por otra parte, coincidiendo con Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho (2015), en los centros ACP es imprescindible la existencia de un/a profesional de referencia, que contribuya a interconectar la parte técnica y de atención directa. Se observa cierta descoordinación y falta de alineación en objetivos y comunicación entre los/as profesionales.

El/la profesional de referencia contribuye además a vehicular y potenciar la autonomía de la persona residente y facilita las redes de comunicación entre ella, los/as profesionales y las familias. Por tanto se considera de gran importancia la implantación de esta figura.

Aunque una mayoría de los/as profesionales (casi el 63 %) asegura no tener tiempo para prestar la atención suficiente a las personas residentes, parece que este hecho no les afecta especialmente, ya que afirman sentirse comprendidas (55 %) y muy queridas (75 %). Más de la mitad de los/as profesionales (51 %) dan prioridad al trabajo realizado, antes que hacer sentir a las personas residentes “como en casa”, síntoma de que la implantación del MACP es todavía muy incipiente en el centro en ese aspecto.

4.3. AMBIENTE

Coincidiendo con Becerra (2017), el concepto arquitectónico de la ACP empleado como herramienta terapéutica no farmacológica, puede contribuir a desempeñar un papel importante en la recuperación o mejoría. Es una manera alternativa de abordar la salud mental, partiendo de teorías como la de la psicología ambiental, nacida en la década de 1960. En el centro analizado se están construyendo grandes ventanales para permitir la entrada de luz y disfrute de las vistas del lugar, anchos pasillos con suelos antideslizantes y baños adaptados. Además, se encuentra en un enclave único acotado por una valla de cristal que facilita la sensación de amplitud y reduce la de encierro. Rojo-Pérez y Fernández-Mayorales (2018) dan especial importancia a los exteriores, que contribuyen a la socialización y pueden ser espacios para la reflexión y el relax. En este caso, los jardines tienen circuitos cerrados en los que poder pasear, un espacio con maquinaria para hacer ejercicio y rincones con bancos al sol o a la sombra, que aportan los numerosos árboles del jardín.

En el interior existen varios espacios no adaptados al MACP. Comedor y office se encuentran divididos por una pared que no permite la interacción de los/as residentes con las labores propias de las comidas, los salones tienen todo el día el ruido del televisor en marcha y los pasillos son largos y desorientan fácilmente. Puntos que los autores citados valoran como negativos en la evaluación ambiental.

Sancho y Rodríguez (2001) comentan que el formato ideal para implementar el MACP en centros de gran tamaño son las Unidades de Convivencia (UC). Se localiza un espacio apropiado y se propone como proyecto piloto antes de seguir avanzando en la implementación del MACP.

Para mejorar la calidad de vida, Goffman (1961) da especial importancia a la seguridad percibida y real de las personas mayores residentes. El centro se distribuye en diferentes desniveles que quedan superados mediante rampas de acceso, aunque la identificación de entradas y salidas de lugares de interés o del siguiente destino, no siempre resulta intuitiva. Los espacios que pueden suponer un riesgo quedan tras puertas cerradas con llave para una mayor seguridad.

Los espacios *estilo hogar* como predictores de una buena adaptación al MACP están bastante conseguidos en este caso, especialmente en el exterior, aunque algunos espacios comunes como pasillos, rellanos distribuidores o baños, conservan el antiguo aspecto hospitalario.

Por otra parte, los espacios tienen el tamaño justo, aportando los niveles de intimidad adecuados. En los exteriores del centro existen lugares donde poder reunirse para celebraciones o realizar ejercicio y espacios que aportan intimidad. Aspectos a tener en cuenta, según Koren (2010), si se pretende conseguir una adaptación adecuada al MACP. El centro estudiado recibe una puntuación media de 7,2 sobre 10, por lo que su nivel de adaptación a la ACP es correcto, aunque mejorable.

5. CONCLUSIONES

Cabe destacar que este estudio se encuentra enmarcado en el ámbito de la gerontología y la ACP, desde la perspectiva del Trabajo Social. Esta profesión, por su propia multifuncionalidad, es la idónea para erigirse como impulsora de la nueva perspectiva de los residenciales para personas mayores. Centros en los que se promueva el cambio que se realice desde la pasividad y la atención al/a la usuario/a desde el servicio, a espacios que den prioridad a las emociones, las necesidades, el proyecto vital de las personas residentes, que promuevan la autodeterminación y, en definitiva la calidad de vida.

El/la profesional de Trabajo Social con especialidad en el ámbito de la gerontología, debido a su preparación, es probablemente el/la técnico/a mejor capacitado/a para aportar los recursos necesarios con la sensibilidad suficiente para acompañar a los/as profesionales, familiares y residentes, hacia un cambio en el que la persona mayor sea el centro real y vivo de las actuaciones que se realicen.

Pese a las limitaciones causadas debido a la falta de tiempo y recursos, este estudio ha intentado obtener el mejor provecho del tiempo y los medios disponibles.

En el caso del análisis de los/as profesionales, cabe comentar que existen herramientas más completas que las empleadas, pero las restricciones mencionadas obligan a valerse de un formato más reducido. Por otra parte, se hace notar que algunos/as profesionales no logran el anonimato deseable al cumplimentar el cuestionario de evaluación, debido a que son claramente identificables por algunas características como la edad, o su única existencia como profesional de su especialidad en el módulo.

En cuanto al sistema de evaluación de las personas residentes, cabe destacar que en algunas ocasiones su nivel cognitivo, y cierta dificultad en el habla y modo de expresión, hacen difícil la comprensión por parte de la evaluadora y, asimismo, complican el entendimiento de las preguntas a la persona encuestada. Debido a ello, en algunas

ocasiones la investigadora no puede evitar tener que hacer cierta interpretación de las respuestas, lo que conlleva que se cree cierto sesgo. Además, algunas de las personas residentes pueden responder en base a cierta deseabilidad social, teniendo en cuenta que sus respuestas son recogidas una a una por la evaluadora externa. Este sistema facilita la comprensión, pero a su vez elimina el factor íntimo y anónimo deseable.

Por otra parte, cabe comentar que en el cuestionario empleado para valorar a las personas residentes existen preguntas que podrían crear un fallo de doble negativa; como serían el caso de sentencias como *No me gustan las actividades que hago aquí* o *La gente no me escucha cuando hablo*. Se evita este punto al ser realizadas y recogidas por la investigadora.

También se tiene en cuenta que, debido al sesgo que suponen los trastornos mentales y las demencias, hubiera sido interesante la realización previa de diversos cuestionarios para determinar su nivel de cognición.

Se opta por el cuestionario de evaluación emocional EBES-CTV ya que se concluye que es de interés de la investigación medir este aspecto de la calidad de vida de manera pormenorizada para que, en futuras ocasiones, pueda realizarse una comparativa con el posible cambio a nivel emocional.

Por otra parte, sería necesario un estudio longitudinal para perfilar resultados más ajustados a la realidad de las personas residentes del centro, puesto que no existen referencias anteriores que puedan mostrar a qué factores obedece el buen resultado general obtenido y tampoco se conoce qué influencia puede suponer la adaptación al MACP. Por tanto, sería óptimo seguir evaluando en el futuro para dar cuenta de los cambios realizados y contribuir a verificar los beneficios o perjuicios de su implantación. Sólo de esta manera el proyecto de adaptación a la ACP quedará ajustado a las necesidades y peculiaridades concretas de familias, profesionales, residentes e infraestructuras del centro.

Asimismo, es importante advertir la necesidad de ampliar estudios sobre el modelo de ACP enfocados a los cuidados de las personas con enfermedad mental ya que no envejecen igual debido a sus características propias, que agudizan las problemáticas de salud que puedan presentarse con la vejez.

La bibliografía analizada se circunscribe a los diferentes tipos de demencias, especialmente al Alzheimer, pero no existe apenas literatura específica sobre el MACP aplicado a las personas mayores con enfermedades mentales residuales y de largo recorrido.

Debido a ello, esta investigación se ha encontrado con la imposibilidad de establecer comparativas con otros de similares características. Por tanto, es primordial la necesidad de seguir investigando desde diferentes perspectivas profesionales, la incidencia de la ACP en los centros de tratamiento de personas dependientes con problemas de salud mental.

Desde estas líneas, se propone este estudio como herramienta base de trabajo en la implantación del MACP. La metodología empleada ha combinado técnicas cualitativas y cuantitativas, cada una de ellas configurada como necesaria e ineludible para su implementación.

Como apunte final, queda nombrar la interesante iniciativa revolucionaria en el *estilo hogar* y dentro del MACP, proveniente de los países nórdicos llamada *Dementia village*. Da un paso más allá dentro del modelo de atención a las personas mayores con demencias. Se trata de centros controlados y acotados con aspecto de pueblo, que disponen de viviendas unifamiliares, restaurantes, centros de ocio y tiendas, en los que las personas residentes realizan una vida normalizada adaptada a su capacidad. Este modelo está reproduciéndose en otros países, demostrando ser un modo de convivencia muy eficaz en el tratamiento de estas patologías puesto que aporta seguridad a familias y residentes sin mermar su sensación de autonomía, promoviendo así su envejecimiento activo y aportándoles una mejor calidad de vida. Sin duda sería muy interesante poder reproducir este modelo con personas mayores dependientes con diversos problemas de salud mental.

Se concluye que el cambio de paradigma residencial, que va del asistencialismo y la pasividad, a la autonomía y la autodeterminación, es necesario para mejorar la calidad de vida de estas personas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L. y Figueiredo, D. (2016). Implementing a psycho-educational intervention for care assistants working with people with dementia in aged-care facilities: Facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 1-25. doi: 10.1111/scs.12333
- Bertakis, K. D. y Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. Recuperado de <http://doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170J>

- Bromley, E., Gabrielian, S., Brekke, B., Pahwa, R., Daly, K., Brekke, J. y Braslow, J. (2013). Experiencing Community: Perspectives of Individual Diagnosed as Having Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 64(7). Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200235>
- Calatayud, R. (2016). Fundación Pilares.org. 2.º Premios Fundación Pilares. Modelo de evaluación y gestión aplicada de competencias personales y emocionales. El talento humano centrado en la persona. Recuperado de www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/catalogoBBPP/Anexos/BP33_AYMARYPUIG_EvaluacionGestionCompetencias_Anexo.pdf
- Carmona, M. J. (2017) Envejecer entre amigos para envejecer mejor: cooperativas de mayores. Recuperado de <https://www.equaltimes.org/envejecer-entre-amigos-para?lang=es#.WP9uePnyjIX>
- Consejo de Europa. (1998). Recomendación n.º 98-9 del Comité de Ministros de los Estados miembros relativa a la dependencia. Recuperado de <https://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Edvarsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. y Gibson, S. (2010). Development and Initial testing of the Person-Centered Care Assessment tool (PCAT). *The National Center for Biotechnology Information*, Feb; 22(1):101-8. doi: 10.1017/S1041610209990688
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. y Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The gerontologist*, 58(1), 10-19. doi: [10.1003/geront/gnx122](https://doi.org/10.1003/geront/gnx122)
- Fleming, R., Bennett, K. A., Preece, T. y Phillipson, L. (2017). The development and testing of the dementia friendly communities environment assessment tool (DFC EAT). *International Psychogeriatrics*, 29(2), 303-311.
- Goffman, E. (1961). *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, Estados Unidos: Anchor Books.
- Gummà, E. y Castilla, M. R. (2017). Cohousing de personas mayores. Un recurso residencial emergente. *Documentos de Trabajo Social*, 59, 51-84. Recuperado de http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/59_3.pdf
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2015). *Comunidad terapéutica*. Recuperado de <https://www.huvv.es/hospital/unidades-organizativas/comunidad-terapeutica>
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2) 312-317. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0966
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. y Sancho, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Informes envejecimiento en red*, 2015(12). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/>

- Organización de Consumidores y Usuarios, OCU (7 de diciembre de 2017). Encuesta de OCU: el 82 % de los mayores españoles quiere envejecer en su propia casa. *OCU La fuerza de tus decisiones*. Recuperado de <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2017/mayores-vivienda-07122017>
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2011). “Los determinantes subjetivos en la Calidad de vida en la vejez y factores explicativos”, en Rojo-Pérez, F., y G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (339-360). Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Rodríguez, V., Forjaz, M. J., Rodríguez-Blázquez, C., Prieto-Flores, M. E., Rojo-Abuin, J. M. y Martínez-Martín, P. (2012). The Personal Wellbeing among Community-Dwelling Older Adults in Spain and Associated Factors. *Journal of Social Research y Policy*, 3(2) 67-94.
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2018). La calidad de vida en la población mayor. *Panorama Social. Envejecimiento de la población, familia y calidad de vida en la vejez*, 2018(28), 49-68. Recuperado de https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15028
- Sancho M. y Rodríguez P. (2001). Envejecimiento y protección social a la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista de intervención psicosocial*, 10(3), 259-275. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268002.pdf>
- Sancho, M., del Barrio, D., Prieto, E., Díaz-Veiga, P. y Yanguas, J. (2016) Primero las personas: Cuidar como nos gustaría ser cuidados. Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/566144/carta_primero_las_personas_es.pdf/c61be0b7-4139-465e-8f07-941574d0a2ac
- Theurer, C., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V. y Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of aging studies*, 35(2015) 201-210. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406515300347#>

Título del libro:

¿PARA QUÉ SERVIMOS LAS TRABAJADORAS SOCIALES?

Book Tittle

WHAT ARE WE SOCIAL WORKERS FOR?

Autoras/es:

Lorena Gallardo Peralta,
Esteban Sánchez Moreno

Prólogo de Mar Ureña Campaña

Editorial Catarata

ISBN: 978-84-1352-039-1

Páginas: 112

Fecha publicación: 24-08-2020

Reseña realizada por Mar Ureña Campaña



Me invitan a reseñar el libro titulado “¿Para qué servimos las trabajadoras sociales?”, y resulta: 1) que la reseña es para una revista profesional de y para trabajadoras y trabajadores sociales que está claro que sabrían responder a la pregunta y 2) soy la autora del prólogo de dicho libro. Por tanto, se entenderán mis (obvias) dudas y mi pudor (igual de obvio) sobre cómo afrontar este comentario.

En primer lugar, creo que hay que destacar que la editorial Catarata haya elegido el Trabajo Social para incorporarlo a una colección de consolidada trayectoria e interés sobre el papel de diferentes profesiones. Este libro puede entenderse -en contra de todas aquellas personas que vuelven una y otra vez a la queja del supuesto poco reconocimiento social de las/os trabajadoras/es sociales- como un indicador más de nuestra consolidación como profesión y la respuesta a una demanda de saber más sobre qué hacen y para que sirven los y las trabajadores/as sociales (por cierto, el respeto a la importancia de la historia y sociología de las profesiones se lo debo a mi compañero Manuel Gil).

En segundo lugar, hay que hablar de Lorena Gallardo y Esteban Moreno, autores del libro, y su dilatada carrera académica, investigadora y profesional vinculada al Trabajo Social. Lorena es trabajadora social. Esteban no, aunque lleva muchos años comprometido con la formación de trabajadoras/es sociales. Intuyo que esas miradas complementarias de enfoque, lugares y trayectorias han ayudado a la riqueza del libro.

No esperen del libro, como señalo en el prólogo, una guía de estudios ni relatos naif sobre el día a día de las trabajadoras sociales. Gallardo y Sánchez dejan clara su postura en la primera frase de la presentación: “Las trabajadoras sociales sirven para ayudar a las personas a liberarse de la opresión”. También dan a conocer los “sólidos motivos” de por qué el libro está escrito en femenino. Tras la presentación, el libro se estructura en cinco capítulos: El capítulo uno viaja por diferentes geografías y momentos históricos para buscar las bases de una disciplina como el Trabajo Social que “construye una noción de acción social transformadora”. Los capítulos dos y tres se acercan al análisis de la desigualdad social y al pacto social para crear el Estado del Bienestar y el desarrollo del Trabajo Social como profesión en dicho entorno. Y el libro finaliza con un bloque de dos capítulos dónde los autores van dibujando cómo colaboran las trabajadoras sociales a “cambiar las cosas” y lanzando algunas propuestas y conclusiones “para proteger nuestros derechos” y “para qué deben servir las trabajadoras sociales”.

Creo que ¿Para qué servimos las trabajadoras sociales? tiene vocación divulgativa, pero a la vez tiene la riqueza de querer generar reflexión entre la propia profesión, no obviando los debates e incluso abriendo alguna que otra caja de pandora.

Gallardo y Sánchez ponen el foco en las competencias de análisis, de comprensión del impacto de la desigualdad, de incidencia sobre la realidad, de ayudar a empoderar y construir con que cuentan las trabajadoras sociales. Con ello ayudan por una parte a vislumbrar cómo permanece la histórica tensión entre “acción liberadora” versus “control social” de la profesión desde su origen en la revolución industrial, y por otra parte completan y enriquecen ese “retrato histórico” de la profesión de trabajador/a social evidenciando todo el potencial transformador del Trabajo Social como cuando hablan sobre los bienes sociales fundamentales y su convencimiento de que la acción desmercantilizadora es de las que más agrada a las trabajadoras sociales, porque supone una obligación colectiva de salvaguarda de un conjunto de derechos, lo que ayuda a romper con el asistencialismo y a empoderar a los individuos y familias en un marco de solidaridad y desarrollo social (p. 59).

En la actualidad más de 40 000 trabajadoras sociales en España (en su mayoría mujeres) trabajamos en los “tres sectores” de actividad: administraciones públicas, sector

¿Para qué servimos las trabajadoras sociales?

empresarial y sector no lucrativo, aunque la mayoría, como nos recuerdan los autores, dentro del marco de los sistemas públicos de protección: atención primaria y especializada tanto de servicios sociales como de salud (centros de servicios sociales y centros de salud; residencias de personas mayores, hospitales, red de protección de infancia y adolescencia) prevención, detección y atención a la violencia de género, en los equipos profesionales de los juzgados y oficinas judiciales, ámbito educativo, etc.

Por eso es de agradecer que Gallardo y Sánchez hayan asumido el reto de esta obra sumando conocimiento y reflexión y lanzando retos al cuándo, los por qué y los para qué de las trabajadoras sociales.

Supongo que ahora, en una especie de juego en espiral, nos toca a todo/as y cada uno/a (a profesionales del Trabajo Social, y también -por qué no- a aquellos/as que comparten con nosotros/as equipos, a las personas y grupos a los que acompañamos profesionalmente, a la ciudadanía en general) asumir el reto que nos lanzan Lorena Gallardo y Esteban Sánchez y enriquecer la reflexión:

¿Para qué servimos las trabajadoras sociales?

ACCIONES DEL COLEGIO DURANTE LA CRISIS DEL COVID-19

ACTIONS OF THE SCHOOL DURING THE COVID-19 CRISIS

La situación de Covid-19 vivida durante este 2020 ha sido un acontecimiento complejo para todas/os, tanto como ciudadanas/os como profesionales hemos tenido que vivir situación muy complicadas, y en las que se nos ha puesto a prueba en todos los ámbitos de nuestra vida. El Colegio no ha sido ajeno a esto y prácticamente desde que se inició la situación de pandemia, ha establecido diferentes acciones para acompañar a las/os colegiadas/os tanto en el cuidado profesional, como en la formación de las/os profesionales o en el acompañamiento en la intervención que todas/os hemos continuado realizando y que tan importante ha sido en nuestra sociedad. Por ello, desde este medio, queremos hacer un repaso de las principales acciones llevadas a cabo desde el Colegio y que han servido para que las/os profesionales del ámbito social continuaran y se establecieran en una primera línea de la intervención ante la crisis:

Atención personalizada y refuerzo de necesidades emergentes: El Colegio continuó funcionando en todo momento a través de atención telefónica y telemática, con todos los servicios operativos (asesoría jurídica, asesoría sobre asuntos profesionales, seguro de responsabilidad civil, etc.) y buscando nuevas vías para temas emergentes como la información legal, la formación a través de seminarios web o la participación grupal virtual entre otras muchas cuestiones.

Potenciación de la comunicación interna y externa: El Colegio se comprometió a ser un referente en información de interés para las/os profesionales. En un primer momento clasificando y reuniendo toda la información que llegaba a través de las instituciones implicadas en la gestión de la crisis (Consejo General, instituciones públicas, medios políticos, medios de comunicación, etc.). Toda esta información fue examinada y puesta a disposición a través de las redes sociales del Colegio, de la web y sobre todo a través del Boletín "El Colegio Informa", que mantuvo una publicación diaria de lunes a viernes en los meses más complejos de la crisis. A nivel externo el Colegio también mantuvo una relación y un contacto directo con los medios de comunicación en pos de reflejar el papel de las/os trabajadoras/es sociales en la situación de Covid-19, con apariciones en medios de comunicación como El País, Radio Nacional o La Ser, entre otros.

Proyectos relacionados con el Covid-19: El Colegio, con la participación de sus colegiadas y colegiados, puso en marcha diversos proyectos y acciones que dieran respuesta a las necesidades detectadas durante esta crisis social y sanitaria:

- **#ProtegidasPeroActivas:** Esta campaña iniciada ante la primera situación de confinamiento, muestra el compromiso de la profesión tanto con el propio confinamiento como con la actuación profesional, siendo conscientes que en ese momento el Trabajo Social tiene un importante papel para afrontar las consecuencias familiares y sociales de esta crisis.
- **Posicionamiento e incidencia política:** Hemos publicado varios documentos de trabajo sobre las cuestiones actuales. Entre ellos destacamos las propuestas para Servicios Sociales; para el tránsito RMI-IMV, sobre los comedores escolares, sobre la situación de los centros residenciales de las personas mayores, etc.
- **Trabajo Social Contigo:** Proyecto iniciado en colaboración con el compañero José María Regalado, que dio respuesta a las dificultades detectadas por algunas personas para poder hacer uso de herramientas básicas para comunicarse con las instituciones o realizar gestiones durante esta compleja situación.
- **CuidaTS:** Servicio basado en el apoyo y soporte emocional de las/os compañeras/os ante la situación de crisis, en el que se contemplaba la posibilidad de apoyo, la formación en cuidados, en definitiva, una campaña de autocuidados para profesionales del Trabajo Social.
- **PíldorasTS:** Buenas Prácticas de Trabajo Social ante la crisis del Covid-19, en la que se identificaban dificultades y posteriores formas de resolverlas, compartiendo entre todas/os un espacio de reflexión y de acompañamiento profesional.

Colaboración Voluntaria de trabajadoras/es sociales ante la emergencia: El Cuerpo de Voluntarias/os colaboró durante las primeras semanas de su puesta en marcha, en el teléfono de información social de la Comunidad de Madrid atendiendo un segundo nivel de llamadas que requerían una información más especializada, apoyo o contención emocional ofrecida por nuestras/os trabajadoras/es sociales del Cuerpo de voluntariado del COTS-Madrid. Esta participación ha sido valorada como una experiencia muy positiva y ha sido crucial durante la gestión de la situación de emergencia vivida.

Estas son solo algunas de las cuestiones puestas en marcha desde el Colegio para hacer frente a la crisis del Covid-19 que ha cambiado sustancialmente nuestras vidas y la forma de entender la intervención social durante este 2020. Pero queremos visibilizar también la labor de todas/os las/os trabajadoras/es sociales que durante la parte más dura de la crisis y aún ante este nuevo escenario que vivimos, siguen dando lo mejor de sí mismas/os para seguir manteniendo la atención y estableciéndose como una profesión esencial ante la grave situación de emergencia.

Junta de Gobierno 2016-2020

PREMIOS 3ª GALA DEL TRABAJO SOCIAL

3RD SOCIAL WORK GALA AWARDS

Tras el aplazamiento de la III Gala del Trabajo Social, fijada en un primer momento para el 20 de marzo, la nueva fecha elegida para la celebración virtual del acto fue el 23 de junio. Esta atípica Gala, la primera celebrada íntegramente de forma online, fue presentada por nuestro director-gerente, Francisco García Cano, y contó con la presencia de más de 150 colegiadas/os.

En el acto tuvo cabida el recuerdo de los mejores momentos vividos en 2019, la vida cotidiana del Colegio y, como no podía ser de otra forma, una mención especial ante la grave situación que estamos viviendo y que había generado, entre muchas otras cuestiones, el aplazamiento y la posterior celebración online de la Gala.

Tampoco faltó el homenaje en un emotivo vídeo a las compañeras que se jubilaron en 2019 y su reconocimiento como referentes para las/os profesionales en activo y para las nuevas generaciones de trabajadoras y trabajadores sociales.

Posteriormente se dio paso a los reconocimientos de la profesión, que este año recayeron en: D. Julio Zarco, reconocimiento por su contribución al desarrollo a la profesión del Trabajo Social; D. Manuel Gil, Dña. María Isabel López y Dña. Luisa Fernández, reconocimiento a la defensa de los Derechos Sociales desde el Trabajo Social. Dña. Ana Toledo, reconocimiento a la trayectoria profesional.

Por último, y como viene siendo habitual desde la 1ª Gala de Trabajo Social celebrada, también se premió a las/os colegiadas/os nominadas/os en cada una de las categorías. Este año los premios recayeron en:

Mejor Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social: “El fenómeno de la victimización secundaria en la atención a mujeres víctimas de violencia de género”, de Eva Estrada. Entregó el Premio Belén Novillo, vocal de la Junta de Gobierno.

Mejor Artículo científico publicado en la revista Trabajo Social hoy: “La soledad no deseada en el ámbito de la Gerontología”, de Rubén Yusta. Entregó el premio José María Regalado, vocal de la Junta de Gobierno.

Mejor Praxis en Trabajo Social: “Programa de continuidad de cuidados infanto-juveniles. Una propuesta de trabajo desde los Centros de Salud Mental de la Consejería de Sanidad”, presentado por Miguela Arévalo. Entregó el Premio Ana García, vicedecana segunda de la Junta de Gobierno.

Mejor experiencia formativa en Trabajo Social: “Jornadas sobre duelo migratorio. Haciendo visible lo invisible”, presentado por Daniela Montes. Entregó el premio Agustina Crespo, secretaria de la Junta de Gobierno.

Mejor Innovación Social: “Perros de apoyo a menores en los Juzgados de Madrid”, presentado por Amelia de Andrés. Entregó el premio María Menéndez, vocal de la Junta de Gobierno.

Nuestra felicitación y reconocimiento a todas las personas reconocidas profesionalmente y a las/os compañeras/os premiadas/os en los Premios Trabajo Social de este año.

PROCLAMACIÓN DE LA NUEVA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO

PROCLAMATION OF THE NEW BOARD OF GOVERNMENT OF THE SCHOOL

El pasado 19 de octubre tuvo lugar la Asamblea General Extraordinaria en la que se proclamó la nueva Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid para el periodo 2020-2024, elegida tras las elecciones celebradas el 29 de septiembre en las que se impuso la candidatura #MejorANDOcontigoTS. La Asamblea se celebró a través de zoom y contó con la presencia de casi sesenta colegiadas y colegiados.

La nueva Junta de Gobierno del Colegio está compuesta por las siguientes compañeras y compañeros:

Daniel Gil Martorell (N.º Col. 2489), Decano.
Belén Novillo García (N.º Col. 5870), Vicedecana Primera.
Ana García Montero (N.º Col. 4777), Vicedecana segunda.
María Menéndez Palomo (N.º Col. 7337), Secretaria.
Eduardo Gutierrez Sanz (N.º Col. 7589), Tesorero.
Loreto Aranda Sánchez (N.º Col. 6488), Vocal.
Agustina Crespo Valencia (N.º Col. 957), Vocal.
Marta Cubero García (N.º Col. 5476), Vocal.
Verónica Gallego Obieta (N.º Col. 7353), Vocal.
Gabriela Jorquera Rojas (N.º Col. 8827), Vocal.
Rubén Yusta Tirado (N.º Col. 8539), Vocal.
Ana García Martínez (N.º Col. 4205), Suplente.
Patricia Hernangil Quintero (N.º Col. 4671), Suplente.

En esta Asamblea también tomaron la palabra Mar Ureña y José María Regalado, decana y vocal respectivamente de la Junta de Gobierno anterior, a los que aprovechamos desde aquí para agradecer su esfuerzo, participación y dedicación durante todo el tiempo que han formado parte de la misma junto con el resto de compañeros/as que les han acompañado, de la vida colegial de todos/as los/as colegiados/as.

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 editada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid desde el año 1993. Esta revista tiene como finalidad principal la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionadas con el Trabajo Social. Con esta publicación, se pretende crear un espacio de colaboración, desarrollo y aprendizaje de las/os profesionales del Trabajo Social, en pos de una evolución de los principios y conocimientos generales de la disciplina y la profesión.</p> <p>Desde 2004 la Revista está disponible en formato digital y en acceso abierto, estando todos los contenidos disponibles de forma gratuita para las/os lectoras/es. La publicación de esta es cuatrimestral, contando con tres números al año.</p>
<p>Tipos de trabajo</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>Se publicarán reseñas de libros de actualidad.</p> <p><i>Información profesional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – En esta sección se publicarán noticias relacionadas con la profesión.
<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/as externos/as, 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 cinco 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/la autor/a 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 la sección de la revista donde se desea publicarlo". 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 respetando el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. En castellano y en inglés. Nombre y apellidos de los/as autores/as. Nombre completo de la institución donde trabajan todos/as ellos/as, 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/la los/as firmante/s del artículo responden de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se trata 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. Todos los artículos deberán estar escritos sujetos a un lenguaje inclusivo, no sexista e igualitario, a través del cual todos/as los/as lectores/as se sientan identificados/as, representados/as y, en ningún caso, excluidos/as de la lectura o del proceso de investigación.

10. 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/a autor/a seguido/a de “et al.”, (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un/a autor/a ya citado/a en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

11. 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.

12. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido de los/as autores/as. Si un/a autor/a tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. De igual manera, y teniendo en cuenta la representatividad de la mujer en la profesión del Trabajo Social, se recomienda incluir los dos apellidos de los/as autores/as referenciados/as (siempre que esto sea posible y se conozcan), contando con perspectiva de género en todo el proceso de la autoría y reconociendo las relaciones jerárquicas socialmente construidas entre géneros.

° **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 seriados, 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>.

Instrucciones a los/as autores/as	<p>13. 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>14. 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>15. 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>
Código ético	www.trabajosocialhoy.com
Indicadores de calidad	<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) - Psycodoc. - Erich Plus <p>PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice.https://resh.cindoc.cesic.es Cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/ ERIH PLUS: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/ REDIB: https://www.redib.org/</p> <p>REPOSITORIOS Google Scholar: http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.google.es/</p> <p>OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org</p>
Frecuencia de publicación	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>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>
<p>Suscripciones y solicitudes</p> <p>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.</p>	

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>Social Work Today is a professional magazine published by the Official College of Social Work of Madrid since 1993. The main purpose of this magazine is to disseminate scientific studies and professional experiences related to Social Work. With this publication, it is intended to create a space for collaboration, development and learning of Social Work professionals, in pursuit of an evolution of the principles and general knowledge of the discipline and the profession.</p> <p>Since 2004, the Journal has been available in digital format and in open access, with all content available free of charge for readers. The publication of this is quarterly, with three issues a year.</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, in Spanish and English; 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. Manuscripts must be unpublished. The signatories of the article respond that it has not been published or sent to another journal for publication. If it is an article already published, this circumstance will be recorded in the work and will be sent accompanied by the authorization of the corresponding entity for its possible reproduction in Social Work Today.

Instructions to Authors

9. All articles must be written subject to inclusive, non-sexist and egalitarian language, through which all readers feel identified, represented and, in no case, excluded from the reading or research process.

10. 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.

11. 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).

12. 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.

13. The bibliographic references will follow the APA norms, according to the alphabetical order according to the surname of the authors. If an author has different works, they will be arranged in chronological order. In the same way, and taking into account the representativeness of women in the Social Work profession, it is recommended to include the two surnames of the referenced authors (whenever this is possible and they are known), with a perspective of gender throughout the authorship process and recognizing the hierarchical socially constructed relationships between genders.

° 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:

IMSERSO. (2009). Report 2008: Older persons in Spain. Madrid: Observatory of elderly. IMSERSO.

° 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	14. 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.
	15. 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.
	16. 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 – Psicodoc – Erich plus
	JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice.Cindoc.csic.es http://resh.cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/ ERIH PLUS: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/ REDIB: https://www.redib.org/
	REPOSITORIES Google Scholar http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.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.

Open access policy	<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>
Archiving	<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>
Copyright note	<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

Estimado/a Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los/as autores/as 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/as autores/as 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/as autores/as 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/as autores/as se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores/as 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 2020)

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 Sabadell**
Código IBAN ES61 0081 5736 9000 0132 7635

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

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Reglamento (UE) 2016/679 le informamos que sus datos pasarán a formar parte la base de datos titularidad del COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID cuya finalidad es la gestión de su suscripción, necesaria para y/o derivada de la prestación de servicios del Colegio Profesional. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, expresamente reconocidos en el citado Reglamento, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID, con domicilio profesional EVARISTO SAN MIGUEL, 4 LOCAL, 28008 MADRID. Para más información al respecto, puede consultar nuestra Política de Privacidad en www.comtrabajosocial.com

Presentación | Presentation[5-8]

Artículos | Articles [9-130]

Dossier COVID-19 | Dossier COVID-19

Globalización, Cooperación Internacional y sistema de cuidados: Un análisis a propósito del Covid-19
Globalization, international cooperation, and the care system: an analysis on the Covid-19
Breogán Riobóo-Lois..... 9-28

Centros de Internamiento de extranjeros tras el Covid-19
Centers for Demonstration of Foreigners after Covid-19
Eva García Prieto 29-48

Interés profesional | Professional Interest

Las mascotas en el Informe Social
Pets in the social report
Carmen Caravaca Llamas 49-66

Maltrato a personas mayores, un problema social silenciado: Revisión sistemática de la literatura
Elder abuse, a silenced social problem: a systematic review of the literature
Javier Guillém, Yuraimi Remón, y Laura Lacomba-Trejo 67-86

Intervención profesional | Professional Intervention

Esquemas cotidianos para el Trabajo Social de Casos
Daily Schemes for Social Casework
Laina Ubierna Martín..... 87-106

Análisis inicial de un centro asistencial psicogeriátrico según la perspectiva del Modelo de Atención Centrada en la Persona
Initial analysis of a psychogeriatric care center, according to the perspective of the Person-Centered Care model
Elsa Gummà y Mónica Donio..... 107-130

Reseñas | Reviews [131-134]

Título del libro: ¿Para qué servimos las trabajadoras sociales?
Book title: What are we social workers for?
Autores/as: Esteban Sánchez y Lorena Gallardo
Reseña realizada por de Mar Ureña..... 131

Información profesional | Professional information [135-139]

Acciones del Colegio durante la crisis del Covid-19
Actions of the School during the COVID-19 crisis..... 135

Premios 3ª Gala del Trabajo Social
3RD Social Work Gala awards137

Proclamación de la nueva Junta de Gobierno del Colegio
Proclamation of the new board of Government of the School..... 139