

Enero 2021. 1^{er} cuatrimestre
ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJO
SOCIAL
DE
MADRID

92

MARÍA PÉREZ | SONIA GARCÍA | SANDRA ROMERO-MARTÍN
ELISA ESTEBAN-CARBONELL | M.^a DOLORES DE PEDRO | EMILIANO A. CURBELO
VERÓNICA OLMEDO | ELISA MIELGO | BELÉN NOVILLO | MARTA CUBERO

Director/Executive Editor

Rubén Yusta Tirado
Doctorando en Trabajo Social Universidad Complutense de Madrid
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. Hartford, 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.ª Concepción Vicente Mochoales. 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. Jefe de Servicio de Trabajo Social del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda
Vicedecana 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:

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

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

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

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

Editada en Enero de 2021
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation[5-6]

Artículos | Articles[7-51]

Dossier: Trabajo Social en los procesos de final de la vida

Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales.

Working with death from Social Work. Anthropological, psychological, bioethical and legal implications.

María Pérez Bandera 7-26

Trabajo Social en la Humanización de la Asistencia Sanitaria ante procesos de finalización de la vida: revisión de un caso práctico.

Social Work in the Humanization of Health Care before end-of-life processes: review of a practical case.

Sonia García Aguña 27-51

Interés profesional | Professional interest.....[53-100]

La investigación en Trabajo Social. Análisis de los Trabajos Fin de Grado de la Universidad de Zaragoza.

Research in Social Work. Analysis of the Final Degree Projects of the University of Zaragoza.

Sandra Romero-Martín, Elisa Esteban-Carbonell, M.ª Dolores de Pedro Herrera 53-77

(Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos: Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno.

(Co)creating participatory, representative and collaborative contexts: concretizations of democratizing teamwork in and from ultramodern social work.

Emiliano A. Curbelo Hernández 79-100

Intervención profesional | Professional intervention[101-123]

Trabajo Social neurológico: intervención social con pacientes con Alzheimer.

Neurological Social Work: social intervention with Alzheimer's patients.

Verónica Olmedo Vega, Elisa Mielgo Gandarillas..... 101-123

Los factores sociales en el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Social Factors in the access to the health care services in the catalogue of services for the system of the Personal Independence and Service to Persons in Dependency situation in the Law 39/2006, 14th december on the Promotion of Personal Independence and Service to persons in a dependency situation (LAAD).

Belén Novillo García, Marta Cubero García..... 125-137

Reseñas | Reviews[139-140]

Título del libro: Descubriendo a Enzo

Book title: Discovering Enzo

Autores: David Caracuel Ruiz y Darío Hidalgo Domínguez

Reseña realizada por Jessica Jiménez Jiménez 139-140

Información profesional | Professional information[141-144]

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid valora la situación de la Renta Mínima de Inserción (RMI) en la Comunidad de Madrid, después de nueve meses del Ingreso Mínimo Vital (IMV)

The Official College of Social Work of Madrid assesses the situation of the Minimum Insertion Income (RMI) in the Community of Madrid, after nine months of the Minimum Vital Income (IMV) 141-142

IV Gala del Trabajo Social

IV Social Work Gala 143-144

Presentación

Estrenamos nuevo año y lo hacemos con un panorama convulso en el escenario político de la Comunidad de Madrid. Como todas/os sabemos, y como ya plantearon Natividad de la Red y Carmen Barranco, el Trabajo Social ha contribuido tanto a la transmisión de la Política Social al servicio operativo de la ciudadanía, como a la configuración y al diseño de las políticas públicas. Es por eso por lo que como trabajadoras/es sociales, además de como ciudadanas/os, estas Elecciones Autonómicas son de suma importancia para la composición de un nuevo escenario político, que tendrá repercusión en nosotras/os como profesionales y en el desarrollo de las personas usuarias con las que intervenimos.

Pero 2021 no solo ha llegado con este movimiento político del que hablábamos. La puesta en marcha de los diversos planes de vacunación entre la población y entre las/os profesionales, hacen que florezca en nosotras/os una nueva esperanza, o aprovechando el título original de la película que iniciaba la archiconocida saga de George Lucas, *A New Hope*, y que al igual que la cinta de 1977 esperamos que sea el punto de partida de la tan esperada normalidad que tanto resuena en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

Este nuevo año arranca con la publicación de este número 92, que cuenta con un Dossier dedicado al Trabajo Social y a los procesos de fin de la vida. De la misma forma que reflejan las/os compañeras/os en sus publicaciones, cada vez es más importante tener en cuenta estos procesos como una continuidad de la intervención y de los cuidados, en ámbitos en los que el Trabajo Social tiene mucho que decir. El primero de estos artículos que conforman el Dossier trata sobre el papel del Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos y nos invita a reflexionar sobre la importancia que nuestra profesión y disciplina tiene en este complejo ámbito. El artículo que cierra esta parte de la revista nos presenta un caso práctico, a través del cual se trata y se pone de manifiesto la humanización en el ámbito sanitario cuando hablamos de procesos de fin de la vida.

El apartado de Interés Profesional se inicia con un estudio sobre los Trabajos Fin de Grado que conseguirá acercarnos a las temáticas, ámbitos y sectores más utilizados en estas investigaciones que, en muchas ocasiones, marcan la labor investigadora

de la/del profesional. Posteriormente, también contamos con un artículo que nos habla sobre el trabajo en equipo democratizador. Un artículo que, sin duda, nos hará replantearnos nuestro punto de vista sobre el trabajo en equipo y que nos ayudará a trabajar en coordinación con otras/os profesionales, algo que a día de hoy es fundamental en la mayoría de los ámbitos y entornos sociales.

Y como es habitual en el apartado de Intervención Profesional, contamos con otros dos nuevos artículos. El primero de ellos nos habla del papel del Trabajo Social Neurológico y de la intervención social con personas que sufren la Enfermedad de Alzheimer, un ámbito en el que las/os trabajadoras/es sociales cada vez tienen más desarrollo. En este apartado también contamos con un artículo reivindicativo, que se cuestiona algo tremendamente relevante en el ámbito de la Dependencia y con lo que es complicado no coincidir en su planteamiento: ¿por qué no se contemplan los factores sociales que afectan a la vida de las personas en la Valoración de Dependencia? Sin duda es un artículo que tratará de ser el motor de cambio para que nuestro sistema actual de Dependencia cada vez sea más cercano a las necesidades de las personas usuarias.

Cerrando este número, dentro de nuestra sección de Reseñas, encontramos un libro muy especial y que ha tenido una gran repercusión dentro del ámbito del Trabajo Social educativo: Descubriendo a Enzo. Este libro, que como bien reseña la compañera estaba dirigido inicialmente hacia un público infantil, llega mucho más allá, convirtiéndose en una herramienta contra los prejuicios que puede ayudar tanto a niñas/os como a mayores, y que como trabajadoras/es sociales seguro que no os dejará indiferentes.

Como siempre esperamos que este número sea de vuestro interés y aprovechamos para transmitir la ilusión de todo el equipo que conforma la revista por iniciar este año 2021 junto a vosotras/os, año que esperamos que, por fin, sea el que marque el tan ansiado regreso a la normalidad.

Rubén Yusta Tirado

TRABAJAR CON LA MUERTE DESDE EL TRABAJO SOCIAL. IMPLICACIONES ANTROPOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, BIOÉTICAS Y LEGALES

WORKING WITH DEATH FROM SOCIAL WORK. ANTHROPOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL, BIOETHICAL AND LEGAL IMPLICATIONS

María Pérez Bandera

Universidad de Granada. Facultad de Trabajo Social y Relaciones Laborales

Resumen: El Trabajo Social se caracteriza por ser una profesión multidisciplinaria, puesto que se nutre de teorías y prácticas de disciplinas como la sociología, antropología, psicología, entre otras, y, dentro de los diversos campos de actuación, uno de ellos es el de los cuidados paliativos, única opción a ofrecer a toda persona que padece una enfermedad terminal, a falta de una regulación estatal que garantice la puesta en práctica de la eutanasia, sin que de ella se deriven consecuencias penales. Este artículo, supone una revisión teórica acerca de cómo se trata y percibe la muerte desde diferentes disciplinas (antropología, psicología, bioética y legislación estatal y andaluza), así como poner de manifiesto la importancia que tiene intervenir desde el Trabajo Social mediante la escucha activa y el acompañamiento -como elementos principales- tanto con paciente como con su respectiva familia cuando la enfermedad desborda emocionalmente, complicando en consecuencia, las relaciones tanto familiares como comunicacionales. Este artículo corresponde a la parte teórica del Trabajo Fin de Grado denominado "Proyecto de intervención para la gestión comunicacional y emocional en cuidados paliativos".

Palabras clave: Trabajo Social, Cuidados paliativos, Paciente, Familia, Gestión comunicacional y emocional.

Abstract: Social Work is known as a multidisciplinary profession due to it has theoretical and practical knowledge from disciplines like sociology, anthropology, psychology, and others, and one of the areas where Social Work can be, are palliative cares, the only option to offer to everybody who suffers a terminal illness, when there's not a state's regulation that can guarantee to put in practice the euthanasia, without penal consequences. This article supposes a theoretical revision about how death is seen and treated from different perspectives (anthropology, psychology, bioethics and Spanish and Andalusian legislation), and shows the importance that has Social Work in the intervention using active listening and accompaniment -as main elements- with the patient and its family, when the situation is emotionally overwhelming, complicating consequently, familiar and communicational relations. This article corresponds to the theoretical part of the Final Degree Project called "Intervention project for communicational and emotional management in palliative care".

Keywords: Social Work, Palliative care, Patient, Family, Communicational and emotional management.

| Recibido: 06/01/2021 | Revisado: 18/01/21 | Aceptado: 25/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Referencia normalizada: Pérez, M.^a (2019). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Trabajo Social Hoy* 92, 7-26. doi:10.12960/TSH.2021.0001.

Correspondencia: María Pérez. Trabajadora Social. Email: mapeba_15@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Ningún ser humano está exento de sufrir una enfermedad a lo largo de su vida y, en algunas ocasiones, ser víctima de una catalogada como terminal, en la que el fin último es el de fallecer. Dicho esto, hasta que no llega el final de la vida, la persona requiere de alguien que le proporcione unos cuidados y soporte. Hoy en día, el concepto de muerte sigue siendo un tema tabú y a la mayoría de las personas con quienes se habla de ella, les provoca tal rechazo que piden cambiar de conversación o son ellas mismas quienes lo hacen. Se estima necesario entonces, que al tratarse de un hecho inevitable y que forma parte ineludible de nuestro ciclo vital, es fundamental tratarla y normalizarla desde una edad temprana, en vez de apartarla, alejarla o repudiarla, pensando así que no nos tocará a nivel particular o a alguien de nuestro entorno más cercano.

Como se sabe, en el Estado español, -a falta de que se ponga en práctica la aprobación de la ley- está prohibida la figura y práctica de la eutanasia y es por eso que la única opción factible que puede proporcionarse a las personas que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad, es la de los cuidados paliativos, los cuales tienen su origen etimológico en el latín *pallium* que significa “capa” (Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., Saralegui, I., 2007) y que según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos fundada en 1992 (citado en Germán, 2011), suponen una herramienta que aporta la mejora en la calidad de vida de los pacientes en concordancia con sus valores, preferencias y creencias, a través de la atención integral, individualizada y continuada, cuando no son capaces éstos de enfrentarse a las adversidades en cuestión de salud. Se basan entonces, en la *atención integral* de la persona; en el *apoyo* al enfermo y familiar; en *promover la autonomía* y *dignidad* del paciente para tomar sus decisiones en el tratamiento a recibir o no; en la *terapia activa* para ayudar a la persona a que no se rinda tan pronto y en tener en cuenta el *ambiente* para asegurar que se respira tranquilidad y puede haber comunicación (Galán, 2011).

Durante todo el proceso de la enfermedad, es decir, desde el diagnóstico hasta la defunción de la persona, tanto paciente como familia deben hacer frente a una situación inesperada en la cual se vivirán momentos de gran agotamiento físico, pero sobre todo emocional. Por lo tanto, si no se recibe la ayuda profesional como es en este caso desde el Trabajo Social, pueden surgir la mala comunicación y las disputas familiares y, en algunas ocasiones, la relegación o incluso el abandono de la persona enferma.

En consecuencia, en la medida de lo posible, desde la profesión se debe intentar conseguir que paciente y familiares tengan el máximo y mejor bienestar, siguiendo

a una de las figuras más importantes del siglo XX en relación con los cuidados paliativos, Cecily Mary Saunders, enfermera británica que durante la década de los 60 fundó los llamados “hospices” u hospicios, lugares desde los que se intervenía con pacientes y familias atendiendo a las demandas psicosociales y espirituales (Germán, 2011), con el objetivo de garantizar el máximo confort posible, así como una correcta comunicación para poder establecer una relación equipo médico-paciente-familia, favorable (Getino, 2012).

METODOLOGÍA

La metodología usada para realizar el artículo es totalmente teórica y se basa en la búsqueda bibliográfica sobre la percepción y trato de la muerte desde los campos de la antropología, psicología, legislación (estatal y andaluza), la bioética y el Trabajo Social. En este último se hace hincapié, en que, como se ha mencionado con anterioridad en el apartado de introducción, el Trabajo Social es una profesión multidisciplinar -que se nutre de conocimientos teóricos/prácticos de disciplinas como la sociología, antropología, psicología, entre otras- y se conoce muy poco de la relación que mantiene con la muerte, en este caso, con los cuidados paliativos y lo que les envuelve.

Así mismo, con tal de poder obtener información y redactarla posteriormente, se ha optado por el uso de artículos de revista, manuales, libros y páginas web de instituciones oficiales, procurando así que las fuentes consultadas provinieran de experiencias profesionales o bien fueran contrastadas y probadas, siendo, por lo tanto, verídicas.

Los cuidados paliativos suscitan interés en varios ámbitos sociales, económicos y políticos, por ello optamos por decantarnos por los ámbitos profesionales mencionados en el título del artículo ya que, tanto la antropología como la psicología dan la respuesta a cómo se percibe, trata y vive la muerte a nivel personal y social. La bioética da su punto de vista sobre cómo se entiende la muerte y debe actuarse cuando una persona padece una enfermedad terminal, así como la legislación, en cuanto al reconocimiento de los derechos que posee el paciente para decidir sobre su salud, pero no menos importante, sobre la protección de la vida y la prohibición expresa de matar o incluso ayudar a provocar la muerte, ambas prácticas totalmente penadas.

CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

1. Visión antropológica de la muerte. Un recorrido histórico

En nuestra sociedad occidental, el concepto de muerte se trata como un tabú. Según el antropólogo Alfonso Miguel García (citado en Fernández, 2011), se puede clasificar en cuatro categorías: *natural* ya que forma parte de vivir; *cotidiana* porque cada día fallecen personas; *aleatoria* debido a que no se sabe cuándo fallecerá alguien y *universal* porque todos y cada uno de nosotros acabaremos falleciendo.

No es menos importante, hacer un recorrido histórico sobre cómo se ha llegado a ver y tratar la muerte para Fernández (2011). Durante toda la Edad Media, la Iglesia era el poder fáctico más importante e imperaba el miedo hacia Dios, único ser capaz de juzgar las acciones en el mundo terrenal para luego dirigirse al cielo o al infierno. Los cementerios estaban totalmente alejados de las poblaciones por temor a que los difuntos se acercaran a los vivos.

En el Renacimiento, los cementerios empezaron a construirse dentro de iglesias, conventos y catedrales, con la finalidad de estar más cerca de Dios. De hecho, a nivel literario tuvo mucha importancia la obra “Ars bene moriendi” o “Libro del buen morir”, un manual destinado a la población, del cual se recomienda leer y aprender su contenido para, llegado el momento de fallecer, hacerlo en paz. Entre los siglos XVII y XVIII, la muerte adquirió importancia en el ámbito médico porque había curiosidad en encontrar la respuesta al por qué la gente fallecía y cómo podía evitarse.

Finalmente, desde el siglo XIX hasta el día de hoy, existe un doble tratamiento; de una parte, se rechaza, pero por otra hay un interés en hacerle frente mediante avances médico-científicos.

2. Psicología y muerte. Breve referencia a las etapas del duelo

Para Cabezas (2010), son dos los motivos que dificultan hacerle frente a la muerte: la *edad* de la persona que ha perdido la vida, por una parte, y la *satisfacción* de ésta, por otra. En el primer caso, es muy complicado aceptar que una persona joven fallezca porque “tenía más vida por delante”, que no una que tenía más edad porque “ya era mayor e hizo su vida”.

En el segundo caso, aquella persona que haciendo un repaso de su vida llegue a la conclusión de que la ha vivido intensamente y ha tenido sentido, aceptará mucho más fallecer, que no quien piensa totalmente lo contrario.

Supone una situación delicada y difícil tener que dar malas noticias (Astudillo, W., Horcajada, J. P. y Mendinueta, C. (2002) y Fernández (2011), llegan a la conclusión de que, cuando se reciben malas noticias inesperadamente, la persona entra en *shock o impacto emocional*, es decir, tiene serias dificultades para poder procesarla a consecuencia del fuerte impacto emocional, reaccionando de dos formas diferentes; presentando *ansiedad* (malestar físico, agitación, presión arterial elevada, etc.) o *apatía* (falta de interés del entorno que le rodea y apariencia de nula afectación).

Como se sabe, cada uno de nosotros, en uno u otro momento de su vida, debe pasar por lo que se conoce como duelo, un proceso de enfrentamiento y aceptación de la muerte mediante el cual se experimentan una serie de sentimientos que dependerán de la propia persona. Los factores que guardarán una estrecha relación tanto con los sentimientos como con el tiempo para superar las diferentes etapas del proceso son: la *persona* que ha fallecido, así como la *edad* y los *roles* que representaba tanto a nivel social como familiar.

Cuando se tiene la certeza de que tendrá lugar una defunción en un futuro próximo o lejano, muy probablemente se vivirá el llamado *duelo anticipado o anticipatorio*, en el que se sabe absolutamente que, en un momento u otro, inevitablemente, falleceremos o perderemos a un ser querido (Fernández, 2011).

No puede acabarse este apartado sin hacer referencia a una de las figuras más importantes por excelencia del duelo, Elisabeth Kübler-Ross. Es por esto que a continuación, se detallan cada una de las fases adaptadas a cómo pueden llegar a vivirlas los/as pacientes y sus respectivas familias (Kübler-Ross i Kessler, 2014).

1. Negación. Es el inicio del proceso del duelo y un mecanismo de defensa para ir aceptando poco a poco la realidad. La persona enferma no acepta la situación bajo la que se encuentra y requiere de un tiempo para procesar la información recibida. Al pasar por las siguientes etapas, ésta puede volver en cualquier momento, por lo que es necesario que disponga de alguien que le escuche y con quien pueda contar.
2. Ira. Es la respuesta a la frustración que siente la persona enferma cuando ha recibido el diagnóstico de que su enfermedad es incurable e irreversible, proyectándola así hacia su familia (la cual puede llegar a enfadarse o abandonarla), así como hacia el equipo médico, cuando considera que no ha recibido toda la información y no se le ha tenido en cuenta.

3. Negociación o pacto. Es una etapa de aceptación de la muerte. Antes de fallecer, se hace un pacto con Dios para enmendar errores, ser más buenas personas, etc. Puede que vayan mezclándose varias etapas porque requiere de tiempo y depende de cada individuo. Incluso, la persona puede llegar a pedir no fallecer hasta que no acontezca un hecho importante familiar o social.
4. Depresión. Considerada como la más duradera y de la que es especialmente complicado superarla. En nuestra sociedad está mal visto ver a una persona triste. No gusta porque supone una carga demasiado pesada. Se tiende a dar ánimos, a que la persona salga adelante y vuelva a tener la vida de antes. Debe aceptarse que es una etapa más del duelo y que es normal sentirse solo/a y desolado/a. Es sano que la persona sienta abatimiento, apatía, tristeza y piense que la vida no tiene sentido. Eso sí, siempre que tengan un carácter temporal.

En esta misma etapa, pueden vivirse dos clases de depresión; la *reactiva* como respuesta directa de la enfermedad y la *preparatoria* como forma de aceptar la enfermedad y sus consecuencias.

En cuanto al duelo, son dos también las tipologías que puede experimentar la persona que ha perdido a un ser querido; el *crónico*, en el que la tristeza es permanente, y el *patológico*, caracterizado por el hecho de que cada vez se agrava más, con el consecuente riesgo de suicidio, por lo que requiere de una terapia psicológica (Cabezas, 2010).

5. Aceptación o resignación. Es la última según Cabezas (2010), por la cual se acepta la pérdida de la persona mediante una actitud resiliente. De hecho, algunas familias se caracterizan por serlo porque mantienen la esperanza de que la situación que viven acabará bien a base de esfuerzo y dedicación mutuas (Novellas, 2016).

Lacasta y Sanz (2015) concluyeron que, en esta última etapa, quienes pierden a su ser querido pueden experimentar el llamado *duelo retardado, inhibido o negado*. Curiosamente, la persona puede no dar muestra alguna de una reacción emocional, como si no le afectara en absoluto, pero es el resultado de un cúmulo de dolor no exteriorizado que afecta gravemente a nivel psicológico.

3. El papel del Trabajo Social en cuidados paliativos. Intervención emocional y comunicacional en paciente y familias

El Trabajo Social se caracteriza por su vasta diversidad de tareas entre las que se encuentra la intervención psicosocial (Vanzini, 2010), lo que lleva a mantener el contacto tanto con el resto del equipo profesional como con paciente y familia, la cual debe ser

observada, evaluada y diagnosticada con tal de poder orientarla sobre cómo enfrentar la situación de la mejor forma posible (López, 2011).

Autores como García y Agrafojo (2015), González (2018), Hudson et. al (2012) y Moro y Lerena (2011), estiman que la profesión del Trabajo Social en el área de cuidados paliativos se basa en asesorar y dar apoyo tanto al enfermo como a su familia, promoviendo al máximo su bienestar, manteniendo una actitud que denote confianza y seguridad (Aparicio, B., Agrafojo, E., Martín, M. A., García, M., Gómez, M. del P., Merino, M. Tejedor, E. M., Huarte, P., Peñaranda, A., Vanzini, L., 2015), proporcionar información y resolver dudas, acompañar en la fase terminal de la enfermedad, así como en el duelo, fomentar la autonomía de la persona cuidadora a través del apoyo psicosocial, mediar entre paciente-familia-equipo médico y aportar las soluciones o alternativas más adecuadas en base a las peticiones formuladas.

Con la finalidad de poder realizar una correcta intervención, una de las herramientas principales es la *entrevista*, a través de la cual se fomenta la expresión de los sentimientos, se ayuda a clarificar las ideas y pensamientos, a valorar las ventajas e inconvenientes en la toma de decisiones, en delimitar el problema para poder resolverlo de forma holística habiendo visto varias perspectivas, mostrar los roles observados y cuáles son los comportamientos y actitudes disruptivos (Borràs, 2004).

Así mismo Vanzini (2010) y Novellas (2000) estiman necesario elaborar un *informe social* en el que se recojan los datos socioeconómicos, de salud y vivienda de la persona enferma, para elaborar posteriormente un *diagnóstico social* en el que se valore su situación, se determinen cuáles son los factores de riesgo y protección, los roles que mantienen quienes cuidan del enfermo, así como su estilo comunicacional y detectar cuál es la principal persona cuidadora. Todo esto con la finalidad de llevar a cabo una intervención adecuada que habrá de tener un seguimiento y valoración constantes.

En el Reino Unido, Sally (2016) propone un modelo de intervención con las familias teniendo en cuenta las siguientes premisas:

1. Cada persona debe considerarse como un individuo. Informar de los procedimientos legales a seguir, dar soporte a los familiares y ofrecer la oportunidad de poder realizar las últimas voluntades.
2. Cada persona tiene el derecho a ser cuidada. Desde el Trabajo Social, debe haber la seguridad de que toda persona pueda acceder a los servicios sanitarios y velar por evitar la discriminación por razones lingüísticas, religiosas o culturales, derivando a otros/as profesionales si se estima oportuno.

3. Maximizar el control y el bienestar. El/la profesional es la guía, figura de apoyo y escucha tanto de pacientes como familias y defenderá la protección de los derechos y dignidad de éstos/as.
4. Coordinación de los cuidados. Trabajar tanto con pacientes y familias como con el resto de personal sanitario para evitar conflictos y mediarlos proporcionando el mayor y mejor asesoramiento posibles.
5. Equipo profesional preparado para cuidar. Formar a cualquier profesional que se encuentre trabajando en el ámbito sanitario y especialmente en cuidados paliativos.
6. Toda comunidad está preparada para ayudar. Informar y concienciar a la ciudadanía, ya sea en adultos como en menores, sobre la muerte y su proceso, saber cómo ayudar a la persona enferma y familia y promover el voluntariado.

Intervención con el enfermo

Tal y como defienden Moro y Lerena (2011), el/la paciente presenta unas necesidades clasificadas en tres niveles: *biológico* (conciliación del sueño, higiene personal, comer), *psicosocial* (seguridad, sensación de pertenencia, amor, comprensión, aceptación, amor propio, confianza, ser escuchado/a, hablar libremente, compartir miedos, respeto por su intimidad) y *espiritual* (aferrarse a sus creencias religiosas para intentar darle una explicación a la situación en la que se encuentra y el sentido de todo su trayecto vital). Cuando una persona se encuentra en una situación en la que no puede valerse por sí misma, automáticamente se tiende a proporcionarle nuestra ayuda y cuidados. No obstante, en la mayoría de las ocasiones, se le deja de tener en cuenta (relegación) porque se opta por sobre protegerla, de manera que le resulta imposible poder tomar decisiones sobre la enfermedad y el tratamiento. Consecuentemente, esta incapacidad para decidir genera estados de ansiedad y distanciamiento con los familiares, por lo que resulta de vital importancia permitir que la persona se exprese y se le pueda reconocer, al mismo tiempo, el derecho a ser informada cuando así lo desee y tome las decisiones oportunas (Getino, 2011).

Así mismo, Kayne (citado en Astudillo et al., 2002) propone las siguientes pautas a seguir para intervenir con el/la paciente:

1. Hablar separadamente con la finalidad de esclarecer las preocupaciones y temores tanto del/de la enfermo/a como de la familia para intervenir de la forma más eficaz.

2. Preguntar a la familia por qué quiere ocultarle información a la persona enferma.
3. Hacer valorar a ambas partes qué implica emocionalmente la situación que viven.
4. Permitir que la persona enferma se desahogue hablando de sus sentimientos.

Intervención emocional con las familias

Tal y como dice Novellas (2016), resulta difícil asimilar que una persona enferma se encuentre en un estado de empeoramiento irreversible y que, quienes pertenecen a su círculo más próximo, se encontrarán con situaciones difíciles de tomar, llegando a sentirse culpables, irascibles y frustrados/as. Habrá momentos en los que los familiares se encuentren ajenos a la situación (*disociación*). Otros, culparán al/a la enfermo/a por el hecho de estarlo o al equipo médico por falta de competencia y respuestas (*enojo, persecución y reproche*). En otros momentos, se quedarán bloqueados/as o actuarán por impulso (*turbación y confusión*) o bien pensarán que, cuidando de la persona, ésta se recuperará (*culpas, deseos y fantasías*).

Astudillo, W. Mendiñeta, C. y Muñoz, A. (2002) creen que cuando se interviene con las familias, hay que tener muy presente que no hay ninguna igual, ya que cada una presenta sus patrones de funcionamiento y comportamiento con distintos roles, estilos y proyectos vitales, modos de gestionar y procesar los problemas, etc.

En consecuencia, puede darse el caso de que la familia reaccione *no adaptándose a la situación ni a la muerte inminentes; pedir al equipo médico que forme parte de la conspiración del silencio; alejarse de la persona enferma por no saber cómo enfrentarse a la situación y/o solicitar paralizar el tratamiento para acelerar la muerte*.

Para Sun (2015), las familias, independientemente de cuáles sean las características y procedencia, comparten un punto en común, la duda. La duda por no saber cómo actuar, cómo coordinarse con las tareas y cómo hacerles frente a las emociones. Se le añade además que muchas personas consideran que es obligación moral cuidar o bien, al no quedar otra opción, se ven obligadas a prescindir del empleo o reducir la jornada laboral, afectando considerablemente a la economía familiar y aumentando al mismo tiempo, el grado de estrés que puede derivar en un riesgo de sufrir cardiopatías, generar tensiones sociofamiliares o incluso matrimoniales.

El resultado directo es entonces la *claudicación emocional*, situación en la que tanto la persona cuidadora como la familia se sienten incapaces de atender a las necesidades del/de la paciente y proporcionarle la ayuda más adecuada (Fernández, 2011). No obstante, como pudo comprobar Hudson (2005), si las personas cuidadoras reciben una formación y preparación psicoeducativas, estarán mucho más capacitadas a nivel psicológico, reduciendo claramente los niveles de ansiedad.

Para finalizar, autores/as como Antequera, J. M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés, R., Casares, M., Gervás, J., Gómez, M., Pascual, A., Seoane, J. A. (2006), Hudson (2011) y González y Klugman (2018), destacan la importancia de que las familias necesitan recibir una información clara y concisa, con el propósito de que la toma de decisiones sea más fácil, aunque se requiera de ayuda y orientación. Tampoco debemos olvidar que las personas cuidadoras también tienen sus demandas físicas, psicológicas y espirituales y que la persona enferma es un ser autónomo/a con derechos y capacidad de decisión.

Dificultades e intervención en la comunicación y relación familiares

Cuando la situación sobrepasa a nivel emocional, pueden aparecer en la familia problemas en la comunicación ya sea paciente-familia como entre los miembros de esta, habiendo la probabilidad de que aquellas que ya presentan una comunicación difícil de por sí, la agraven por tener un familiar en cuidados paliativos, haciendo peligrar las relaciones o convertirlas en hostiles.

Así lo afirman Kissane, D. W., Block, S., McKenzie, M., McDowall, A. C., Nitzan, R. (1998), que diferencian tres tipologías según su estilo comunicacional. En primer lugar, está la que *le cuesta confiar*, caracterizada por la ocultación de los sentimientos e información, debido a la falta de confianza ente los miembros y con una comunicación nula o tensa. En segundo lugar, la que *oye, pero falla al escuchar*, sin tener en cuenta ni los sentimientos ni opiniones de los miembros. Por último, la que se encuentra en *permanente conflicto*, agravando aún más los conflictos y convivencia familiares, Novellas (2016), pero, hace una clasificación mucho más genérica y sencilla al diferenciar entre dos tipos principales de familia: la *homeostática* con una actitud rígida al cambio o con serias dificultades para enfrentársele y la *morfogénica* dispuesta a hacer todo lo que esté en su mano para cambiar y mejorar.

Hudson et al., (2004), establecen que puede haber *barreras en el proceso de comunicación*, que son los impedimentos comunicacionales que evitan o inhiben facilitar la información, aconsejar o apoyar a las familias. Algunas personas cuidadoras estiman oportuno no molestar a los/as profesionales sanitarios porque creen que ya tienen bastante con su trabajo, y otras se niegan a recibir ayuda externa al considerar que la información recibida por parte del equipo médico no será la más adecuada para el/la paciente.

En relación con lo anteriormente comentado, Fernández (2011) y Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., Bayés, R. (2003), creen que uno de los principales riesgos que existen cuando la familia carece de las herramientas necesarias para establecer un clima de comunicación agradable y de confianza con la persona enferma, es que se origine la

denominada conspiración del silencio, llevada a cabo entre los familiares o éstos junto con el equipo médico, con el objetivo de evitar un sufrimiento al/a la paciente para auto protegerlo/a ante otros miembros de la familia por la mala comunicación o bien por la incapacidad del equipo médico de dar malas noticias y hacerles frente. Según Antequera et al., (2006) se puede dividir en *explícita* cuando se pacta ocultar la información, o *implícita* cuando se sobreentiende lo que hay que hacer sin necesidad de decir nada. En caso de no ponerle una solución a ello, puede desencadenar en un abandono emocional al/a la paciente, dejándole de proporcionar los cuidados y atención, con el peligro de incurrir en una negligencia o incluso abandono literal por falta de éstos.

Por lo tanto, la propuesta de Aparicio et al., (2015) y Loncán et al., (2007), es la del *modelo de atención al final de la vida*, mediante el cual el/la trabajador/a social acompaña a paciente y familia teniendo en cuenta los siguientes elementos: escucha, acogida, interpretación y devolución de la información, continuidad y compromiso.

A nivel relacional entre los miembros de la familia, puede darse el caso de que tenga lugar la *claudicación familiar* (Arranz et al., 2003), en la que cada uno de sus miembros se encuentra totalmente desbordado e incapaz de hacer frente a la situación que viven. Puede darse en cualquier momento y afectar en los niveles emocional, de salud o social tanto individual como grupal o global.

Por todo lo anteriormente descrito, desde el Trabajo Social se puede optar por el uso de dos herramientas: la mediación, entendida como el proceso en el que al menos dos partes mantienen puntos de vista u opiniones contrarias desembocando en un conflicto que requiere de una persona con una actitud neutra para aportar soluciones (De Tommaso, 2012); o bien el counselling, que pretende ayudar a que la persona encuentre la mejor manera de enfrentar una situación a través de las capacidades, herramientas y habilidades personales. Arranz et al., (2003), Vanzini (2010) y Bermejo (citado en Pozo, 2017), lo consideran como el modo de hacer pensar a una persona que precisa de ayuda, a través de preguntas abiertas focalizadas, con tal de que tome las decisiones más adecuadas en base a sus valores e intereses.

Cabe destacar que los tres valores fundamentales bajo los que se debe regir un/a trabajador/a social son la empatía con la persona que se interviene; la congruencia y la veracidad de la información que se transmite adaptándola al nivel de comprensión y estado emocional en un momento determinado y la aceptación incondicional de la persona con la que se interviene, respetándola independientemente de sus procedencia geográfica, socioeconómica y familiar, así como de las ideologías, creencias, convicciones, pensamientos u opiniones.

4. Una visión desde la bioética

Es tal el sufrimiento que tiene una persona durante la fase terminal de una enfermedad, que puede llegar a solicitar que se le practique la *eutanasia* o también llamada “muerte por piedad”. Tiene su origen etimológico en el griego “eu-thanatos” que significa literalmente “buena muerte” (Vega, s.f.). No obstante, tanto el Instituto Nacional del Cáncer como Nombela, C., Postigo, E., López, F., Abellán, J. C., Serrano, J. M., Prensa, L. (2009), coinciden en que se trata del acto con el que se pone fin a la vida de una persona bien por petición expresa como por terceros, con la finalidad de terminar con el sufrimiento que causa la enfermedad, pudiendo ser *activa* (provocar la muerte activa y expresa) o *pasiva* (dejar de recetar los fármacos).

La bioética tal y como la definen Loncán et al., (2007) se basa en el absoluto y máximo respeto a la persona como a las decisiones que tome a nivel individual y, tanto en este campo como en el de la medicina mediante el Juramento Hipocrático, existe un principio fundamental; “no matarás” (Galán, 2011). Por lo tanto, la única alternativa es la de proporcionar cuidados paliativos porque, como se ha citado al principio del artículo, en el Estado español está prohibida la práctica de la eutanasia. Este hecho no exime de que no se evite el uso innecesario del *encarnizamiento terapéutico*, práctica médica basada en el uso de fármacos que, lejos de mejorar la calidad de vida del enfermo, se le alarga aún más provocándole sufrimiento y dolor innecesario.

Las terapias que pueden ponerse en práctica como alternativa a la eutanasia son para Galán (2011) y Antequera et al., (2006):

1. Terapia contraindicada/no inicio y retirada de tratamientos de soporte vital, utilizada cuando se tiene la certeza de que los tratamientos farmacológicos son totalmente fútiles y es el equipo médico el que decide por el/la paciente.
2. Terapia opcional o adecuación al esfuerzo terapéutico, en la que el equipo médico informa a paciente y familia de las opciones que pueden salvar o mejorar la calidad de vida, teniendo presente que las ventajas e inconvenientes estarán en igualdad de condiciones. En este caso, el/la paciente sí tiene el derecho de poder decidir si quiere o no que se le aplique el tratamiento.
3. Terapia claramente indicada o tratamientos de intensidad proporcional a la intensidad del síntoma, ofrece más ventajas que inconvenientes y el/la paciente también tiene derecho a someterse o no al tratamiento.
4. Interrupción voluntaria y definitiva de la ingesta, es el/la paciente quien toma la decisión de dejar de comer hasta que fallezca.

5. Suicidio asistido, a través del cual una tercera persona previamente ha asistido e informado al/a la enfermo/a acerca de cómo ponerle fin a su vida. Si es el equipo médico el que ejecuta esta acción, se la conoce como *suicidio médicamente asistido*.

Para finalizar, respecto a los principios éticos que rigen las prácticas médicas según Vecino y Germán (2011), son la intención de *aliviar el sufrimiento*; la *autonomía* del/de la paciente y la *proporcionalidad* en la aplicación del tratamiento. Mientras, para Taboada (2012) son la *inviolabilidad de la vida humana*; la *proporcionalidad terapéutica*; el *doble efecto* en los resultados de las acciones; la *veracidad* de la información; la *prevención* de evitar conflictos posteriores y el *no abandono* del/de la paciente.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Nuestros derechos y deberes como pacientes datan del año 1986 a través de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, el derecho más importante es de la autonomía, después de haber recibido toda la información por parte del equipo médico. Como se ha citado, en el Estado español está tácita y expresamente prohibido practicar la eutanasia y así queda reflejado tanto en la Constitución de 1978 en su artículo 15, de la Sección 1.^a *De los derechos fundamentales y libertades públicas, Capítulo II Derechos y Libertades del Título I De los derechos y deberes fundamentales*.

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni penas o tratos inhumanos o degradantes (Albertí y González, 2014, p. 40).

En el Código Penal de 1995 reformado en el 2015 se expone en los apartados 1 y 4 del artículo 143 lo siguiente:

El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. [...] El que causare o cooperase activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o produjera graves sufrimientos permanentes y difíciles de soportar [...] (Gimbernat, 2015, p. 253).

Dicho esto, la Ley Estatal Reguladora que protege los derechos de la persona enferma en el ámbito sanitario español, es la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de/de la paciente y derechos y obligaciones en materia*

de información y documentación clínica. Se contempla que el equipo médico está obligado a informar a paciente y familia sobre el diagnóstico de la enfermedad, así como de los posibles tratamientos y cómo pueden afectar en su salud.

En Andalucía, la principal normativa respecto a los derechos y deberes tanto de pacientes como del equipo médico es la *Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*. Una de las figuras que cobra especial importancia es la *declaración vital anticipada*, documento en el que debe quedar constancia sobre cómo se quiere que sea el tratamiento que recibir cuando uno ya no tenga la capacidad de obrar de motu propio y cuáles son los cuidados y tratamientos a aplicar con tal de garantizar el mayor bienestar.

Precisará, no obstante, de la coordinación del equipo médico habiendo informado previamente tanto a paciente como familia. El Defensor del Pueblo Andaluz (2007) pone de manifiesto el *consentimiento informado*, en el que se manifiesta que el/la paciente ha sido informado/a del diagnóstico y del tratamiento a recibir, y consiente seguirlo o no. La diferencia entre este documento y el anterior, es que éste último permite que se le realicen modificaciones e incluso anulaciones en cualquier momento.

CONCLUSIONES

A lo largo de todo el artículo se ha podido comprobar que, con el paso de los siglos, la muerte sigue siendo considerado un tema tabú y es alejada de la sociedad. Incluso desde la ciencia se investiga constantemente para poder llegar a tener una esperanza de vida mucho más larga de la que ya tenemos. Es por ello por lo que resulta sumamente importante tratar de normalizar hablar de la muerte en todos los ámbitos, especialmente en el educativo, donde únicamente se habla de ella puntualmente, pero no para tratarla sin problema, como un hecho inherente en el ser humano.

A nivel legal, siguen existiendo dificultades para poder practicar la eutanasia activamente, pese a que se evidencie un claro sufrimiento por parte de la persona que, a su vez, pide consciente y voluntariamente que se le ponga fin al sufrimiento y a su vida. Todo ello motivado por el hecho de que, hoy en día, aún se está a la espera de su total aprobación puesto que, por el momento, sigue siendo una Proposición de Ley. Más concretamente su denominación es *122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*.

Así pues, la única forma de intentar proporcionar bienestar es mediante los cuidados paliativos con los diferentes métodos de tratamiento según las características y evolución de la enfermedad y necesidades del/de la paciente.

De todos modos, la normativa sea estatal o autonómica, garantiza unas obligaciones y unos derechos tanto para el/la paciente como equipo médico, el cual tiene la obligación de garantizar el derecho a ser informado/a de su enfermedad y tratamiento, para después decidir si quiere o no recibirlo, debiendo quedar constancia de ello o en la declaración de voluntades anticipadas o en el consentimiento informado.

Pese a ello, no se garantiza que los meses en el hospital no solo pasen factura a nivel físico, sino también y más importante, a nivel psicológico y emocional, puesto que no es fácil recibir la noticia de que se padece una enfermedad incurable con un pronóstico de vida de meses. Durante este periodo de tiempo, se recibirán cuidados a veces percibidos como inútiles e innecesarios, tanto para la propia persona como para su familia. A ello deberán sumarse momentos de sufrimiento y tomas de decisiones difíciles.

Es importante, tener en cuenta que cada familia es diferente la una de la otra motivada por la cultura, la religión, valores, etc., que determinarán la manera en cómo se hagan frente a las situaciones difíciles, las herramientas y/o capacidades de las que dispongan para tales efectos, así como los roles de cada miembro y su estilo comunicacional.

En el caso de que haya una falta de recursos, repercute en comportamientos y actitudes que no fomentan en absoluto la superación de la situación, traduciéndose en relaciones nulas o tensas, relegación y abandono del/de la paciente, estrés, dificultades para superar las fases del duelo, etc. De aquí la necesidad e importancia de la figura del/de la trabajador/a social, porque es la figura que escucha activamente y que, mediante las herramientas de las cuales dispone y las habilidades de las que requiere como son la empatía y escucha activa entre otras, puede acompañar, guiar, mediar y asesorar cuando se precisa ayuda, intentado, dentro de lo que cabe, aumentar el bienestar, tanto de la persona enferma como de su entorno más cercano.

Por último, resulta curioso cómo la bioética, que apuesta por el absoluto respeto por la toma de decisiones individuales, defiende a su vez no matar. Podría decirse que se posiciona en una postura u otra debido a los intereses propios de cada persona. En este caso, respeto a la aplicación o no de la eutanasia. Y, por lo que hace a la legislación vigente, tener garantías y protecciones legales que contemplen y regulen los cuidados paliativos asegurando al máximo el mayor confort posible, bien es cierto que se requiere de una normativa que se adapte a nuestros tiempos, cada vez más globales en cuanto a eutanasia se refiere.

Debe apostarse por textos legales en los que exista un consenso independientemente de las ideologías políticas y creencias religiosas, que garanticen, defiendan y respeten,

la voluntad clara y expresa de una persona que decide ponerle fin a su vida, sin que por ello se la criminalice, como tampoco a la familia ni al equipo médico. Evidentemente, no es nada fácil tomar una decisión de tan gran magnitud, como tampoco aceptarla, pero, se debe intentar empezar dando importancia a una cuestión de dignidad y humanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albertí, E. y González Beilfuss, M. (2014). *Leyes políticas del Estado*. Pamplona: Civitas. Biblioteca de Legislación.
- Antequera, J. M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés, R., Casares, M., Gervás, J., Gómez, M., Pascual, A., Seoane, J. A. (2006). Intervenciones psicosociales. Ámbitos de intervención. En José María A. et al., (Ed.), *Ética en cuidados paliativos* (59-80). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y Autores.
- Aparicio B., Agrafojo, E., Martín, M. A., García, M., Gómez, M. del P., Merino, M. Tejedor, E. M., Huarte, P., Peñaranda, A., Vanzini, L. (2015). Protocolos de intervención. *Trabajo Social en Cuidados Paliativos* (7), 113-116. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2016/07/monogradc3adas-secpal-nc3bam-7-trabajo-social-en-cuidados-paliativos-juny-2015.pdf>
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., Bayés, R. (2003), *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Astudillo, W. Horcajada, J. P. y Mendinueta, C. (2002). Fases de la adaptación a la enfermedad terminal. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (73-82). Barañáin: EUNSA.
- Astudillo, W. Horcajada, J. P. y Mendinueta, C. (2002). La asistencia a la familia ante una muerte esperada. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (381-386). Barañáin: EUNSA.
- Astudillo, W. Mendinueta, C. y Muñoz, A. (2002). Medidas para mejorar la relación familia-equipo de apoyo. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (387-396). Barañáin: EUNSA.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2002). Necesidades de los pacientes en fase terminal. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (84-92) Barañáin: EUNSA.
- Borràs, J. M. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Trabajo Social del Institut Català d'Oncologia*. Recuperado de http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/axius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf

- Cabezas, J. L. (2010). La Muerte como parte del Ciclo Vital. En José Luis C. (A.), *El Ciclo de la Vida: Apuntes de Desarrollo* (351-363). Granada: Sider.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2017). *Morir en Andalucía. Dignidad y derechos*. Recuperado de https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/informe_muerte_digna.pdf
- De Tomasso, A. (2012). La necesidad de mediación. Concepto de mediación. Ventajas y desventajas de la mediación. Los modelos de mediación. En Antonio de T. (A.), *Mediación y Trabajo Social* (17-28). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio.
- Fernández Marín, M.^a E. (2011). Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los Cuidados Paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, 19-42. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Galán González-Serna, J. M. (2011). Bioética al final de la vida. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los Cuidados Paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, 43-62. Logroño: Universidad de La Rioja.
- García Pérez, M., Agrafojo Betancor, E. (2015). Definición del Trabajo Social en Cuidados Paliativos. En E. Agrafojo Betancor y M. García Pérez (AA. y Coord.), *El Trabajo Social en Cuidados Paliativos*, (7), 84-93. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2016/07/monogradc3adas-secpal-nc3bam-7-trabajo-social-en-cuidados-paliativos-juny-2015.pdf>
- Getino Canseco, M. (2012). *La espera. Construcción social de la muerte en el mundo de los cuidados paliativos*. Barcelona: Laertes.
- Gimbernat Ordeig, E. (2015). *Código Penal*. Madrid: Tecnos.
- González, A. y Klugman, R. (2018). Making the case for social work practice in the care of critically ill ICU patients. *ICU MANAGEMENT & PRACTICE*, 18 (2). 133-135. Recuperado de https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v18-i2-gonzalezklugman-making-the-case-for-social.pdf
- Hudson, P., Aranda, S., Kristjanson, L. J. (2004). Meeting the Supportive Needs of Family Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (1), 19-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6988039_Meeting_the_Supportive_Needs_of_Family_Caregivers_in_Palliative_Care_Challenges_for_Health_Professionals/link/0deec527423e95aa21000000/download
- Hudson, P., Aranda, S., Hayman-White, K. (2005). Psycho-Educational Intervention for Family Caregivers of Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (4), 329-34. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.006. Recuperado de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00389-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(05)00389-1/pdf)

- Hudson, P. y Payne, S. (2011). Family Caregivers and Palliative Care: Current Status and Agenda for the Future. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (7), 864-869. doi 10.1089/jpm.2010.0413. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/511153212_Family_Caregivers_and_Palliative_Care_Current_Status_and_Agenda_for_the_Future/link/55fbf0bd08ae07629e07c8dc/download
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., Hall, C., Trauer, T., Bolleter, A., Clarke, D. M., Bauld, C. (2012). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (6), 696-702. doi 10.1089/jpm.2011.0466. Recuperado de <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2011.0466>
- Kissane, D. W., Block, S., McKenzie, M., McDowall, A.C., Nitzan, R. (1998). Family Grief Therapy: A preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-Oncology*, (7), 14-25. Recuperado de https://ogg.osu.edu/media/documents/sunset/FamilyGriefTherapy_Kissane_David_W.pdf
- Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2014). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Lacasta Reverte, M. A. y Sanz Llorente, B. (2014). Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. *Monografías SECPAL*, 2 (5), 24-28. Recuperado de http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20impresión%20final%20final.pdf
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla. 7 de mayo de 2010, núm. 8, p. 8-16. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-sas_normativa_media-file/2019/L2_2010.pdf
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. 15 de noviembre de 2002, núm. 274, p. 1-14. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- P. et al., (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 113-128. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original8.pdf>
- Loncán P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., Saralegui, I. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 113-128. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original8.pdf>
- López Álvarez, D. (2011). La intervención social en el entorno familiar del enfermo paliativo. En R. Guzmán (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuida-*

- dos paliativos. *Morir dignamente en un contexto humanizado*, 133-140. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Moro Yerpas M.^a P., y Lerena Tejón, I. (2011). El Trabajador Social como Agente de Cambio en cuidados paliativos. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social* (49), 270-276. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111523>
- Nombela, C., Postigo, E., López, F., Abellán, J. C., Serrano, J. M., Prensa, L., (2009). La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. *Bioética*. Recuperado de <https://www.bioeticaweb.com/la-eutanasia-perspectiva-actica-juradica-y-madica/>
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2000). *Trabajo Social en cuidados paliativos*. Madrid: Arán.
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2016). Homeostasis, armonía y sinergias familiares: modelos y estilos de afrontamiento familiares. En Ana N. (A.), *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención Social* (55-58). Obra Social "La Caixa". Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/846215/manual_atencion_psicosocial_intervencion_social_es.pdf/1fb7d782-1865-453c-8c86-f82601e138f6
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2016). Las dimensiones culturales frente a los procesos de morir y la muerte. En Ana N. (A.), *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social* (25-29). Obra Social "La Caixa". Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/846215/manual_atencion_psicosocial_intervencion_social_es.pdf/1fb7d782-1865-453c-8c86-f82601e138f6
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2016). Situaciones y formas de manifestación del impacto familiar que requieren atención. En Ana N. (A.), *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social*, (80-86). Obra Social "La Caixa". Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/846215/manual_atencion_psicosocial_intervencion_social_es.pdf/1fb7d782-1865-453c-8c86-f82601e138f6
- Pozo Brito, Y. (2017). *El papel de la trabajadora social en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria*. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación: Universidad de La Laguna.
- Sally, P. (2016). What palliative care social workers offer. *The role of social workers in palliative, end of life and bereavement care*, 18-21. Recuperado de <https://www.apcsw.org.uk/resources/social-work-role-eol.pdf>
- Sun, V. et al., (2015). Effectiveness of an Interdisciplinary Palliative Care Intervention for Family Caregivers in Lung Cancer. *Cancer*, 121 (20), 3737-3745. doi 10.1002/cncr.29567. Recuperado de <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.29567>

- Taboada, P. (2002). *Principios éticos relevantes en medicina paliativa*. Cuidados Paliativos. Guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Guias-Manejo-Clinico-2002-Spa.pdf>
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social: revista de trabajo y Acción Social*, (47), 184-199. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655799>
- Vecino Martín, A., y Guzmán Zurriarain, R. (2011). El tratamiento del dolor y la sedación paliativa. Aspectos médicos y éticos. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, (77-90). Logroño: Universidad de La Rioja
- Vega Gutiérrez, J. (s.f.) *Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal*. Recuperado de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA2000.pdf

TRABAJO SOCIAL EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ANTE PROCESOS DE FINALIZACIÓN DE LA VIDA: REVISIÓN DE UN CASO PRÁCTICO

SOCIAL WORK IN THE HUMANIZATION OF HEALTH CARE BEFORE END-OF-LIFE PROCESSES: REVIEW OF A PRACTICAL CASE

Sonia García Aguña

Graduada en Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El análisis de los procesos de finalización de la vida siempre ha estado en el núcleo del pensamiento social y teórico fundamentalmente por sus complejidades éticas. Es por esto por lo que en el presente documento se profundizará en la cuestión mediante la revisión de un caso real acontecido en una institución sanitaria de la Comunidad de Madrid. Para ello, se expondrá la teoría esencial para el estudio y desarrollo del caso, los aspectos éticos ligados y las técnicas y métodos utilizados para su resolución.

Palabras clave: Unidad de Trabajo Social, Trabajo Social Sociosanitario, Dilemas éticos, Intervención en crisis, Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Abstract: The analysis of end-of-life processes has always been at the core of social and theoretical thought, mainly due to its ethical complexities. That is why this document will look into the matter by reviewing a real case that occurred in a health institution in the Community of Madrid. For that purpose, the essential theory for the study and development of the case, the related ethical aspects, and the techniques and methods used for its resolution will be exposed.

Key words: Social Work Unit, Socio Sanitary Social Work, Ethical Dilemma, Crisis Intervention, Healthcare Humanization.

| Recibido: 02/12/2020 | Revisado: 18/01/21 | Aceptado: 25/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Correspondencia: Sonia García Aguña. Graduada en Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid. E-mail: sonia.garcia.aguna@gmail.com

Referencia normalizada: García, S. (2021). Trabajo Social en la Humanización de la Asistencia Sanitaria ante procesos de finalización de la vida: revisión de un caso práctico. *Trabajo Social Hoy*, 92, 27-51. doi: 10.12960/TSH.2021.0002

1. INTRODUCCIÓN AL CASO

1.1. Antecedentes

El caso para abordar a lo largo del presente documento se desarrolla en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital público («Hospital 3»¹) de Madrid, donde Daniel -paciente «protagonista» de esta intervención- se encuentra ingresado. Si bien, es necesario presentar los antecedentes personales, clínicos y hospitalarios, informaciones obtenidas mediante entrevistas con la hermana y representante legal del paciente² (María) y documentación compartida en el programa informático *Selene*.

En noviembre ingresa Daniel en un hospital público («Hospital 1») debido a un ICTUS (Infarto Cerebral) que afecta su cerebelo. Al día siguiente de ingresar, la salud de Daniel comienza a empeorar, por lo que es operado de urgencias. Al salir de la operación queda en Reanimación, recobra la conciencia y reconoce a María. Sin embargo, al retirar la sonda cerebral de la operación comienzan a surgir problemas clínicos que hacen que Daniel deje de responder a estímulos y de reconocer a las personas. Los médicos le dicen a María que su hermano quedará totalmente dependiente y le preguntan que en caso de ser necesario si querría que le reanimaran; ella explica que se niega verbalmente de forma rotunda y explícita.

En diciembre pasa de Reanimación a planta, concretamente a Neurocirugía. La médica responsable confirma que Daniel quedará en estado semi vegetativo irreversible, lo cual significa que:

“El cerebro (la parte del encéfalo que controla el pensamiento y el comportamiento) ya no funciona, pero el hipotálamo y el tronco del encéfalo (las partes del encéfalo que controlan las funciones vitales, como los ciclos de sueño, la temperatura corporal, la respiración, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la consciencia) siguen funcionando” (MSD Manuals, 2019).

María le dice que en ese estado su hermano jamás querría quedar, pero la médica -según expresa María- afirma que “hay un protocolo mínimo que debo cumplir: no dejarle morir de inanición, deshidratación o por ahogo”.

1 Por preservar la privacidad de las personas y organizaciones implicadas, se han escogido nombres ficticios y se han omitido los referidos a los hospitales donde el paciente ha sido atendido.

2 La exposición de hechos se fundamenta en las anotaciones compartidas por diversos profesionales sociosanitarios en el programa informático *Selene*, del Historial Clínico, Informes y en las explicaciones de la persona usuaria. Lo aquí expuesto procede de informaciones verbales de la usuaria, no de opiniones o vivencias de la autora.

Daniel es trasladado a la planta de Neurología, donde el Jefe de Servicio confirma que es totalmente irrecuperable. A su vez, los neurocirujanos expresan a María que tienen que ponerle un catéter por una hidrocefalia, pero al ser una intervención que solo iba a prolongar su vida sin mejoras, ella no acepta. María expresa verbalmente que el Jefe de Servicio mantuvo una conversación con ella y se sintió presionada para que aceptara la intervención. Ella siguió negándose y según sus afirmaciones, el Jefe de Servicio aseguró que si seguía así “iba a tener problemas” aunque luego rectificó. Aprovechó ese momento para proponer una intervención donde efectuar una PEG (Gastrostomía Endoscópica Percutánea)³ a Daniel afirmando que “estaba sufriendo mucho y era por su bienestar”. María accede. Más tarde, al informarse por otros medios, ve que no supondrá ninguna mejora en su calidad de vida, por lo que pide que retiren la alimentación suministrada por la PEG, o la propia entubación de ser posible. Según narra, el Jefe de Servicio responde que “de ninguna de las maneras”.

En febrero Daniel es trasladado al «Hospital 2», donde la neuróloga le dice a María que una vez realizada dicha intervención es muy complicada poder retirarla. A los pocos días de esta conversación, y sin dar cabida a ninguna posible solución o alternativa, avisan a María de que su hermano sería trasladado esa misma tarde al «Hospital 3».

1.2. Datos sociodemográficos

Tal y como hemos podido comprobar, son dos los protagonistas: Daniel y María. Además, también se menciona a un tercer hermano, aunque no presenta ninguna relevancia real para el desarrollo de la intervención, pues al residir en Alemania se nos refiere una vinculación de muy baja intensidad. Aun así -por arrojar más datos- se conoce la existencia de una prima paterna (Lucía) con la que María refiere una vinculación estrecha e intensa, situándola como su apoyo principal. A pesar de ello, no se describirán datos concretos por no tener más información.

Sobre los datos recopilados durante entrevistas, conversaciones o mediante el programa informático *Selene*, se puede presentar como más relevante -al menos para el contexto organizacional sociosanitario en el que se enmarca- lo siguiente:

- a) Daniel, paciente. 70 años. Soltero. Sin descendencia. Reside en Madrid. Antes del ingreso constaba como desempleado, aunque realizaba “algunas *chapucillas*

3 “Procedimiento mediante el cual se coloca un tubo flexible de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago” (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2019).

con amigos de vez en cuando” (*Selene*, 2019). Se desconoce el nivel de estudios adquirido. Vivienda en propiedad. ICTUS en área izquierda distal de origen cardio-embólico en junio de 2014 que deja como secuela afasia. Daniel sufre otro ICTUS en noviembre de 2018 con posteriores complicaciones clínicas. Iniciada solicitud de Dependencia por vía urgente y petición de Residencia de Emergencia (información obtenida por anotaciones en el programa *Selene*).

- b) María, hermana del paciente. 62 años. Soltera. Sin descendencia. Reside en Madrid. Se desconoce su empleo. Se desconoce el nivel de estudios adquirido. Vivienda en propiedad. Información obtenida a través de la propia relación con la persona pues no se realizó ninguna entrevista cuyo objetivo fuera conocer estos datos de forma expresa.
- c) Jorge, hermano del paciente. 67 años. Casado. Se desconoce si tiene descendencia. Reside por temporadas alternas tanto en Barcelona como en Alemania. Relación/vinculación prácticamente nula con María y Daniel. Se desconoce su empleo. Se desconoce el nivel de estudios adquirido. Dos viviendas en propiedad. Información obtenida a través de conversaciones informales con María.

1.3. Derivación y demanda: problemáticas primigenias

En cuanto a la derivación, en este caso hospitalaria, se efectúa el traslado sin informar de ningún modo al equipo de la UTS (Unidad de Trabajo Social) situado en el «Hospital 3» aun siendo en ambos hospitales la misma Unidad. No existe una coordinación efectiva y necesaria, a pesar de ser un caso que presentaba numerosas complicaciones⁴.

Es por ello por lo que se conoce el caso en uno de los seguimientos rutinarios a través de *Selene*, donde se advierte un nuevo ingreso. Revisando las anotaciones previas relacionadas con Salud Mental y el equipo de la UTS situado en el «Hospital 2» se confirma la necesidad de una valoración inicial del paciente. En dichas anotaciones existen datos que hacen saltar las alarmas, tales como que Daniel había sufrido un ICTUS previo que le había dejado secuelas psicológicas, sociales y emocionales, se alertaba del mal estado de la vivienda y la posibilidad de la aparición de síndrome de Diógenes, y también que Daniel ya no conocía exactamente si la vivienda donde residía era en propiedad o no. Se mostraba así una situación de vulnerabilidad del paciente.

4 Para lo relacionado con el trabajo en equipo, la coordinación y el trabajo en red se recomienda: Ubieta, J. R. (2009). El trabajo en red: usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales. Barcelona: Gedisa.

El equipo de la UTS del «Hospital 3» realiza una valoración inicial para corroborar o refutar los datos previos. Al llegar a la habitación el paciente estaba aparentemente «dormido». La médica internista de referencia expresa requerir coordinación y explica que Daniel se encuentra en estado semi vegetativo irreversible (primera noticia al respecto para la UTS).

La médica refiere que Daniel solo tiene dos hermanos, pero que la única que está residiendo en ese momento en Madrid es María. Narra que María se encuentra desesperada por todo el sufrimiento que ha conllevado el empeoramiento clínico de su hermano. La médica pide expresamente que no se trate el tema de la PEG porque “es algo que afecta mucho a María”, y añade que atisbó en ella un estado de ánimo muy perturbado. Se concreta con la médica la necesidad de una entrevista con María para apoyarla no solo en los trámites, sino en todo lo que ella requiera y plantee, y se insiste en que si ella decide expresar algo referido a la PEG es necesario atender su demanda. Aun así, la médica insistió en evitar el tema.

Sumado a las incongruencias, falta de información y la inexistencia de coordinación, surgen otras complicaciones por la subsistencia de múltiples y diferentes demandas. En primer lugar, la demanda explicitada ligada al traslado es “la necesidad de continuidad de cuidados del paciente” (Selene, 2019). En segundo lugar, la demanda de la médica internista de referencia del paciente hacia la UTS durante la primera conversación sobre el caso fue “gestionar recurso residencial permanente”. En tercer lugar, la demanda formalizada por la hermana y representante legal del paciente debido a la situación de incapacidad de hecho⁵ de Daniel es, tal y como traslada literalmente, “retirar la alimentación artificial por alargar la vida de mi hermano, pero no mejorar su calidad”. En cuarto lugar, y por último, la demanda devenida de la organización expresada verbalmente en reuniones de coordinación: “gestionar un recurso cualquiera pero externo al hospital para poder efectuar el alta hospitalaria con el mayor apresuramiento posible”.

Respecto a esto, siguiendo a Esperanza Molleda y extrapolando lo que sugiere para el contexto de Servicios Sociales al hospitalario, todas las demandas a excepción de la efectuada por la representante legal son demandas de “información y gestión de prestaciones dependientes de Servicios Sociales” (Molleda, 1999, p. 160), aunque la información en sí queda en un segundo plano. Ante esto, la autora expresa una idea fundamental y especialmente interesante para este caso:

5 “Situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica” (Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, 2020).

“siempre que existe una demanda de una prestación es necesario valorar en profundidad la demanda para evitar tapar problemas subyacentes con la simple gestión de la prestación que se solicita, y poder realizar, en su caso, una intervención en la que el recurso sea sólo un instrumento” (Molleda, 1999, p. 160).

Fundamental y especialmente interesante pues como se verá a lo largo del documento si no se hubiera ido más allá de la demanda de recursos, sobre todo los de la médica internista, se habría taponado la problemática principal. De hecho, finalmente nos encontramos con un caso que podría enmarcarse como “exclusivamente de intervención sin gestión de prestaciones” (Molleda, 1999, p. 161) pues se paralizó la gestión de los recursos iniciados y eso dio cabida a la intervención en sí misma.

Con todo, nos encontramos una intervención a realizar con la representante legal de un paciente que demanda la retirada de un tratamiento clínico, lo cual deriva en diversas problemáticas. En primer lugar, existe desconocimiento reconocido verbalmente entre los propios profesionales de la medicina y enfermería sobre las posibilidades de retirada o no de la alimentación artificial. En segundo lugar, la médica responsable evade la demanda desatendiendo una petición expresa. En tercer lugar, la intervención con María viene marcada por antecedentes desafortunados que generan en ella actitudes de desconfianza y mecanismos de defensa. Por último, se suma que se trabaja con una gran angustia debido a la situación en crisis y bajo las presiones organizacionales en cuanto a tiempo. Además, hay que recalcar que se bloquea la posibilidad de mediación entre las partes y coordinación con el resto de los/as profesionales por respetar la petición de confidencialidad total que realiza María durante los primeros contactos. La usuaria expresa no querer que bajo ningún concepto cualquier profesional médico reciba información sobre la intervención psicosocial realizada por la UTS porque entiende que tratan de evadir e imposibilitar la consecución de su demanda⁶.

Por todo ello, surgen dudas de diversa índole que marcan la intervención psicosocial desde Trabajo Social por el contexto en el que se encuentra. Esto hace que sea esencial recurrir a la teoría y deontología para encontrar las respuestas -que serán plasmadas a lo largo del presente documento- y acotar las posibilidades de actuación. Estas dudas pueden resumirse en las siguientes preguntas: ¿Es legal revocar este tratamiento? (necesario para saber si es una demanda realista) ¿Puede tomar decisiones por su hermano sin Instrucciones Previas? ¿Es posible limitar la infor-

6 Actuación totalmente factible que se justificará en el apartado del marco ético y legislativo.

mación con el personal médico, aunque suponga fin de la coordinación de los aspectos que trate la UTS? ¿Los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) pueden deliberar y apoyar esta decisión? ¿Qué ocurre si es factible y la médica no quiere llevar la actuación a cabo?

2. MARCO LEGISLATIVO Y DEONTOLÓGICO

2.1. Marco legislativo

Aunque existen convenios a nivel de la Unión Europea como el Convenio de Oviedo o «Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina» de 1999, por la complejidad y extensión nos centraremos en el marco legislativo del Estado español.

En primer lugar, conviene señalar la Ley 14/1986 General de Sanidad como Ley Marco a nivel estatal. Aun así, las referencias sobre lo que aquí nos ocupa son bastante vagas y confusas al igual que ocurre con la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1030/2006 que establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Por ello, destacamos la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De ella nos interesa primordialmente el derecho a la información sanitaria y el derecho a la autonomía del paciente.

El derecho a la información sanitaria significa que los pacientes solo pueden ejercer su derecho a la autonomía si cumpliendo los requisitos de competencia y capacidad han sido informados previamente. En este punto entra en juego el Consentimiento Informado, ya que en toda intervención sanitaria se requiere. El Artículo 9.3 recoge el consentimiento por representación que obedece al supuesto en que el paciente no es capaz de tomar decisiones. El consentimiento lo pueden prestar los representantes legales o las personas vinculadas al paciente por razones familiares o, de hecho.

En el «Procedimiento para la Toma de Decisiones Sanitarias por Representación en Pacientes Incapaces» (Agencia Pública Sanitaria Poniente, 2014) se establece un orden concreto de prioridad cuando existe incapacidad de hecho (que puede ser modificado por autoridades judiciales):

- a) Persona designada en la declaración de Voluntad Vital Anticipada: no realizada en el caso de Daniel.

- b) Persona que actúe como representante legal: no existía en el momento una representación legal definida judicialmente.
- c) Cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad: Daniel se encontraba soltero.
- d) Familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad: en este caso el representante debería haber sido Jorge, pero por la distancia y falta de predisposición se sitúa como representante a su hermana, familiar más cercano.

Siguiendo con el procedimiento referido al criterio de decisión del representante encontramos el denominado juicio sustitutivo o consentimiento presunto, supuesto que se ajusta a la situación del paciente descrito. Éste se aplica cuando no se explicitan los deseos del paciente, pudiendo decidir el representante basándose en el conocimiento del representado y de sus valores e ideología. Por tanto, la representación legal de María se encuentra en todo momento dentro de los márgenes legales establecidos, por lo que su toma de decisiones es completamente válida y se puede plantear su demanda.

Por otro lado, la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la Comunidad de Madrid se sitúa como una de las más importantes de la materia, pues en ella se recogen los límites establecidos en la situación concreta de los últimos momentos vitales. Para este caso destaca que:

“La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos, no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria o de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a aquella destinada a paliar el sufrimiento y aliviar el dolor u otros síntomas de la enfermedad en el proceso de morir” (Artículo 7.2, Ley 4/2017).

Este artículo es el que hace posible que se revoque la decisión de la nutrición enteral aun cuando sea un acto que acorte la vida del paciente, ya que se mantiene dentro de los márgenes legales y no se considera eutanasia⁷ o suicidio asistido⁸. Ambos procedimientos eran ilegales en España en 2018 (año de desarrollo del caso) y se concretaban en el Artículo 143 del Código Penal donde se establecían entre dos y diez años de cárcel. De todos modos, la Proposición de Ley Orgánica de Regu-

7 “Provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico” (Organización Médica Colegial de España, 2016).

8 “La ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre” (Organización Médica Colegial de España, 2016).

lación de la Eutanasia que entra en vigor a mediados de 2021 no afecta al marco legislativo aquí expuesto, pues según nos indica en el preámbulo solo se ocupa del término Eutanasia Activa:

“Aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva [...], o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta [...] se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia” (Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, 2020).

Con todo, fue fundamental en su momento discernir que la demanda de la representante legal era factible pues la revocación de la nutrición enteral no se consideraba ni considera como prestación de ayuda para morir⁹.

2.2. Delimitaciones deontológicas en Trabajo Social

Debido a las dudas sobre deontología, fue preciso asegurarse de algunos aspectos relevantes que marcarían el curso de la intervención. Sobre todo, porque sin ética “el orden social, la propia estructura social desaparecería y el Trabajo Social sería inconcebible como una profesión con estatuto científico” (Rondón, 2017, p. 34).

Para ello, definimos ética como “reglas/normas de conducta concernientes a lo que es correcto/incorrecto y bueno/malo” (Banks, 1997, p. 18). «Parecidos» son los valores, que hacen referencia a “una serie de principios morales/éticos fundamentales con los cuales se comprometen o deberían comprometerse los/as trabajadores/as sociales” (Banks, 1997, p. 19). En cuanto a los valores, existen diferentes propuestas plasmadas en listados de principios (predominantemente kantianos) que guían nuestra intervención, como los propuestos por Félix Biestek, que siguiendo a Salcedo (Salcedo, s.f., p. 82) son:

- a) Individualización: Reconocer la idiosincrasia de cada persona usuaria, percibiéndola como una persona única e irrepetible al igual que su situación y contexto personal.

9 «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: 1.º) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 2.º) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte (Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia, 2020).

- b) Expresión significativa de sentimientos: La persona usuaria debe poder expresar sus sentimientos y emociones, sintiéndose escuchada y sin censuras ni tabúes de forma que esto resulte terapéutico.
- c) Implicación emocional controlada: Se debe tener sensibilidad y comprensión, empatía, pero sabiendo establecer límites.
- d) Aceptación: Aceptar a la persona tal y como es, con defectos y virtudes.
- e) Actitud anti fiscalizadora: No se deben emitir juicios de valor, aunque a veces sí es pertinente hacerlo sobre algunas conductas. En todo caso, no deben juzgarse decisiones factibles y dentro de los marcos éticos y legales por sesgos morales de los/as profesionales.
- f) Autodeterminación: Reconocimiento de la capacidad de la persona usuaria para decidir por sí misma, y en este caso la capacidad de decisión del/de la representante legal.
- g) Confidencialidad: Preservar la información de forma secreta y responsable, clave en la resolución de esta intervención.

Asimismo, el Código Deontológico de Trabajo Social (CDTS) como documento marco del ejercicio profesional, expone y corrobora la necesidad de percibir a la persona usuaria como persona autodeterminada (Artículo 7 CDTS), aspecto avalado también por los principios éticos propuestos por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS). También, la necesidad de promover el compromiso e implicación que favorezca la responsabilidad del/de la usuario/a y su toma de decisiones (Artículo 15 CDTS).

Igualmente, aquí nos interesa especialmente el Artículo 11 referido a los derechos de confidencialidad, intimidad y el uso responsable de la información obtenida en la relación de ayuda, apoyado en el Artículo 11 de la Declaración de la FITS. Además, Artículo como el 48 reiteran que es una obligación para el/la trabajador/a social y un derecho para la persona usuaria, y que este/a comprende todas las informaciones ligadas al caso, procedan de la fuente que procedan. La confidencialidad o secreto profesional no tiene límite temporal alguno según el Artículo 52 y según el Artículo 53 uno de los deberes que tiene el/la trabajador/a social es el de limitación, por el cual se restringen las informaciones a otros/as profesionales transmitiendo solo lo que se considere fundamental para lograr el objetivo común.

Con todo, vemos cómo el conocimiento ético y los principios reguladores resultan herramientas esenciales, sirviendo como guía y apoyo en el que poder basar nuestras decisiones profesionales de un modo responsable. En este caso, las especificaciones éticas resuelven la duda sobre si se puede mantener la confidencialidad total y los textos deontológicos garantizan respetar la decisión del/de la usuario/a de no compartir información

con profesionales de otras ramas, a pesar de que se limite en un alto grado la coordinación. Igualmente, existe obligación profesional de atender la demanda de la persona usuaria respetando su derecho de autodeterminación, manteniendo una actitud no enjuiciadora ante los deseos expresados, acompañando y facilitando información para que la persona conozca las alternativas disponibles pudiendo así elegir de forma libre. Por tanto, en caso de existir conflictos éticos personales que pongan en riesgo los derechos de la persona usuaria por interferir en la intervención profesional, habría que considerar una derivación a otro/a profesional de forma respetuosa y empática.

2.3. DELIMITACIONES DEONTOLÓGICAS EN LOS ASPECTOS MÉDICO-CLÍNICOS

Durante el siglo XIX, debido al positivismo, se creía que “la medicina solo podría ser científica si se atenía al «régimen de los hechos»” (Hospital Universitario Infanta Leonor, 2012, p. 9). Hoy en día esta concepción ha cambiado y se considera que los valores y las emociones tienen relevancia capital en la atención sanitaria. Por ello, se pretendió alcanzar un Sistema Sanitario más humano, sobre todo porque se entendió que su actuación se da durante procesos de especial vulnerabilidad (Consejería de Sanidad, 2016, p. 15).

En España, el Plan de Humanización de 1984 reconoce que la humanización de la asistencia sanitaria pasa entonces inexcusablemente por reconocer la dignidad de cada paciente, quien debe ser considerado como un individuo concreto (individualización), con su propia historia de vida, sentimientos y deseos (INSALUD, 1984). Así, se promueve una visión holística de la persona, evitando el reduccionismo a la mera patología.

Actualmente, a nivel legislativo en la Comunidad de Madrid existe el Decreto 195/2015 del Consejo de Gobierno, por el que establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y atribuye a la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria funciones como promover, desarrollar y desplegar procedimientos y protocolos para garantizar la relación y mediación de los/as ciudadanos/as con el Sistema Sanitario. También, el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (2016-2019) de la Consejería de Salud.

Pero, por otro lado, y volviendo al punto general de la ética en el ámbito sanitario, existe numerosa literatura referida a los dilemas éticos que surgen de forma reiterada por los momentos de vulnerabilidad de los/as pacientes. Es por ello por lo que existe una rama de la ética denominada bioética, aplicada a las ciencias de la salud. Los principales problemas que se plantean como dilemas éticos -y que la humanización del Sistema Sanitario pretende en cierto modo atajar- están referidos habitualmente a (Hospital Virgen de la Torre, 2019, p. 10):

- a) Relación clínica: Decir la verdad, consentimiento informado, capacidad para tomar decisiones, rechazo de procedimientos, desacuerdo en decisión paciente-profesional, rechazo del médico al procedimiento objeción, confidencialidad.
- b) Justicia: Distribución de recursos, costes sanitarios, trasplantes.
- c) Inicio de la vida: Sexualidad, anticonceptivos, métodos de reproducción artificial, aborto, células madre/terapia genética.
- d) Final de la vida: Limitación de los esfuerzos terapéuticos, paciente en coma, enfermos terminales (cuidados paliativos), control del dolor, eutanasia, eutanasia pasiva y suicidio asistido.

Por tanto, se tiene en cuenta que al personal sanitario también le afectan procesos personales o la idiosincrasia de sus valores, determinando la toma de decisiones o cosmovisión en sentido amplio. Para paliar estos problemas de subjetividad, además del Comité de Bioética de España creado por la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica Español, existen numerosos Comités de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS) que actúan como una “comisión consultiva y multidisciplinar al servicio de usuarios/as y profesionales de una institución concreta para analizar y asesorar en los conflictos éticos asistenciales y mejorar la calidad de la asistencia” (Hospital Virgen de la Torre, 2019, p. 11). Entonces, los/as profesionales de la medicina también cuentan no solo con sus propias «guías» de valores y principios éticos, sino también con organismos concretos deliberativos.

En la Comunidad de Madrid se regulan a través del Decreto 61/2003 de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) y se crea y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria, así como el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid. Aquí destacan las funciones de, según el Decreto 61/2003, asesorar a los/as profesionales de la salud, ciudadanos/as y administraciones sanitarias en la toma de decisiones que planteen conflictos éticos, y analizar y proponer, si procede, posibles alternativas o soluciones a los conflictos éticos planteados. Esto abre la posibilidad de presentar las cuestiones necesarias para conocer los límites de la demanda y proporcionar información veraz no sesgada a la persona usuaria, contando posteriormente con la garantía del informe de consenso final de un organismo deliberativo especializado en este tipo de cuestiones.

En cuanto a los dilemas éticos en Medicina -como se ha señalado- una de las temáticas más frecuentes es la relacionada con la fase final de la vida del paciente, destacando lo relativo a nutrición, que aquí nos concierne. Según profesionales como Carlos

Verdejo, geriatra del Hospital Clínico San Carlos, “la nutrición y la hidratación no son objetivos en sí mismos en la atención de enfermos terminales” (Verdejo, s.f., p. 16). Aun así, existen diversas perspectivas; la concepción de la nutrición artificial como un cuidado básico en vez de un tratamiento médico y la perspectiva contraria. Sin embargo, los documentos de consenso elaborados por los/as profesionales sanitarios de la Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (s.f.) afirman que la alimentación se considera cuidado básico cuando es por vía natural (oral). Cuando la alimentación se realiza mediante sondas se consideran formas artificiales por la utilización de dispositivos para ello. La nutrición administrada a Daniel se realiza mediante sonda, se considera un tratamiento médico, por lo que la negación a ellas o su revocación es posible y se recoge como derecho. De hecho, antes incluso de la Proposición de Ley Orgánica reguladora de la eutanasia este tipo de revocaciones de tratamientos no se consideraban eutanasia y estaban permitidos, precisamente por lo que se apunta en este párrafo. El conocimiento de estos límites es fundamental, pues condicionan y guían las actuaciones del/de la trabajador/a social también.

Igualmente, cabe señalar que cualquier profesional que se vea incapacitado/a para realizar una acción en contra de sus valores puede decantarse por la objeción de conciencia, reconocida en el Artículo 32.1 del Código Deontológico Médico y entendida como “la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige” (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2011, p. 29). La única implicación que conlleva objetar es asegurar la continuidad mediante la designación de otro/a profesional competente.

3. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

3.1. Valoración diagnóstica

El paciente, Daniel, se encuentra totalmente dependiente debido a un estado semi vegetativo surgido por complicaciones clínicas tras sufrir un ICTUS. Esta situación de dependencia absoluta es irreversible e impide la posibilidad de realizar una petición expresa de revocación de los tratamientos paliativos referidos a la nutrición enteral (mediante PEG) que le mantiene con vida. María -hermana del paciente- refiere que Daniel tiene una concepción sobre la dignidad, la vida y la muerte incompatibles con los mismos (historia de valores), pero no existe un documento de Instrucciones Previas. Al no poder efectuar la demanda el propio paciente ha de realizarla su representante ya que, en situaciones de incapacidad de hecho, y al no tener cónyuges ni otras relaciones significativas, se establece como representante el familiar de grado más próximo.

Sin embargo, en los diversos hospitales donde han atendido la situación del paciente no se ha abordado la demanda explicitada.

La causa fundamental de la problemática/situación es la crisis situacional surgida por la enfermedad del paciente (crisis situacional con desmembración) y el estado semi vegetativo que rompe la homeostasis del sistema familiar. Esta se ve agravada por la falta de apoyo social y el bloqueo de la demanda, aspecto que aumenta el malestar intrínseco a la situación de crisis e impide la posibilidad de readaptación y superación normal de la fase de duelo. Además, María percibe la comunicación previa con el personal médico como desafortunada generándose, referido según ella, percepción de maltrato institucional reiterado debido a la omisión de actuar ante sus peticiones y efectuar múltiples derivaciones hospitalarias.

Debido a los escasos apoyos sociales, toda la responsabilidad de la situación recae exclusivamente sobre María, quien expresa sentir la propia presión de la situación y su angustia, así como la presión externa del contexto sociosanitario. Ante ello, surgen mecanismos defensivos y sentimientos de depresión, miedo, ira y ansiedad. Presenta sintomatología evidente a nivel kinésico y gestual como tristeza, apatía, cansancio físico, cognitivo y psicológico, irritabilidad, trastornos del sueño e hiperemotividad.

El potencial de cambio y actuación sobre la situación estresante es alto debido a la movilización producida por la crisis situacional descrita. A pesar de la ruptura de la homeostasis del sistema familiar y personal y la sintomatología grave asociada, la usuaria propone la necesidad de atajar el problema contando con el apoyo proporcionado por la propia relación de ayuda; necesita reconocimiento y apoyo para plantear una última petición de revocación buscando el aval del CEAS. Asimismo, revisando las bases éticas y normativas referidas a la demanda, ésta entra totalmente dentro de los márgenes legales, por lo que es posible revertir la situación-problema. Del mismo modo, habiendo consultado y estando amparados en el Código Deontológico de Trabajo Social y en los principios éticos propuesto por la FITS, es posible realizar esta tarea respetando su petición de no transmitir información a los/as profesionales médicos de la institución.

Tabla 1. Análisis DAFO de la valoración diagnóstica.

<p>DEBILIDADES</p> <p>Presenta mecanismos defensivos. Alteración psicológica, cognitiva y física. Mecanismos adaptativos negativos (choque, rabia, cólera). Desconfianza en los/as profesionales. Negación ante la posibilidad de comunicación y mediación.</p>	<p>FORTALEZAS</p> <p>Mecanismos adaptativos positivos (aceptación). Autonomía (no codependencia profesional). Disponibilidad. Capacidad de decisión y participación (no delega). Capacidad de vinculación durante la relación de ayuda. No presenta rencor ni actuaciones de «venganza». Antepone los intereses de su hermano. Proactiva (búsqueda de información por otros medios y recursos).</p>
<p>AMENAZAS</p> <p>Presión del contexto por dar de alta o derivar al paciente con la mayor celeridad posible. Crisis situacional por desmembramiento. Escasa red social. Pérdida del vínculo más significativo. Proceso de duelo. Dilemas éticos (valores incompatibles con la demanda).</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Posibilidad de cambio, superación y crecimiento personal. Demanda dentro de los márgenes legales. Petición respaldada por el CEAS. Apoyo y asesoramiento por la Asociación Derecho a Morir Dignamente. Posibilidad de objeción de conciencia asegurando la atención a la demanda. Solicitud de recursos residenciales previa mal cumplimentada que ofrece margen a nivel temporal.</p>

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Objetivos

A pesar de la necesidad de tener en cuenta un amplio marco teórico por la cantidad de aspectos que repercuten en la relación de ayuda, desde la UTS debido a la delimitación competencial los objetivos principales que pueden ser planteados son:

- a) Establecer una vinculación segura y efectiva con la persona usuaria:
 - Promover la ventilación emocional y el decrecimiento de la tensión mediante la utilización de espacios seguros y tranquilos durante las entrevistas a través de técnicas como la escucha activa y empática y/o el reconocimiento del sufrimiento ajeno.
 - Generar la posibilidad de autodeterminación y toma de decisiones de la persona usuaria promoviendo la explicitación de la demanda y el conocimiento de las posibilidades reales de actuación.
 - Movilizar y esperanzar a la persona a través del optimismo terapéutico todo ello en pro de un cambio positivo.

- b) Apoyar a la persona usuaria en los trámites referidos a la revocación del tratamiento clínico no deseado:
 - Informar sobre los recursos disponibles y los procedimientos para solicitar de forma oficial la revocación del tratamiento.
 - Acompañar durante la redacción del documento a valorar por el CEAS para avalar la decisión de la persona usuaria.

- c) Acompañar a la persona usuaria durante su proceso de crisis:
 - Reformular junto con la persona usuaria la situación-problema procurando una perspectiva realista a través de la conversación, evitando la extensión temporal de las entrevistas más allá de lo necesario.
 - Promover una mayor participación del apoyo social disponible a través de su convocatoria en alguna de las entrevistas o actuaciones previstas.
 - Fomentar el aumento de personas del entorno con vinculación significativa que puedan proporcionar un apoyo de tipo natural durante el proceso de la crisis situacional vivida.

3.3. Intervención en crisis: modelo teórico de referencia

El modelo que guía y explica de mejor modo la intervención es el de Intervención en Crisis¹⁰. Su base teórica reside en la teoría del ego, del estrés, del aprendizaje, del rol y de la homeostasis, y su objetivo es restaurar el funcionamiento psicosocial y la capacidad adaptativa de las personas lo antes posible.

¹⁰ Basado en los estudios de Linderman y Caplan. También destacan Freud, Rank, Piaget y Erikson. Para Trabajo Social destaca Noemi Golan por redactar la primera guía para entrevistas dentro de este modelo.

Respecto al concepto paradigma, el concepto de crisis, Caplan lo define como:

“Perturbación de una situación estable, que se caracteriza porque sobreviene de una forma repentina e inesperada, provocada por una situación estresante o acontecimiento precipitante, afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que se le provoca un desequilibrio” (Caplan, 1995, p. 13).

Por tanto, hablamos de crisis como fruto de la percepción de una persona o grupo ante una serie de acontecimientos que rompen con la homeostasis del sistema y generan malestar, y al tratarse de una reacción subjetiva no todo el mundo responde igual. Escartín (1998) señala algunas variables que inciden en la vivencia de las crisis: el factor tensionante, el sentido que se le atribuye, la magnitud de la tensión, el estilo de respuesta y la capacidad de reorganización de los sistemas.

Si bien, debemos recordar que las crisis son algo totalmente normal e incluso necesarias, sirviendo como oportunidad de cambio y mejora en los sujetos. Sin embargo, en algunas ocasiones las crisis crean problemas cuya solución dependerá de “los recursos internos [...] los valores, normas y grados de adaptación personal y social” (Escartín, 1998, p. 146). En palabras de Mathilde Du Ranquet:

“La crisis sobreviene cuando la tarea a cumplir desborda momentáneamente las capacidades habituales. Se puede decir, pues, que cuando hay un estado de crisis es porque en el repertorio de respuestas, la persona o la familia no puede encontrar la que necesita para resolver la dificultad, o que se presentan demasiadas dificultades a la vez” (Du Ranquet, 1996, p. 193).

Esta situación de perturbación repentina puede conllevar la activación de mecanismos de defensa, bloquear las reacciones cognitivas o alterar el equilibrio psicológico y conductual. Además, pueden ser vivenciados como amenazas, pérdidas o desafíos que según Ramírez (1992) provocan inseguridad, angustia, miedo y depresión, y se estructuran en un proceso de reacciones y mecanismos adaptativos (choque, negación, cólera, rabia, enfado y aceptación).

Asimismo, se proponen tipologías según la crisis vivenciada que pueden ayudar a la hora de realizar el diagnóstico social. Los fenómenos que pueden generar crisis según Hertoghe (Hertoghe, 1986, citado por Escartín, 1998) son:

- a) Fenómenos que provocan crisis situacionales: Enfermedad, muerte, hospitalización, divorcio, embarazos no deseados, etc.

- b) Fenómenos de origen social y cultural: Crisis generacionales, conflictos entre padres e hijos, etc.
- c) Fenómenos que afectan al desarrollo y estabilidad del individuo: Crisis de valores, empobrecimiento súbito, etc.
- d) Fenómenos medioambientales en interacción con problemas de tipo psíquico: Fracaso escolar, inadaptación, etc.

A raíz de esto Escartín (1998) propone una tipología de crisis más concreta:

- a) Desmembración: Muerte, hospitalización o separación.
- b) Accesión: Embarazos no deseados, padrastros o madrastras, adopciones.
- c) Desmoralización: Falta de apoyo, infidelidad, alcoholismo.
- d) Desmoralización con desmembración o accesión.
- e) Crisis por cambios de estatus en la sociedad.

El papel del/de la trabajador/a social se centra entonces en realizar una intervención psicosocial con la persona y familia para paliar los efectos negativos de la crisis (aquí crisis situacional por desmembración), fomentando la movilización de recursos que desemboquen de nuevo en la homeostasis del sistema. En otros casos se le sumará la gestión de recursos sociales que reviertan en cierto grado las situaciones de vulnerabilidad.

Por último, Mathilde Du Ranquet (1996) formula diversas fases de intervención y las actuaciones adecuadas en cada una de ellas, lo que resulta de gran utilidad para guiar nuestra tarea:

Trabajo Social en la humanización de la asistencia sanitaria
ante procesos de finalización de la vida: Revisión de un caso práctico

Tabla 2. Fases de la intervención en crisis.

FASE INICIAL	FASE INTERMEDIA	FASE FINAL
<p>Aspectos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera entrevista esencial. - Duración promedio de las crisis de seis semanas. - Intervención en el periodo en el que surgen las necesidades de la propia crisis. - Apoyar proceso natural. - Estudio y diagnóstico desde el primer contacto. 	<p>Aspectos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas basadas en los procesos naturales de la crisis. - Tratamiento de apoyo del yo. 	<p>Aspectos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer el final en fases previas si es necesario. - No alargar la intervención más de lo necesario para evitar la creación de lazos de dependencia.
<p>Tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear una relación: vinculación. Aceptar situación. Escucha empática. Ventilación emocional. Estimular y esperarar de forma realista. - Centrarse en la situación: espacio para la demanda. Conocer malestar, apoyos, gravedad, naturaleza de la crisis. Formulación en conjunto del problema. - Percibir la realidad: percepción realista. - Organizar la acción: fragmentación de problemas. Proyecto en conjunto. 	<p>Tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyarse en las capacidades del/de la usuario/a y estimularlas: fomentar su puesta en marcha a través de dirección por anticipación, <i>role playing</i>, repetición, etc. Recuperarlas genera aumento de bienestar y autoestima. - Ayudar a seguir teniendo una percepción realista de la situación. - Utilizar el apoyo del entorno: utilizar la red social de la persona. 	<p>Tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consecución de los objetivos. - Que la persona sea capaz de continuar los procesos y progresos de forma autónoma.

Fuente: Adaptado de «Los modelos en Trabajo Social: intervención con personas y familias», 1996. Madrid: Siglo XXI. © 1996 de Mathilde Du Ranquet, Siglo XXI.

Entonces, teniendo todos estos elementos presentes, se pudo pensar y plantear (y aquí presentar) la situación de una forma ordenada y estructurada, comprendiendo de mejor forma los fenómenos ligados. La intervención se desarrolló de este modo¹¹:

a) Fase inicial:

Recordando que previamente se había leído toda la documentación disponible sobre el paciente y la representante legal a través de informes sociales, historiales médicos, anotaciones del hospital y de otros centros (por ejemplo, salud mental), etc., se cita a María en una conversación informal en la habitación del paciente. Acude a la primera entrevista en el despacho donde se muestra mecanismos defensivos y actitudes que podrían catalogarse como -en cierto modo- agresivas. Refiere haber sentido maltrato institucional, falta de escucha y evasión deliberada de su demanda. Se utiliza esta primera conversación para conocer a María y el caso de Daniel de primera mano y contrastar informaciones previas, ofrecer apoyo y aliviar la carga psicoafectiva negativa de la persona. Se procura comenzar la cimentación del vínculo a través de la escucha activa y empática, aceptando y comprendiendo la situación y dando espacio a la realización de su demanda. Así, se puede trabajar el caso en profundidad y evitar estancamiento en la superficie burocrática, para lo que se formula y reformular el problema. Debido a la necesidad de celeridad se comienza a pensar en el estudio, diagnóstico y planificación de la intervención. Una de las cosas más urgentes tiene que ver con que desde el «Hospital 2» se habían iniciado los trámites de reconocimiento de la Ley de Dependencia por vía urgente y solicitud de Residencia de Emergencia a través del SAMUR (convenio que tienen con el Ayuntamiento de Madrid). Se establecen los objetivos, marcando como primordial contactar y conocer el estado de la solicitud de los recursos. Más tarde, se contacta para conocer el estado de la solicitud del recurso residencial e indican que ha sido denegado puesto que se pidió la modalidad para personas autónomas en vez de totalmente dependientes. La gestión de recursos sociales es paralizada hasta poder esclarecer la situación. Se pone en conocimiento a María telefónicamente.

b) Fase intermedia:

Se mantiene otra conversación en despacho con María. Tras la primera conversación que sentó las bases del vínculo y rebajó los niveles de tensión mediante la empatía y el reconocimiento del sufrimiento, el estado de ánimo se tornó en asertivo, positivo, por lo

¹¹ Se presentan las actuaciones más relevantes; hubo múltiples reuniones informales sin trascendencia para el análisis.

que se podía empezar a construir. María expresa abiertamente que no puede más con la situación de su hermano, que no se trata solo de un problema de recursos sociales. Ella afirma que Daniel no querría seguir viviendo en estado semi vegetativo bajo ningún concepto. Refiere gran malestar pues al realizar la demanda de forma verbal, expresa y clara, la médica internista le dijo que “fuese a visitar a la psicóloga”, lo que le hizo pensar que evadía su petición. En este punto pide lo ya mencionado, total confidencialidad en los siguientes pasos de la intervención, de modo que la médica internista no tenga conocimiento sobre nada de lo que pueda gestionar María que no tenga que ver con procesos médicos. Se ofrece información sobre el Comité de Ética Asistencial del Sector Sureste, y se explica que este Comité puede deliberar sobre el caso y aportar un informe sobre si es posible o no realizar la retirada de la nutrición enteral y, aunque su veredicto no es vinculante, sirve como aval para evitar otra petición no atendida. A María le parece lo más adecuado, puesto que no quiere mantener una mayor relación con la médica, y prefiere tener el documento que apoye su decisión a la hora de realizar la petición para mayor seguridad. Fomentamos que además de contar con el CEAS, siga recopilando información que pueda resultar útil, de ser posible apoyándose en su prima para liberar su carga.

En la siguiente entrevista expresa que ha estado informándose a través de la Asociación Derecho a Morir Dignamente y que le trasladaron que su petición estaba dentro de los márgenes legales y deontológicos, por lo que podía realizarla. También que si la médica responsable decidiera no hacerse cargo de la retirada de la nutrición podría atenerse al derecho de objeción de conciencia y asegurar la continuidad de asistencia eligiendo a otro/a profesional sanitario. A su vez, es informada sobre los trámites de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid para ella misma. En este punto, propone que la UTS redacte la carta al CEAS, y se ofrece como mejor alternativa redactarla en conjunto, apoyando a la usuaria en el ejercicio de sus capacidades y decisiones, aunque refiera que estén mermadas por el cansancio físico y psicológico soportado.

Se redacta la carta al CEAS donde se recoge todo el proceso de Daniel desde el IC-TUS hasta ese momento y se pide esclarecer las posibilidades de actuación. Durante esa semana se mantiene una «reunión de camas» donde los subdirectores médicos se hacen eco del caso porque lleva ingresado más tiempo del que debería. Esto genera mucha más necesidad de celeridad y presión que recae tanto en la usuaria como en profesionales. Se exige solicitar de nuevo Residencia de Emergencia y Unidad de Daño Cerebral Irreversible con el fin de desocupar la cama lo más rápido posible, sobre todo porque el paciente podría estar ingresado incluso años de no gestionar otros recursos. Se rebaja la tensión por el alta alegando la solicitud de Residencia de Emergencia previa, mal cumplimentada, y recalamos la tardanza de este tipo de solicitudes. Así, el

hándicap de la lentitud burocrática permitía proporcionar el tiempo necesario para que el Comité respondiera y se pudiera formalizar la petición antes de otro posible traslado inminente.

c) Fase final:

Se obtiene la respuesta del CEAS que afirma que está en pleno derecho de pedir la retirada, no de la PEG que puede resultar útil para otro tipo de actuaciones clínicas, pero sí de la nutrición artificial en sí. Con la respuesta otorgada por el Comité, se realiza la petición formal de revocación de tratamientos. La médica internista decide objetar, pero asegura la continuidad asistencial a través de otro/a profesional médico.

3.4. Evaluación del caso

En este contexto institucional, y en concreto en el «Hospital 3», no se utiliza ninguna técnica o herramienta concreta de evaluación que plasme los resultados obtenidos más allá de un registro de altas o *exitus*, ni se realizan labores de seguimiento como podrían hacerse en Servicios Sociales.

Aun así, se cumple el objetivo principal de atender la demanda de la persona usuaria y, además, de ello deviene un trabajo fructífero pues se obtiene lo que María esperaba al formularla. Esto se corrobora a través de la propia conversación con el nuevo médico internista de referencia asignado al caso, quien retira paulatinamente la nutrición artificial del paciente, y con la propia persona usuaria, con la que finalmente se estableció una estrecha relación y manifestó satisfacción con el trato y la intervención profesional ofrecida.

El caso finalizó de ese modo, con el consecuente fallecimiento del paciente un mes después.

4. CONCLUSIONES

Como se ha podido comprobar, resulta fundamental el conocimiento teórico y deontológico conjugado con la técnica para llevar a cabo intervenciones de forma responsable y profesional. Para ello, es necesario partir de la base del respeto a la autodeterminación de las personas usuarias, así como una apertura inicial sin juicios ni tabúes hacia sus demandas.

Asimismo, la coordinación intra e interprofesional es esencial, siendo altamente deseable una comunicación extensa y fluida (a no ser que la persona usuaria decida lo contrario). Sobre todo, porque gracias a la coordinación se pueden evitar situaciones como la no detección de escenarios de especial vulnerabilidad en nuevos ingresos, o el agravamiento del malestar ligado a las derivaciones -en este caso hospitalarias-.

Con todo, queda patente que no es posible trabajar con un enfoque biopsicosocial, ni conseguir una humanización real del Sistema Sanitario, si cada rama del conocimiento se contempla como una parcela lindada.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Pública Sanitaria Poniente. (2014). Procedimiento para la toma de decisiones sanitarias por representación en pacientes en situación de incapacidad. Recuperado de www.ephpo.es/profesionales/protocolos_actuacion/Procedimiento_toma_de_decisiones_en_representacion_incapacidad.pdf
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2019). *Cómo comprender la Gastrostomía Endoscópica Percutánea*. Recuperado de www.asge.org/home/for-patients/patient-information/c%C3%B3mo-comprender-la-gastrostom%C3%ADa-endosc%C3%B3pica-percut%C3%A1nea
- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G. (1995). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós.
- Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Recuperado de www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). *Código de Deontología Médica: guía de ética médica*. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- Consejo General del Trabajo Social. (2019). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Recuperado de www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Decreto 61/2003 de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid.
- Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social: intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.
- Escartín, M. J. (1998). *Manual de Trabajo Social: modelos de práctica profesional*. Alicante: Aguacilara.

- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2004). *Declaración Global de Principios Éticos del Trabajo Social*. Recuperado de www.ifsw.org/es/declaracion-global-de-los-principios-eticos-del-trabajo-social/
- García, T., Martín, M., Morenas, P., Roncal, C., Vicente, M. C., y Zamanillo, T. (2011). *Ética, teoría y técnica: la responsabilidad política del Trabajo Social*. Madrid: Talasa.
- Hospital U. I. L. (2012). *Curso Comité Asistencial Ética Sanitaria*.
- Hospital V. T. (2019). *Presentación sobre bioética*.
- INSALUD. (1984). *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*. Recuperado de www.ingesa.mscbs.gob.es/eu/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, BOE núm. 251. (1997).
- Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, BOE núm. 149. (2017).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102. (1986).
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, BOE núm. 159. (2007).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128. (2003).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299. (2006).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE núm. 272. (2002).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, BOE núm. 281. (1995).
- Molleda, E. (1999). La intervención social a partir de una demanda económica en Servicios Sociales Generales. *Cuadernos de Trabajo Social*, (12), 159-184.
- MSD Manuals. (2019). *Estado semi vegetativo*. Recuperado de www.msdmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/coma-y-alteraci%C3%B3n-de-la-consciencia/estado-vegetativo
- Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s. f.). *Ética de la alimentación y la hidratación al final de vida*. Recuperado de www.infocuidadospaliativos.com/wpcontent/uploads/2016/10/etica_alimentacioo%CC%81n_fin_de_la_vida_octubre16.pdf
- Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.
- Ramírez, I. (1992). *El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental*. Madrid: Eudema.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, BOE núm. 222. (2006).

- Rondón, L. M. (2017). La voz de la ética como bisagra hacia la profesionalización y el estatuto científico del Trabajo Social en tiempos trémulos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 23-36.
- Salcedo, D. (s.f.). La evolución de los principios del Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 80-111.
- Selene. (2019). *Anotaciones de los pacientes: datos privados*.
- Sisamón, R. M. (2012). El análisis «DAFO» aplicado a la intervención en casos de personas en situación de exclusión social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 51, 469-487. Recuperado de www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/articulo.php?id=107
- Organización Médica Colegial de España. (2016). *Conceptos y definiciones Atención Médica Final Vida*. Recuperado de www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf
- Verdejo, C. (s.f.). *Bioética clínica aplicada para profesionales sanitarios: conflictos éticos al final de la vida*.

LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL. ANÁLISIS DE LOS TRABAJOS FIN DE GRADO DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

RESEARCH IN SOCIAL WORK. ANALYSIS OF THE FINAL DEGREE PROJECTS OF THE UNIVERSITY OF ZARAGOZA

Sandra Romero-Martín. *Trabajadora Social y Doctoranda en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Universidad de Zaragoza*

Elisa Esteban-Carbonell. *Trabajadora Social y Doctora en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Universidad de Zaragoza*

M.ª Dolores de Pedro Herrera. *Trabajadora Social y Doctora en Sociología y Ciencias Políticas de la Universidad Pontificia de Salamanca*

Resumen: La vertiente investigadora del Trabajo Social, aunque presente desde los orígenes de la profesión, no ha gozado del mismo protagonismo que la intervención social. Esta dinámica ha cambiado y, hoy en día, los Trabajos Fin de Grado constituyen un buen ejemplo de investigaciones en Trabajo Social. En este contexto, este estudio tiene por objetivos describir, clasificar y analizar la tipología de Trabajos de Fin de Grado en Trabajo Social realizados por el alumnado de la Universidad de Zaragoza entre los cursos 2011-2012 y 2017-2018. Se han analizado un total de 753 trabajos. Los resultados apuntan a la existencia de un gran número de trabajos centrados en colectivos, ámbitos y áreas de investigación “tradicionales” del Trabajo Social, además de nuevas temáticas emergentes, en función del momento social y de las inquietudes del alumnado.

Palabras clave: Investigación, Trabajo Social, Formación, Trabajo Fin de Grado, Universidad.

Abstract: The researcher aspect of Social Work, although has been present since the very first stages of the profession, has not enjoyed as limelight as social intervention. This dynamic has changed in recent years and, today, the Final Degree Projects are a good example of research in Social Work. In this context, this study aims to describe, classify and analyze the typology of Final Degree Projects in Social Work carried out by students between the 2011-2012 and 2017-2018 academic courses at the University of Zaragoza (Spain). An amount of 753 projects has been analysed. The results point to the existence of a large number of works focused on “traditional” groups, fields and research areas of Social Work, as well as new emerging themes, depending on the social moment and the concerns of the students.

Keywords: Research, Social Work, Education, Final Degree Project, University.

| Recibido: 14/12/2020 | Revisado: 04/01/2021 | Aceptado: 25/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Correspondencia: Sandra Romero-Martín. Trabajadora Social y Doctoranda en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Universidad de Zaragoza. Personal docente e investigador en formación. E-mail: sandromero@unizar.es.

Referencia normalizada: Romero-Martín, S., Esteban-Carbonell, E., y de Pedro M.ª D. (2021). La investigación en Trabajo Social. Análisis de los Trabajos Fin de Grado de la Universidad de Zaragoza. *Trabajo Social Hoy*, 92, 53-78. doi: 10.12960/TSH.2021.0003

1. INTRODUCCIÓN

La historia del Trabajo Social y, específicamente, de la investigación profesional en esta disciplina académica, está vinculada inevitablemente a la figura de Mary E. Richmond, si bien es posible identificar algunos hitos interesantes anteriores a ella, como los aportes teóricos realizados por Juan Luis Vives en el siglo XVI. El ingreso de Richmond en la *Russell Sage Foundation* en 1907 (Nueva York) supone un hito para la historia del Trabajo Social pues, tras diez años de investigación y de experiencia profesional (Acero, 1988) publicaría allí su famoso libro “*Social Diagnosis*” dotando de cuerpo teórico a la profesión. La preocupación por sistematizar la ayuda impulsó esas primeras investigaciones, y es que, tal y como la propia autora señalaba en su célebre obra: “sin investigación social no es posible realizar Trabajo Social” (Acero, 1988, p. 35).

Por su parte, el *Social Work Research Group* también jugó un papel clave en el avance de la investigación. Creada en 1949, pasa a formar parte de la *National Association of Social Workers* en 1955, asociación estadounidense encargada entre otros aspectos, del patrocinio de investigaciones en Trabajo Social y la publicación de los resultados obtenidos.

Por tanto, se puede comprobar que la investigación en Trabajo Social se encuentra unida a los orígenes mismos de la profesión, a pesar de no haber contado con el reconocimiento suficiente (Raya y Caparrós, 2014), situación que se ha mantenido con los años. De este modo, con el paso del tiempo la investigación en esta disciplina académica fue viéndose relegada a un segundo plano, lo que ha generado inquietud y un profundo análisis de las posibles causas de esta situación por parte de la disciplina. En este sentido, Bueno (2013) señala que entre los años sesenta y noventa del siglo XX apenas se avanzó en el desarrollo de textos sobre investigación y producción de conocimiento en Trabajo Social, como consecuencia del énfasis en seguir avanzando en el ámbito de la intervención. Es decir, se profundizó *mucho* sobre la mejora en la intervención social y se formó al alumnado en ello, abandonándose en cierta medida la vertiente investigadora de la profesión.

Para contribuir a comprender si esta situación se mantiene en la actualidad, la presente investigación tiene por objetivo describir, clasificar y analizar la tipología de trabajos de fin de grado (TFG)¹ en Trabajo Social realizados por el alumnado entre los cursos 2011-2012 y 2017-2018 en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza.

1 Los trabajos fin de grado (TFG) se elaboran al final de la titulación siguiendo alguna de las tres modalidades propuestas (informe de investigación, diseño de un proyecto o sistematización de una experiencia), donde se pongan de manifiesto los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes adquiridos por el alumnado a lo largo de la titulación.

El artículo se organiza en seis secciones. Tras esta introducción, el siguiente apartado incorpora referentes teóricos sobre la investigación en la formación en Trabajo Social, las dificultades o barreras de dicha investigación y las tipologías de investigación existentes. A continuación, se explica la metodología llevada a cabo durante el estudio.

Por último, se presentan los principales hallazgos y tras ellos, las conclusiones más destacadas.

2. REFERENTES TEÓRICOS

Antes de presentar la metodología aplicada en la investigación, es necesario realizar algunas aportaciones teóricas; primero, en relación con la investigación en la formación de los/as profesionales del Trabajo Social; segundo, en las barreras u obstáculos identificados en la investigación; y tercero, en los tipos de investigación en esta disciplina académica.

2.1. La investigación en la formación en Trabajo Social

En España, el nivel de formación y consideración académica del Trabajo Social ha ido progresando a lo largo del tiempo. De este modo, en los años 50 y los 60 del siglo XX, los estudios en Trabajo Social ni siquiera eran todavía oficiales, impartándose en escuelas superiores de asistentes sociales, vinculadas a la Iglesia, la Falange y la ideología del nacionalcatolicismo (Banda, 2017). La formación concluía con la defensa de una tesina o monografía ante un tribunal para obtener el Diploma de Asistente Social. En esta misma década, en el ámbito de la investigación, fue esencial la creación de la *Revista de Treball Social* que permitió la difusión de reflexiones, experiencias y planteamientos de la disciplina académica, configurándose como “un eje esencial para la creación de la comunidad científica y profesional del Trabajo Social” (Gutiérrez, 2010, p. 264).

En 1964, con la aprobación del Plan Oficial de Estudios, la formación en Trabajo Social (todavía denominada de Asistente Social) pasó a ser considerada académica, adquiriendo la categoría de Técnico de Grado Medio. Sin embargo, se produjo un retroceso desde el punto de vista de la investigación, al sustituirse la tesina final de estudios por una reválida. No obstante, algunas escuelas mantuvieron la tesina, dotándola de mayor rigor metodológico. Se trataba fundamentalmente de investigaciones sociales, que apenas ahondaban en la práctica profesional.

En 1980 se creó el título de Diplomatura en Trabajo Social, y los centros donde se impartían los estudios pasaron a denominarse Escuelas Universitarias de Trabajo Social. En 1983, las directrices para los nuevos planes de estudio publicadas en el Boletín Oficial de España concedieron un papel importante a la investigación, si bien profundizaban poco en la mejora de la intervención social.

Ya en 1990, la creación del Área de Conocimiento de “Trabajo Social y Servicios Sociales” por parte del Consejo de Universidades supuso un importante avance desde el punto de vista académico y científico, si bien se vio empañada por la no inclusión de los estudios de Trabajo Social como licenciatura universitaria. En 1998, se elaboró una *Memoria justificativa de la solicitud de Licenciatura en Trabajo Social*, que se presentó en el año 2000 ante el Consejo de Universidades. Esto supuso que el alumnado tuviese que licenciarse en otra carrera para, posteriormente, acceder a estudios de doctorado, de nuevo, en otras disciplinas afines, como Sociología, Psicología o Antropología.

La implantación del Espacio Europeo de Educación Superior a finales de la década de los 2000 condujo al ansiado cambio de rango de Trabajo Social de Diplomatura a Grado, ampliándose la formación a cuatro años, como otras disciplinas afines. Finalmente, los estudios de Trabajo Social alcanzan el mismo nivel que otras profesiones con las que compartimos espacios de intervención social, viéndose de alguna manera satisfecho el reconocimiento que venía reclamándose desde la solicitud de la Licenciatura en Trabajo Social (Pascual, 2013). Este hito conlleva la posibilidad de realización de másteres, posgrados y doctorados en Trabajo Social, y supone “un cambio, tanto en los contenidos a impartir como en la metodología a aplicar” (Marco y Tomás, 2013, p. 239).

No obstante, a pesar de los innegables avances en la consideración académica de la disciplina, y al hecho de que la investigación sea un elemento fundamental para la construcción de la práctica del Trabajo Social, diversos autores señalan que, en líneas generales, parece que el alumnado de Trabajo Social es reacio a aprender investigación (Epstein, 1987), posiblemente en mayor medida que el alumnado de otras disciplinas (Unrau y Grinell, 2005). También Marino, Green y Young, señalan que la investigación es un elemento fundamental para la generación de conocimientos y habilidades en el Trabajo Social, y sin embargo parece que se *desvanece* cuando el alumnado finaliza sus estudios (Marino, Green, y Young, 1998). Se trata de un desafío común al que se enfrentan escuelas y facultades de Trabajo Social de muchos países (Beddoe, 2011).

2.2. Barreras en la investigación en Trabajo Social

Llegados a este punto, cabría preguntarse los motivos por los cuales, a pesar de los intentos de mejorar la capacidad investigadora en Trabajo Social, esta parece no estar produciéndose al ritmo deseado.

En este sentido, Reid (1984) identifica tres factores que influyen en el desarrollo de las investigaciones en esta disciplina académica: la infraestructura (es decir, la experiencia de los/as profesionales, los recursos financieros, los soportes institucionales y los canales de divulgación), el contenido y los resultados obtenidos. Además de estos tres aspectos, es necesario incidir en la formación de los/as futuros/as trabajadores y trabajadoras sociales como otro factor más que influye en la producción de conocimiento.

Ya en el año 1980, la creación del *Task Force on Social Work Research* (TFSWR), con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, buscaba examinar el clima en la investigación en Trabajo Social, así como la formación investigadora. Su informe final mostró la existencia de una crisis en la investigación en Trabajo Social, fundamentada en distintos elementos, como la insuficiente cantidad y calidad de las investigaciones para satisfacer las necesidades de la profesión, la falta de difusión de las investigaciones en la disciplina académica, la separación entre prácticas y aprendizaje de herramientas de investigación en la formación académica, o la falta de recursos financieros para desarrollar investigaciones dentro de la disciplina (Teater, 2017). Este informe concluyó que:

“el desarrollo de los recursos de investigación en Trabajo Social se ha quedado muy por detrás del crecimiento de la profesión y no ha logrado satisfacer las necesidades de los profesionales, que deben trabajar en áreas de práctica cada vez más especializadas y complejas (TFSWR, 1991, p. 6)”.

En esta línea, el estudio de Teater (2017), en una muestra de 20 académicos de Trabajo Social en Estados Unidos a partir de entrevistas semiestructuradas, identifica como barreras fundamentales de la investigación en Trabajo Social, la falta de impacto real de ésta en la práctica, así como la escasa importancia que los/as propios/as profesionales conceden a la investigación, afirmando que: “el Trabajo Social trivializa constantemente la investigación” (Teater, 2017, p. 27).

Este hallazgo guardaría relación con el obtenido por Muñoz-Arce, Hernández-Mary y Véliz-Bustamante (2017), quienes, mediante entrevistas semiestructuradas a trabajadores/as sociales de Chile, investigaron la relación entre intervención e investigación

social, identificando tres líneas argumentativas entre los/as profesionales: dos de ellas asumían que el Trabajo Social sigue siendo un quehacer eminentemente práctico y, por consiguiente, no hay generación de conocimiento o, si lo hay, no cumple con los estándares impuestos por la ciencia; mientras que la tercera línea, minoritaria, defendería que el Trabajo Social sí genera conocimiento. Lo relevante de este estudio no es tanto la desvinculación de las personas entrevistadas con la investigación, sino la invisibilización que estas hacen de los conocimientos que son generados en el transcurso de su intervención y la débil actitud investigadora observada en sus relatos.

Derivada en cierta manera de los hallazgos anteriores, otro hándicap podía ser que los/as profesionales que trabajan en intervención directa no lean ni hagan uso de las investigaciones desarrolladas (Teater, 2017). En la otra cara de la moneda, Teater señala como otro de los elementos que frenan la importancia concedida a la investigación en Trabajo Social el hecho de que los/as académicos/as de esta disciplina no estén produciendo investigación aplicable a la práctica, y, por tanto, no se esté generando un conocimiento sólido y una base científica que influya y configure la profesión.

La realidad es que, desde la propia formación académica, tal y como señalan Orme y Powel, la investigación no era una prioridad hasta la llegada de la modernización, y los/as trabajadores/as sociales no pudieron compensar sus carencias en cuanto a conocimientos metodológicos y/o mentalidad investigadora en su proceso formativo, debido a la falta de énfasis en la investigación en las escuelas (Orme y Powell, 2007). Kisnerman (1987) señala que esta deficiente formación en investigación existe también en Latinoamérica, si bien tras el movimiento de la “reconceptualización” se implantaron en varios países algunos estudios superiores especializados en investigación.

Esta situación, se ha producido en gran medida dado que “la capacidad de los académicos de Trabajo Social para proporcionar niveles apropiados de formación en investigación ha estado limitada por su propia falta de formación investigadora y/o título de doctorado” (Orme y Powell, 2007, p. 995).

En este sentido, si bien a mediados de la década de los 90 “era posible contar el número de unidades de investigación de Trabajo Social [...] con los dedos de una mano, con un dedo de sobra” (Shaw, 2003, p. 113), Bueno (2013) evidencia el aumento de la producción científica en el siglo XXI en materia de investigación en Trabajo Social, de la mano de la consolidación de grupos de investigación, de posgrados y de doctorados que han impulsado “la discusión en torno a la construcción disciplinar como línea de trabajo fundamental para el fortalecimiento profesional” (Bueno, 2013, p. 129). De este modo, en la actualidad:

“se ha avanzado en la discusión al justificar que la importancia de la relación Investigación-Trabajo Social tiene como elemento clave el reconocimiento de que los trabajadores y las trabajadoras sociales tienen competencias específicas para desarrollar investigación en contextos que no solamente buscan fundamentar el ejercicio, sino que a su vez permiten la comprensión de la realidad para su transformación (Bueno, 2013, p. 134)”.

Los/as profesionales del Trabajo Social son conscientes de sus limitaciones en cuanto a conocimientos metodológicos. El estudio de Beddoe (2011), realizado mediante entrevistas semiestructuradas grupales a cuarenta trabajadores/as sociales, supervisores/as y gerentes, indagó sobre qué recursos podían serles de ayuda para generar confianza en su actividad investigadora. Entre sus respuestas se encontraron el dar mayor importancia a los cursos sobre metodología de investigación y sobre investigación-acción.

Además, uno de los hallazgos más importantes fue la falta de confianza y sentimiento de baja capacidad de investigación de la comunidad de trabajadores/as sociales, “en gran medida por la falta de tiempo, financiación, acceso, y capacidades investigadoras” (Beddoe, 2011, p. 572).

2.3. Tipos de investigación en Trabajo Social

Según Teater, uno de los motivos del mejorable desarrollo de un cuerpo científico para la profesión, es la falta de claridad en la definición de investigación en Trabajo Social que la comunidad científica defiende: “Por ejemplo, ¿qué distingue a la investigación en Trabajo Social de la investigación sociológica o psicológica, y qué agrega directamente al cuerpo de conocimiento y evidencia científica que sustenta la profesión de Trabajo Social?” (Teater, 2017, p. 552).

Por este motivo, antes de nada, es necesario definir qué se entiende por investigación en Trabajo Social. Tal y como señalan Marco y Tomás la función de la investigación en esta disciplina es “contribuir al desarrollo de un cuerpo de conocimientos comprobados que sirvan a los fines y medios del Trabajo Social en todas sus ramificaciones” (2013, p. 236), por tanto, ¿qué significa investigar en Trabajo Social?

Rubiól (1973, p. 87) distingue dos direcciones de la investigación en Trabajo Social: la investigación *para* Trabajo Social (u operativa), para conocer las necesidades de una comunidad o colectivo; y la investigación *sobre* Trabajo Social (o básica), centrada en

la propia labor profesional a partir de la evaluación constante y sistemática, como es el caso de estudios que miden la adecuación o eficacia de un programa o metodología de intervención.

Por otra parte, el campo de aplicación de las investigaciones en Trabajo Social es amplio y variado, existiendo diversas y relevantes clasificaciones.

De este modo, a mediados de los años 50, la *National Association of Social Workers* enunció ocho tipos de contenidos de las investigaciones en Trabajo Social (Acero, 1988):

1. Determinación de la necesidad de Servicios Sociales.
2. Evaluación de la adecuación y efectividad de los servicios.
3. Investigación del contenido de los procesos.
4. Investigación en la pericia requerida para las distintas operaciones.
5. Validación de la teoría y conceptos.
6. Desarrollo de la metodología e instrumentos.
7. Investigación del desarrollo y vigencia de los programas, servicios y conceptos.
8. Traslación y prueba de la teoría y conocimientos tomados de otros campos.

Posteriormente Reid (1984), señala cuatro grandes categorías en cuanto a la variable “contenido” en las investigaciones en Trabajo Social:

1. Sobre problemas individuales, familiares y de pequeños grupos (conductuales y de personalidad), ya sean usuarios/as o no.
2. Sobre las características, utilización y resultados de los Servicios Sociales.
3. Sobre la propia profesión de Trabajo Social: aspectos interdisciplinarios y las actitudes, orientaciones y preparación de los/as trabajadores/as sociales.
4. Sobre organizaciones, comunidades y Política Social.

En todas sus vertientes, la investigación se realiza para orientar la práctica profesional, bien para detectar nuevos campos de acción (por ejemplo, a partir del diagnóstico de necesidades), o bien para mejorar la práctica profesional. En este sentido, tal y como varios autores manifiestan, la investigación guarda una relación estrecha e interdependiente con la práctica profesional (Raya, 2009; Ramos, 2013; Vázquez, 2013; Raya y Caparrós, 2014; Esteban y Del Olmo, 2016; Muñoz-Arce, Hernández-Mary, y Véliz-Bustamante, 2017; Raya, Carbonero y Serrano-Martínez, 2020).

En España “la investigación en Trabajo Social ha permanecido ligada básicamente a la intervención social -diagnósticos, estudios de la realidad para elaborar proyectos, evaluación de resultados, etc.-, pero no a la generación de propio conocimiento teórico o intelectual de la profesión” (Ponce de León y Castro, 2014, p. 152). Sin embargo, como señala Cifuentes:

“[...] la formación y la práctica investigativa en el Trabajo Social contemporáneo ha de asentarse sobre el trípode: la investigación sobre lo social como fundamento para la actuación profesional; la constitución del quehacer profesional como objeto de producción de conocimiento; y la relectura de la historia del Trabajo Social como posibilidad de reconstruirla y de proyectarla en diálogo con el presente y con el futuro (2013, p. 176)”.

En cualquier caso, hay que poner en relieve que la investigación en esta disciplina académica es relativamente joven e incipiente, tanto nacional como internacionalmente (Ponce de León y Castro, 2014). No obstante, los cambios recientes en los planes de estudio, específicamente, la transformación de la titulación, pasando de diplomatura a grado, ha impulsado las investigaciones desde el marco de las tesis doctorales, pero también a través de proyectos de investigación propios de esta disciplina académica.

Con todos estos avances, la investigación en Trabajo Social poco a poco ha ido cobrando más importancia y, prueba de ello, es la publicación de investigaciones propias en revistas científicas.

Por otra parte, a pesar de que las revisiones sobre la tipología y temática de la producción científica en Trabajo Social son escasas, hay algunos antecedentes interesantes.

En 1989, el trabajo de Martínez y Reina, (1989) identifica, en el contexto de Colombia, las principales tendencias temáticas en cuanto a la investigación, siendo las más destacadas las relaciones familiares o la situación de la tercera edad. También de Martínez (1981) destaca el estudio comparativo entre profesorado y profesionales colombianos, con una muestra de 340 documentos donde se identifican como temas más recurrentes en las investigaciones la familia, la Política Social y la Salud. Por su parte, Gartner y Cifuentes (2001), también en Colombia, revisan once publicaciones en Trabajo Social entre 1995 y 1999, identificando que los temas más frecuentes son la familia, la educación, la salud, el Trabajo Social Comunitario y los procesos curriculares.

Posteriormente, Bueno (2013) realiza una revisión de 62 documentos publicados entre 1960 y 2013 en diferentes contextos, analizándolos en función de la tipología de do-

cumento (artículo científico, libro, ponencia, etc.), del contexto (país), del perfil de los autores (hombre, mujer) y del tipo de profesional. De todos los resultados ofrecidos, es interesante destacar que el 77 % de los/as autores/as son trabajadores/as sociales, mientras que el resto se concentran en profesiones relacionadas con las Ciencias Sociales y Humanas.

Por su parte, Gutiérrez, Maldonado y Payán (2014) analizan, a partir de un estudio observacional descriptivo, 18 Trabajos Fin de Grado de los cursos 2010-2011, 2011-2012 y 2012-2013 elaborados por alumnado acogido a la modalidad de cuarto curso de Grado adaptado para Diplomados/as en Trabajo Social defendidos en la Facultad de Trabajo Social de Cuenca (Universidad de Castilla-La Mancha). A partir de las aportaciones de otros referentes teóricos, los/as autores/as, para su análisis establecen cinco criterios:

1. Características generales: Sexo del/de la autor/a, puesto de trabajo, años de experiencia, tema del TFG, calificación obtenida, vinculación del tema del TFG con el ámbito institucional del/de la profesional, investigación bibliográfica (número de fuentes, disciplina, fecha, etc.).
2. Conocimiento teórico: Conceptos clave, interrelación, paradigmas/teorías orientadas a conocer las características psicosociales de las personas, fundamentos teóricos de la intervención (modelos, métodos y técnicas), teorías sobre roles/funciones profesionales.
3. Conocimiento factual: Legislación, políticas sociales, sistemas de protección social implicados, instituciones/entidades implicadas, colectivos y mecanismo de participación, procedimientos, repercusión en los derechos de ciudadanía.
4. Conocimiento derivado de la propia práctica: Niveles de intervención que se contemplan, "estilo" de intervención que se desprende por bagaje profesional, utilización de experiencias similares, práctica profesional basada en la evidencia, procesos de evaluación y sistematización, etc.
5. Creatividad y/o capacidad para el análisis crítico: Ideas comunes, visiones estereotipadas, procesos planificados de auto reflexión, enfoques diferentes y/o novedosos, marco ideológico y valores.

De este estudio se deriva, entre otras cuestiones, que muchos de los TFG analizados son creativos e innovadores, sin embargo, no se contemplan procesos de devolución de los resultados de los TFG a las instituciones o personas que han participado en dichos trabajos. No se contemplan espacios donde el conocimiento científico y técnico se ponga al servicio de la ciudadanía. Por otra parte, los/as autores/as advierten que, a pesar de que los TFG pertenecen a esta disciplina, en la mayoría de ellos no se diseña

ni se reflexiona sobre el papel que ha desempeñado el/la trabajador/a social en ese ensayo/proyecto/plan de gestión/evaluación-estudio. Es interesante también destacar la facilidad en el acceso a la información y a los datos por parte de los/as estudiantes ya que son, al mismo tiempo, profesionales y sus TFG estaban vinculados con sus puestos de trabajo. Sin embargo, según los/as autores/as, este hecho supone un hándicap para aquellos estudiantes que carecen de esta experiencia profesional.

Por su parte, Raya y Caparrós (2014) analizan 106 fichas de tesis doctorales seleccionadas de la base de datos TESEO y defendidas en España para conocer el objeto de investigación en Trabajo Social. La investigación fue realizada a partir de la búsqueda de “Trabajo Social”, “Servicios Sociales”, “Intervención Social”, “Exclusión Social”, “Bienestar Social” y “Política Social” como palabras clave en el título de las tesis.

El estudio más reciente es el elaborado por Rodríguez y Facal (2019) quienes, a partir del análisis de 17 revistas indexadas en Latindex y 1670 publicaciones, identifican contexto, procedencia e indexación de la revista, año de publicación, número y sexo de los/as autores/as, la temática y el tipo de publicación. Los resultados ponen de manifiesto que las temáticas abordadas son muy diversas, aunque destacan las publicaciones que desarrollan aspectos relacionados con las teorías y la metodología del Trabajo Social, la exclusión social, empresa y empleo, Trabajo Social Sanitario, familia y educación.

Por último, como se ha indicado anteriormente, numerosos/as autores/as señalan que las investigaciones en Trabajo Social adolecen en ocasiones de una utilización rigurosa de la metodología. Por este motivo, cabría analizar qué tipología es la más utilizada en los trabajos de la disciplina. Es bien sabido que la investigación cualitativa tiene un papel protagonista en esta disciplina académica, en detrimento del uso de herramientas propias de la investigación cuantitativa. En este sentido, en Reino Unido, el *Research Assessment Exercise (RAE)*² evaluó la investigación llevada a cabo por instituciones de educación superior británicas. En su informe de 2001, el RAE concluyó que, si bien la investigación cualitativa era una fortaleza creciente, existía una escasez en cuanto al número de investigaciones cuantitativas, sobre todo combinadas con enfoque cualitativo [...]. Además, manifestaba que en ocasiones las investigaciones no concedían la importancia necesaria a la metodología (Shaw, 2003).

2 Evaluación realizada cada cinco años por los consejos de financiación de educación superior en Reino Unido. En 2014 fue reemplazado por el *Research Excellence Framework*.

En cualquier caso, “existe un acuerdo común en la literatura de que la profesión de Trabajo Social requiere una cultura de investigación sólida para ser más eficaz y “seguir adelante” junto con otras profesiones” (Beddoe, 2011, p. 561).

3. METODOLOGÍA

La metodología utilizada se basa en el análisis de contenido documental. Los documentos analizados se encuentran recogidos en las bases de datos DEPOSITA y ZAGUAN. El primero es un repositorio digital que contiene los Proyectos Fin de Carrera, los Trabajos Fin de Máster y los Trabajos Fin de Grado elaborados por el alumnado de la Universidad de Zaragoza. El segundo es también un repositorio digital en abierto que contiene la diversidad de documentos digitales de la Universidad de Zaragoza: Trabajos Fin de Grado, comunicaciones, revistas y documentos institucionales.

Desde el año 2012 DEPOSITA es el repositorio de referencia para la preservación de la producción de los Trabajos Fin de Grado, utilizándose hasta esa fecha el repositorio ZAGUAN.

Existen dos posibilidades de acceso en ambos repositorios: restringido y completo, aunque hay información básica disponible en ambas modalidades de acceso. La información básica de los trabajos Fin de Grado incluye el título, autor/a, director/a del trabajo, departamento y área, así como un resumen y, en ocasiones, un listado de palabras clave.

En primer lugar, se ha establecido el objeto de estudio. Así, para el presente trabajo se han consultado la totalidad de los Trabajos Fin de Grado -de la titulación de Grado en Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza- depositados entre los cursos académicos 2011-2012 (primera promoción de Grado) y 2017-2018 en ambos repositorios. Se han analizado un total de 753 trabajos, distribuidos por años según la Tabla 1.

En segundo lugar, se ha elaborado un registro de datos, identificando dimensiones y variables de análisis. Para su diseño ha sido útil las investigaciones de Gutiérrez, Maldonado y Payán (2014), Martínez y Reina (1989), Raya y Caparrós (2014), Reid (1984), Rodríguez y Facal (2019) y Rubiol (1973). En este sentido, se han tomado como referencia algunas categorías analíticas establecidas por las autoras, que en su caso determinaron como “palabras clave de búsqueda”, y que aquí se presentan como variables de la primera dimensión. Así, se han determinado siete dimensiones de análisis dentro de las cuales se establecen las variables (ver Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de los Trabajos Fin de Grado, analizados según tipología y curso académico.

Año	Informe investigación	Proyecto intervención	Memoria crítica de prácticas	Total
2011-2012	54	22	2	78
2012-2013	97	21	2	120
2013-2014	97	53	8	158
2014-2015	73	27	7	107
2015-2016	53	29	4	86
2016-2017	77	25	0	102
2017-2018	73	28	1	102
Total	524	205	24	753

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Dimensiones y variables de análisis.

DIMENSIÓN	VARIABLES
1. Grandes categorías (Raya y Caparrós, 2014; Reid, 1984).	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios Sociales. - Trabajo Social. - Bienestar Social. - Política Social. - Intervención Social. - Exclusión Social. - No especificado.
2. Sector de población (Rubiol, 1973).	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia/menores. - Juventud. - Adultos. - Mayores. - No identificado.
3. Ámbitos de intervención (Gutiérrez, Maldonado y Payán, 2014; Reid, 1984; Rodríguez y Facal, 2019).	<ul style="list-style-type: none"> - Salud. - Educación. - Justicia. - Cuerpos de Seguridad. - Empresa/Economía Social. - Tercer Sector. - Vivienda. - Empleo. - No especificado.

DIMENSIÓN	VARIABLES
4. Áreas de intervención (Gutiérrez, Maldonado y Payán, 2014; Martínez y Reina, 1989; Reid, 1984; Rubiol, 1973).	<ul style="list-style-type: none"> - Adicciones. - Transeúntes. - Migraciones/Refugiados/Multiculturalidad. - Minorías Étnicas. - Prostitución/Trata. - Prisiones/Delincuencia. - Pobreza. - Gerontología/Geriatría. - Dependencia. - Discapacidad. - Violencia de Género. - Violencia - Urgencia/ Emergencia - LGTBIQ+. - Género. - Ocio/Tiempo Libre. - Sexualidad. - Salud Mental. - Enfermedad Crónica. - Cuidadores/as. - Deporte. - TICs. - Participación. - Voluntariado. - Cooperación/Ayuda Humanitaria. - Disciplina del Trabajo Social. - Protección de Menores. - Familia. - Mediación. - Crisis socioeconómica.
5. Dirección y coordinación de trabajos.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de coordinadores/as. - Departamento. - Área de Conocimiento.
6. Tipología de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> - Informe Investigación. - Proyecto Intervención. - Memoria crítica de prácticas.
7. Metodología de informes de investigación.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativa. - Cualitativa. - Mixta.
8. Ámbito territorial del trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> - Internacional. - Nacional/Regional. - Comparativa. - Sin especificar.

Fuente: Elaboración propia.

Para la identificación de la totalidad de las variables de análisis, se llevó a cabo un registro inicial que comprendía los tres primeros cursos académicos a analizar; esto es 2011-2012, 2012-2013 y 2013-2014. Una vez identificadas todas las variables se procedió a la recogida del resto de información creándose, en algunas ocasiones, nuevas variables de análisis, lo que exigía revisar y adaptar la información ya recogida.

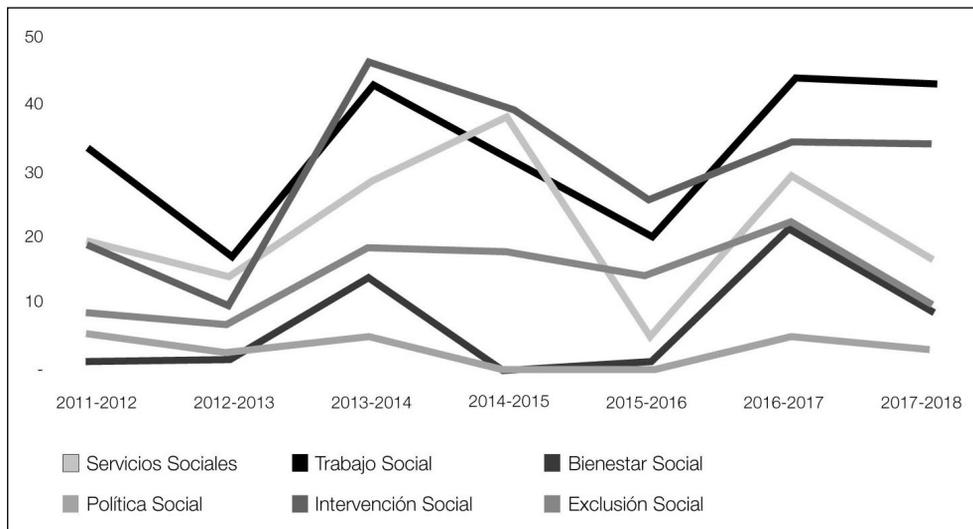
Cabe señalar que, de las dimensiones de análisis, únicamente las variables de la dimensión 6 son excluyentes. Así, un trabajo no podía estar en las tres variables al mismo tiempo. Sin embargo, en el resto de las dimensiones las variables no son excluyentes, de modo que un trabajo puede presentar distintas variables de una misma dimensión.

Una vez registrada toda la información, el tercer y último paso ha consistido en un análisis del contenido, apoyándose de tablas y gráficos para representar los resultados más destacados.

4. HALLAZGOS

La primera de las dimensiones a analizar se denomina “grandes categorías” e integra siete variables analíticas siendo una de ellas “no especificado”, tal y como se muestra en el gráfico 1. Dicho gráfico no muestra esta última variable. Se constata que, en todos los cursos, las tres categorías más presentes en los TFG son “Trabajo Social” (con un total de 254 trabajos presentados, y una media de 36 trabajos por curso), “Intervención Social” (con 233 trabajos presentados y una media anual de 33 trabajos), y “Servicios Sociales” (con un total de 169 trabajos y una media de 24 por año), a excepción el curso académico 2015-2016 donde la categoría “Exclusión Social” ocupa la tercera posición, con un total de 12 trabajos. La categoría menos tratada en todos los cursos académicos es la relacionada con la “Política Social”, con una media de tres trabajos por año, y la presentación de 23 trabajos en total.

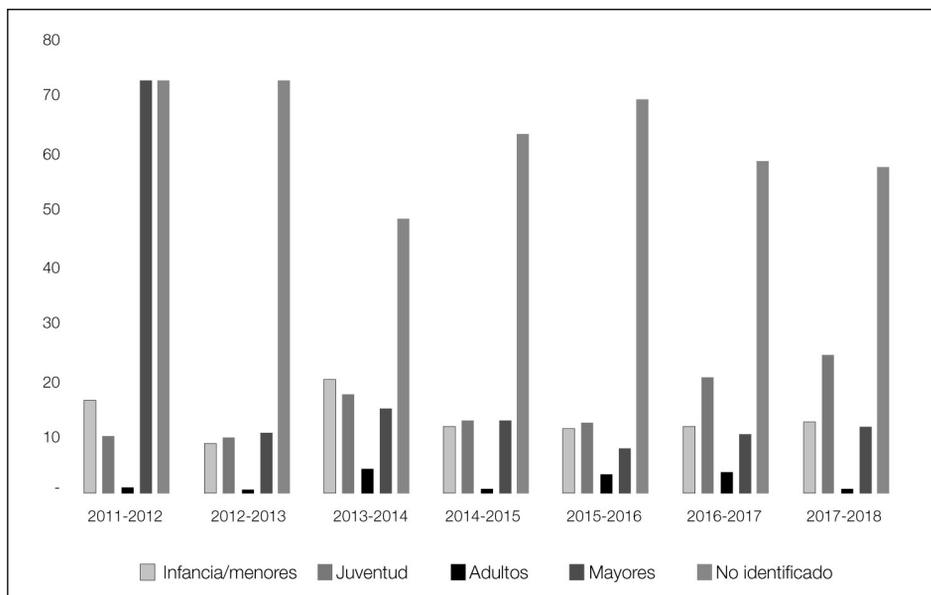
Gráfico 1. Grandes categorías según curso académico.



Fuente: Elaboración propia.

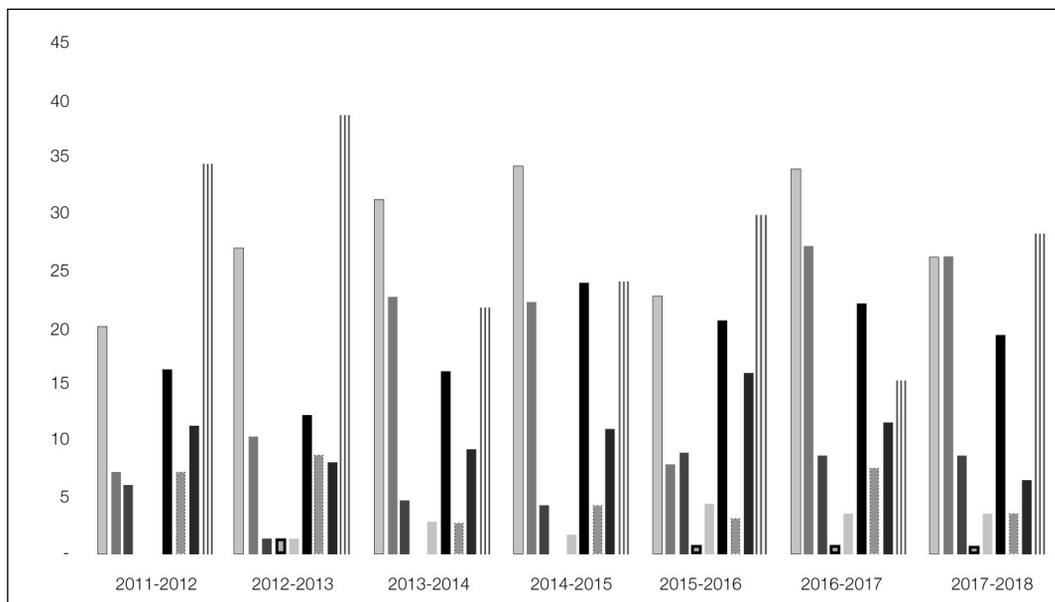
En cuanto a la dimensión “sector de población” agrupa cinco variables, como queda reflejado en el gráfico 2. Un total de 465 trabajos no han podido clasificarse en ninguna de estas categorías, al no especificarse el sector de población en el que se centraba la investigación, siendo incluidos en la variable “no identificado”. No obstante, el grupo etario “adultos” es el menos presente en los TFG en todos los cursos académicos, con una media de tres trabajos presentados por año. En contraste, la juventud y la infancia/menores son los más presentes (con unas medias de 17 y 14 trabajos presentados por año, respectivamente) con ciertas oscilaciones. De este modo, en el caso de la variable “infancia/menores” el número de trabajos presentados oscilan entre los 10 del curso 2015-2016 y los 32 del curso 2013-2014, mientras que en cuanto a la variable “juventud” sus datos oscilan entre los ocho trabajos registrados en el curso 2011-2012, y los 28 del año 2013-2014. Es destacable el porcentaje elevado de TFG que abordan la infancia en el curso 2013-2014 (20,25 % del total de trabajos presentados), o el de la adolescencia en el curso 2017-2018 (24,51 % del total). Por su parte, los porcentajes de TFG sobre personas mayores muestran valores prácticamente similares en todos los cursos, con algunos ligeros aumentos, destacando el curso 2013-2014, cuando representan un 15,19 % del total de trabajos. De hecho, este curso académico muestra valores más elevados para todos los grupos etarios, dado que es el curso que más TFG identifican el sector de población en el que se encontraban enfocados.

Gráfico 2. Sectores de población según curso académico.



Fuente: Elaboración propia.

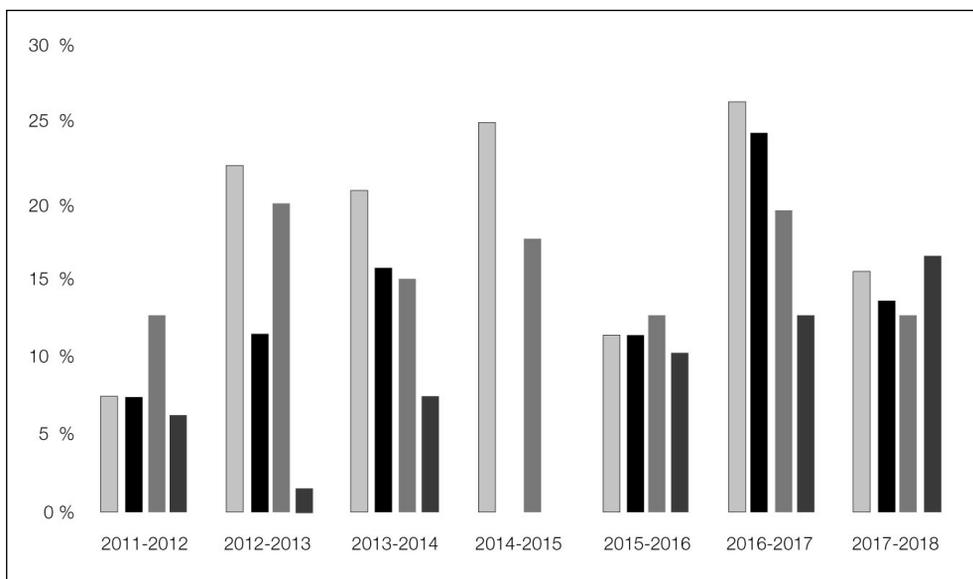
Gráfico 3. Ámbitos de intervención según curso académico.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 3 recoge los diferentes ámbitos de intervención y las nueve variables que la integran. Dejando de lado la variable “no especificado”, la salud, la educación y el tercer sector tienen una presencia mucho mayor que el resto de los ámbitos de intervención, con una media de 31, 20 y 20 trabajos presentados al año respectivamente. Los mayores porcentajes de estas variables se dan en los cursos académicos 2013-2014 y 2017-2018 en el caso de la educación (con unos porcentajes del 27,78 % y el 21,9 % del total), y en el curso 2014-2015 en el caso del tercer sector (registrándose un 18,98 %). No obstante, en los cursos 2011-2012 y 2015-2016 la variable educación pierde presencia en favor del empleo.

Gráfico 4. Áreas de intervención según curso académico.



Fuente: Elaboración propia.

Otra de las dimensiones analizadas es la relativa a áreas de intervención. Se han identificado un total de 30 variables distintas, recogidas en el gráfico 4. La familia ocupa el primer puesto en casi todos los cursos académicos, con una media de 20 trabajos presentados por año y un porcentaje que oscila entre el 7,69 % del total en el curso 2011-2012, y el 26,47 % del curso 2016-2017. A esta variable le sigue la salud mental, con una media de 17 trabajos presentados por año, y unos porcentajes entre el 12,75 % del total de trabajos presentados en 2017-2018, y el 19,61 % en 2016-2017.

Cabe destacar que en el curso 2013-2014 “género” se sitúa en segundo lugar, suponiendo el 15,82 % del total de trabajos presentados, mientras que en el curso 2017-2018 “violencia” ocupa la primera posición, con un 16,68 %. Otras áreas de intervención presentan valores más desiguales a lo largo de todo el período analizado.

Analizando los trabajos presentados por años, se observa que en el curso 2011-2012, la variable “migraciones, refugiados, multiculturalidad” es el área de intervención con un mayor porcentaje de trabajos (14,10 % del total). También son significativos los valores que presenta familia, género, adicciones y voluntariado (con un 7,69 % cada una de ellas), así como violencia (6,41 %). Por su parte, el curso 2012-2013 presenta un empate entre las variables “discapacidad” y “género” (representando el 11,67 % del total de trabajos presentados cada una de ellas).

En el curso 2013-2014, además de salud mental y familia, destacan género, que como se ha señalado, se sitúa en segundo lugar con un 15,82 % del total de trabajos presentados, enfermedad crónica (11,39 %) y ocio/tiempo libre (10,13 %). Todas las demás áreas empiezan a tener algún trabajo, aunque con un número muy pequeño: Con cuatro TFG se observa el área de transeúntes y sexualidad; con tres las áreas de cooperación y protección de menores. Con dos minorías, prisiones, pobreza, violencia, TICs, participación y disciplina del Trabajo Social, y con solo uno participan las áreas de prostitución y mediación.

En 2014-2015 las variables familia y salud mental vuelven a ser las más representadas (25,23 % y 17,76 % respectivamente), seguidas por “cuidadores/as” y “discapacidad” (ambas con un 10,28 %). Por otra parte, ciertos temas no se abordan durante este curso académico: vivienda, urgencias, LGTBIQ+, y crisis socioeconómica.

En 2015-2016 de nuevo salud mental representa un importante porcentaje del total de trabajos presentados (12,79 %), si bien le siguen de cerca familia, género y discapacidad (las tres con un 11,63 %), violencia y migraciones (ambas con un 10,47 %). Sin embargo, temáticas como minorías étnicas, deporte y voluntariado están poco representadas, y otras como urgencias LGTBIQ+ o cooperación no cuentan con ningún trabajo.

Durante el curso 2016-2017 la familia vuelve a ser el tema más frecuente, si bien la temática de género va ganando terreno, representando un 24,51 % de los trabajos presentados. Le siguen salud mental, discapacidad y cuidadores (19,61 %, 14,71 % y 13,73 % respectivamente).

Por último, en el curso 2017-2018, después de la variable familia, las variables género y violencia de género superan a la salud mental, con unos porcentajes de 16,67 % y 13,73 % respectivamente, y destacando también la variable migraciones (12,75 %).

En cuanto a la tipología de trabajo realizada, una amplia mayoría de los TFG pertenecen a la modalidad de informe de investigación (524 trabajos, que representan un 69,6 % del total), frente a los 205 proyectos de intervención realizados (27,2 % del total) y las solo 24 memorias críticas de prácticas (3,2 %).

En lo que respecta a las áreas de conocimiento de los/as directores/as de los TFG, cabe señalar que un total de 390 trabajos pertenecen al área de conocimiento de Trabajo Social y Servicios Sociales. La siguiente área de conocimiento más representada es Sociología, con un total de 122 trabajos, seguida de Psicología Social (con 93 trabajos), Psicología Básica (con 25 trabajos) y Antropología Social (con 22 trabajos). Además, existen diversas áreas con menor número de trabajos, como es el caso de Estadística e Investigación Operativa, Dirección y Organización de Empresas, Medicina o Filosofía, entre otras.

En último lugar, en relación con la metodología de los informes de investigación, del total de los trabajos analizados, solo 23 señalan explícitamente haber utilizado una metodología cuantitativa, 90 una metodología cualitativa, y 52 técnicas mixtas. El resto de los trabajos no indican cuál ha sido la metodología empleada.

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los trabajos más presentados a lo largo de los cursos académicos analizados en esta investigación pertenecen a las categorías Trabajo Social, Intervención Social y Servicios Sociales, si bien en el curso académico 2015-2016, la categoría Exclusión Social se encuentra entre las más investigadas, en la línea de los resultados del estudio de Rodríguez y Facal (2019), quienes hallaron la exclusión social como uno de los temas más recurrentes en la investigación en Trabajo Social.

En cuanto a los sectores de población sobre los que se enfocan los distintos trabajos recogidos, cabe destacar que los más representados son infancia/menores y juventud, mientras que los trabajos académicos centrados en el grupo de edad "adultos" son los menos numerosos. Por su parte, el número de TFG centrados en población mayor muestra porcentajes relativamente estables en todos los cursos académicos, produciéndose un aumento en el curso 2013-2014.

En lo referente a los ámbitos de intervención, los más representados son los de salud y educación, coincidiendo parcialmente con los resultados de la investigación de Martínez (1981) y Martínez Reina (1989), que apunta como temas más recurrentes salud, familia y política social; así como con el trabajo de Gartner y Cifuentes (2001) que identifican como dos de los temas más frecuentes en las investigaciones la educación y la salud. Además, otro de los ámbitos de intervención que se encuentran representados en mayor medida es el Tercer Sector.

En cuanto a las áreas de intervención, se destaca que el área “familia” ocupa el puesto protagonista en lo que a número de trabajos se refiere, lo que concuerda con los resultados obtenidos en las investigaciones de Martínez y Reina (1989), Gartner y Cifuentes (2001), y Rodríguez y Facal (2019).

En este sentido, como se ha podido constatar en esta investigación, se observa que los temas de investigación más recurrentes o permanentes coinciden en gran parte con los temas de intervención e investigación “tradicionales” del Trabajo Social (familia, salud mental, educación, etc.). Por tanto, estos temas conservan de manera estable su interés entre el alumnado de cara a la realización de sus TFG.

Sin embargo, existen otros temas de investigación, cuya elección entre el alumnado varía en relación a los sucesos ocurridos en cada año académico, reflejando el “momento social” en el que se realizaron las investigaciones. Este puede ser el caso de los trabajos centrados en la crisis socioeconómica, desarrollados fundamentalmente durante los años 2012-2013 y 2013-2014; o los relativos a dependencia, que presentan un importante auge en el año 2012-2013, llegándose al 12,5 % mientras que sus valores decaen a partir de esa fecha.

Además de todo ello, se identifican otras temáticas o ámbitos que podríamos definir como “emergentes” que han ido en aumento a lo largo de los años, como es el caso de la temática de género, LGTBIQ+ o las referentes a las TICs. En el caso del género, va ganando peso con el paso de los años, pasándose del 7,69 % en el primer año de análisis (2011-2012), al 24,51 % en el año 2016-2017. Incluso en el curso 2013-2014 se sitúa en segundo lugar en cuanto a las temáticas más elegidas, llegando a representar el 15,82 % de los trabajos. Situación similar sucede con la violencia de género, que en 2017-2018 llega a alcanzar el 16,67 % del total de TFG.

El auge de estas temáticas podría ser un reflejo de las materias que generan inquietud o especial interés del alumnado de Trabajo Social en cada promoción académica. En este sentido, se podría afirmar que el alumnado va en cierto modo “por delante”

del contenido de los planes de estudio. Por ello, sería interesante analizar y tomar en cuenta estas problemáticas sociales o áreas de intervención que, aunque con menor trayectoria, podrían servir para tomar el pulso de las nuevas realidades sociales e inquietudes de los/as estudiantes, con la intención de realizar cambios y añadir estas temáticas al Grado.

Por otra parte, se destaca que un gran número de trabajos se han realizado bajo la modalidad de trabajos de investigación, y, por lo tanto, se han aproximado al objeto de estudio de un modo meramente descriptivo, sin incorporar la parte de “investigación orientada a la acción”, propia del Trabajo Social. Coincidiendo con las afirmaciones de Teater (2017), al observar las temáticas elegidas por el alumnado, da la impresión de existir una cierta dificultad a la hora de elegir con claridad un tema de investigación relacionado con el Trabajo Social.

En este caso, esta investigación se ha realizado a partir del análisis documental basado únicamente en las palabras clave de los TFG presentados, por lo que no es posible determinar el número de trabajos cuya temática de investigación corresponde por completo al Trabajo Social, y cuáles de ellos se han desarrollado desde un enfoque más propio de otras disciplinas afines, como la Sociología o la Psicología Social. No obstante, sí se ha podido analizar las áreas de conocimiento de los/as tutores/as de los trabajos, comprobándose que había un alto número de trabajos dirigidos por tutores/as de otras áreas de conocimiento, mayoritariamente Sociología, Psicología (Social y Básica) y Antropología. Por ello, cabe suponer que en ocasiones el estudio de los fenómenos planteados en los TFG analizados ha podido verse influido por estas disciplinas.

En este sentido, cabe señalar también el escaso número de TFG sobre la propia disciplina del Trabajo Social, en la línea de lo apuntado por Gutiérrez, Maldonado y Payán (2014), que invitan a reflexionar en mayor medida sobre el papel de los/as propios/as profesionales en los ensayos, proyectos y planes de gestión o evaluación. Además, los resultados del presente trabajo muestran un número mucho mayor de TFG teóricos que empíricos, analizándose en estos últimos en muy pocas ocasiones datos concretos de las personas usuarias.

Por último, es importante destacar el reducido número de TFG que utilizan metodología cuantitativa para su desarrollo, siguiendo la línea de los resultados obtenidos en el informe de la RAE, ya en el año 2001, lo que puede dar cuenta de las lagunas metodológicas que presentan los/as futuros/as profesionales del Trabajo Social.

Impulsar la investigación en Trabajo Social pasa por el esfuerzo en la redefinición de las preguntas, los conceptos y la lógica de la investigación, avanzando en una perspectiva crítica que permita el desarrollo de nuevos conocimientos significativos de mayor impacto. Para ello, es fundamental dotar al alumnado de los métodos de investigación necesarios para la realización de investigaciones que respondan a la realidad actual, manteniendo en todo momento la visión crítica de la disciplina.

Al estar ligado al análisis y la intervención en la realidad social, el Grado en Trabajo Social ha de encontrarse en constante cambio y adaptación, lo que requiere una continua actualización de ciertos contenidos de la carrera, realidad que en ocasiones puede chocar con la rigidez del sistema universitario.

6. AGRADECIMIENTOS

Parte de este trabajo se ha realizado con la colaboración del Departamento de Innovación, Investigación y Universidad del Gobierno de Aragón.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, C. (1988). La investigación en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1, 36-46. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS8888110035A>
- Banda, T. (2017). Las instituciones formativas del Trabajo Social en España. *Trabajo Social*, 19, 137-157. <https://doi.org/10.15446/ts.v0n19.67461>
- Beddoe, L. (2011). Investing in the future: social workers talk about research. *British Journal of Social Work*, 41, 557-575. doi:10.1093/bjsw/bcq138
- Bueno, A. M. (2013). Producción de conocimiento sobre investigación en Trabajo Social. *Trabajo Social*, 15, 125-141. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/42581/44123>
- Cifuentes, M. R. (2013). Formación en Trabajo Social e investigación: una relación insoslayable de cara al siglo XXI. *Revista Trabajo Social*, 15, 165-182.
- Epstein, I. (1987). Pedagogy of the perturbed: teaching research to reluctant. *Journal of Teaching in Social Work*, 1, 71-89.
- Esteban, E. y Del Olmo, N. (2016). Reflexiones sobre la investigación en Trabajo Social: aportaciones desde la sistematización de la práctica, en Carbonero, D., Raya, E., Caparrós, N. y Gimeno, C. (coords.). *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- Gartner, L. y Cifuentes, R. (2001). La investigación en Trabajo Social en Colombia (1995-1999). *Revista de Trabajo Social*, 3, 28-51. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32936>
- Gutiérrez, A. (ed). (2010). *Orígenes y desarrollo del Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Gutiérrez, M., Maldonado, M. J. y Payán, A. I. (2014). La contribución de los profesionales al conocimiento a través de los Trabajos Fin de Grado. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198321>
- Kisnerman, N. (1987). *El método: investigación*. Buenos Aires: Humanitas.
- Marco, M. y Tomás, E. (2013). La investigación en y para la intervención social: la aplicación al Trabajo Social en Miranda, M. (coord.). *Aportaciones al Trabajo Social*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza (pp. 223-248).
- Marino, R., Green, R., y Young, E. (1998). Beyond the scientist-practitioner model's failure to thrive: social workers' participation in agency-based research activities. *Social Work Research*, 22, 188-192.
- Martínez, M. E. (1992). *Desarrollos teóricos e investigativos del Trabajo Social en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez, M. E. y Reina, J. (1989). "Desarrollo y Perspectivas del Trabajo Social". Ponencia presentada en el II *Foro Nacional de Trabajo Social sobre la Práctica del Trabajador Social en Colombia*, octubre de 1989.
- Muñoz-Arce, G., Hernández-Mary, N. y Véliz-Bustamante, C. (2017). La relación entre investigación e intervención social: voces desde el Trabajo Social chileno. *Trabajo Social Global- Global Social Work. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 7(12), 3-24. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v7i12.5573>
- Orme, J., y Powell, J. (2007). Building research capacity in Social Work: Process and Issues. *British Journal of Social Work*, 38, 988-1008. doi:10.1093/bjsw/bcm122
- Pascual, M. T. (2013). Reflexiones sobre la evolución de la investigación en el ámbito académico. *VI Jornada de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: Dialogando desde la intervención*. E. U. de Trabajo Social, Universidad del País Vasco, EHU, pp. 81-92.
- Ponce de León, L. y Castro, C. (2014). El desarrollo de la investigación en el Trabajo Social y en la Educación Social en España. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 2, 143-157. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2014.0012>
- Ramos, C. (2013). La producción de conocimiento en Trabajo Social: un proceso interactivo. *VI Jornadas de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: dialogando desde la intervención*. E. U. de Trabajo Social, Universidad del País Vasco, UPV-EHU, 65-78.

- Raya, E. y Caparrós, N. (2014). Del objeto de estudio para la intervención en Trabajo Social, *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 173-179.
- Raya, E., Carbonero, D. y Serrano-Martínez, C. (2020). Por qué, cómo y qué se investiga en Trabajo Social, en Serrano-Martínez, C., Carbonero, D. y Raya, E., *Investigación, práctica y trabajo social*. Logroño: Universidad de La Rioja (pp. 5-10).
- Raya, E. (2009). I+D+i en la intervención social. *Revista Española del Tercer Sector*, 13, 39- 62.
- Reid, W. J. (1984). Research Developments. En N. A. (ed.), 1983-84 Supplement to the Encyclopedia of Social Work. Maryland: National Association of Social Workers.
- Rodríguez, L. M. y Facal, T. (2019). Panorama de las publicaciones científicas vinculadas al Trabajo Social: un metaanálisis. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 9(2), 188-202. Recuperado de: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/31126>
- Rubiol, G. (1973). Investigación en Trabajo Social. *Memoria del II Congreso Nacional de Asistentes Sociales*. Madrid, pp. 83-100.
- Shaw, I. F. (2003). Cutting edge issues in Social Work Research. *British Journal of Social Work*, 33(1), 107-116. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23716429>
- Teater, B. (2017). Social work research and its relevance to practice: "The gap between research and practice continues to be wide". *Journal of Social Service Research*, 43, 547-565. doi:10.1080/01488376.2017.1340393
- Unrau, Y. A., y Grinell, R. M. (2005). The impact of Social Work Research Courses on Research Self-Efficacy for Social Work Students. *Social Work Education*, 24(6), 639-651. doi:10.1080/02615470500185069
- Vázquez, O. (2013). Investigar para fortalecer la dimensión política del Trabajo Social. De la sistematización de la práctica a la investigación. *VI Jornadas de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: dialogando desde la intervención*. E. U. de Trabajo Social, Universidad del País Vasco, UPV-EHU, 51-64

(CO)CREANDO CONTEXTOS PARTICIPATIVOS, REPRESENTATIVOS Y COLABORATIVOS: CONCRETIZACIONES DEL TRABAJO EN EQUIPO DEMOCRATIZADOR EN Y DESDE EL TRABAJO SOCIAL ULTRAMODERNO

(CO)CREATING PARTICIPATORY, REPRESENTATIVE AND COLLABORATIVE CONTEXTS: CONCRETIZATIONS OF DEMOCRATIZING TEAMWORK IN AND FROM ULTRAMODERN SOCIAL WORK

"Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que nos llena de compasión, humildad que nos llena de una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada".

(Elisabeth Kübler-Ross).

Emiliano A. Curbelo Hernández

Doctor en Trabajo Social por la Universidad de Castilla-La Mancha

Resumen: El trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno supone una novedosa visión que, en parte, incluye y conecta con algunos elementos de la actual definición del Trabajo Social a nivel global, es así como, aplicados en y desde el marco de los equipos de trabajo, ensalzan planteamientos participativos, representativos y colaborativos. Más allá de lo que se desarrolla en y desde el Trabajo Social tradicional, supone transitar a nuevas perspectivas ultramodernas que priorizan la diversidad entre y de lo técnico-profesional con el mundo de la afectividad y la emocionalidad, intentado asignar mayor protagonismo, no solamente a los profesionales, sino a las personas receptoras de una ayuda profesionalizada. De análisis de las concretizaciones del enfoque del trabajo en equipo democratizador, vista desde nuestra disciplina, trata el presente manuscrito.

Palabras clave: Trabajo Social ultramoderno, Trabajo en equipo democratizador, Equipo de trabajo, Trabajo grupal, Grupo.

Abstract: The democratizing teamwork in and from ultramodern social work supposes a novel vision that, in part, includes and connects with some elements of the current definition of social work at a global level, thus, applied in and from the framework of the work teams, praise participatory, representative and collaborative approaches. Beyond what is developed in and from traditional social work, it involves moving to new ultramodern perspectives that prioritize diversity between and of the technical-professional with the world of affectivity and emotionality, trying to assign greater prominence, not only to professionals, but people who receive professional help. The present manuscript deals with the analysis of the concretizations of the approach to this democratizing teamwork, seen from our discipline.

Keywords: Social Work ultramodern, Democratizing teamwork, Team group, Team work, Group.

| Recibido: 02/01/2021 | Revisado: 08/01/2021 | Aceptado: 26/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Correspondencia: Emiliano A. Curbelo Hernández. Doctor en Trabajo Social por la Universidad de Castilla-La Mancha.
Email: emilianocur@gmail.com

Referencia normalizada: Curbelo, E. A. (2021). (Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos: Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno. Trabajo Social Hoy, 92, 79-100. doi: 10.12960/TSH.2021.0004

1. INTRODUCTORIO DISCUSIVO-REFLEXIVO

A lo largo del tiempo han sido numerosas las definiciones relativas al Trabajo Social que han ido evolucionando, al menos, en su desarrollo conceptual. La última global aprobada por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajo Social celebrada en Melbourne, el 06 de julio de 2014, establece que 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 liberación de las personas. Los propósitos de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respalda 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 los desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (FITS, 2014, p.1). Esta definición que podemos definir como ultramoderna contiene algunos conceptos piramidales que, en cierta forma, aportarán sentido al siguiente desarrollo textual, coincidiendo con algunos de los fundamentos del trabajo en equipo democratizador como son la participación, los derechos humanos, la cohesión social, la responsabilidad colectiva, el respeto por la diversidad, el empoderamiento y la involucración de las personas. Es así como estos principios y postulados construyen puentes y tejen redes para la prosecución de una fuente de conciencia crítica que logre cambios estructurales que permitan adoptar unas nuevas lentes para percibir un nuevo enfoque del trabajo en equipo que se nutra de los postulados de un novedoso Trabajo Social ultramoderno que, necesariamente, requiere repensar, reinventar y tener en consideración elementos de una nueva perspectiva que promueva nuevas miradas técnicas, prácticas, metodológicas y epistémicas que deberían tomarse en cuenta y que se presentan en la siguiente tabla explicativa:

Tabla I: Contenido del Trabajo Social ultramoderno.

Elementos del Trabajo Social ultramoderno	Carácter lógico, racional, técnico, mediador, feminista, igualitario, proactivo, empático, simpático, fraterno, afectivo, humanista, garantista, legalista, empoderador, liberador, emancipador, complejo, transformador, dinámico, educativo, reeducativo, concientizador, sensibilizador, práctico, resolutivo, disruptivo, reivindicativo, participativo, cooperativo, representativo y colaborativo.
---	--

Fuente: Elaboración propia.

Dicho esto, ahora sí podemos entrar en materia. A mi juicio, hacer alusión al trabajo en equipo, es referirnos a un grupo de personas o profesionales que coinciden, se involucran y cooperan procesual y longitudinalmente entre sí para lograr mediante la responsabilidad colectiva y el respeto por la diversidad, una determinada meta o fi-

alidad común que presupone “la movilización de recursos propios y externos, de ciertos conocimientos, habilidades y aptitudes, que permiten a un individuo adaptarse y alcanzar junto a otros en una situación y en un contexto determinado un cometido” (Torrelles et al., 2011, p. 331). A su vez, como expresan Cardona y Wilkinson (2006) el trabajo en equipo se produce cuando un grupo de gente trabaja en pos de una meta común, colaborando organizadamente para obtener un determinado objetivo. Yendo más allá, desde una perspectiva más humanista, hablamos de que los miembros conocen los objetivos y desarrollan tareas apoyándose mutuamente de manera eficiente, enriqueciendo el talento humano y fortaleciendo las capacidades y habilidades (Davis y Newstron, 2007). Por último, también puede entenderse como “una herramienta donde se puede llegar a conocer las capacidades, limitaciones, formas de pensar y de enfrentar diferentes situaciones, por cada uno de los que integran el equipo de trabajo y este se basa en la tolerancia por la diferencia, el respeto, convivencia, permitiendo sacar un provecho de una forma más eficiente a cada una de las ideas que individualmente no tendrían impacto” (Toro, 2015, p. 23), de ahí que, el sentido y alcance del trabajo en equipo debe ser totalmente grupal y cohesionador para lograr como señalan Rojas, et al., (2018) una mejor efectividad, eficacia y eficiencia, a lo que añadiría, desde planteamientos y postulados que promuevan un clima grupal más humanizado desde un enfoque o perspectiva de derechos.

Y bajo las líneas de este nuevo paradigma, el trabajo en equipo tradicional debe sufrir una transformación, una metamorfosis y atender a estrategias más democráticas, conviniendo entonces hablar en términos de un trabajo en equipo democratizador, entendiéndose éste como el sumatorio de diversas voluntades y motivaciones desde una ética que ponga en valor la confianza y simetría personal, grupal y afectiva-emocional, donde los miembros que conforman el equipo de trabajo deben afrontar desde la racionalidad y la emocionalidad, los múltiples inconvenientes que surjan, minimizando los conflictos y aprovechando las fortalezas y potencialidades individuales y colectivas, para así alcanzar resultados resolutivos conjuntos. Y dicha motivación, debe comprenderse como la predisposición voluntaria a participar y colaborar sin ningún tipo de presiones, ni restricciones, con y entre profesionales de la misma o diferentes disciplinas, así como con las personas susceptibles de una ayuda profesionalizada, para lograr objetivos comunes y compartidos, intercambiando saberes, conocimientos, vivencias, experiencias y afectos que contribuyan al desarrollo individual y colectivo, constituyendo como señalan Viles et al., (2011) una parte importante de la actividad de cualquier equipo de trabajo.

En esta dirección, todo trabajo en equipo democratizador requiere de la implementación de métodos, metodologías, técnicas grupales y participativas que garanticen la madurez y crecimiento grupal, aunque, como señala Curbelo (2020a, p. 198) “no nos

tomamos el tiempo necesario para reflexionar respecto de algunas premisas, mayormente sobre la concepción de lo que es y debería ser nuestra praxis y epistemología”. De ahí que, éste, debe pivotar sobre la base de unos postulados amparados bajo el paraguas de premisas tales como: cultivar una adecuada comunicación interpersonal y social desde el marco de unas asertivas habilidades sociales, promoviendo la ecuánime prosecución de los objetivos y las metas, aportando un compromiso personal conjuntamente al colectivo, trabajando con y desde una mirada compartida, arengando una participación representativa y colaborativa, donde el liderazgo sea diversificado y compartido, potenciando las fortalezas y capacidades, evitando centrar el foco de atención en las dificultades y problemáticas, construyendo adecuados espacios afectivos, solidarios y emocionales donde los valores humanos y sociales y la perspectiva de género, sean la veleta que marque cualquier rumbo, tejiendo líneas estratégicas de coordinación y cooperación en pro del bienestar grupal y de las personas que sean objeto de las ulteriores decisiones que se adopten, asignado a éstas últimas un mayor grado de protagonismo como sujetos principales de sus propios procesos resolutivos, en suma, como indican Mantilla y García (2010, p. 52) debe estar “integrado por personas que comparten conocimientos, habilidades y experiencias complementarias, alineadas a un propósito común”.

2. EL TRABAJO EN EQUIPO DEMOCRATIZADOR EN Y DESDE EL TRABAJO SOCIAL ULTRAMODERNO: CONEXIONES CON LA INTERVENCIÓN SOCIAL PARTICIPATIVA Y REPRESENTATIVA Y COLABORATIVA

A priori, se podría afirmar que los trabajadores y trabajadoras sociales que desarrollan un trabajo en equipo democratizador, pueden compartir un determinado espacio físico, estructural, organizacional, normativo, interdisciplinar, emocional, etc., sin embargo, esto no garantiza que desarrollen una práctica profesional objetiva dotada de criterios sociales, humanos, emocionales y asertivos, es decir, como indican Cardona y Wilkinson (2006), las reuniones de diversas personas unidas por un propósito común no siempre producen un trabajo en equipo. Por ello, más allá de los matices técnicos y disciplinares dimanados de la profesión, la confianza, se conforma como el eje vehicular que permita el surgimiento de una certera motivación sustentada en valores “que conducen a las personas a colaborar, intercambiar información y apoyar las decisiones que buscan objetivos comunes” (Ariza, 2015, p. 25).

Ahora bien, tales pensamientos motivadores deben desvelar si realmente este trabajo en equipo debe redundar exclusivamente en el propio grupo de profesionales o debe servir para contribuir a un mayor bienestar desde la acérrima defensa de los dere-

(Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos:
Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno

chos sociales y humanos que los amparan. Y dichos criterios motivadores, Mantilla y García (2010, p. 68) particularmente expresan que “se asocian a comportamientos de compromiso con las metas establecidas, búsqueda de la eficiencia y la excelencia en las actividades (...), responsabilidad compartida mediante conductas de respaldo y ejercicio de un liderazgo desprovisto de poder, principalmente poder explotador; lo cual conduce a pensar que estas personas conciben para el éxito del equipo, líderes caracterizados como transformadores”.

En base a lo indicado, se sugiere que las organizaciones deben promover espacios para la salud psicosocial y la comunicación e información organizacional de y entre sus miembros (Acosta et al., 2011) fomentando la aceptación consciente de una serie de roles, de una comunicación directa, fluida y detallada, de una implicación activa en la consecución de los objetivos, de una ayuda mutua y colaboración proactiva, de una afinidad, afectividad, generosidad, emocionalidad, cohesión personal y grupal, de una identificación de conciencia de grupo y del adecuado mantenimiento de unas relaciones interpersonales y habilidades sociales sanas, así, todo equipo de trabajo que desarrolla un trabajo en equipo democratizador, debe accionar desde un todo armónico que cumpla con los siguientes criterios incluidos en la Tabla 2:

Tabla 2: Características de un grupo de trabajo extrapolables al trabajo en equipo democratizador.

Cohesión	Unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
Roles	Tareas aceptadas por cada uno de los miembros del grupo que deben variar en el espacio y en el tiempo.
Adaptabilidad	Habilidad del grupo para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.
Permeabilidad	Capacidad del grupo para brindar y recibir experiencias de otras instituciones.
Comunicación	Capacidad de los integrantes del grupo para transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
Afectividad	Capacidad de los integrantes del grupo para vivenciar, demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
Armonía	Correspondencia entre los intereses y las necesidades individuales con los del grupo en un equilibrio emocional positivo.

Fuente: Aguilar y Vargas (2010).

Emiliano A. Curbelo

Acertadamente, los trabajadores y trabajadoras sociales, en este escenario colectivo y colaborativo, deben velar por el desarrollo “de un trabajo en equipo que es una competencia viva, multidimensional, con múltiples categorizaciones dada su complejidad (...)” (Torreles et al., 201, p. 341) dimanándose relacionalmente con diferentes funciones, actividades y tareas que deben proponer soluciones creativas conjuntas, facilitando la adopción de decisiones complejas desde el equilibrio decisional, socializando y unificando el ser, el quehacer, el saber y el sentir, satisfaciendo de forma igualitaria las necesidades individuales y grupales, el sentido de pertenencia, de identidad y de seguridad, reconstruyendo nuevas formas de crecimiento y de madurez grupal.

No obstante, debemos estar ojo avizor para no propiciar situaciones que permitan un clima profesional áspero y agresivo, el secuestro de la información y de las decisiones, la disimetría en los consensos, la neutralización de otras opiniones, ideas y criterios, la merma en el rigor técnico-científico, el ataque a la pluralidad y a la unanimidad, la falta de escucha activa, la no consideración de las diversas alternativas resolutorias, el abuso de poder, así como la negación de los valores y principios individuales y grupales.

Con mayor lujo de detalles, se explicitan los factores que propician o dificultan el desarrollo de un trabajo en equipo democratizador, concretados en la siguiente tabla:

Tabla 3. Factores que favorecen o dificultan el trabajo en equipo democratizador.

Factores favorecedores	Factores obstaculizadores
Adecuado conocimiento y desempeño en las funciones, actividades y tareas.	Limitaciones para un adecuado conocimiento y desempeño en las funciones, actividades y tareas.
Existencia de procesos relacionales y canales comunicativos clarificados.	No disponer de procesos relacionales y canales comunicativos clarificados.
Establecimiento de objetivos comunes y compartidos.	Falta de unos objetivos comunes y compartidos.
Oportuno conocimiento de las reglas, normas y procedimientos y aceptarlos voluntariamente.	Desconocimiento de las reglas, normas y procedimientos y no aceptarlos voluntariamente.
Contar con suficientes elementos de juicio o de herramientas para saber interpretar las disrupciones grupales.	Privación de los suficientes elementos de juicio o de herramientas para saber interpretar las disrupciones grupales.
Correspondiente nivel de participación, colaboración, coordinación y cooperación.	Escasez de un adecuado nivel de participación, colaboración, coordinación y cooperación.

(Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos:
Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno

Factores favorecedores	Factores obstaculizadores
No intentar consensuar ideas, criterios, opciones, puntos de vista igualitarios.	Ausencia de unificación de ideas, criterios, opciones, puntos de vista igualitarios.
Identificación individual y pertenencia grupal.	Inexistencia de la oportuna identificación individual y grupal.
Escenarios, ámbitos y contextos empáticos, afectivos y emocionales.	Carencia de un adecuado escenario, ámbito y contexto empático, afectivo y emocional.

Fuente: Elaboración propia.

Desde estos argumentos, todo trabajo en equipo democratizador debe articularse sobre la base de una serie de concretizaciones que conforman y dan sentido al mismo: la dialógica-comunicacional, la participativa, la cooperadora, la coordinadora, la empática-emocional, la ética y la mediadora. Seguidamente, se explicitan y desarrollan cada una de ellas:

2.1 Concretización dialógica-comunicacional en y desde el trabajo en equipo democratizador

Los procesos comunicativos constituyen la base y pilar fundamental de las relaciones humanas, del Trabajo Social ultramoderno y por extensión, del trabajo en equipo democratizador, debiendo encuadrarse como la interacción que se crea entre la diversidad de los miembros del equipo para transmitir y compartir información verbal, no verbal o gestual, relatar vivencias y experiencias, compartir afectos y emociones, elaborar líneas estructurales y organizaciones de actuación, posibilitando un funcionamiento proactivo, incrementando los logros y minimizando los esfuerzos.

Desde este esquema mental, la piedra filosofal es la asunción de una comunicación dialógica y asertiva que permita expresarnos libremente de forma sencilla, directa y clara, defendiendo nuestros derechos, posturas, puntos de vista, ideas, a la par que respetamos la de los demás, todo ello, unido a unas adecuadas relaciones interpersonales y habilidades sociales, para conformar un caldo de cultivo que servirá para configurar el germen de un óptimo funcionamiento grupal y una adecuada organización profesional compartida, con resultados que darán lugar a la ulterior intervención social participativa y representativa y colaborativa en y desde el Trabajo Social ultramoderno. Por esta razón, dicha visión modernizadora entiende al ser humano como un todo único e indivisible, por lo tanto, los procesos y las relaciones sociales deben modificar la premisa

Emiliano A. Curbelo

del pensamiento único, inamovible y estático, hacia posturas múltiples, diversas y flexibles que permitan poner el foco de luz en la globalidad de la holística relacional. De este modo, surge la imperiosa necesidad para los trabajadores y trabajadoras sociales de establecer una interacción relacional de encuentro y entendimiento, tanto entre ellos/as mismos/as, como con el resto de los/as profesionales y las personas demandantes de una ayuda profesionalizada, mediante la explicitación de unas relaciones interpersonales cercanas al marco de la sociabilidad. En esta dirección, Ariza (2015, p. 38) expone que, los niveles de comunicación cercanos a la asertividad, “permiten mantener “un ambiente de trabajo propicio para el desarrollo y satisfacción de las personas que conforman el equipo, de modo que se manifieste en la adopción de comportamientos como la escucha atenta y el entendimiento de los diferentes puntos de vista”.

Es así como todo lo señalado hasta el momento, nos debe llevar a una intervención social participativa y representativa y colaborativa que trasciende lo particular, para situarse en el plano de niveles grupales y colectivos, donde las personas deben ser consideradas como sujetos protagonistas de sus propias transformaciones y no subjetivados como meros objetos sin capacidad participativa, implicatoria y decisoria. Y para cumplir con lo señalado, los objetivos personales deben unificarse y conectarse con los objetivos grupales, conviniendo estar por encima de apreciaciones egocentristas e individualistas, construyendo caminos transversales hacia actuaciones integradoras, si bien, Curbelo (2020a, p. 205) señala que “nuestras creencias implícitas solo nos llevan a inmiscuirnos en procesos carentes de imparcialidad que no hacen otra cosa que sustentar el paradigma ganador-perdedor frente al de ganador-ganador, debiendo por ende centrar nuestros esfuerzos para transitar hacia la prosecución de la segunda postura.

Desde dicha lógica, todos deben tener las mismas oportunidades de expresión en y desde el mismo plano de igualdad, generando acertados contextos que permitan procesos ecuanímenes, promoviendo una mayor dependencia colectiva y solidos acuerdos con las normas y reglas de funcionamiento grupal. Lógicamente, se muestra preferente y necesaria la asunción de los principios de la comunicación y de las relaciones interpersonales, con el objeto de facilitar y favorecer los procesos comunicativos que servirán para garantizar un adecuado entendimiento mutuo. No debemos olvidar que las palabras tienen un gran poder, pueden levantar a una persona o hundirla. A su vez, debemos tener en cuenta que, los silencios y el lenguaje no verbal o gestual, constituyen estrategias profesionales en el marco de las relaciones interpersonales que son más resolutivas que cualquier verbalización, transmitiendo la mayor parte de la información en y durante el proceso comunicativo e interrelacionar.

Y otro elemento sustancial es la concientización y sensibilización acerca de la importancia de la escucha activa habida cuenta que, una cuestión es oír, acción que se realiza diariamente de forma inconsciente, al tratarse de un proceso mecánico y natural, y, otra cuestión muy distinta es escuchar, cuyo significante es atender y prestar especial atención e interés hacia el/la otro/a. Bajo estas ideas, la toma de decisiones debe ir más allá de los postulados de un Trabajo Social tradicional, asumiendo las características de un Trabajo Social ultramoderno.

En resumidas cuentas, no debemos incurrir en procesos comunicativos disfuncionales que externalicen conductas pasivas y/o agresivas dado que éstas dificultan el cumplimiento de las normas y las reglas de funcionamiento grupal consensuadas por unanimidad, debiendo hacer un esfuerzo para no permitir que los miembros del grupo sean silenciados, evitando incurrir en actitudes amenazantes, mitos, expectativas y creencias erróneas, protagonismos exacerbados, distracciones interesadas, ridiculizaciones, menosprecios, indiferencias, adjetivaciones negativas o las ausencias de interés personal o grupal.

2.2 Concretización participativa en y desde el trabajo en equipo democratizador

Bajo este nuevo paradigma, se interpela a la implicación activa de todos los miembros, en el grado y momento oportuno, entendiendo y comprendiendo también a las personas a las que va dirigida la intervención como parte esencial y singularizada. Aunque éstas últimas carezcan de los conocimientos epistémicos y metodológicos propios del Trabajo Social ultramoderno, no debemos olvidar que conocen mejor que nadie su propia realidad, la génesis de sus problemas y, por tanto, las mejores alternativas resolutorias de los mismos, por ello, debemos diseñar actuaciones estructurales que, en la medida de lo posible, cuenten como un valor añadido sus apreciaciones y consideraciones.

En base a estos argumentos, debemos asumir este planteamiento, generando espacios de participación alejada de la rigidez en cuanto a las reglas, normas y procesos, promoviendo una simetría que permita que, los diversos roles que desarrollan cada uno de los miembros del equipo, se vayan distribuyendo equitativamente, debiendo recordar que, la escasa disposición a trabajar en equipo se debe a que el/la profesional no es considerado/a como una pieza y factor clave (Furguerle y Graterol, 2010), evitando que, el liderazgo, se centralice y sea secuestrado por un/a solo/a profesional o un grupo reducido de ellos/as. Más bien, esta forma de razonar debe servir para abrir nuevas puertas y ventanas a una participación justa, igualitaria y equitativa del poder, evitando el totalitarismo

de la cátedra de la verdad, lo que permite asumir en justicia la toma de decisiones dentro de los límites definidos, entendiendo que “la competencia en trabajo en equipo se impone a la individualización laboral” (Torreles et al., 2011, p. 329).

Vistas las buenas prácticas incardinadas en el trabajo en equipo democratizador, es el momento de desgranar aquellas cuestiones que obstaculizan, obstruyen o dificultan los procesos participativos, representativos y colaborativos, describiéndose seguidamente: las altas expectativas personales y las exigencias externas de los miembros del grupo y lo que se pueda esperar de la persona, los prejuicios y el temor a ser juzgados/as por nuestros pensamientos y por nuestros actos, la inmadurez personal entendida como la incapacidad de aceptar, asumir y sobrellevar aquello que es imposible de cambiar, la persistencia en enfocarse en los aspectos negativos, no disponer de una escucha activa, falta de confianza en uno/a mismo/a y en los miembros del grupo, no saber perdonar, no saber transmutar las emociones negativas a la positividad, no disponer de las competencias y las habilidades necesarias para gestionar la ansiedad, la angustia y el miedo al fracaso, no sentir pertenencia ni identificación con el grupo, no ser agradecido, no pensar positivamente, disponer de un esquema mental de pensamiento cerrado a nuevas miradas, carecer de habilidades para el desarrollo de conductas asertivas, no sacar la mejor versión de uno mismo, no vivir el presente con calma y plenitud, no disponer de la suficiente empatía para mantener unas adecuadas relaciones interpersonales, dejarse guiar y arrastrar por los pensamientos de los demás, y, quizá una de las cuestiones más importantes, carecer de la suficiente motivación personal y grupal, aunque no debemos dejar pasar desapercibido como plantea Curbelo (2020a, p. 206) que “el desacuerdo respecto a lo tradicional, creo que puede suponer una oportunidad para socializar nuevas líneas de progreso en nuestra disciplina, en ocasiones, es beneficioso dejarse perder en la ayuda de los demás”.

Y la motivación de los miembros del grupo es un hecho esencial para frenar los obstáculos que limiten la expresión y la expansión de la voluntad participativa, determinada, entre otros, por los siguientes aspectos contextuales: “características del trabajo a desempeñar, desempeño del trabajo y auto percepción del/de la trabajador/a y situación personal de la persona” (Herrera, 2009, p. 117). Es así como para incentivar y mantener dicha participación motivadora se debe interpelar a la promoción de los siguientes rasgos: disponer de una aptitud y mentalidad positiva, cultivar la inteligencia emocional, mostrar curiosidad por enseñar y aprender, innovar, incentivar el ánimo de superación, voluntad, creatividad, ilusión, respeto, esperanza, confianza en sí mismo y en los demás, flexibilidad, autoeficacia, etc....

2.3 Concretización cooperadora en y desde el trabajo en equipo democratizador

La cooperación bajo el sustento de un trabajo en equipo democratizador, se debe materializar en una intervención social participativa y representativa y colaborativa que fomente elementos añadidos a la perspectiva tradicional y simplista, incrementando la consciencia y la autoestima del conjunto de profesionales y de personas demandantes de una ayuda profesionalizada, contribuyendo a posturas que minimicen el desinterés hacia la función, actividad o tarea a desarrollar, generando una mayor implicación respecto de todas las partes que conforman el equipo de trabajo, siempre y cuando, éstos no externalicen ningún tipo de resistencia a incorporar nuevas lentes para percibir los procesos transformadores personales y grupales. Así, el núcleo de la lógica de la actuación profesional debe pasar por sumar posturas y esfuerzos, no mirando hacia un objetivo concreto, sino a la diversidad y pluralidad de ellos, evitando intervenciones lineales y propiciando espacios constantes para la reflexión, el debate y las críticas constructivas. El razonamiento desde partir de una actitud que permita ceder y transitar desde lo individual o lo singular a lo general o lo complejo, de ahí que, Cifuentes y Meseguer (2015) expresen que el trabajo cooperativo constituye un medio para un aprendizaje por competencias que sirve para que las personas y/o profesionales puedan dar respuestas a las necesidades de la sociedad.

A la luz de lo indicado, se presupone que cada persona y/o profesional debe alcanzar sus objetivos a la par que el resto cumple también los suyos con el objeto de socializar el éxito, para la obtención de finalidades y metas compartidas. La fundamentación argumental se sustenta sobre los pilares de que el éxito proviene de la construcción de los esfuerzos individuales y grupales, desde la certidumbre de que todos y todas tienen algo que aportar a ellos mismos y respecto de los demás, existiendo la siguiente correlación: se alcanzarán los objetivos grupales únicamente si el resto de los/as profesionales también los alcanzan. Y desde este enfoque, los éxitos individuales se deben sumar a los grupales a través de un aprendizaje cooperativo y colaborativo, por lo que, las recompensas son compartidas por todos los miembros que conforman el equipo de trabajo.

Y para encontrar soluciones a lo indicado, surge la imperiosa necesidad de disponer de una confianza entre los miembros del grupo. A pesar de existir una compleja heterogeneidad y diversidad como seres humanos únicos e irrepetibles Barraycoa y Lasaga (2010) señalan la importancia en considerar todos los aspectos psicosociales de las personas y los/as profesionales en el trabajo en equipo. Esto nos lleva a valorar que debe existir una consideración con las diferencias de los miembros del grupo, prestando una oportunidad para un adecuado cumplimiento de los objetivos preestablecidos,

Emiliano A. Curbelo

haciendo emerger una responsabilidad conjunta articulada sobre la esfera del aprendizaje y las destrezas interpersonales, sociales y grupales, debiendo evaluar procesual y longitudinalmente el funcionamiento grupal.

Llegados a este punto, para presentar una radiografía lo más próxima a la realidad, es importante señalar el interés hacia y por las funciones, actividades y tareas propias y de los/as demás, debiendo clarificar las normas y reglas de funcionamiento grupal, a ser posible, consensuadas por unanimidad, más allá de lo que se pueda contemplar en los marcos normativos organizacionales de referencia. Y hablar de normas y reglas es estimar una serie de condiciones básicas que permitan operar bajo el amparo de un trabajo en equipo democratizador, pudiendo destacar como puntos clave la asistencia puntual a las reuniones de trabajo, la participación simétrica, representativa y colaborativa en la toma de decisiones, el reparto de responsabilidades que debe ir variando en el espacio y tiempo, la asunción igualitaria de roles, el uso de técnicas y dinámicas grupales que favorezcan el crecimiento y la madurez grupal, la evaluación de los procesos y los resultados, la creación de contextos cooperativos y colaborativos, etc.

De este modo, los aprendizajes cooperativos y colaborativos fomentan un mayor rendimiento personal, el incremento de la autoestima, la aceptación, la mejora de las estructuras de razonamiento y pensamiento, aumentando la productividad y la cohesión grupal, las destrezas, valores y actitudes, permitiendo ceder ante otros puntos de vista y criterios, mejorando la percepción y aceptación hacia los demás, así como el bienestar social y psicológico. Y dicho aprendizaje, debe considerar aspectos tales como la composición y estructura grupal, la estructura funcional, organizacional y normativa, las destrezas, competencias y capacidades, con el objeto de garantizar que los procesos permitan compartir, no solamente cuestiones técnico-profesionales, sino vivenciales y experienciales.

2.4 Concretización coordinadora en y desde el trabajo en equipo democratizador

La coordinación significa la multiplicación de los diversos esfuerzos individuales y grupales, de forma tal que, los miembros del grupo obtienen beneficios mutuos, es decir, se establecen sinergias que promueven una comprensión holística de las situaciones a afrontar, aprovechando los resultados de una persona para maximizar los resultados de las otras o dicho de forma más entendible, “el resultado final es superior a la suma de los resultados individuales” (Aguado et al., 2008, p. 29).

Al respecto, la coordinación debe considerarse como un proceso donde cada una de las piezas del engranaje deben estar imbricadas en la construcción de un todo consensuado, todo ello, de cara a lograr un beneficio común. Por ende, se va produciendo un sumatorio exponencial que supera los aportes individuales, donde las propuestas, ideas y pensamientos conjuntos, se configuran desde los cimientos de un proceso conjunto. Lo relatado nos lleva a socializar, no solamente las sapiencias individuales y grupales, sino a la cimentación de un espacio de aprendizaje común, aprovechando las aportaciones que se producen y deben florecer en cualquier espacio de trabajo y en cualquier relación profesionalizada, así, Borrell (2004) explicita que, el objetivo, es la armonización del equipo, limitando asperezas, malentendidos e intereses contrapuestos.

Desde esta visión, además de contrarrestar y neutralizar los egos y la excesiva representatividad, se debe tender a neutralizar las posiciones autoritarias, la concentración del poder, considerando y potenciando las capacidades de cada integrante del equipo de trabajo para articular una cosmovisión desde el paradigma “sumar y no restar”. De todo ello dimanar diferentes formas de establecer dicha coordinación, es así que, haciendo alusión a Ballenato (2008), Cembranos y Medina (2003) y realizando una extrapolación de dichas estrategias coordinadoras al trabajo en equipo democratizador, hay que hacer especial énfasis sustancialmente a dos tipos de los que dichos autores aconsejan como la adaptación mutua como una forma espontánea donde un determinado número de personas, se ponen de acuerdo para valorar la forma en que se va realizar la tarea, dimanando un proceso en la interacción directa, que va dictando el qué y cómo hacerlo y por otro lado, es importante tener en cuenta la coordinación por construcción colectiva que requiere para realizar dicha construcción colectiva de una idea, de un mínimo de sentido compartido, mejorándose las acciones coordinativas con el aprendizaje y el entrenamiento.

Efectivamente, no podemos poner fin a este apartado sin referirnos al líder, una figura presente en todo equipo de trabajo y proceso grupal, constituyéndose como un referente que no debe ser entendido exclusivamente como aquel o aquella que ostenta la dirección unilateral del resto de miembros, sino más bien, se debe comprender y entender como una persona que aporta una fuente de inspiración que contribuya a la deconstrucción de prácticas arcaicas y esquemas mentales sostenidos en la verticalidad, debiendo promover un funcionamiento colectivo donde la horizontalidad en las relaciones personales y profesionales sea la veleta que marque el rumbo del funcionamiento grupal, aunque, como bien decía Antonio Machado “Es propio de aquellos con mentes estrechas, embestir contra todo aquello que no le cabe en la cabeza”.

Emiliano A. Curbelo

En definitiva, básicamente, desde este enfoque, se aconseja un estilo de liderazgo donde el líder externalice un papel mentor y de acompañamiento que contribuya a disminuir su control y mantener la motivación y la confianza, facilitando la participación y representación de todos los miembros mediante una lluvia de ideas que mejoren la planificación y la programación y por tanto, las actuaciones. A su vez, el líder debe compartir y delegar las competencias entre el resto de los miembros del grupo, lo que supone una mente abierta a la confianza y a la lealtad.

2.5 Concretización empática-emocional en y desde el trabajo en equipo democratizador

En y desde el trabajo en equipo democratizador, no solamente se debe atender a cuestiones técnicas dimanadas de los conocimientos disciplinares, sino al aporte de las vivencias, experiencias y afectividad, desde la base de la dimensión empática-emocional, donde puede aflorar un amor fraterno que cree ese clima de confianza mutua entre todos los miembros, constituyendo el principal revulsivo para la prosecución de una efectiva vinculación que, desde y bajo otras gafas, permitan lograr un beneficio común y compartido. Sistemáticamente, ante este discurso se debe aplicar la siguiente máxima: el bienestar de uno debe contribuir al bienestar de todos/as y viceversa, entendiendo los procesos emocionales que subyacen en cualquier interacción humana, en ese encuentro entre almas, desde ese amor fraterno compartido como una cuestión vital que podemos tácitamente relacionar con valores y principios humanistas.

Desde mi punto de vista, se deben aportar los saberes desde otra óptica, comprendiendo que, la mezcolanza de todos los niveles experienciales de los/as profesionales y de las personas, conforman la mejor herramienta para concretizar las finalidades resolutorias, por lo tanto, no es lo mismo caminar juntos que ir de la mano. Y esa solución transcurre por entender al amor fraterno desde una postura alejada de la caridad o sustentada en el amarillismo, a una concepción repleta de valores sociales y humanos, es decir, humanizar los equipos de trabajo más allá de los conocimientos teóricos y prácticos.

Así nace la afectividad entre los/as profesionales, demostrando y mostrando abiertamente sus ángeles y sus demonios, sus luces y sus sombras, sus emociones positivas y negativas. La cercanía física y emocional supone una oportunidad para percibir, más allá de la superficialidad, una igualdad desde el reconocimiento de la diversidad como seres humanos que pretenden ayudar, pero también de alguna forma necesitan ser ayudados. Una mera sonrisa o un abrazo permiten que el/la otro/a se percate de la

importancia que le asignamos, reconociendo sus cualidades personales y humanas desde niveles ascendentes de conciencia moral y espiritual, por lo que, este tipo de expresiones gestuales, superan a la más hermosas de las palabras.

De igual manera, se forja el camino hacia una armonía grupal donde se entremezclan los intereses y las necesidades individuales con las colectivas, aislando todo atisbo de egocentrismo, lo que propicia sacrificar el beneficio personal en aras del bien común, aunque, en numerosas ocasiones, se producirán conflictos producto de errores propios o equivocaciones del resto de miembros, siendo necesario en este caso, superar estas experiencias disfuncionales sin rencor, adaptándonos al proceso evolutivo, madurativo y espiritual de cada persona o profesional.

Por ende, esta visión debe sustanciarse sin ejercer discriminación alguna por razón de sexo, creencia, raza, ideológica, edad, situación personal o social. Y para ello, debemos acudir a las cuantificaciones de la “verdad”, ese concepto abstracto que se dota de significado según la mirada de cada ser humano, si bien, en lo sustancial, existe un consenso sobre aquello que es adecuado o inadecuado, por ello, una conducta sincera y honesta accionada sin intereses espurios, permite sostener una confianza para el desarrollo de un trabajo en equipo democratizador donde las emociones adecuadamente canalizadas contribuyan a la toma de la mejor decisión.

2.6 Concretización ética en y desde el trabajo en equipo democratizador

En el trabajo en equipo democratizador para desplegar una actuación profesional tolerante, inclusiva y respetable, debemos apelar al contenido de la Declaración Global de Principios Éticos del Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajo Social (2018), naciendo de su articulado la necesidad de mostrar transformaciones en la ética y deontología que conduzcan a un desarrollo personal y social sustentado en valores morales. Por lo tanto, el trabajo en equipo democratizador en el marco del Trabajo Social ultramoderno debe remover las dificultades y los obstáculos que impidan la aplicabilidad de dichos valores y principios éticos, debiendo articular mejoras estructurales que contribuyan a implementar procesos organizacionales y decisionales basados en los valores sociales, morales y humanos. En consonancia con lo expresado, Cubillos (2014) establece que los valores, son aquellas actitudes, creencias y principios que tienen las personas, es más, se torna urgente un cambio de paradigma que ponga en solfa las actuaciones imparciales y arbitrarias que puedan afectar a los miembros del equipo de trabajo y desnaturalizan las garantías protectoras éticas en la asunción de aquellas decisiones que afectan tanto a las personas como a los profesionales.

Emiliano A. Curbelo

Y todo lo explicitado implica considerar las aportaciones disciplinares, epistémicas y metodológicas del Trabajo Social ultramoderno, amparadas en nuevas teorías, métodos, paradigmas, metodologías y modelos desde una cosmovisión ética, frente a medidas autoritarias y absolutistas, evitando con ello incurrir en procesos que impidan normalizar las estructuras organizacionales y funcionales donde suelen primar los intereses de la organización y/o los/as profesionales por encima de las personas, debiendo ser este tipo de lógicas de actuación injustas neutralizadas por los trabajadores y trabajadoras sociales a través del empoderamiento pacífico y de actuaciones reivindicativas, todo ello, desde el planteamiento de base del reconocimiento y la defensa de un Trabajo Social ultramoderno con y para las personas.

Y tras todas estas reflexiones, podemos decir que, el trabajo en equipo democratizador desde una perspectiva ética sugiere hacer acopio de un conjunto de valores que deben fluir y hacerse presentes en la dinámica de los equipos de trabajo, que, de un modo u otro, pueden afectar a la forma de entender la profesión, debiendo generar alternativas asertivas antes y durante el proceso de la toma de decisiones. Es así que, existe un repertorio de valores consustanciales al ser humano en el ámbito de las relaciones interpersonales como pueden ser la voluntad, el cuidado, el compromiso, la responsabilidad, la valentía, el respeto, la sabiduría, la compasión, la fraternidad, la lealtad y sobre todo la confianza entendida ésta última como el pilar supremo que sustenta a todas las demás, un principio inspirador que se manifiesta en cualquier relación interpersonal, y por tanto en el marco del trabajo en equipo, bien gestionada, promueve un mejor clima de trabajo y mejores resultados resolutivos, engrandeciendo el funcionamiento de los equipos de trabajo. La confianza permite ese compromiso solidario, sin miedo, que garantiza que todos los miembros estén en disposición de compartir voluntaria y solidariamente, no solamente un tiempo y un espacio común, sino la prosecución de unos objetivos y metas grupales.

Todos estos ir y venir deben servir para sacar la mejor versión de nosotros/as mismos/as y del resto de miembros del grupo, a través de la asunción de unos adecuados principios éticos y morales o como expone Cubillos (2014) nos debe hacer pensar y reflexionar sobre el rechazo a las funciones de control impuestas normalmente por la organización, defendiendo una relación profesional-personal, cálida e igualitaria, debiendo sentirnos comprometidos con la subordinación a los valores éticos que contribuyen a una mayor alegría, felicidad y bienestar, que nos hará libres a la hora de desarrollar un trabajo en equipo democratizador con una mayor productividad, eficacia y eficiencia desde decisiones más justas o como remata Bruno (2018) afianzará sólidamente nuestros principios para un encuentro igualitario que sirva para mejorar la transformación de las conductas y comportamientos.

En suma, los/as miembros del equipo de trabajo en el contexto del trabajo en equipo democratizador, deben contar con la acérrima defensa de la confidencialidad, la privacidad y la protección de datos de las personas, es por lo que, debemos cumplir escrupulosamente con lo preceptuado en las diversas normativas de protección de datos, tanto a nivel nacional como supranacional, entre las que podemos destacar: La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales que ha modificado la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Reglamento General de desarrollo de Protección de Datos de 25 de mayo de 2018, el Reglamento Europeo 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, el Reglamento (UE) 2016/679 y lo estipulado en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

2.7 Concretización mediadora en y desde el trabajo en equipo democratizador

Cada persona es un ser humano que presenta unas características únicas, por lo tanto, mantiene una visión del mundo que le rodea en base a sus experiencias, a esa mochila repleta de multivivencias actuales y provenientes del pasado. De este modo, en el marco de las relaciones interpersonales, en ese encuentro humano sea cual sea, suelen surgir divergencias, puesto que, a la hora de percibir, entender y comprender la disciplina y los sucesos, acontecimientos y las situaciones de la vida, cada persona o profesional las interpreta desde unas gafas preconcebidas, así, en el trabajo en equipo democratizador surge la necesidad de desactivar esas desavenencias mediante técnicas de resolución de conflictos como es la Mediación. Este tipo de estrategia nos va a permitir que los desencuentros se gestionen adecuadamente, promoviendo acciones donde todos salgan ganando, sin coartar la libre expresión de opiniones, ideas y/o pensamientos dado que, en la diversidad, podemos encontrar la riqueza resolutive. No obstante, siempre debemos acercar posiciones en base a la tolerancia y el respeto por y hacia el otro, siempre y cuando los discursos se desarrollen desde conductas asertivas y para nada agresivas. Ello permitirá explicitar nuestras posturas respetando las de los demás, desde actitudes que se acerquen al marco de la sociabilidad, haciendo valer nuestros derechos, pero respetando al mismo tiempo las visiones apreciativas de los demás miembros del grupo. Hablar de democracia en el trabajo grupal es permitir que cada persona se exprese desde la mirada que entienda más productiva para ella misma y para el conjunto de miembros, si bien, eso no significa que dicha libertad deba y pueda ser utilizada para realizar imposiciones despóticas y autoritarias que minusvaloren o limiten el trabajo grupal, puesto que, lo lógico es que la mezcla de los dife-

rentes criterios, sirvan para alcanzar diferentes alternativas resolutiveas en la toma decisional que, como hemos venido exponiendo, debe tender a democratizar el funcionamiento de los equipos de trabajo.

3. A MODO DE RESUMEN FINAL: ABRIENDO PUERTAS A NUEVAS REFLEXIONES (CO)PARTICIPATIVAS DESDE CONTEXTOS DEMOCRATIZADORES

A continuación, partiendo del contenido vertido en el presente desarrollo textual, se exponen las siguientes conclusiones y reflexiones con el objeto de generar un espacio de debate y crítica constructiva:

- El trabajo en equipo democratizador aunque se presupone que puede estar constituido por profesionales de la misma o diferente disciplina, en la medida de lo posible, debe considerar a las personas necesitadas de una ayuda profesionalizada, buscando espacios de encuentro conjuntos donde éstos puedan verter sus criterios y realizar sus aportaciones respecto a las decisiones que les puedan incumbir, al disponer éstas de mayores alternativas resolutiveas por ser conocedoras en primera mano de los problemas sociales y las circunstancias que les afectan, pudiendo realizar valiosas aportaciones en las planificaciones, programaciones y actuaciones que se lleven a cabo en y desde los equipos de trabajo, tanto a nivel de sus circunstancias como de aspectos de la propia organización, debiendo interpelarse como indican Hernández y Curbelo (2017) al uso de metodologías participativas basadas en lógicas de la complejidad que, a mi juicio, favorezcan la plena inclusión de todos los actores en los procesos de trabajo donde se toman más decisiones para la ulterior intervención social participativa y representativa y colaborativa.
- El trabajo en equipo democratizador supone un funcionamiento grupal en y desde un equipo de trabajo constituido por profesionales del Trabajo Social y otros profesionales de las Ciencias Sociales y Humanas. De este modo, la flexibilidad a la hora de encauzar los procesos grupales debe ser medida para evitar una confrontación por razones, no exclusivamente basadas en criterios disciplinares, sino por un sentimiento de usurpación de funciones. Aunque se hable de democracia grupal, cada profesional debe aplicar sus saberes y experiencia desde su enfoque disciplinar, sin intentar atribuirse competencias y funciones sobre los que quizá no tenga un dominio y conocimiento apropiado.

(Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos:
Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno

- A mejor entendimiento, en el trabajo en equipo democratizador, todas las piezas del engranaje cuentan con la misma importancia, más allá de cargos, funciones y desempeños. Aquí todo funciona desde una cosmovisión que sugiere que, si una parte no funciona adecuadamente, el resto se verá afectado. No existen protagonistas relevantes, desde la diversidad, todos los miembros del equipo de trabajo constituyen un todo y un sumatorio que crea esa realidad, por lo que, éstos deben disponer y ostentar la misma relevancia y representatividad.
- A su vez, el trabajo en equipo democratizador desde la disciplina del Trabajo Social ultramoderno, sienta las bases para una ulterior intervención, no únicamente conceptualizada como social, sino como una intervención social participativa y representativa y colaborativa, percibiendo a las personas como sujetos y esto nos lleva a socializar en todos los ámbitos, contextos y escenarios de la acción social, modelos como el centrado en la persona, en la cual, no son éstas las que deben adaptarse a los recursos, servicios y organizaciones, sino al contrario. También deben emerger modelos humanistas, de metodologías participativas, constructivistas, etc.
- Asimismo, desde este enfoque, la esfera empática-emocional debe ser nuestro cuaderno de bitácora, un elemento cardinal para el desarrollo de un trabajo en equipo democratizador bajo criterios fundamentados en valores sociales, morales y humanos. Se constata una relación directa entre éstos y lo dialógico-comunicacional habida cuenta que, en los diversos niveles y contextos comunicativos, en las relaciones interpersonales, subyacen intrínsecamente aspectos afectivos, empáticos y emocionales que servirán para asumir este tipo de preceptos grupales.
- Otra particularidad la encontramos en la necesidad de aprender, desaprender y reaprender nuevos procesos y funcionamientos grupales adaptados al siglo XXI, desde esa inocencia que permita convertirnos en seres más comprensivos y tolerantes, donde el contexto del trabajo en equipo democratizador sirva para contribuir a la “solidaridad humana tanto dentro como fuera de las diferentes dependencias, solidaridad entendida como interés por mí y por el otro, constituyendo en equipos más sólidos y posicionados que generen altos estándares de calidad en todos sus dimensiones personal, laboral y social” (Toro, 2015: 25).
- La cooperación y coordinación en el trabajo de grupo democratizador son los ejes centrales de un normal funcionamiento y desarrollo grupal que tienda a la plena madurez grupal, por lo que, la forma en la cual enfoquemos esta premisa, marcará el paradigma que permita sumar y no restar, adoptando respuestas éticas desde

principios medulares como son la igualdad entre los/as profesionales, equilibrando y redistribuyendo el poder decisional, tomando determinaciones compartidas y asumidas de forma unánime y colectiva, donde la figura del líder debe ser entendida como una figura de apoyo, de acompañamiento, de cohesión grupal, de fuente de diversidad y no como el único director que posee el poder de lo que se debe o no debe hacer o plantear.

- Concretizar el trabajo en equipo democratizador es entender y comprender a los integrantes de los equipos de trabajo desde una interacción colectiva cuyo objeto debe ser la resolución de las problemáticas que se presentan en cualquier encuentro entre almas, construyendo caminos que permitan desde una mirada técnica, resolver las dificultades e integrar aprendizajes cooperativos y colaborativos que, sumado a la esfera empática y emocional, discurren hacia la tolerancia en y de la defensa de valores innatos y consustanciales del ser humano, si bien, surgen una serie de dificultades apuntadas por Curbelo (2020b) provocadas por el desconocimiento existente entre la intervención social y los modelos de intervención en y desde el Trabajo Social, a lo que podríamos añadir de cosecha propia, teniendo limitaciones en el conocimiento de los adecuados modelos grupales, organizacionales y participativos para el preceptivo desarrollo de un trabajo en equipo democratizador. Y dentro de este espacio, promover procesos mediadores que sirvan para la resolución que aquellos conflictos que se hacen manifiestos en y durante el trabajo en equipo, es una cuestión vital para lograr un normal funcionamiento grupal.
- Respondiendo a aspectos legales y éticos, la privacidad, la confidencialidad y la protección de datos requiere que la información y la documentación que se consulta y maneja durante el desarrollo del trabajo en equipo democratizador, debe salvaguardarse escrupulosamente, especialmente la información sensible, intentando no compartir información fuera del contexto del equipo de trabajo, ni profundizar en aquellos datos que no sean estrictamente necesarios para no extendernos y trascender nuestras competencias, debiendo cumplir rigurosamente con las normativas nacionales y supranacionales de protección de datos.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, A., Salanova, M. y Llorens, S. (2011). ¿Cómo Predicen las Prácticas Organizacionales el Engagement en el Trabajo en Equipo?: El Rol de la Confianza Organizacional. *Ciencia y Trabajo*, 41, 125-134.

- Aguado, D., Arranz, V., y Lucía, B. (2008). *Habilidades para el trabajo en equipo: programa de entrenamiento*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid-Servicio de Publicaciones.
- Aguilar, J. E. y Vargas, J. E. (2010). *Trabajo en equipo*. Network de Psicología Organizacional. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.
- Ariza, D. (2015). Valores Éticos y Trabajo en Equipo en los Proyectos: Una competencia para Garantizar la Sostenibilidad Organizacional. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 10, 2, 25-36.
- Ballenato, G. (2008). *Trabajo en equipo: dinámica y participación en los grupos*. Madrid: Pirámide.
- Barraycoa, J., y Lasaga, O. (2010). La competencia en trabajo en equipo: más allá del corta y pega. *Vivat Academia*, 111, 67-70. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n111/Articulos111.pdf>
- Borrell, F. (2004). *Cómo trabajar en equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros*. Barcelona: Gestión 2000.
- Bruno, F., Acevedo, J., Castro, L., y Garza, R. (2018). El construccionismo social, desde el Trabajo Social: modelando la intervención social construccionista. *Revista Marguen*, 91, 1-15.
- Cardona, P. y Wilkinson, H. (2006). Trabajo en equipo. *IESE Business School*, 3, 1-8.
- Cembranos, F., y Medina, J. A. (2003). *Grupos inteligentes, teoría y práctica del trabajo en equipo*. Madrid: Popular.
- Cifuentes, P. y Meseguer, P. (2015). Trabajo en equipo frente a trabajo individual: ventajas del aprendizaje cooperativo en el aula de traducción. *Revista Tonos Digital*, 28, 1-21.
- Cubillos, C. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. *Revista Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 87, 1-18.
- Curbelo, E. (2020a). La intervención social del trabajador y la trabajadora social: ¿Necesidad de transitar hacia un nuevo (re)enfoque del trabajo social? *Humanismo y Trabajo Social*, 19, 195-211.
- Curbelo, E. (2020b). La intervención social en Trabajo Social: una mirada epistémica a los clásicos modelos de intervención en Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social Caleidoscopio-REETSJ*, 5, (20), 33-44.
- Davis, K. y Newstron, J. (2007). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Federación Internacional de Trabajo Social. (2014). *Definición Global de Trabajo Social*. Recuperado de: <https://www.adasu.org/prod/1/487/Definicion.Global.del.Trabajo.Social.pdf>

Emiliano A. Curbelo

- Federación Internacional de Trabajo Social. (2018). *Definición Global de Principios Éticos del Trabajo Social*. Recuperado de: <https://www.google.com/amp/s/inmaculadasol.com/2018/08/06/declaracion-de-principios-eticos-del-trabajo-social-federacion-internacional-de-trabajado-social-julio-2018/amp/>
- Furguerle, J. y Graterol, C. T. (2010). Habilidades sociales para el fortalecimiento del trabajo en equipo en las organizaciones. *Revista Electrónica Facultad de Ingeniería UVM*, 4, (2), 216-228.
- Hernández, L. y Curbelo, A. (2017). *Otro Trabajo Social es Posible. Construyendo Ciudadanía*. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Madrid: CIMAS.
- Herrera, J. M. (2009). *Manual de Gerencia y Administración de Servicios Sociales*. Tenerife: Ed. Fotocopias Drago.
- Mantilla, M. y García, D. (2010). Trabajo en equipos autodirigidos: competencias personales y conductas necesarias para su éxito. *Revista Venezolana de Gerencia*, 15, (49), 51-71.
- Rojas, M., Jaimes, L. y Valencia, M. (2018). Efectividad, eficacia y eficiencia en equipos de trabajo. *Revista Espacios*, 39, (11).
- Toro, L. Y. (2015). *La importancia del trabajo en equipo en las organizaciones actuales* (Trabajo de Grado). Colombia: Universidad Nueva Granada.
- Torrelles, C., Coiduras, J., Isus, F., Carrera, X., París, G., y Cela, J. M. (2011). Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 15, (3), 329-344.
- Viles, E., Jaca, C., Tanco, M., y Medina, A. (2011). Desarrollo metodológico para medir el trabajo en equipo. *Revista Venezolana de Gerencia*, 16, (55), 375-389.

TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO: INTERVENCIÓN SOCIAL CON PACIENTES CON ALZHEIMER

NEUROLOGICAL SOCIAL WORK: SOCIAL INTERVENTION WITH ALZHEIMER'S PATIENTS

Verónica Olmedo Vega. *Trabajadora Social Sanitaria del Servicio Médico de Neurología Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Elisa Mielgo Gandarillas. *Trabajadora Social y Gerontóloga Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Resumen: La realidad social está en continuo cambio, por ende, las necesidades sociales que en ella se suceden. El envejecimiento de la población implica la aparición de problemas de salud, como el Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa primaria caracterizada por una disminución progresiva de la función cognitiva, asociada a la edad.

La intervención del/de la profesional de Trabajo Social neurológico con pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer debe tener en cuenta su realidad bio-psico-social presente y futura, con un abordaje psicosocial interrelacionado con el paciente y su familia.

Este artículo presenta la intervención de la trabajadora social neurológica de un Hospital de Agudos con personas con Alzheimer desde el diagnóstico de la enfermedad, adaptando la intervención a las diferentes fases por las que transcurre la misma. Un acompañamiento social ajustado a los cambios y necesidades que la enfermedad inevitablemente va provocando en el/la paciente, contribuyendo al logro de su bienestar y calidad de vida.

Palabras Clave: Trabajo Social neurológico, Alzheimer, Intervención Social, Neurodegenerativa, Adaptación.

Abstract: The social reality is constantly changing, with it, the social needs that occur in it, we are witnessing an aging of the population that implies the appearance of health problems. Alzheimer's disease is a primary neurodegenerative disease characterized by a progressive decrease in cognitive function, associated with age. The intervention of the neurological social work professional with patients diagnosed with Alzheimer's disease must take into account their present and future bio-psycho-social reality, with a psychosocial approach interrelated with the patient and their family.

This article presents the intervention of the neurological social worker of an Acute Hospital with people with Alzheimer's from the diagnosis of the disease, adapting the intervention to the different phases through which it passes. A social accompaniment adjusted to the changes and needs that the disease inevitably causes in the patient, contributing to the achievement of their well-being and quality of life.

Key words: Neurological Social Work, Social health work, Neurology, Alzheimer's, social intervention, Neurodegenerative, Adaptation.

| Recibido: 19/04/2021 | Revisado: 22/12/2020 | Aceptado: 02/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Correspondencia: Verónica Olmedo Vega. Trabajadora Social Sanitaria del Servicio Médico de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Email: volmedo@saludcastillayleon.es

Referencia normalizada: Olmedo, V., y Mielgo, E. (2021). Trabajo Social neurológico: intervención social con pacientes de Alzheimer. Trabajo Social Hoy, 92, 101-123, doi: 10.12960/TSH.2021.0005

1. INTRODUCCIÓN

En este artículo se aborda la especificidad de la intervención del Trabajo Social Neurológico con pacientes diagnosticados de Alzheimer y su familia. Se hace una aproximación al concepto de Trabajo Social Sanitario: origen, funciones, entre otros, para detenernos en un perfil novedoso y necesario que es el Trabajo Social Neurológico. Este/a profesional atiende a las personas diagnosticadas con enfermedad neurológica, entre ellas, el Alzheimer. Se aborda la enfermedad de Alzheimer: su origen, definición, evaluación y etapas de la misma, para entender el impacto que supone en el paciente y su familia, una enfermedad de estas características. El circuito de intervención del trabajo social neurológico con pacientes diagnosticados de Alzheimer y su familia que se desarrolla en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, explicado seguidamente, para finalizar el artículo con la discusión y unas conclusiones.

2. TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO

El abordaje y acercamiento a un campo específico de intervención del Trabajo Social Sanitario, el trabajo social neurológico, en reciente construcción y desarrollo teórico, precisa de un conocimiento teórico y formación acreditada sobre las enfermedades neurológicas. Para contextualizar este, es necesario, conocer el Trabajo Social Sanitario.

El Trabajo Social Sanitario surge por la necesidad de ampliar la visión integral, la necesidad no solo de tratar los problemas de salud que presenta una persona, sino también los factores sociales (familiares, económicos, habitabilidad, equilibrio psicológico) que puedan agravar o aligerar su enfermedad (Hervás de la Torre, 2016, p. 84). Es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación con las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como derivan de ellas [(Ituarte, 2001 en Agència Valenciana de Salut (2012)].

Según el Consejo General del Trabajo Social “El Trabajo Social Sanitario es el ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, respetuoso con la autodeterminación e individualización, teniendo en cuenta las particularidades y la afectación de la enfermedad en cada

persona (2013, p. 6)". Consiste en un proceso de ayuda psicosocial a las personas, para hacer frente a las dificultades que surgen en relación con problemas de salud, cuidados y pérdida de autonomía personal, que suelen ir asociados a la mayoría de procesos crónicos (Campello y Rodríguez, 2016, p. 74).

Una atención de calidad a pacientes diagnosticados de Alzheimer u otra demencia requiere un abordaje multidisciplinar específico desde el equipo de neurología, en él se encuentra el/la profesional de trabajo social neurológico. La atención e intervención social con pacientes neurológicos es competencia de este/a profesional. Se podría decir, por tanto, que el trabajo social neurológico, es una especialización del Trabajo Social Sanitario (Olmedo y Arranz, 2017, p. 41) y requiere de una formación específica acreditada (Olmedo y González, 2018, p. 95).

El Trabajo Social Sanitario en neurología tiene como principales funciones la atención a las necesidades socio sanitarias producidas por la enfermedad y el abordaje integral de la situación socio sanitaria del enfermo desde su diagnóstico, estableciendo planes integrales que faciliten el soporte necesario para seguir las indicaciones terapéuticas y para mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como en su principal apoyo, la familia. Para el desarrollo de estas funciones, el/la profesional en dicho servicio tiene que tener conocimientos específicos acreditados, como: conocer la diferente terminología clínica, pruebas diagnósticas, factores de riesgo, la estructura y funcionamiento de un servicio clínico de neurología, conocimiento y entendimiento de los distintos/as profesionales que le conforman, el dominio de protocolos y guías de intervención sobre las diferentes patologías, además de las competencias concretas en técnicas propias y específicas del Trabajo Social en el área de neurología, escalas de valoración y fundamentalmente participación en grupos científicos, publicaciones e investigaciones que contribuyan a la evidencia científica de la atención social con pacientes en esta especialidad entre otros (Olmedo y González, 2019, p. 95).

La especialidad en los diferentes ámbitos del Trabajo Social, sobretudo en el sanitario en general, no es algo nuevo, pero si poco visibilizado, es nueva la especialización en el campo de la neurología. Se debe promover, en el ámbito académico y profesional la especialización y abogar por un proceder que supere la mera gestión y coordinación de recursos (Gijón y Colom, 2016), y por la transdisciplinariedad. No es lo mismo un problema de salud que otro, uno que amenace la integridad física, psicológica o relacional del paciente o que conlleve un riesgo de incapacidad, discapacidad o dependencia y/o muerte, que otro que, aun revistiendo cierta gravedad, sea un proceso agudo, sin riesgo de secuelas permanentes (Ituarte, 2011, p. 310).

En el plan de intervención social, han de estar incorporados no solo los deseos y necesidades de la persona, que se detectan en la comunicación con éste, también los daños o secuelas que la enfermedad neurológica le ha producido o va a producir en su persona, por ejemplo, su capacidad de atención y comprensión.

Según señaló Olmedo, en la celebración del 40 ° aniversario del Hospital Clínico Universitario de Valladolid celebrada en junio 2018, “el trabajo social neurológico con pacientes diagnosticados de Alzheimer pretende garantizar la atención y apoyo que precisa el paciente en cada una de las fases de su enfermedad, lo que implica un seguimiento continuo de las necesidades que ésta genera para ir complementando al paciente y familia con los apoyos que él no puede autoabastecerse” (Olmedo, 2018).

3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.1. Origen

En 1901 el neurólogo alemán, Alois Alzheimer (1864-1915), neuropatólogo y psiquiatra, descubrió el caso de la enfermedad que lleva su nombre. Relata el caso de una mujer de 51 años con pérdida de memoria y otras funciones cerebrales, que presentaba también alucinaciones y delirios. A los cinco años del fallecimiento de la paciente, “el detallado estudio *post mortem* que realizó Alzheimer de la paciente, posibilitó mostrar rasgos histológicos caracterizados por una masiva pérdida neuronal, la presencia de placas de amiloideo y marañas neurofibrilares” (Deus, Devi y Sainz, 2016, p. 59).

El doctor Alzheimer presentó por primera vez la definición de la enfermedad que más tarde fue corroborada por otros/as compañeros/as. En esa época fue considerada como un tipo de demencia pre-senil ya que la paciente era muy joven y la demencia se consideraba una enfermedad que solo afectaba a personas mayores.

Esta descripción clínico-patológica de Alois Alzheimer se publicó en dos revistas alemanas. Kraepelin, psiquiatra alemán, fue el primero en utilizar en 1910 el nombre de la enfermedad de Alzheimer para referirse a la patología que unos pocos años antes había descrito su compatriota, introduciendo por primera vez este nombre.

En pleno siglo XX, a finales de la década de los cincuenta, y durante los sesenta, los trabajos de la escuela inglesa de Psiquiatría con Martin Roth, Tolimson y Blessed concluyeron que la principal causa de demencia tanto presenil como senil es la enferme-

dad de Alzheimer. Por lo que la separación entre estos tipos de demencias dejaba de tener sentido si con ello se quería indicar causas completamente diferentes (CEAFA, 2008, p. 19).

3.2. Definición

La enfermedad de Alzheimer (EA) “es una demencia asociada a múltiples marcadores neuropatológicos, pero los más importantes son los ovillos neurofibrilares y las placas amiloides. El diagnóstico definitivo se alcanza mediante la identificación *post mortem* de estos dos hallazgos en el cerebro en alta densidad y distribución característica. En los primeros estadios se observan en el sistema límbico y posteriormente abarcan el neo córtex. La enfermedad se origina en el lóbulo temporal medial, que conlleva característicamente una alteración importante en la memoria declarativa” (Lerín, 2013, p. 32). “La EA es un tipo de demencia neurodegenerativa primaria con lesiones localizadas en la corteza cerebral y claramente relacionada con la edad. Demencia, que cursa con un deterioro global de las funciones intelectuales o mentales; neurodegenerativa, porque las neuronas se degeneran o deterioran hasta morir; y primaria, porque no se conoce la causa por la que se produce (Mínguez Martín y Martín Díaz, 2001, p. 14)”.

Señalar, que el 5 % de los enfermos de Alzheimer tiene la enfermedad con características genéticas de herencia autosómica dominante, consecuencia de mutaciones en los cromosomas 1 (mutación STM-2), 14 (mutación S-128), 21 (mutación de la PPA) y 19. Todas estas proteínas se encuentran involucradas en la plasticidad cerebral. El 95 % de los casos restantes de la enfermedad es esporádico, presumiéndose multifactorial y es la forma más presente en los pacientes seniles (inicio por encima de los 65 años) (Lerín, 2013, p. 32). Suele empezar con alteraciones del razonamiento, la planificación y la memoria reciente.

3.3. Evolución y fases de la enfermedad

3.3.1. Evolución

La EA ha sido considerada durante muchos años como una enfermedad rara. Actualmente en España hay cerca de 700 000 personas afectadas, y cada año se diagnostican más de 100 000 nuevos enfermos/as. Habida cuenta del envejecimiento de la población, se prevé que el número de enfermos se triplicará en 2050. Por lo que será uno de los principales retos a los que tendrá que enfrentarse la sociedad a lo largo del siglo XXI. Se ha constatado que la edad avanzada, la historia familiar de demencia en

parientes de primer grado, el género femenino (sobre todo después de los 80 años) y haber sufrido un traumatismo con pérdida de conciencia superior a una hora facilita la aparición de EA (García y Criado, 2017, p. 63).

3.3.2. Fases

a. Etapa inicial o fase leve (de 3 a 4 años de duración)

En la fase inicial de la enfermedad, la mayoría de los síntomas pueden pasar desapercibidos y confundirse con un déficit cognitivo asociado al envejecimiento normal.

En esta etapa, aparecen los fallos de memoria, dificultad para encontrar las palabras de nombres u objetos, problemas de concentración. La persona parece confusa y olvidadiza; puede tener que buscar las palabras o deja los pensamientos sin terminar. A menudo se olvida de los acontecimientos y las conversaciones recientes, pero recuerda claramente el pasado lejano. Como consecuencia de todo lo anterior, al comienzo de la enfermedad pueden aparecer episodios depresivos o cambios de personalidad. En general, los afectados todavía pueden vivir de forma independiente y mantener su higiene personal (CEAFA, 2008, p. 22).

El/la paciente puede estar preocupado/a por sus pérdidas de memoria y mostrar una sintomatología ansioso-depresiva. Pueden presentar alteraciones en su estado de ánimo y cambios de humor, a pesar de negar la existencia de la enfermedad (Lerín, 2013, p. 45).

b. Etapa intermedia o fase moderada (de 2 a 3 años de duración)

En esta fase moderada son llamativas las limitaciones de las actividades de la vida diaria (AVD). De forma lentamente progresiva van perdiendo la autonomía, y necesita ayuda en actividades básicas como el aseo personal, el vestirse e incluso la alimentación.

La memoria se ve afectada de forma grave, y, a veces, el/la paciente puede no reconocer a los miembros de la familia, perderse en lugares conocidos y olvidarse de cómo hacer cosas sencillas, como vestirse y bañarse. También pueden aparecer trastornos de conducta: intranquilidad, temperamento impredecible, vagabundeo (CEAFA, 2008, p. 22).

c. Etapa final o avanzada (de 2 a 3 años de duración)

En esta etapa final puede perder completamente la memoria y el juicio. Es necesario un cuidado completo por la gran limitación de las actividades diarias.

Se produce una pérdida progresiva del lenguaje de forma que el/la paciente deja de hablar, lo cual no significa que no pueda percibir señales emocionales como voces cariñosas, sonrisas o caricias (CEAFA, 2008, p. 23).

En la fase grave aparecen con frecuencia también pérdida completa del control de esfínteres de la orina y heces. La inmovilidad del paciente llega a ser casi completa. Se produce pérdida de peso, disminución de sus defensas inmunológicas, e infecciones graves que pueden llevar al paciente a la muerte (CEAFA, 2008, p. 23).

En esta etapa como profesionales debemos ser conscientes de que lo que estamos realizando es un acompañamiento hacia el final de la vida de una persona por lo que nuestra intervención debe estar enfocada a la asimilación en la familia de este proceso y a los cuidados socio asistenciales de la persona enferma.

Es fundamental, que durante nuestra intervención social con la persona y familia durante las distintas fases tengamos incorporado y presente las diferencias individuales de la enfermedad en cada persona, existen variaciones en la sintomatología de cada paciente y el curso de la enfermedad.

Tabla 1: Fases de la enfermedad

ETAPA	DURACIÓN	SECUELAS	DEPENDENCIA
Fase inicial o leve	3-4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo leve. • Déficit de atención. • Pequeños olvidos. • Cambios de humor. • Afección de su estado anímico. • Dificultad para repetir el nombre de objetos conocidos. • Repetición constante del mismo discurso o idea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden vivir de forma independiente, aunque se ven afectadas las actividades más complejas de su día a día como organizar eventos o viajes.
Fase intermedia o moderada	2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del deterioro cognitivo. • Cambios conductuales acusados. • Desorientación espacio temporal. • Dificultad para mantener su higiene personal, vestirse adecuadamente, cocinar o manejar finanzas. • Alucinaciones y delirios (en algunos casos). • Problemas para reconocer a ciertas personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La persona necesita ayuda en las AVD para que éstas sean dirigidas correctamente.
Fase final o avanzada	2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de autonomía para realizar las AVD. • Pérdida completa de la memoria y el juicio. • Pérdida progresiva del control de esfínteres. • Pérdida en el lenguaje expresivo y comprensivo. • Pérdida del reconocimiento de personas y objetos. • Incapacidad de generar nuevos aprendizajes. • Trastorno en la deglución. • Inmovilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia absoluta.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía (CEAFA, 2008, p. 24).

3.4. Impacto de la enfermedad

La intervención social con las personas afectadas por la EA y sus familiares requiere un entendimiento de la patología para poder realizar un correcto abordaje. Este conocimiento ayuda a guiar la actuación profesional. A generar un buen diagnóstico de las necesidades y un pronóstico con perspectivas de futuro anticipándonos a las secuelas de cada una de las fases y proporcionando un conocimiento menos técnico y más claro a la familia sobre el desarrollo de esta enfermedad. El/la profesional empatiza con el/la paciente y familia, proporcionando un acompañamiento social centrado en el cambio y en la transformación de su persona que la enfermedad está ocasionando.

3.4.1. *En la persona*

Inicialmente, cuando al/a la paciente se le diagnostica la enfermedad se manifiesta en este/a la negación o falta de concienciación del problema; la familia cree que los síntomas no son tan acusados, piensan que son propios de la edad y en ocasiones piden la opinión de otros/as médicos/as o dejan que pase el tiempo sin hacer nada al respecto porque no son conscientes de lo que supone padecer esta demencia.

El/la paciente siente impotencia ya que es consciente de sus “fallos” de memoria y su desorientación en algunos momentos. Por ello tiende aislarse socialmente para que su círculo social no se percate de ello. También siente ira porque es una enfermedad que no tiene cura y las únicas medidas son la aplicación de tratamientos farmacológicos o no farmacológicos.

El/la paciente cada vez tiene menos consciencia de su estado y recuerda débilmente las caras y nombres de sus familiares, necesita ayuda para gran parte de sus Actividades de la Vida Diaria (AVD), se siente confuso/a ante determinadas situaciones y comienza a ser poco consciente del medio que le rodea.

El fin último de nuestra intervención es “lograr la calidad de vida del/de la paciente -como un constructo multifactorial-, ya que depende de muchos factores (estado de salud, recursos materiales, relaciones, estado de ánimo, entre otros). Pero también de otros relacionados con que el sujeto mantenga una vivencia positiva de sí mismo, que se sienta un ser valorado, considerado y querido o que disponga de oportunidades para llevar una vida lo más parecida a como era antes (con actividades, ocupaciones y roles significativos, una vida lo más satisfactoria y normal posible). Estos factores, por su marcado carácter subjetivo, toman cuerpo de forma diferente en cada sujeto por lo que un abordaje personalizado e integral se hace imprescindible” (Bermejo García, 2015).

Tabla 2: Impacto del Alzheimer en la persona.

FASE	IMPACTO PERSONAL		
Inicial	Afectación	Necesidad	Respuesta profesional
	Autovaloración y amor propio.	Autoestima.	Refuerzo positivo. Ofrecerle oportunidades de información y decisión personalizadas.
	Frustración e irritabilidad.	Aceptación social.	Hacer cosas (tareas, actividades, roles) que tengan sentido, significado para ella y así sentirse útil, reconocida y valiosa.
	Pertenencia y autonomía.	Seguridad.	Lograr un entorno (físico y social) cálido y empoderador.
	Estado de ánimo fluctuante.	Comprensión y empatía.	Escuchar y dejar que se exprese, validar sus sentimientos.
		Perspectiva de futuro.	Establecer un vínculo profesional comprometido.
Intermedia	Afectación	Necesidad	Intervención profesional.
	Perdida de relaciones sociales.	Apoyo emocional.	Lograr un entorno (físico y social) cálido y empoderador.
	No asimilación de episodios significativos.	Comprensión.	Re-pensar la organización y las intervenciones profesionales.
		Seguridad.	Ofrecerle momentos y lugares de calidad e intimidad.
	Perdida de lenguaje y coordinación motora.	Estimulación mediante actividades.	Ofrecerle oportunidades de ocupación significativa y roles valiosos personalizados (adaptados a sus capacidades y deseos). Conocer sus preferencias y deseos actuales.
	Conducta desinhibida.	Atención a sus necesidades básicas.	Formar a los/as cuidadores/as sobre las pautas a seguir en los cuidados del/de la enfermo/a, explicándoles las necesidades que provocan los síntomas de la enfermedad.
Final	Afectación	Necesidad	Intervención profesional
	Imposibilidad de realización de las actividades de vida diarias.	Fisiológicas.	Analizar y valorar en equipo los riesgos (beneficios y perjuicios) de respetar y de no respetar su autonomía. Corresponsabilizarse junto con el resto del equipo a compartir riesgos asumibles.
	Control constante de la salud.	Sanitarias.	Demandar la existencia de espacios de acompañamiento al profesional para sensibilizarnos y capacitarnos en los cuidados emocionales (supervisión de casos, apoyo emocional, ...).

Fuente: Elaboración propia a partir de (Bermejo García, L. 2015).

3.4.2. *En la familia*

El impacto que supone la comunicación del diagnóstico de un ser querido de EA supone un proceso de ajuste progresivo y constante de la unidad familiar. Es aconsejable que se intente establecer desde el inicio una buena comunicación entre los miembros de la familia de cara a planificar los cuidados del/de la enfermo/a, marcar turnos de ayuda al/a la cuidador/a principal, tomar decisiones médicas, etc. Por ello, los cambios y la adaptación que sufre la familia cuidadora requieren, en muchos casos, la ayuda e intervención de profesionales especializados/as en el abordaje social de este tipo de patologías (CEAFA, 2008, p. 79).

El paso del tiempo implica que la familia va asumiendo la realidad que tienen que vivir. Tomar cada vez mayor conciencia de la enfermedad, acompañan sentimientos de gran aflicción, ya que su familiar se ve inmerso en una caída de deterioro progresivo, que va unida a una serie de cuidados que deben de ser proporcionados de forma más exhaustiva.

Los/as cuidadores/as se ven desbordados/as y en ocasiones irritables, asisten a un cambio de vida sobrevenido que les obliga al abandono y renuncia de su vida social, descuidan su salud física y se dedican a pasar gran parte de su tiempo con el/la enfermo/a.

Finalmente, en la última fase, muchas familias ya han asumido la situación y la aceptan. Han aprendido a responder antes las necesidades de su ser querido, se han buscado recursos, y han logrado conciliar, en mayor o menor medida, el cuidado del/de la enfermo/a con su vida personal.

Es importante destacar que no todas las familias atraviesan estas etapas, algunas de ellas nunca llegan a la fase de aceptación, padeciendo en todo momento el síndrome del/de la cuidador/a quemado/a, en el que siente impotencia, frustración y cansancio, siendo frecuente que aparezcan sentimientos depresivos, de irritabilidad o que aumenten los problemas somáticos.

La familia es una pieza clave para el trabajo social neurológico, consciente del impacto, preocupación, angustia y temor que la evolución de la enfermedad puede producir en esta, es parte implicada en toda la intervención social que se desarrolla.

Tabla 3: Impacto del Alzheimer en la familia.

FASE	IMPACTO FAMILIAR		
Inicial	Afectación	Necesidad	Intervención profesional
	Desconocimiento de la enfermedad y su trascurso.	Aceptación del diagnóstico de la enfermedad.	Ayudamos a la familia a conocer la enfermedad como red de apoyo para el paciente. Es necesario que cuenten con una proyección futura sobre el trascurso de la misma.
	Alteraciones anímicas como respuesta a las conductas del enfermo.	Comprensión de la sintomatología.	Debemos dar a conocer los síntomas con los que cursa el Alzheimer para asegurarnos de que la familia puede entender y responder ante los cambios de conducta fluctuante del/de la enfermo/a.
	Los/as profesionales deben de guiarles y hacerles sentir que no están solos.	Apoyo.	Demos enseñar a los/as familiares y cuidadores/as la forma en la que deben comunicarse con enfermo, para lograr un entendimiento mutuo.
Intermedia	Afectación	Necesidad	Intervención profesional
	Perdida de relaciones sociales.	Apoyo emocional.	Trazaremos con el/la cuidador/a principal un proyecto de atención individualizado, en el que le enseñaremos a organizar sus rutinas de tal forma que no se aislé de su red social.
	Se sienten sobrepasados por la situación.	Formación para saber entender al enfermo.	Proporcionaremos los recursos necesarios de formación para los/as cuidadores/as para evitar que se produzca un desgaste emocional.
	Frustración y búsqueda de salidas a la situación.	Periodos de descanso.	El descanso del/de la cuidador/a es una pieza clave a lo largo de toda la enfermedad por lo que trabajaremos con él/ella en crear una cartera de recursos que se lo puedan proporcionar en diferentes momentos.
	El/la cuidador/a descuida su estado físico y de salud.	Atención a sus necesidades.	En las diferentes entrevistas con la familia debemos observar cómo viven y les afecta la enfermedad, si ellos/as acuden a revisiones médicas con la misma asiduidad, o si desde que son cuidadores/as su estado de salud ha empeorado.
Final	Afectación	Necesidad	Intervención profesional
	Sienten que han invertido muchos años de su vida acompañando a una persona con una enfermedad sin cura.	Expresividad emocional.	Desarrollar modos de intervención profesional e instrumentos profesionales sensibles al bienestar emocional en todo el proceso de intervención: valoración, planificación y seguimiento.
	No reciben feedback del/de la enfermo/a y no se ven recompensados/as	Descanso y ayuda en la administración de cuidados.	Es necesario trabajar con los/as cuidadores/as la comunicación no verbal con el/la paciente. La importancia de la estimulación a través de los sentidos.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Bermejo García, L. 2015).

4. PROCESO DE INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO CON PACIENTE ALZHEIMER Y SU FAMILIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (HCUV)

Se requiere el diseño de una intervención social específica con la persona y familia que refleje el significado de la enfermedad que padece. El compromiso con una atención social adecuada y destinada al logro de bienestar de estas personas y familias, exige, contribuir a la elaboración de un cuerpo teórico que garantice el apoyo social de la persona que sufre esta enfermedad neurológica.

Este apartado muestra el proceso de intervención con pacientes con Alzheimer, su familia y el/la trabajador/a social neurológica establecido en el HCUV. Ha sido elaborado a raíz del trabajo de Olmedo y Arranz (2017), en su artículo sobre el Trabajo Social Sanitario: Intervención con pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, del *artículo Repensando la intervención psicosocial con pacientes ictus de Olmedo y Aguado (2018)* y de la experiencia profesional de seis años de intervención social en el área de neurología.

El circuito de intervención del/de la trabajador/a social neurológico/a del HCUV con estos pacientes, está establecido en una serie de fases, que se proceden a desarrollar:

a. Recepción de la demanda y acogida

El caso es puesto en conocimiento del/de la trabajador/a social especialista en Neurología en el momento del ingreso hospitalario o diagnóstico, a través de tres posibles vías: médico/a neurólogo, enfermería, iniciativa propia del/de la paciente o su familia.

El momento de la recepción del caso, es clave en la intervención social, se aconseja iniciarle en el momento del diagnóstico, acompañar al/a la paciente desde la fase inicial de perplejidad y asombro. El/la profesional de Trabajo Social debe realizar una escucha activa intentando proporcionar una información precisa y clara para que los/as usuarios/as la puedan procesar con facilidad. Se concierta otra entrevista a los pocos días donde se obtendrá más información del caso, detección de necesidades y orientación para el establecimiento del Plan de Intervención Social.

Si la recepción del caso llega al/a la trabajador/a social especialista en neurología tras una hospitalización en la que la enfermedad se sitúa en alguna de las fases de progresión, la recepción de la familia y el/la paciente será diferente, al tener mayor cono-

cimiento de la enfermedad y de apoyos posibles para afrontarla. En estos casos, las familias se encuentran desbordadas en los cuidados al/a la enfermo/a, con una alta carga emocional, pero con una afección personal muy importante.

Los casos diagnosticados de enfermedad de Alzheimer pueden ser atendidos por el Trabajo Social Neurológico encontrándose en cualquiera de las diferentes fases de la enfermedad y es importante que el/la trabajador/a social detecte en qué momento se encuentra la familia y el/la paciente para realizar una buena intervención. El Alzheimer no tiene cura y es una enfermedad que progresa, estas características hacen que la intervención gire en enseñar a familiares a vivir con una persona diagnosticada de enfermedad y a concienciarse que su atención, dedicación y apoyos ira cambiando según evoluciona la enfermedad.

b. Recogida de información y estudio

La trabajadora social neurológica del HCUV explora y aborda el conocimiento amplio de la situación socio-familiar (composición familiar, dinámica familiar, nivel de comunicación, incapacidad legal, figura legal de referencia, con qué apoyos reales cuenta, situación laboral, persona/s de contacto, factores psicosociales que inciden en su enfermedad, manifestaciones de problemas sociales sanitarios, cómo gestiona sus emociones en su proceso de enfermedad, entre otros) y recaba información de otras fuentes (Atención Primaria, Servicios Sociales, Juzgado, lugar de trabajo, Tercer Sector).

Si la recepción se hace en una fase moderada o grave de la enfermedad debemos medir en la familia los niveles de *Burnout* de él/la o los/as cuidadores/as principales y el nivel de formación en cuidados que pueden seguir proporcionando al/a la enfermo/a.

Para ello, las técnicas e instrumento utilizados son: entrevistas abiertas y/o semiestructuradas con paciente/familia, observación, genograma, flujograma, reuniones e interconsultas con el equipo del servicio de neurología, interconsultas de coordinación con Atención Primaria, reuniones con Centros de Acción Social, Juzgados, etc.

Como soporte documental, se abre a cada paciente su Historia Social, que queda depositada y custodiada en el despacho de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

El estudio y análisis de toda la información recogida permite llegar al Diagnóstico Social Sanitario.

c. Diagnóstico social sanitario/valoración social

En esta fase se definen y concretan los factores que inciden en la situación de necesidad-problema psicosocial del/de la paciente y de su entorno (fortalezas y amenazas) y que orientarán el Plan de Intervención.

La valoración social realizada por el/la trabajador/a social sanitario/a de Neurología recoge la afectación y extensión de la enfermedad, en qué áreas, el conocimiento y la percepción del paciente y la familia ante el diagnóstico de Alzheimer u otra demencia; el tratamiento clínico-social establecido (rehabilitación psicofísica y social que precisa, ayudas técnicas que requiere, apoyos sociales, derivaciones y coordinaciones realizadas, establecimiento de pautas sobre organización y dinámica familiar, entre otros.

Las herramientas de diagnóstico social sanitario que aplica el/la trabajador/a social neurológico/a del HCUV son: la escala GENCAT para valorar la calidad de vida paciente con demencia u Alzheimer, cuestionario MOS, escala PSP y la escala Zarit para la detección de sobrecarga familiar, la entrevista psicosocial individual y familiar, el genograma, la historia de vínculo y las evidencias documentales.

La valoración social integrada dentro del equipo multidisciplinar del servicio de neurología, parte de la discusión y puesta en común de valoraciones de cada profesional del equipo en función de áreas afectadas.

La valoración e intervención social se registra en el programa informático de la institución sanitaria, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

d. Plan de intervención

El Plan de Intervención recoge objetivos, áreas, actuaciones a desarrollar y profesionales responsables, planificando los apoyos necesarios.

El/la trabajador/a social neurológico/a del HCUV forma parte del equipo multidisciplinar y, por tanto, planifica y evalúa conjuntamente con el resto de los componentes del equipo la forma de trabajar con el paciente y su entorno. Su intervención está encaminada a trabajar al servicio de la persona pero de forma directa con su familia y concretamente con las personas que asumirán el rol de cuidadores/as principales.

La intervención social tiene que tener en cuenta la voluntad de la persona, su proyecto de vida, cuando sea capaz de decidir sobre el mismo. En muchas ocasiones, por la incapacidad cognitiva que produce esta enfermedad la persona esta incapacitada legalmente.

El establecimiento de apoyos y recursos tienen que adaptarse a las necesidades que la persona precisa según la evolución de la enfermedad, siempre que sea posible se le estimulará para evitar la progresión rápida de la enfermedad.

A diferencia de la intervención con otros/as pacientes neurológicos/as, el Alzheimer es una enfermedad crónica que con el paso del tiempo solo empeoran sus síntomas. Es necesario, preparar a la familia emocional e instrumentalmente para afrontarla, dotándoles de los recursos necesarios en función de las necesidades concretas del paciente. Se les orienta sobre la conciencia de la enfermedad y su evolución, los comportamientos y secuelas que va a ir ocasionando en su familiar. Se les dota de conocimientos para que tengan mayor seguridad y capacidad de afrontamiento de los acontecimientos que se suceden. Un ejemplo, es la angustia que les produce cuando le ven agresivo, creyendo que han hecho algo mal, se sienten más reconfortados cuando son conocedores de que son consecuencias frecuentes de la enfermedad.

Paralelamente, se debe intervenir con actuaciones que eviten la claudicación familiar, aislamiento, problemas de salud, apoyo para abordaje de alteraciones comportamentales o reacciones que presente la persona a consecuencia de la edad. El/la cuidador/a debe ser cuidado/a durante todo el proceso que dura la enfermedad.

e. Evaluación y seguimiento

El seguimiento es una fase imprescindible del proceso de intervención social al paciente con Alzheimer del/de la trabajador/a social neurológico/a del HCUV. Un seguimiento programado, con el/la paciente y familia que coincide con consulta al Neurólogo y/o a demanda según las necesidades del/de la paciente y familia. Durante este seguimiento se mantienen entrevistas con el familiar y/o el/la paciente, tratándose aspectos como: organización y dinámica familiar, valoración de la necesidad de otros apoyos. El diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa precisa de un seguimiento social que permita reevaluar las nuevas necesidades y los apoyos que está recibiendo, para contribuir a garantizar que están siendo los adecuados acorde a la evolución de la enfermedad, a las limitaciones funcionales que va presentando y a su entorno socio familiar.

Las entrevistas, en ocasiones se realizan con una estructura abierta y en otras cerradas, se recopila información sobre la dinámica y organización familiar, sentimientos que se les presentan, la evolución de la enfermedad, conocer el grado de cobertura de las necesidades que van surgiendo, entre otros aspectos. La calidad de la intervención con paciente y familia tiene tres actores principales: el equipo profesional, el/la paciente y la familia, todos unidos conjuntamente en dar una respuesta integral a las necesidades que crea la evolución de la enfermedad.

El seguimiento es pieza clave en una enfermedad crónica y neurodegenerativa, estas características influyen directamente en la persona y su familia a todos los niveles: organización familiar, cobertura de necesidades nuevas, problemas de comunicación, entre otros, que requieren una intervención social a lo largo del transcurso de la enfermedad que garantice una respuesta a las diferentes necesidades.

5. DISCUSIÓN

El limitado número de publicaciones científicas desde el Trabajo Social Neurológico sobre la intervención específica con enfermos diagnosticados de Alzheimer, ha motivado el interés por abordar este tema y contribuir al desarrollo de un cuerpo teórico.

Es incuestionable, que la figura del/de la trabajador/a social neurológico es imprescindible para garantizar la atención biopsicosocial que precisa el paciente y el entorno familiar, su conocimiento de la enfermedad en toda su dimensión garantiza un acompañamiento social que cubre y aborda las necesidades que la enfermedad produce en la persona.

La intervención de este/a profesional ha de incorporar el significado de la enfermedad de Alzheimer. El transcurso de la enfermedad tiene que ir modificando nuestro plan de intervención social, aceptar las transiciones que se producen, de trabajar con él/ella, en las fases de diagnósticos más tempranas, a trabajar para él/ella en la fase más aguda de la enfermedad.

El plan de intervención ha de trazarse de forma conjunta entre el equipo multidisciplinar sanitario en el que se encuentra el/la trabajador/a social y con la familia, para que a nivel médico se hagan los seguimientos oportunos y a nivel social una mejor adaptación de los recursos a la situación real del/de la paciente, situando su bienestar en el centro de la planificación.

En definitiva, el Trabajo Social Neurológico debe adaptar su intervención social y ejecutarla con eficacia, incorporando a la misma el conocimiento de las particularidades de la enfermedad neurológica: significado de la enfermedad, su extensión y límites, entendimiento de la sintomatología, los aspectos sociosanitarios más básicos para lograr un mayor confort y protección de la persona, entre otros.

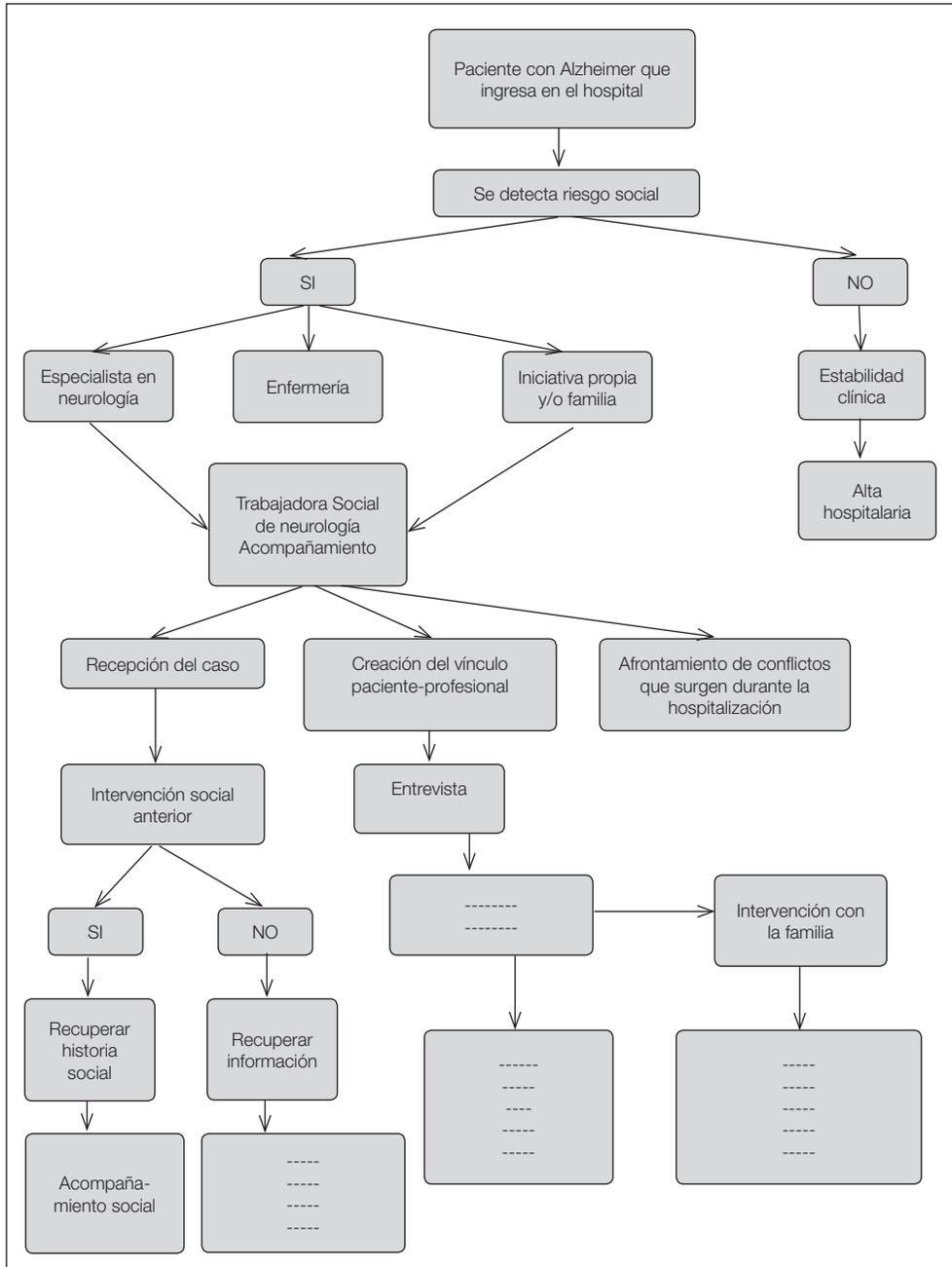
6. CONCLUSIÓN Y APORTACIONES

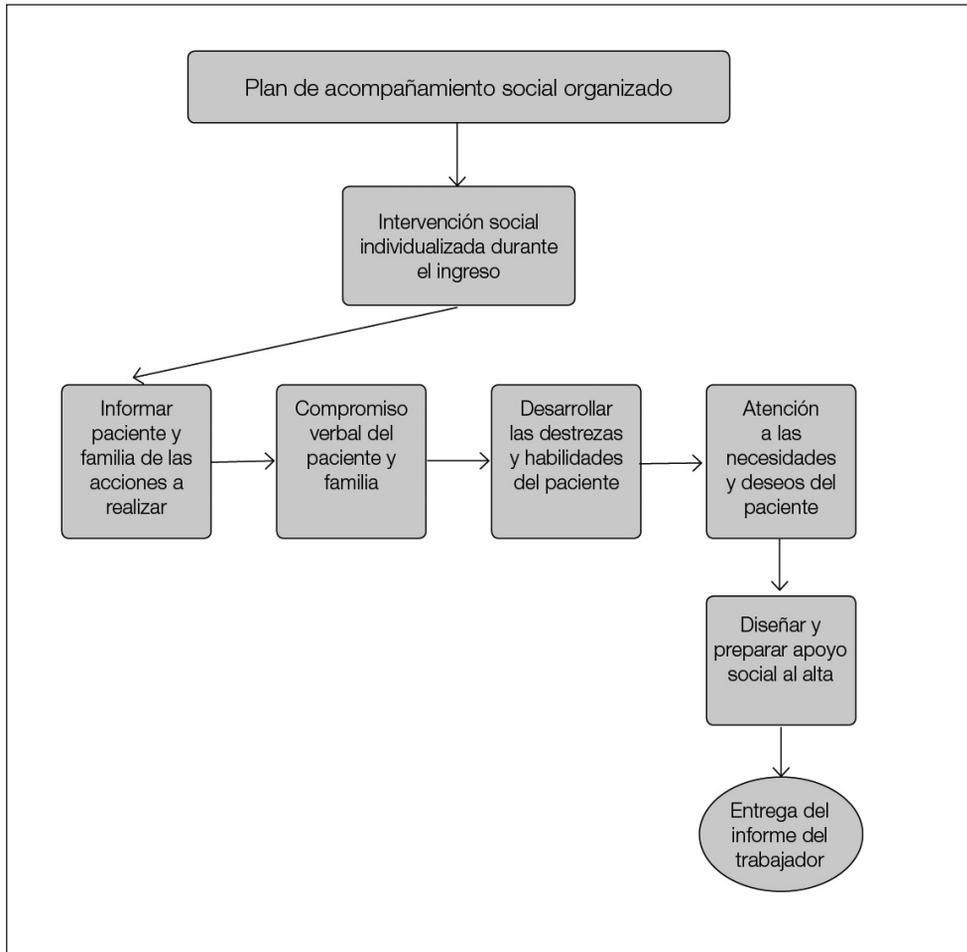
El papel relevante de este/a profesional en la atención social a paciente y familia, exige la necesidad de conocimientos específicos acreditados de la enfermedad que presenta la persona con la que interviene. Es necesario el conocimiento de la enfermedad: el concepto y las secuelas del Alzheimer u otras demencias, terminología clínica, pruebas diagnósticas, la estructura y funcionamiento de un Servicio Médico de neurología, conocimiento y entendimiento de los distintos profesionales que le conforman, el dominio de protocolos y guías de intervención, además de las competencias concretas en técnicas propias y específicas del Trabajo Social Sanitario, escalas de valoración. Así como habilidades sociales, manejo de resolución de conflictos, conocimiento y acceso a los recursos de pacientes diagnosticados demencia u Alzheimer y de los familiares de estos.

Es indudable que, si somos capaces de identificar las diferentes enfermedades neurológicas, podremos intervenir con la persona y ver su nivel de funcionalidad y conciencia para llevar a cabo un determinado tipo de actuación.

Es importante conocer y saber identificar los puntos clave de las diferentes situaciones clínicas referidas a esta enfermedad, y que puede trasladarse a otras enfermedades neurológicas, que, a la larga, se traducen en un gran deterioro para la salud de las personas, sin unos conocimientos adecuados (Martínez y Miangolarra (2006, p. 12).

Es necesario crear en Trabajo Social la Especialización en Neurología, para posibilitar el trabajo en equipo y una atención de calidad a los/as pacientes. Una especialización nos permite profundizar en un campo determinado, conociendo aspectos, peculiaridades y características de este, que al mismo tiempo permiten unos estudios más exhaustivos para que se hagan aportaciones de intervención (Palomino, Asensio y Bayona, 2007, p. 23)

Anexo 1:**FLUJOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN NEUROLOGÍA DEL HCUV**



Anexo 2: TIPOS DE DEMENCIAS

Tabla 4. Tipos de demencias.

Tipo de demencia	Definición	Secuelas
Demencia	Se refiere a un conjunto de síntomas que se caracterizan por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas.	Perdida de al menos dos funciones superiores (f. memoria, f. ejecutiva, f. lenguaje, f. visuo-espacial, conducta) durante al menos tres meses, que impide alguna de las actividades habituales.
Demencia tipo Alzheimer	Se trata de una enfermedad neurodegenerativa y por tanto progresiva que afecta a las neuronas de la corteza cerebral y de zonas próximas.	Proceso gradual que cursa retro génicamente. La persona olvida cosas importantes, repite preguntas constantemente, apatía, desorientación en espacios habituales. En fases moderadas dificultad para manejar objetos. En fases severas pierde el lenguaje.
Demencia Vascular o Multiinfarto	Son las causadas por accidentes cerebrovasculares, como el infarto cerebral o ictus. La sangre deja de irrigar la zona del cerebro afectada provocando la muerte de las neuronas y causando la pérdida de funcionalidad.	Proceso escalonado con estabilización mejorías. Labilidad emocional (risa, llanto). Síntomas neurológicos (alteración en la marcha). Alteración de la concentración y la memoria. Incontinencia.
Demencia Frontotemporal	Se localiza (lóbulos frontal y temporal) de las lesiones cerebrales causadas por la presencia de cuerpos y células de Pick (una forma anormal de la proteína tau).	Gradual. Animo elevado o indiferencia afectiva. Sin empatía. Conducta social desinhibida, hiperactividad motora, conductas repetitivas. Aumento del apetito. Ninguna conciencia de déficit.
Demencia Cuerpos de Lewy	Se caracteriza por la formación en distintas zonas del cerebro de depósitos anormales de proteínas que afectan a la actividad de determinados neurotransmisores	Fluctuaciones cognitivas. Pensamiento lento, dificultad de concentración. Alucinaciones y trastornos visuales y espaciales. Temblor de reposo, alteraciones en la marcha, lentitud motora. Alteración del sueño.
Demencia asociada al Parkinson		Demencia que aparece al menos un año antes que el Parkinson. Lentitud de pensamiento. Alteración del sueño.
Demencias Secundarias		Asociadas a déficit vitamínico y/o procesos endocrinos (hipertiroidismo), traumatismos, hidrocefalia, alcoholismo, tumores, virus (SIDA). Con el tratamiento adecuado puede ser reversible.

Fuente: Salud, edad y demencia, 2019.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agència Valenciana de Salut. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Bermejo García, L. (Dir.). (2015). *Proyecto Europeo: "¡Tengo un plan!. Vivir bien con problemas de memoria"*. Espacio Transfronterizo sobre el Envejecimiento: Fundación General Universidad de Salamanca (FGUSAL); Fundación Reina Sofía, Centro de Referencia Estatal de Alzheimer del IMSERSO.
- Campello, L., y Rodríguez, M. (2016). Modelo de gestión de Trabajo Social Sanitario según tipología de pacientes. *Revista Trabajo Social y Salud*, 85, 73-82.
- CEAFA. (2008). Atender a una persona con Alzheimer. Obra Social Caja Madrid. Recuperado de: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/publicaciones/atender-a-una-persona-con-alzheimer>
- Consejo General del Trabajo Social. (2013). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Recuperado de: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especialización%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>
- Criado Gutiérrez, J., y García Meilán, J. (2017). *Enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas; aspectos psicosociales*. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain-R.
- Deus Yela, J., Sáinz Pelayo, M., y Deví Bastida, J. (2018). *Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Síntesis.
- García Palomino, M., Gonzalo Asensio, L., y Bayona Márquez, N. (2007). La especialización del Trabajo Social: un camino a la experiencia. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 57, 21-30.
- Gijón, M. T., y Colom, D. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. En: D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimeno, Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (1-23). Logroño: Universidad de La Rioja. Recuperado el 20 febrero del 2021 de: https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC376.pdf
- Hervás, A. (2016). La atención social en la cronicidad ¿Nuevos roles profesionales? *Trabajo Social y Salud*, 85, 83-84.
- Hidalgo, A. (2010). *Trabajo Social con Enfermos de Alzhéimer y sus familias*. Oleiros, La Coruña: Netbiblo.
- Ituarte, A. (2001). "Trabajo Social en el contexto sanitario: socioepidemiología y clínica". Texto del curso impartido en el Título de Especialista Universitario Salud Pública y Trabajo Social. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Farmacia. UPV-EHU. No publicado. En Agència Valenciana de Salut. (2012).

- Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Ituarte, A. (2011). Trabajo Social Clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica. *Revista Trabajo Social y Salud*, 68, 303-323.
- Lerín Sicilia, M. (2013). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Altaria.
- Martínez, R. y Miangolarra, J. (2006). Capítulo 2: Aspectos médicos de la enfermedad del Alzheimer y otras demencias: Algunos problemas clínicos a evitar en el paciente con demencia. *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer: Formación y asistencia*. Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, 45-70.
- Martin Carrasco, M. (2012). *Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Amat.
- Mínguez Martín, L., y Martín Díaz, J. (2001). *Alzheimer* Valladolid: Caja España.
- Olmedo Vega, V., y Arranz Valderas, M. (2017). Trabajo Social Sanitario: Intervención con pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Trabajo Social y Salud*, 88, 39-47.
- Olmedo Vega, V., y González Aguado, R. (2018). Repensando la intervención psicosocial en pacientes con ictus. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 1(39).
- Olmedo Vega, V. (2018). El Trabajo Social, una necesidad sanitaria. Discurso, Colegio Oficial de Médicos de Valladolid.
- Sanitas. El tratamiento de la demencia. Recuperado el 20 de mayo de 2019: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/demencia-tratamiento.html>

LOS FACTORES SOCIALES EN EL ACCESO A LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

SOCIAL FACTORS IN THE ACCESS TO THE HEALTH CARE SERVICES IN THE CATALOGUE OF SERVICES FOR THE SYSTEM OF THE PERSONAL INDEPENDENCE AND SERVICE TO PERSONS IN DEPENDENCY SITUATION IN THE LAW 39/2006, 14TH DECEMBER ON THE PROMOTION OF PERSONAL INDEPENDENCE AND SERVICE TO PERSONS IN A DEPENDENCY SITUATION (LAAD)

Belén Novillo García. *Trabajadora Social de Servicios Sociales Municipales. Ayuntamiento de Tres Cantos. Vicedecana Primera del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.*

Marta Cubero García. *Trabajadora Social. Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia de Comunidad de Madrid. Vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.*

Resumen: En el presente artículo, se analiza la necesidad de contemplar los factores sociales en el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Se pone de manifiesto, que, tanto a la hora de determinar el orden de prelación de dichos servicios y prestaciones como a la hora de acordar la intensidad de estos, se deben contemplar también los factores sociales que afectan a la vida de las personas que se encuentran en situación de dependencia a fin de mejorar su calidad de vida de manera integral.

Palabras clave: Dependencia, Factores Sociales, Riesgo Social, Desprotección Social, Intensidad y orden de prelación en los servicios.

Abstract: This article analyses the necessity of considering social factors in the access to the benefits and services included in the Catalogue of Services for the Autonomy and Assistance to Dependency in the Law 39/2006, 14th December, of Promotion of Personal Autonomy and Assistance to people in a state of dependency. It's clear that social factors affecting the lives of the people in a state of dependency must be taken into account when deciding the order of priority to obtain these services and benefits, as well as when agreeing on their degree of intensity, in order to improve their quality of life comprehensively.

Keywords: Disability, Social Factors, Social Risk, Social vulnerability, Intensity and order of prior attention in services.

| Recibido: 04/01/2021 | Revisado: 11/01/2021 | Aceptado: 20/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Correspondencia: Marta Cubero García. Trabajadora Social con N.º de Colegiada: 25-5476. Vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Email: marta.cubero@comtrabajosocial.com

Referencia normalizada: Novillo, B., y Cubero, M. (2021). Los factores sociales en el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 92, 125-137. doi: 10.12960/TSH.2021.0006.

INTRODUCCIÓN

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto en España la consolidación del “*derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*”.

Cualquier persona a lo largo de su vida se puede ver afectada por una situación de incapacidad de carácter crónica que le lleve a encontrarse en un estado de dependencia precisando de servicios y prestaciones públicas para poder desempeñar las actividades básicas de la vida diaria.

Por ello, la Ley 39/2006, en el Título I, Capítulo II, recoge las Prestaciones y el Catálogo de servicios de Atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a los que pueden acceder las personas que se encuentran en situación de dependencia. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado de dependencia y, al igual grado, por la capacidad económica del solicitante¹. En alguna Comunidad Autónoma, además del grado de dependencia y de la capacidad económica, también tienen en cuenta la fecha de entrada en el registro del órgano competente, de la última de las siguientes solicitudes: solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, de revisión del grado de dependencia o del Programa Individual de Atención². Por otro lado, también es importante contemplar los criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos en el Catálogo establecidos por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia³, debiendo ser uno de los criterios para contemplar la valoración de los factores sociales.

Como se puede apreciar, hasta el momento no se tienen en cuenta los factores sociales en los que puede definirse la situación social de una persona. Es decir, ante un mismo grado de dependencia, misma capacidad económica y misma fecha de solicitud, pero con factores sociales diferentes, el lugar en la lista de acceso y la intensidad

1 Artículo 14.6. Prestaciones de Atención a la Dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

2 Artículo 7. Orden de prelación en el acceso a los servicios o prestaciones. Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Comunidad de Madrid.

3 Artículo 10.3. Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

de protección va a ser la misma. Mientras que, si se tuvieran en cuenta los factores sociales, esta situación podría variar, dando una respuesta más integral a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Por ejemplo, una persona con grado III que tenga una red de apoyo suficiente y una casa domotizada no puede estar en el mismo nivel que otra persona con Grado III que viva en una vivienda en altura, con barreras arquitectónicas y sin red de apoyo o cuidadores/as.

Por ello, este documento pretende explicar la importancia de que dichos factores sociales puedan ser tenidos en cuenta en una normativa que priorice a la ciudadanía con más desprotección social y en situación de mayor vulnerabilidad.

FACTORES SOCIALES Y DEPENDENCIA

La sociedad española cuenta con un grupo de población que acumula vivencias traumáticas que conllevan la ruptura de vínculos sociales y familiares. En definitiva, dejan a la persona en situación de desprotección social impidiéndole desarrollar una vida digna dentro de la comunidad. Normalmente, se trata de personas que a su vez terminan desarrollando “dependencia” en algún momento de su vida a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

A nuestro entender, podríamos hablar de una “dependencia social” entendida como el estado en el que se encuentran aquellas personas que por diversos factores sociales (laborales, educativos, sanitarios, familiares, económicos,...) precisan de la supervisión o el apoyo de terceras personas (profesionales) para realizar las actividades básicas de la vida diaria (gestión de hábitos alimentarios, de hábitos higiénicos, gestión de la salud, relaciones sociales, utilización de servicios públicos,...) (Novillo y Cubero, 2020). Dependencia que puede verse agravada por motivos del entorno personal y social desfavorecido en el que se encuentran dichas personas sin recibir los cuidados necesarios acordes a sus necesidades. Estos factores sociales repercuten e incrementan en la mayoría de los casos en una mayor dependencia física y emocional, y en general, en un peor estado de salud y de calidad de vida.

Consideramos, por tanto, que es necesario alcanzar un conocimiento completo de la situación social de aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia y solicitan acceder al Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). La finalidad no es otra que facilitar el acceso a dichos servicios a aquellas personas que carecen de cualquier tipo de apoyo y red social.

En la actualidad, existen procedimientos que contemplan los factores sociales complementarios⁴, a fin de facilitar la integración de las personas con diversidad funcional en la comunidad. A continuación, recogemos dichos factores sociales:

- Factor familiar (Puntuación máxima 5 puntos).
- Factor económico (Puntuación máxima 4 puntos).
- Factor laboral (Puntuación máxima 3 puntos).
- Factor cultural (Puntuación máxima 4 puntos).
- Factor entorno (Puntuación máxima 4 puntos).

A cada uno de estos factores se les otorga una puntuación máxima. Lógicamente estos factores sociales complementarios no constituyen la puntuación total a otorgar en el baremo. Se trata de un valor absoluto a otorgar, según criterio del profesional, quien, tras el estudio de la situación específica, determinará la puntuación dentro del margen establecido, teniendo en cuenta, que dicha puntuación solo podrá ser tenida en cuenta a partir de una valoración de un 25 por 100 de discapacidad⁵. Se observa que la carga máxima la tiene el factor familiar.

Los dictámenes técnicos facultativos para el reconocimiento del grado de discapacidad serán emitidos por los órganos técnicos competentes dependientes de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y minusvalía y por los equipos de valoración y orientación del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en su ámbito competencial. De dichos órganos técnicos y equipos de valoración y orientación formarán parte, al menos, médico/a, psicólogo/a y trabajador/a social, conforme a criterios interdisciplinarios⁶. Por ello, se aprecia que la presencia del/de la trabajador/a social en dichos equipos es imprescindible para valorar los factores sociales complementarios tan importantes y determinantes en la vida de las personas.

4 Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

5 Anexo 1.B. Factores sociales complementarios. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

6 Artículo 8.1. Órganos técnicos competentes para la emisión de dictámenes técnicos-facultativos. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

La entrada en vigor de la Ley 39/2006 y sus disposiciones posteriores de desarrollo, obligaron a revisar el baremo⁷ que manejaba la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Comunidad de Madrid, para la valoración de solicitudes de plaza en residencia de mayores donde se valoraban las variables siguientes:

- Situación sociofamiliar: Puntuación máxima, 64 puntos.
- Situación de autonomía personal⁸.
- Situación económica: Puntuación máxima 22 puntos.
- Situación de vivienda: Puntuación máxima, 24 puntos.
- Edad: Puntuación máxima, 20 puntos.

Sin profundizar mucho en el baremo, se observa a primera vista el peso que tenía el ítem de la situación sociofamiliar con 64 puntos. Dentro del mismo, se contemplaban las siguientes dimensiones: *“situación de convivencia, situación familiar, necesidades de atención, otras circunstancias”*. Y en esta última dimensión de *“otras circunstancias”* se recogía que *“se podrán asignar hasta 4 puntos si, a criterio razonado del trabajador social, se dan circunstancias no contempladas en los apartados anteriores”*.

Por tanto, se aprecia la relevancia que viene teniendo desde hace tiempo el informe social como un instrumento específico del Trabajo Social y que es definido como dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el/la profesional del Trabajo Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración y un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.

De dicho informe social se desprende un diagnóstico social que tiene el objeto de aportar la valoración técnica, las necesidades sociales y su oportuna evaluación que aporta a la comisión técnica correspondiente la oportunidad de establecer los indicadores adecuados que determinen asignar la puntuación correspondiente de los factores sociales y la dependencia social que tienen estos/as usuarios/as.

7 Anexo. Baremo para la valoración de solicitudes de plaza en residencia de mayores de la Comunidad de Madrid. Orden 1377/1998, de 13 de julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se regula la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores que integra la Red Pública de la Comunidad de Madrid.

8 Redacción dada a esta variable por la Orden 285/2015, de 2 de marzo, de la Consejería de Asuntos Sociales.

Se considera entonces que el informe social y el diagnóstico social son instrumentos esenciales para la valoración de los factores sociales que influyen en la vida de una persona y que pueden ser determinantes a la hora de elaborar el Programa Individual de Atención. Lo dicho hasta ahora, está íntimamente relacionado con el artículo 29 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, donde se recoge que *“los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen”*. Y la mejor manera de conocer las necesidades de una persona es mediante la aplicación de las herramientas específicas del Trabajo Social.

Por último, recoger también las buenas prácticas de la Junta de Castilla y León y de la Xunta de Galicia que también guarda relación con lo relatado hasta el momento. En la primera, en el Documento sobre el Informe Social Unificado para la Autonomía Personal y Dependencia (Junta de Castilla y León, 2017), se utiliza el Informe Social como instrumento de recogida de información y de la valoración profesional respecto a la situación de una persona usuaria del Sistema de Servicios Sociales, es básico para la toma de decisiones, tanto técnicas (intervención profesional) como administrativas (reconocimientos de derechos, resolución de recursos), sobre todo teniendo en cuenta que en esa toma de decisiones participan otros/as profesionales del sistema. Con dicho informe social, se determina:

- Las prestaciones a que puede tener derecho el interesado (según el cumplimiento de sus requisitos de acceso).
- La/s prestación/es que se pondrán en marcha.
- La prioridad en el acceso a dichas prestaciones.
- La intensidad y modo en que se prestan.

Como se recoge en dicho documento, para cumplimentar el Informe Social será necesario recoger la siguiente información:

- Unidad de convivencia.
- Miembros y características de la unidad de convivencia.
- Dinámica familiar y relaciones sociales.
- Relaciones y recursos sociales.
- Situación laboral y económica.
- Datos de la vivienda y hábitat.
- Otros datos de interés.
- Circunstancias para la elección/modificación de servicios o prestaciones.

En la Xunta de Galicia, con el informe social unificado (ISU) se ha tratado de obtener un instrumento común que facilite el acceso a los Servicios Sociales vinculados al área de necesidad de autonomía personal, disminuyendo al mínimo el trabajo de cumplimentación de diferentes -y con similares contenidos- formularios de informe social, configurando el modelo de ISU para su uso generalizado por los/las trabajadores/as sociales relacionados/as con los servicios dirigidos a personas mayores, personas con discapacidad y personas con dependencia, con la pretensión de ayudar a que:

- Los criterios para la recopilación y la organización de la información que se vierte en el informe social sean lo más homogéneos posible.
- Se recoja la información imprescindible para la aplicación de los actuales baremos de acceso a diferentes servicios y prestaciones, sirviendo a la vez de base para la comunicación y la coordinación interprofesional/interinstitucional.

Se trata, sobre todo, de facilitar un instrumento normalizado que recoja la información básica, pero suficientemente amplia para lograr una perspectiva global de la situación de la persona, de sus necesidades y potencialidades y de su red de apoyo social e institucional⁹.

Nuevamente se vuelve a percibir la relevancia del Informe Social como instrumento propio del Trabajo Social junto con el diagnóstico social para valorar la situación sociofamiliar de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Nos encontramos ante situaciones que precisan de una valoración social previa al acuerdo de la intervención más adecuada, el orden de prelación en el acceso a los servicios y prestaciones y el nivel de protección de estos.

BAREMO CON FACTORES SOCIALES

A continuación, presentamos un baremo que nos permite valorar los factores sociales que debemos tener en cuenta a la hora de elaborar el Programa Individual de Atención. Se trata de recoger los factores sociales que cuentan con mayor peso en la vida de cualquier persona. Consideramos que es la única manera posible de poder ofrecer una respuesta integral a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Dicho instrumento deberá ser aplicado por un/a profesional del Trabajo Social.

9 Orden de 1 de abril de 2013 por la que se aprueba el modelo de informe social unificado para el área de dependencia, discapacidad y promoción de la autonomía personal y se aprueba su utilización en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Para el diseño de este, hemos tenido en cuenta algunas escalas de valoración validadas científicamente, como la escala de Gijón de riesgo social, la escala de Zarit y el cuestionario MOS de apoyo social. Los proveedores de la asistencia tienen la responsabilidad de valorar el funcionamiento social, ya que se considera que:

- a) El funcionamiento social se correlaciona con el físico y el mental.
- b) Nos permitiría identificar los que poseen sistemas de apoyo poco sólidos o no existentes con el objeto de adoptar medidas preventivas.
- c) El funcionamiento social es un objetivo en sí mismo, como componente intrínseco del concepto de calidad de vida.
- d) Permite la evaluación de las actividades emprendidas. Como señalan García, Díaz, Salamea, Cabrera, Menéndez, Fernández y Acebal (1999) está por ello justificado contar con un instrumento que nos permita tener en cuenta los aspectos sociales, junto a los funcionales o a los psicológicos, a la hora de detectar situaciones de riesgo, emitir un pronóstico, orientar una intervención o efectuar un seguimiento.

INDICADORES	PUNTOS
1. FACTOR SOCIOFAMILIAR	20
1.1. Situación familiar	3
Estado civil.	
Tiene hijos.	
No tiene hijos.	
Vive solo/a. Motivos.	
La persona rota por varios domicilios.	
1.2. Redes Sociales (apoyos familiares, vecinales)	3
Cuenta con apoyo familiar.	
Cuenta con apoyo vecinal o redes de apoyo.	
Participación social (centros de mayores, asociaciones de vecinos, redes vecinales).	
1.3. Apoyo social (instrumental, económica, información)	3
Cuenta con Servicio de Ayuda a Domicilio.	
Cuenta con Servicio de Teleasistencia.	
Acude al Centro de Atención Diurna.	
1.4. Sobrecarga del cuidador	4
Cuidador/a familiar.	
Un/a solo/a cuidador/a.	
Cuidador/a contratado/a.	
Cuidador/a familiar y cuidador/a contratado/a.	

Los factores sociales en el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley 39/2006

1.5. Desprotección/protección: valoración de las necesidades sentidas de las personas respecto a su situación de dependencia	4
Reconocimiento de las personas sobre sus propias limitaciones físicas y sociales. Manera de percibir, analizar su situación. Valorar la capacidad de toma de decisiones.	
Habilidades que muestra la persona, capacidad de comprensión y comunicación. Valoración de competencias y recursos personales.	
Valoración de desprotección en el sentido de dictaminar si peligra la integridad física o psíquica de la persona, la capacidad de defensa y del ejercicio de sus derechos a la hora de enfrentar los factores de riesgo de su integridad física.	
A pesar de los factores de desprotección que presenta la persona, ésta tiene factores familiares de protección que compensan, apoyan y salvaguardan su integridad.	
1.6. Situación social anterior a la valoración de Dependencia: este ítem puntúa otros reconocimientos anteriores en otros tribunales médicos o sociales que la persona tiene antes de dicha valoración	3
Certificado de discapacidad.	
Incapacidad laboral.	
Incapacidad jurídica.	
2. RECURSOS SOCIALES	10
2.1. Vivienda	7
<i>2.1.1. Tipo de vivienda</i>	3
En propiedad.	
En alquiler.	
Vivienda cedida por un familiar u otra persona.	
Habitación.	
Infravivienda.	
<i>2.1.2. Barreras arquitectónicas</i>	4
Vivienda en altura sin ascensor.	
Bañera.	
Vivienda de varias plantas sin mecanismos de elevación para el acceso.	
Vivienda que no cumple condiciones de habitabilidad adecuadas (seguridad e higiene).	
2.2. Acceso a servicios comunitarios (Centro de Salud, Centro Municipal de Servicios Sociales)	3
<i>2.2.1. Interacción de la persona con su entorno más próximo</i>	3
Recursos comunitarios.	
Recursos sociales.	
Recursos de salud.	

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar a cada uno de los ítems principales se les otorga una puntuación máxima. Al ítem de la situación sociofamiliar, una puntuación de 20 puntos y al ítem de recursos sociales 10 puntos. En definitiva, se trata de otorgar un valor absoluto según el criterio profesional del/de la trabajador/a social. Dicho profesional realizará una valoración de la situación concreta de la persona que se encuentra en situación de dependencia para determinar la puntuación final dentro del margen establecido. El resultado final de la valoración de los indicadores recogidos en el baremo se ajustará en alguna de las siguientes situaciones:

- Riesgo Leve (situación de dificultad social): De 0 a 10 puntos.
- Riesgo moderado (situación de desprotección): De 11 a 20 puntos.
- Riesgo grave (desamparo): De 21 a 30 puntos.

Tomando como referencia el Manual de Intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores del año 2008, hemos considerado oportuno hablar de tres situaciones de riesgo en las que se puede encontrar cualquier persona en situación de dependencia (Novillo y Cubero, 2020).

Se entiende, por tanto, por situación de dificultad social, la de aquellas personas en situación de dependencia que viven en sus domicilios, en los de sus familiares o en habitaciones alquiladas con otras unidades familiares con las que no se comparten vínculos familiares y cuyas condiciones pueden provocar un daño significativo a nivel vital.

La situación de desprotección se daría en aquellos casos en los que las personas en situación de dependencia que viven en sus domicilios, en los de sus familiares o en habitaciones alquiladas con otras unidades familiares con las que no se comparten vínculos familiares y sufren daños significativos moderados a nivel vital.

Y, por último, se encuentran en situación de desamparo, aquellas personas en situación de dependencia que viven en sus domicilios, en los de sus familiares o en habitaciones alquiladas con otras unidades familiares con las que no se comparten vínculos familiares y sufren daños significativos graves a nivel vital.

En base a las situaciones definidas anteriormente se considera que la intensidad de protección para el Servicio de Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio y Servicio de Promoción de Autonomía Personal, debe ser el siguiente:

1. Servicio de Teleasistencia: Se le reconocerá a cualquier persona que se encuentre en situación de dependencia independientemente de que su situación sea de dificultad social, desprotección o desamparo ya que se considera un servicio de carácter preventivo.

2. Servicio de Ayuda a Domicilio: En función de la situación en la que se encuentre cada una de las personas en situación de dependencia, la intensidad de protección será la siguiente:

2.1. Riesgo grave (desamparo):

- Grado I: 20 horas.
- Grado II: 45 horas.
- Grado III: 70 horas.

2.2. Riesgo moderado (desprotección):

- Grado I: 15 horas.
- Grado II: 35 horas.
- Grado III: 60 horas.

2.3. Riesgo leve (dificultad social):

- Grado I: 12 horas.
- Grado II: 21 horas.
- Grado III: 46 horas.

3. Servicio de promoción de autonomía personal: se podrá compatibilizar tanto con el Servicio de Teleasistencia como con el Servicio de Ayuda a Domicilio, independientemente de que su situación sea de dificultad social, desprotección o desamparo ya que es fundamental favorecer la autonomía de las personas que se encuentran en situación de dependencia durante el mayor tiempo posible.

En cuanto al orden de prelación para acceder a cualquiera de los servicios del Catálogo, se corresponde con:

- Grado de dependencia.
- Menor capacidad económica.
- Puntuación de la valoración de los factores sociales.

Por tanto, ante el mismo grado de dependencia, menor capacidad económica y mayor puntuación resultante en la valoración de los factores sociales, se deberá dar prioridad a aquellas personas que se encuentren en situación de mayor desprotección o desamparo. De este modo, podrían ser incluidos en la lista de acceso a cualquiera de los servicios según la puntuación determinada en cada una de las siguientes situaciones:

- Riesgo grave (desamparo): Personas en situación de dependencia que sufran un riesgo grave se le asignarán 9 puntos.
- Riesgo moderado (desprotección): Personas en situación de dependencia que sufran un riesgo moderado se le asignarán 6 puntos.
- Riesgo leve (dificultad social): Personas que se encuentren en situación de dependencia que sufran un riesgo leve se le asignarán 3 puntos.

CONCLUSIONES

1. Los factores sociales que describen y definen la vida de las personas en interacción con su medio determinan y añaden dependencia social a su vida. En el procedimiento de la valoración de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia se deben contemplar estos factores sociales ya que pueden incrementar la dependencia física o psíquica de la persona.
2. El riesgo social depende de las condiciones del entorno en el que vive el individuo. Por tanto, no debemos olvidar que muchos de los factores sociales recogidos en el baremo presentado, pueden generar riesgo social. Y esa situación de riesgo social puede llegar a convertirse en una situación de desprotección social para la persona que se encuentra en situación de dependencia si no son tenidos en cuenta a la hora de elaborar el Programa Individual de Atención, determinar el orden de prelación de los servicios y la intensidad de la protección.
3. El informe social y el diagnóstico social como herramientas propias del Trabajo Social nos permiten extraer datos contrastados y un juicio profesional en base a los indicadores sociales recogidos en el baremo presentado. Añaden valor a la elaboración del Programa Individual de Atención ofreciendo una respuesta más integral a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia.
4. Es una cuestión de justicia social el lograr que las personas más vulnerables y con mayores indicadores de desprotección y exclusión social puedan acceder de manera prioritaria al Catálogo de Servicios y Prestaciones de la Ley 39/2006.

AGRADECIMIENTOS

D. Daniel Gil Martorell, D.^a Agustina Crespo Valencia, D. Rubén Yusta Tirado, D.^a Mar Ureña Campaña y D.^a M.^a José Planas García de Dios.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayuntamiento de Madrid. (2008). *Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores*. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Texto aprobado de forma unánime por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria del 9 de junio de 2012.
- García González, J. V., Díaz Palacios, E., Salamea García, A., Cabrera González, D., Menéndez Caicoya, A., Fernández Sánchez, A., y Acebal García, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención primaria*, 23(7).
- Junta de Castilla y León. (2017). *Documento sobre el informe social unificado para la Autonomía Personal y Dependencia*. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- Novillo García, B., y Cubero García, M. (2020). Propuesta para la inclusión de las viviendas tuteladas o supervisadas de personas sin hogar en el Catálogo de Servicios de Dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 91, 143-146.

Título del libro:

DESCUBRIENDO A ENZO

Book Tittle:

DISCOVERING ENZO

Autores:

David Caracuel Ruiz

Darío Hidalgo Domínguez

Ilustrador

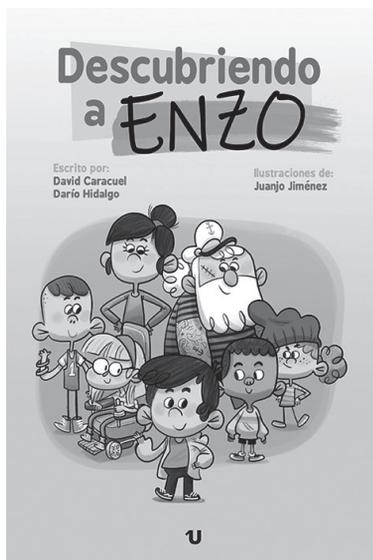
Juanjo Jiménez González

Uno Editorial (Autopublicación)

ISBN: 9788418438448

Páginas: 108

Fecha publicación 12/11/2020



Reseña realizada por Jessica Jiménez Jiménez

Doy por hecho que una de las mayores convicciones que tenemos en Trabajo Social, es la concepción de la educación como promotor del cambio social. Independientemente del grupo de población del que hablemos, la educación en valores y la noción de las diversas realidades sociales, hacen que las sociedades evolucionen su grado de interés e implicación.

Pero ¿estamos difundiendo correctamente dichas nociones? Seguro que, esta misma pregunta también se la hicieron en su momento mis dos amigos trabajadores sociales, y autores del libro que reseño en estas líneas, David Caracuel y Darío Hidalgo. Y es que desde que los conozco, ambos luchan incansablemente por visibilizar todos aquellos temas de índole social que necesitan ser escuchados para que las cosas cambien. Como bien ya dije en la presentación del libro, estos dos profesionales siguen haciendo Trabajo Social incluso fuera del ámbito laboral, aprovechando la más mínima oportunidad para hacernos ese hueco en la sociedad que tanto anhelamos.

Un día, hace unos años, me confesaron entre sonrisas y ojos que brillaban de emoción, que se aventuraban en la tarea de escribir un libro, concretamente un libro enfocado al público infantil. ¿Y qué ha terminado pasando? Pues que han sabido ir más allá. No solo han creado un cuento inédito, pensado para hacer un recorrido por distintas temáticas sociales que no son nada habituales en la narrativa infantil; sino que además han conseguido darle un enfoque apto para todos los públicos, y que convierte al pequeño Enzo en un reclamo para todas las edades. Cualquiera persona puede sumergirse entre sus páginas con la convicción de que no será la misma cuando haya reflexionado sobre todas esas cuestiones que se trabajan en el libro.

Sigo admirando la capacidad que han tenido para hacer que un niño de nueve años nos coja de la mano y nos ayude a sacudir muchos de nuestros prejuicios, mientras nos da a conocer muchas situaciones sociales que nos pasan inadvertidas en nuestro día a día. Explicadme cómo no vais a dejaros llevar por un niño tan ingenuo, curioso, noble y solidario. A mí me resultó imposible salir ilesa de sus páginas, porque Enzo consiguió conquistarme en cada una de sus vivencias.

Otro punto fuerte del libro, sin duda lo constituyen el resto de personajes, igual de especiales y memorables en este paseo por la empatía, el respeto y la igualdad. Y dada la importancia de cada personaje, la caracterización no podría ser menos. El ilustrador Juanjo Jiménez ha sido el encargado de hacerlos más tangibles gracias a unas ilustraciones muy fieles a la esencia de todo el reparto, y con las que deleitarse en cada capítulo.

Personalmente, he tenido la suerte de ser lectora cero de Descubriendo a Enzo, además de vivir junto a sus autores, todo el proceso creativo. Quizás eso os pueda dar a pensar que inundo estas líneas de pura subjetividad, pero es precisamente ese hecho el que me hace afirmar con rotundidad, que este libro está hecho con el corazón, y su finalidad no es otra que contribuir a que poco a poco nuestra sociedad vaya mejorando y creciendo en valores.

Y la última razón que os doy para tenerlo en vuestras manos, pero no por ello la menos importante, es adelantaros que Enzo tiene un secreto que guarda discretamente durante todo el relato, pero que terminará viendo la luz como el mejor de los finales ¿Te vas a quedar sin descubrirlo?

EL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID VALORA LA SITUACIÓN DE LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN (RMI) EN LA COMUNIDAD DE MADRID, DESPUÉS DE NUEVE MESES DEL INGRESO MÍNIMO VITAL (IMV)

THE OFFICIAL COLLEGE OF SOCIAL WORK OF MADRID ASSESSES THE SITUATION OF THE MINIMUM INSERTION INCOME (RMI) IN THE COMMUNITY OF MADRID, AFTER NINE MONTHS OF THE MINIMUM VITAL INCOME (IMV)

Tras la creación y aprobación del Ingreso Mínimo Vital (IMV), la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (COTS-Madrid), en colaboración con su Comisión de Atención Social Primaria, presentan su reflexión sobre la implantación de esta medida en la Comunidad de Madrid.

El COTS-Madrid ya ha mostrado su preocupación en diversas ocasiones, una en junio de 2020 y otra en julio de 2020, en línea con las consideraciones que señaló el Consejo General del Trabajo Social en febrero de este año.

Ahora, cuando se cumplen nueve meses desde la puesta en marcha del Ingreso Mínimo Vital, el COTS-Madrid reflexiona de nuevo sobre esta medida y pone de manifiesto las incidencias detectadas en los Centros de Servicios Sociales de la región.

En este sentido, las y los trabajadoras/es sociales comparten la enorme preocupación de las familias y personas que están padeciendo una falta de garantía de ingresos y hacen hincapié en que esta situación supone el incumplimiento de un derecho.

Se señala también una falta de agilidad en la resolución del IMV, denegándose tres de cada cuatro expedientes recibidos, y las dificultades que se las/os trabajadoras/es sociales están detectando en la tramitación tanto de la RMI como del IMV (suspensión de la tramitación de nuevas solicitudes de RMI hasta no tener resuelto el expediente de IMV, Suspensión Cautelar inmediata de RMI ante denegaciones de IMV o hasta aportar resolución de IMV, no aplicación de la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, etc.).

Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

Te invitamos a leer el documento completo en la página web del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (http://www.comtrabajosocial.com/noticia/2021/3046/el-colegio-oficial-de-trabajo-social-de-madrid-valora-la-situacion-de-la-rmi-en-la-comunidad-de-madrid-despues-de-nueve-meses-de-imv/#.YHvm_SFROs) en el cual se propone un conjunto de medidas basadas en la legislación vigente y que son claves para entender y seguir avanzando en esta compleja situación.

IV GALA DEL TRABAJO SOCIAL

IV SOCIAL WORK GALA

Como cada año, coincidiendo con el mes en el que se celebra el Día Mundial del Trabajo Social, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid celebró la IV Gala del Trabajo Social. Esta celebración, que por segundo año consecutivo tuvo que celebrarse de forma online por la situación de pandemia, volvió a reunir a compañeras y compañeros que pusieron en valor a la disciplina y al lema elegido este año en el Día Mundial del Trabajo Social: “Ubuntu: yo soy porque nosotros y nosotras somos”.

Esta Gala sirvió para recordar y para hacer balance del último año. Un año que ha estado marcado por la crisis sanitaria que todavía hoy seguimos viviendo y que ha marcado la vida colegial y la de todas y todos los/as colegiados/as. En cambio, también se vivieron momentos emotivos, en los que se dio voz a las compañeras que en 2020 se jubilaron, conocimos un poco más la labor del Cuerpo de Trabajadoras/es Sociales Voluntarias/os del Colegio y disfrutamos de actuaciones musicales de profesionales del Trabajo Social, demostrando una vez más el aspecto polifacético de nuestra profesión.

Al igual que en anteriores ocasiones, la Junta de Gobierno del Colegio reconoció la labor de profesionales destacadas/os en el ámbito social, que este año recayeron en:

Dña. Alfonsa Rodríguez Rodríguez. Reconocimiento a la Trayectoria Profesional.

Los/as trabajadores/as sociales que han desempeñado su labor profesional en las Residencias de Mayores durante la crisis del Covid-19. Reconocimiento a la defensa de los Derechos Sociales desde el Trabajo Social.

Dña. Carolina García Durrif. Reconocimiento por su contribución al desarrollo a la profesión del Trabajo Social.

Uno de los momentos más esperados de la Gala del Trabajo Social es la entrega de Premios, que como cada año pone en valor el trabajo de las compañeras y compañeros en cada una de las disciplinas seleccionadas. En esta ocasión las categorías pre-

miadas fueron mejor Trabajo de Fin de Grado, mejor Acción Formativa, mejor Praxis en Trabajo Social y mejor Acción de Innovación social. Tras la votación de las colegiadas y los colegiados los premios recayeron en:

Premio al mejor Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social:

Almudena García, con su trabajo *“Todo lo que me has dado”*.

Premio a la mejor Praxis en Trabajo Social:

Sara del Pie, que presentó el proyecto *“Servicio de Intervención Socioeducativa para el acompañamiento en la integración habitacional en Villaverde”*.

Premio al mejor Proyecto de Innovación Social desde el Trabajo Social:

Ana Vázquez, que presentó el proyecto *“Usar tu móvil es fácil”*.

Premio a la mejor Experiencia Formativa en Trabajo Social:

Begoña de Cevallos, que presentó su curso *“Intervención Social en Duelo”*.

Queremos aprovechar este espacio para felicitar a las personas reconocidas y premiadas en esta IV Gala del Trabajo Social y esperamos que el año que viene, la que será ya la V Gala del Trabajo Social, pueda desarrollarse físicamente y volvamos a crear un espacio de encuentro y de intercambio entre las/os profesionales del Trabajo Social.

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

Temática y alcance de la revista	<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 la misma es cuatrimestral, contando con tres números al año.</p>
Tipos de trabajo	<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> <ul style="list-style-type: none"> – Se publicarán reseñas de libros de actualidad. <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.
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.

Instrucciones
a los/as autores/as

10. Los manuscritos no deben haber sido publicados previamente. La persona que firma el artículo será responsable de que el artículo no haya sido publicado antes o enviado a otra revista para su publicación. Si el artículo ha sido publicado, deberá mencionarlo en el artículo, el cual deberá ir acompañado de un documento -emitido por el organismo correspondiente- autorizando su posible reproducción en Trabajo Social hoy.

11. 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/de la 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).

12. 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.

13. 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. Recuperado el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instrucciones a los/as autores/as	<p>14. 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>15. 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>16. 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/ ERICH 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 CrossRef, 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/as colegiados/as 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.

Subject matter and scope of the journal	<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>
Type of works accepted	<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 external 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.
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.

Instructions to Authors

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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Ethical code	www.trabajosocialhoy.com
Quality indicators	<p>NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOC, CINDOC - Compludoc - Dialnet - Latindex - Psicodoc - Erich plus <p>JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS</p> <p>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/ ERICH PLUS: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/ REDIB: https://www.redib.org/</p> <p>REPOSITORIES</p> <p>Google Scholar http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.google.es/</p> <p>ANOTHER DATA</p> <p>CrossRef Member. www.crossref.org</p>
Frequency of publication	<p>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 preestablished structure for its contents, by which the articles are categorized into three sections: a dossier devoted to a specific subject area, a section for articles of professional interest and another focused on professional intervention.</p>

Open access policy	<p>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.

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/as autores/as 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 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 2021)

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

Sumario | Contents

Presentación | Presentation [5-6]

Artículos | Articles [7-155]

Dossier Trabajo Social en los procesos de final de la vida

Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales
Working with death from Social Work. Anthropological, psychological, bioethical and legal implications
María Pérez Bandera 7-26

Trabajo Social en la Humanización de la Asistencia Sanitaria ante procesos de finalización de la vida: revisión de un caso práctico
Social Work in the Humanization of Health Care before end-of-life processes: review of a practical case.
Sonia García Aguña 27-51

Interés profesional | Professional Interest

La investigación en Trabajo Social. Análisis de los Trabajos Fin de Grado de la Universidad de Zaragoza
Research in Social Work. Analysis of the Final Degree Projects of the University of Zaragoza
Sandra Romero-Martín, Elisa Esteban-Carbonell, M^a Dolores de Pedro Herrera 53-77

(Co)creando contextos participativos, representativos y colaborativos: Concretizaciones del trabajo en equipo democratizador en y desde el Trabajo Social ultramoderno
(Co) creating participatory, representative and collaborative contexts: concretizations of democratizing teamwork in and from ultramodern Social Work
Emiliano A. Curbelo Hernández 79-100

Intervención profesional | Professional Intervention

Trabajo Social neurológico: intervención social con pacientes de Alzheimer.
Neurological Social Work: social intervention with Alzheimer's patients
Verónica Olmedo Vega, Elisa Mielgo Gandarillas 101-123

Los factores sociales en el acceso a las prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
Social Factors in the access to the health care services in the catalogue of services for the system of the Personal Independence and Service to Persons in Dependency situation in the Law 39/2006, 14th December on the Promotion of Personal Independence and Service to persons in a dependency situation (LAAD)
Belén Novillo García, Marta Cubero García 125-137

Reseñas | Reviews [139-140]

Título del libro: Descubriendo a Enzo
Book title: Discovering Enzo
Autores: David Caracuel Ruiz y Darío Hidalgo Domínguez
Reseña realizada por Jessica Jiménez Jiménez 139-140

Información profesional | Professional information [141-144]

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid valora la situación de la Renta Mínima de Inserción (RMI) en la Comunidad de Madrid, después de nueve meses del Ingreso Mínimo Vital (IMV)
The Official College of Social Work of Madrid assesses the situation of the Minimum Insertion Income (RMI) in the Community of Madrid, after nine months of the Minimum Vital Income (IMV) 141-142

IV Gala del Trabajo Social
IV Social Work Gala 143-144