

Septiembre 2022. 3.^{er} cuatrimestre
ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJO
SOCIAL
DE
MADRID

97

JOSE MANUEL JIMÉNEZ | PATRICIA GONZÁLEZ | ANA ISABEL DORADO
IRÍA NOA DE LA FUENTE | RAFAEL DELGADO | VÍCTOR VACAS
ARACELI MONSERRAT TAMARIZ | ARELY RODRÍGUEZ | KAREN FLORES
KARLA RAQUEL BECERRIL

Director/Executive Editor

Rubén Yusta Tirado

Profesor Asociado en la Universidad Pontificia de Comillas. Trabajador Social en la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica HM Montepríncipe
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 Mochales. Universidad Complutense de Madrid

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)

Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriatria 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

Ana García Martínez. SAVG-24H, Ayuntamiento de Madrid, gestión externa INTRESS

Rubén Yusta Tirado. Profesor Asociado en la Universidad Pontificia de Comillas. Trabajador Social en la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica HM Montepríncipe

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 Hijes

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

Editada en Septiembre de 2022

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[7-114]

Dossier Trabajo Social Sanitario

Procedimiento y rol competencial de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario de Andalucía ante la eutanasia como derecho subjetivo

Procedure and competence role of the professionals of the Health Social Work of Andalusia before euthanasia as a subjective right

Jose Manuel Jiménez Rodríguez 7-17

Exclusión Social y VIH: Descubriendo la Unidad de Valoración y Atención a la Asistencia Domiciliaria (UVAAD) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Social Exclusion and HIV: Discovering the Home Care Assessment and Care Unit (UVAAD) at the Gregorio Marañón General University Hospital

Patricia González Carbajo..... 19-35

Temas de interés profesional

La gestión constructiva de conflictos en la práctica profesional del Trabajo Social: aportaciones desde los modelos históricos de mediación

Constructive conflict management in the professional practice of social work: contributions from historical models of mediation

Ana Isabel Dorado Barbé e Iria Noa de la Fuente Roldán..... 37-53

Análisis de las percepciones de satisfacción en usuarios/as derivadas de las intervenciones y servicios ofrecidos en un Centro de Atención a la Infancia

Analysis of users satisfaction perceptions arising from interventions and services offered in a child care centre

Rafael Delgado Campo 55-72

Intervención y práctica profesional

Vivienda y Exclusión Social. Algunos apuntes teórico-metodológicos

Housing and social exclusion. Some theoretical-methodological notes

Victor Vacas Mora 73-93

Discapacidad Psicosocial en mujeres privadas de su libertad: una reflexión desde Trabajo Social	
<i>Psychosocial Disability in women deprived of their liberty: a reflection from Social Work</i>	
Araceli Monserrat Tamariz Salgado, Arely Rodríguez Servín, Karen Flores Flores, Karla Raquel Becerril Reyes	95-114

Reseñas | Reviews [115-116]

Del burnout al sentido. Intervenciones psicosociales saludables	
<i>From burnout to meaning. Healthy psychosocial interventions</i>	
Autor: Luis Manuel Estalayo Martín	
Reseña realizada por: Carlos Aparicio Jiménez.....	115-116

Información profesional | Professional information [117-120]

25-N - Día Internacional por la eliminación de la Violencia contra la Mujer	
<i>25-N - International Day for the Elimination of Violence against Women.....</i>	117-118
Celebración de los 40 años del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid	
<i>Celebration of the 40th anniversary of the Official College of Social Work of Madrid</i>	119-120

Presentación

Los meses siguen pasando y casi sin darnos cuenta llegamos al número que cierra este 2022.

Un año que todas/os recordaremos por ser el año del 40º Aniversario del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid o del décimo aniversario de nuestro actual Código Deontológico. Pero no todo han sido celebraciones, a lo largo de estos últimos meses las/os trabajadoras/es sociales hemos tenido que afrontar las repercusiones del conflicto entre Rusia y Ucrania, hemos continuado interviniendo en los resultados que la pandemia ha tenido en nuestra sociedad y hemos vivido momentos complejos, como ha sido la despedida que recientemente le dábamos a nuestro compañero Darío Pérez, un profesional de referencia tanto a nivel de intervención como en la academia. Desde Trabajo Social Hoy queremos sumarnos al recuerdo y al agradecimiento por todas sus aportaciones al Trabajo Social y queremos quedarnos con una frase que nos identifica a todas/os las/os que, al igual que Darío, formamos parte de esta gran familia: *“A través del Trabajo Social no vais a ser ni ricos ni famosos, seréis felices”*. Descansa en paz compañero.

El número 97 arranca con un *Dossier* dedicado al Trabajo Social Sanitario, uno de los ámbitos de referencia para gran parte de las/os trabajadoras/es sociales y próxima acreditación de experta/o que saldrá en el Colegio. Abriendo este bloque encontramos un artículo que trata sobre los procedimientos y los roles de las/os trabajadoras/es sociales en un tema tan controvertido como la eutanasia, en esta ocasión desde la experiencia en Andalucía. Posteriormente también contamos con un artículo dedicado a la intervención social realizada con personas enfermas de VIH, a través del cual podremos conocer el papel de nuestra disciplina a lo largo de los años en relación con esta enfermedad.

En el apartado de *Interés profesional* tenemos un artículo que nos habla sobre cómo se puede hacer un uso constructivo del conflicto, desde la práctica profesional, permitiéndonos identificar estas situaciones como una herramienta más en la intervención social. Cerrando este apartado tenemos un artículo relacionado con el ámbito de la infancia, y más concretamente con las percepciones de satisfacción de los servicios e intervención en un Centro de Atención a la Infancia.

Como en cada número también contamos con un bloque dedicado a la *Intervención y Práctica profesional*, que se abre con un tema tan importante y de tanta actualidad como es la vivienda y la exclusión social. Por último, cerrando este apartado, tenemos

un artículo que nos hace reflexionar desde nuestra disciplina sobre la situación de las mujeres con discapacidad que se encuentran privadas de libertad.

En el apartado de reseñas nos acercaremos a *Del burnout al sentido. Intervenciones psicosociales saludables*, de Luis Manuel Estalayo Martín, a través del cual nos aproximaremos a la realidad de la intervención social, a los sinsabores que en ocasiones suceden en nuestra profesión y a las herramientas necesarias para practicar el autocuidado profesional, tan necesario en una disciplina como la nuestra.

Esperamos que todos los contenidos sean de vuestro interés y que ayuden a cerrar de forma positiva un año más cargado de Trabajo Social.

Rubén Yusta Tirado
Director Revista Trabajo Social Hoy

PROCEDIMIENTO Y ROL COMPETENCIAL DE LOS/AS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ANDALUCÍA ANTE LA EUTANASIA COMO DERECHO SUBJETIVO

PROCEDURE AND COMPETENCE ROLE OF THE PROFESSIONALS OF THE HEALTH SOCIAL WORK OF ANDALUSIA BEFORE EUTHANASIA AS A SUBJECTIVE RIGHT

José Manuel Jiménez Rodríguez. *Profesor de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid*

Resumen: La eutanasia es un derecho subjetivo reconocido en el ordenamiento jurídico español tras la aprobación de su Ley. Esta permite a la persona poner fin a la vida cuando la enfermedad presenta un pronóstico fatal. Las comunidades autónomas juegan un papel importante en el desarrollo de este precepto normativo, pues son las encargadas de propiciar los mecanismos adecuados para que este derecho se consolide. En la Comunidad Autónoma de Andalucía esta prestación queda implantada en la Cartera de Servicios y Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud, organismo que elabora los procedimientos y documentos afines a esta. Aquí, el médico de Atención Primaria de Salud asume el cargo de médico/a responsable. A este se le asignan competencias relacionadas con la información de la prestación, la valoración del caso, la realización del acto eutanásico, la confirmación, etc., así como la evaluación de la capacidad de la persona; cometido que puede suponer una sobrecarga asistencial. Además de un compromiso para quien no tiene tal destreza. En dicha autonomía el procedimiento de la prestación de ayuda para morir deja al margen a los/as trabajadores/as sociales sanitarios en cuestiones relativas a la Comisión de Garantía y Evaluación. Además, estos carecen de instrumentos de valoración específicos que eludan la subjetividad interpretativa. De ahí que deban abogar a la objetividad y reclamar espacios de intervención dentro de esta Comisión como equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Eutanasia, Trabajo Social Sanitario, Atención Primaria, Proceso asistencial, Evaluación.

Abstract: Euthanasia is a subjective right recognized in the spanish legal system after the approval of its Law. This allows the person to end life when the disease has a fatal prognosis. The autonomous communities play a significant role in the development of this normative precept, since they are in charge of promoting the appropriate mechanisms so that this right is consolidated. In the Autonomous Community of Andalusia, this benefit is included in the portfolio of services and benefits of the Andalusian Health Service, body that prepares the procedures and documents related to it. Here, the Primary Health Care doctor assumes the position of responsible doctor. Competences related to the provision information, case assessment, conducting the euthanasia act, confirmation, and so on, as well as the evaluation of the person's capacity are assigned to this; a task that can lead to an overload of care. In addition to a commitment for those who do not have such skills. In said autonomy, the procedure for the provision of aid in dying leaves social health workers out of the question regarding the Guarantee and Evaluation Commission. In addition, these lack specific assessment instruments that avoid interpretive subjectivity. Hence, they must advocate objectivity and claim spaces for intervention within this Commission as a multidisciplinary team.

Keywords: Euthanasia, Health Social Work, Primary Care, Care process, Evaluation.

| Recibido: 24/03/2022 | Revisado: 25/05/2022 | Aceptado: 01/08/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada: Jiménez, J. M. Procedimiento y rol competencial de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario de Andalucía ante la Eutanasia como derecho subjetivo. Trabajo Social Hoy 97 (7-17). doi: 10.12960/TSH.2022.0013

Correspondencia: Jose Manuel Jiménez Rodríguez. Trabajador Social. Email: E-mail: josemj04@ucm.es

ORIGEN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA: INTERPRETACIÓN CASUÍSTICA

La eutanasia es considerada una disposición clínica opcional y una alternativa al dolor y el sufrimiento humano prolongado consecuencia de una enfermedad irreversible y de pronóstico limitado. La Organización Mundial de la Salud (OMS), según Sierra Arredondo, define la eutanasia como *“el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar”* (Sierra, 2007). De este modo, la iatrogenia y los actos encarnizados quedan restringidos.

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia esta se despenaliza, lo que exige la modificación articular del Código Penal. En concreto, lo consignado en el contenido de su Artículo 143.

Desde un punto de vista sociopolítico y sanitario, esta norma es aprobada e incorporada en el aparato jurídico español en un momento convulso, derivado de la pandemia por coronavirus y sus efectos (número ingente de ingresos de pacientes con sintomatología respiratoria aguda y posterior estado comatoso, alto índice de fallecimientos, déficit en la respuesta asistencial y los recursos existentes, colapso sanitario, diversas olas y variantes del virus prolongadas en el tiempo, confinamiento y aislamiento, etc.), periodo agudizado por la crisis económica y viceversa. Asimismo, esta norma surge en un tiempo donde el Sistema de Protección Social no cuenta con capacidad suficiente para dar respuesta a las situaciones derivadas de la dependencia. El débito en la dotación presupuestaria y el elevado porcentaje de personas con enfermedad crónica solicitantes de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, entre otras cuestiones, provocan la consunción en los recursos vinculados al Catálogo de Prestaciones de esta última norma y la dilación en los plazos de resolución de los expedientes admitidos y en curso. Tal circunstancia, traducida en ineficacia respecto del procedimiento y tiempo para la concesión de sus prestaciones, provoca el desamparo y, por ende, la vulnerabilidad de las personas dependientes y sus familiares o allegados; algunas de aquellas en situación de cronicidad aguda y/o paliativa. Es en este marco constitutivo en el que surge la Ley de Eutanasia, al que se debe añadir la inestabilidad económica de muchas unidades familiares, el cambio en la percepción que se tiene del proceso de la vida y la muerte, los movimientos y debates pro eutanásicos, etc. Desde un punto de vista político-legislativo, este marco de garantías puede llevar atribuido cierto componente estratégico. Pues existe dificultades evidentes para dar una respuesta favorable a determinadas demandas reconocidas como un derecho universal y subjetivo.

LA INSTAURACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La Ley de Eutanasia aparece con intención de ser implantada en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (en adelante APS), luego asocia al/a la médico/a responsable (Artículo 3, apartado “d” de la Ley) con el médico de familia. Dicho artículo confiere potestad a este/a profesional de la salud en todo el proceso de la ayuda para morir, que expresa tácitamente lo siguiente:

Médico responsable: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales (Ley 3, 2021).

Aunque la Atención Primaria de Salud se considera el espacio indicado para iniciar el discurso sobre la muerte digna y la eutanasia (como vehículo), ésta ha sufrido, y sigue sufriendo, las secuelas de la COVID-19. Este hecho se traduce en un agotamiento generalizado de los/as profesionales de la salud y un debilitamiento estructural de este ámbito concreto el que ha visto como sus procesos asistenciales flaquean y se entumescen; ámbito no reforzado correctamente a nivel organizativo y funcional.

Análisis discursivos como el realizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) en su seminario online “SEMERGEN EN VIVO: el médico de familia ante la Ley de Eutanasia”, arroja luz al sentir de muchos/as médicos/as de familia quienes, sin una preparación previa y sin manuales específicos de consulta, encuentran que pueden existir dificultades para el desarrollo de la prestación de ayuda para morir. Además de suponer un esfuerzo añadido al ejercicio profesional diario (iSanidad, 2021). Asimismo, en el 43º Congreso Nacional de SEMERGEN, celebrado el día 1 de octubre de 2021, queda patente en su mesa de comunicaciones “Repercusiones de la Ley de la Eutanasia en la práctica clínica del Médico de Familia” que estos/as profesionales de la salud se muestran partidarios/as a la regulación de la eutanasia. Pero entre las críticas manifiestas se encuentran aquellas relacionadas con la necesidad de modificar el Código Deontológico, la falta de herramientas precisas o de formación específica sobre eutanasia, la complejidad del proceso administrativo, entre otros asuntos (SEMERGEN, 2021). No obstante, puesto que la eutanasia es un nuevo derecho que propicia un cambio en el paradigma sanitario y social, se hace necesaria su eficaz aplicación.

La prestación de ayuda para morir está incluida en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y es financiada públicamente. Esta prestación lleva implícito un acto burocrático complejo el cual, al igual que la falta de formación, se puede

convertir en un obstáculo o limitación. Para soslayar alguna de estas limitaciones, el Ministerio de Sanidad edita un Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia en el que se recoge su marco normativo, la función de los/as profesionales sanitarios/as, el procedimiento a seguir desde el inicio de la solicitud de la prestación de la ayuda para morir, algunas recomendaciones sobre la objeción de conciencia, etc. (Ministerio de Sanidad, 2021a). Mediante dicho instrumento se espera que los implicados en este derecho conozcan las distintas fases que se van a seguir durante el proceso de esta prestación, lo que permite despejar cualquier incertidumbre. El citado manual propone instrucciones precisas (de carácter genérico) para ser contempladas por las distintas comunidades autónomas; estas últimas, encargadas de adaptar esta norma a su Sistema de Salud y de su puesta en marcha.

LA EUTANASIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA: ROL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES SANITARIOS/AS EN EL PROCESO DELIBERATIVO

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la eutanasia queda al amparo del Sistema Sanitario Público de Andalucía de la Consejería de Salud y Familia y, por defecto, al Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS). Por delegación de competencias atribuidas a esta estructura, conforme a lo establecido en los artículos 149 y 150 de nuestra Carta Magna, dicho organismo tiene potestad conferida para establecer y poner en marcha su propio procedimiento asistencial relativo a la prestación de la ayuda para morir. Tal procedimiento centra su atención en la primera y segunda solicitud, la objeción de conciencia, la valoración social de la situación planteada, la aprobación o desistimientos de la prestación, el acto de defunción, etc. En definitiva, en el aspecto clínico-asistencial del acto de morir.

En el Servicio Andaluz de Salud, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as tienen la obligación de cumplimentar el denominado LORE 2bis (Proceso Deliberativo Social). En este documento queda plasmada la valoración social que estos/as profesionales de la Salud hacen respecto de la persona solicitante de la eutanasia. Pero tal valoración, exigua e imprecisa para el hecho en sí, admite la interpretación de quien valora. El documento diseñado de manera reciente desde los servicios centrales del SAS, adjunto al Programa Diraya (Historia Única de Salud), únicamente incorpora tres apartados. Estos se relacionan con: 1) La valoración de la situación social; 2) La valoración de los recursos sociales (incluidos los del Sistema de Atención a la Dependencia); 3) Observaciones de la valoración social; cada apartado con un límite de redacción de hasta 4 000 caracteres. Esta generalidad, redundante, se traduce en una falta de codificación y de elementos de concreción inequívoca. Tal circunstancia abre la puerta a la subjetividad, donde el sistema de valores y creencias, la experiencia vital,

etc., de quien evalúa pueden estar presentes y condicionar el resultado valorado. Para evitar posibles posicionamientos, se hace necesaria la configuración de herramientas precisas y eficaces traducidas en test de evaluación. De este modo se garantiza la homogeneidad y unidad de tal valoración social en el marco del SAS, así como de cualquier otro Sistema de Salud (Jiménez, 2022). La figura que se presenta a continuación muestra el contenido del documento utilizado por los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as para dicha valoración social (ver figura 1).

Figura 1. Documento valorativo de la situación social en la solicitud de eutanasia en el Servicio Andaluz de Salud

LORE 2bis Proceso deliberativo social
Cuestionarios (LORE)

Identificación del paciente

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Repositorio de documentos

Proceso deliberativo social/Información al paciente

Situación social:

0/4000 caracteres

Recursos sociales (incluidos los del Sistema de Atención a la Dependencia)

0/4000 caracteres

Observaciones de la valoración social

0/4000 caracteres

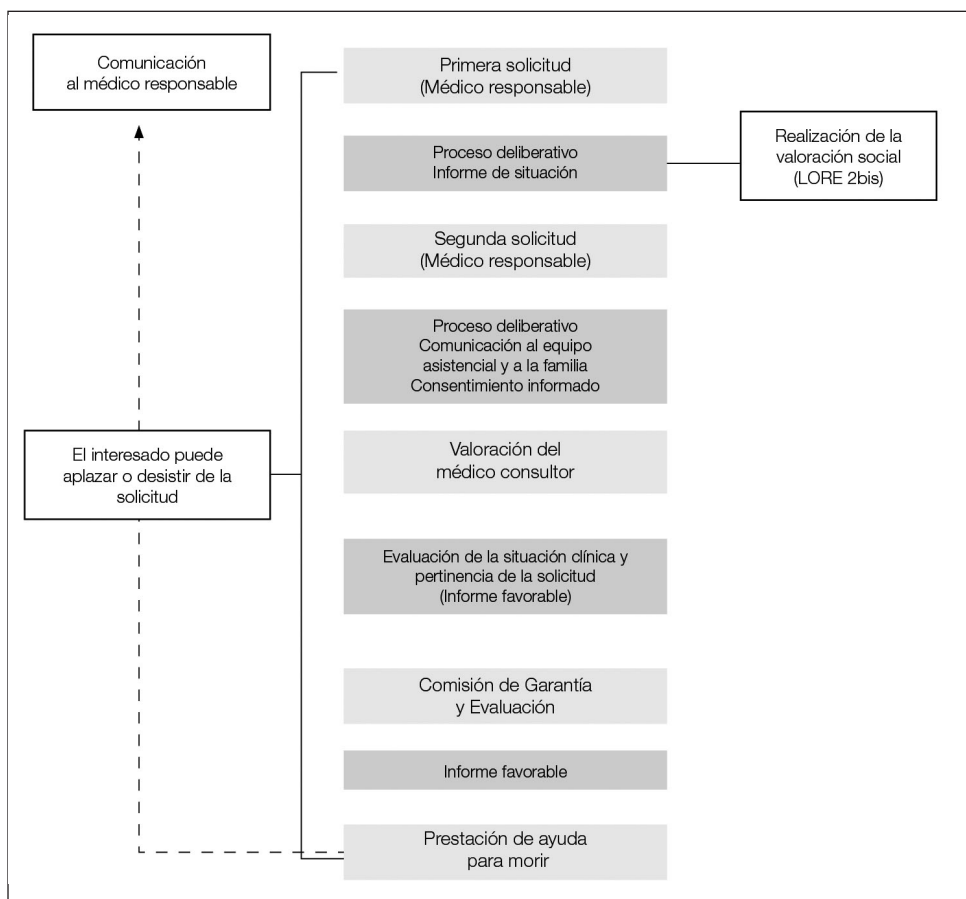
Fuente: ([LORE 2bis Proceso deliberativo Social, s.f.).

No cuantificar el peso o consistencia de dicha valoración social dificulta su adhesión al resultado de la valoración final (sanitaria); en definitiva, al cómputo del conjunto valorado. Este asunto es crucial, pues hay que considerar que en la Comunidad Autónoma de Andalucía las comisiones de garantía y evaluación (autonómica y provinciales) carecen, en su equipo multidisciplinar, de la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. Si se revisa el Artículo 12 de la Ley de Eutanasia, esta menciona a las figuras de personal facultativo, personal de enfermería y jurista, con un mínimo de siete miembros para su constitución. Pero en su contenido no alude a aquel perfil concreto. Tal coyuntura puede sesgar la decisión/declinar de esta Comisión o, al menos, restar objetividad, e incluso irrumpir en ilegalidad cuando no toma en consideración el aspecto social del acto eutanásico en las solicitudes analizadas como resultado de la documentación clínica presentada (historia clínica), emitida por el/la médico/a responsable.

El primer caso de eutanasia en Andalucía, aprobado por la Comisión de Evaluación y Garantía, perteneciente al Distrito Sanitario Granada-Metropolitano (SWI, 2022). Pero dicha Comisión obvia esta valoración social. No estima la situación sociofamiliar, económica, de vivienda, etc., del caso autorizado, hecho que ha podido generar perjuicios. Y no porque la figura de Trabajo Social se haya sustraído de su compromiso, sino por el hecho de no haber tenido en cuenta su participación y decisión.

El/la trabajador/a social sanitario/a no está exento/a de la realización de esta valoración, pues la Ley de Eutanasia no contempla la objeción de conciencia para este/a profesional. Es más, conforme a los plazos establecidos por el procedimiento, se exige un tiempo determinado para su emisión del LORE 2bis. Este no superior a 15 días desde el registro de la primera solicitud. En la figura que se presenta a continuación queda recogido el procedimiento a seguir en la solicitud de la prestación de ayuda para morir (ver figura 2).

Figura 2. Procedimiento de actuación ante la solicitud de Eutanasia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, 2021.

PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO: HACIA LA ASUNCIÓN DE COMPETENCIAS

Respecto del procedimiento de actuación en situaciones donde el/la solicitante de la prestación de ayuda para morir se halla en situación de incapacidad, el Artículo 9 de la Ley remite al/a la médico/a responsable a la declaración de la Voluntad Vital Anticipada (en adelante VVA) y su contenido. No obstante, esta circunstancia entraña cierto vacío legal. Este artículo expresa de un modo tácito que *“en los casos previstos en el Artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente* (Ley 3, 2021). El Artículo 5.2, manifiesta implícitamente:

No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ley 3, 2021).

Remitir a este/a profesional a la declaración de la VVA es restringir la responsabilidad conferida a un pronunciamiento condicionado por los límites de lo marcado en dicho documento. De igual manera, limitar al/a la solicitante incapacitado/a, a lo otorgado en la VVA conlleva constreñir su derecho a las distintas situaciones clínicas susceptible de muerte digna. En este documento no queda contemplada la eutanasia; de ahí que dirigir al/a la médico/a responsable a la declaración de la VVA puede convertirse en un proceder falto de fundamento y de leve significación. La figura que se presenta a continuación recoge las situaciones clínicas susceptibles de ser contemplada en el proceso de la planificación anticipada de las decisiones. Entre ellas se encuentran el deseo o no de recibir transfusiones sanguíneas, la nutrición parenteral, nasogástrica o mediante tubo de gastrostomía, la depuración extrarrenal, la sedación paliativa, entre otras (ver figura 3). Asimismo, permite dejar constancia sobre la voluntad de donar órganos y tejidos. Y aunque admite dar muestra de otras actuaciones clínicas, estas no quedan especificadas, por lo que pueden distanciarse de la *lex artis ad hoc* y la vigencia legislativa. Tal situación obliga al/a la incapacitado/a de hecho a establecer modificaciones en su declaración de VVA, con la complejidad en tiempo y forma que esto conlleva. Estas actuaciones son semejantes al resto de las comunidades autónomas de España. El estudio realizado por Jiménez sobre esta cuestión muestra el análisis al contenido de todos los documentos para la declaración de la VVA implantado en los distintos sistemas sanitarios del territorio español. Este estudio evidencia la similitud existente entre dichos documentos, los cuales no contemplan el aspecto social de la enfermedad (Jiménez, 2020).

Continuando con el Artículo 5.2 de esta norma, parece que corresponde al/a la médico/a responsable determinar la capacidad de hecho del/de la solicitante de la prestación de ayuda para morir. Para ello, el Ministerio de Sanidad edita como instrumento el "Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho". Este protocolo define las herramientas para valorar dicha capacidad, así como el papel del/de

la médico/a responsable y del médico/a consultor/a (Ministerio de Sanidad, 2021b). No obstante, este acto valorativo debiera ser certificado y cotejado jurídicamente, y no dejar en manos de dicho/a profesional esta ardua y comprometida responsabilidad. Pues determinar la capacidad de una persona exige el peritaje forense, y solo de la realización de varias pruebas en consulta clínica. Además de exigir la implicación de otros/as profesionales de la salud. Es decir, la psiquiatría y la psicología.

Figura 3. Actuaciones sanitarias recogidas en la voluntad vital anticipada

Transfusión de sangre		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Alimentación mediante nutrición parental (sueros nutritivos por vía venosa)		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Alimentación mediante tubo de gastrotomía (tubo que se coloca directamente en el estómago)		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Alimentación mediante sonda nasogástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago)		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Hidratación con sueros por vía venosa		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Técnicas con sueros por vía venosa		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Técnicas de depuración extrarrenal		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Respirador artificial		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Reanimación cardiopulmonar		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio
Sedación paliativa		
☐ Deseo recibirlo	☐ No deseo recibirlo	☐ No me pronuncio

Fuente: Consejería de Salud, 2012.

Escalas como las propuestas por este protocolo (el *Minimal State Examination* (MMSE); el *Aid to Capacity Evaluation* (ACE) o Ayuda para la Evaluación de la Capacidad; el *MacArthur* de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)), han de ser consideradas herramientas orientativas de la capacidad, pero no decisorias para la determinación del acto eutanásico (Ministerio de Sanidad, 2021b). El/la médico/a responsable no siempre cuenta con la suficiente pericia y tiempo para esta evaluación; hecho que puede dilatar y hacer que se vean incumplidos los plazos que marca el proceso de la ayuda para morir.

CONSIDERACIONES FINALES

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as son una pieza clave en el proceso de deliberación de solicitud de la prestación de ayuda para morir. Estos/as profesionales de la salud deben reivindicar un mayor compromiso en esta prestación, así como exigir la modificación de algunos artículos de esta norma. Sustraerlos de funciones y mandatos indispensables para valoración multidisciplinar es desconsiderar los factores y determinantes sociales en Salud (OMS, 2011). Este silenciamiento, entendido como un acto impremeditado, se puede considerar una nimiedad competencial. De ahí que estos deban requerir espacios de intervención profesional como son la Comisión de Garantía y Evaluación, tanto en su nivel provincial como autonómico. Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as se convierten en agentes esenciales para la valoración social de aquellas personas interesadas en solicitar la eutanasia, por lo que la obvia o ausencia de este dictamen es entendido un quebranto normativo y un ultraje profesional que afecta directa e indirectamente en quien solicita esta prestación.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Federal Derecho Por Morir Dignamente. (6 de abril de 2021). *Los pasos para pedir una eutanasia en España*. <https://derechoamorir.org/2021/04/06/pedir-eutanasia-espana/>
- Consejería de Salud. (2012). *Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaVVA.pdf>
- iSanidad. (15 de marzo de 2021). Los médicos de atención primaria analizan su papel en la Ley de eutanasia y «lagunas y ambigüedades» que presenta. *iSanidad*. <https://isanidad.com/180649/medicos-atencion-primaria-analizan-papel-ley-eutanasia-lagunas-ambigüedades-presenta/>
- Jiménez, J. M. (2020). Déficits sociales en las normativas y documentos relativos a la autodeterminación clínica del paciente: una mirada desde el Trabajo Social

- Sanitario. *Atención Primaria*, 52(10), 803-805. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.007>
- Jiménez, J. M. (2022). Eutanasia en España: un análisis interpretativo a la actual normativa desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 95(1), pp.77-92.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 72, de 25 de marzo de 2021. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
- [LORE 2bis Proceso deliberativos social]. (s.f.). Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
- Ministerio de Sanidad. (2021a). *Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021b). *Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf
- OMS. (2011). *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011)*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf
- SEMERGEN. (14 de octubre de 2021). SEMERGEN 2021-Repercusiones de la Ley de la eutanasia en la práctica clínica del Médico de Atención Primaria. *Univadis*. <https://www.univadis.es/viewarticle/semergen-2021-repercusiones-de-la-ley-de-la-eutanasia-en-la-practica-clinica-del-medico-de-atencion-primaria-752953>
- Sierra, G. (19 de enero de 2005). *La eutanasia: ¿debate médico o social?* Organización Médica Colegial de España. https://www.cgcom.es/noticias/2005/01/05_01_19_eutanasia#:~:text=Si%20entendemos%20por%20eutanasia%20la,%2C%20err%C3%B3neamente%2C%20llaman%20eutanasia%20pasiva.
- SWI. (14 de enero de 2022). Una francesa es el primer caso de eutanasia aplicada en Andalucía. *SWI*. https://www.swissinfo.ch/spa/espa%C3%B1a-francia-eutanasia_una-francesa-es-en-el-primer-caso-de-eutanasia-aplicada-en-andaluc%C3%ADa/47262670

EXCLUSIÓN SOCIAL Y VIH: DESCUBRIENDO LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y ATENCIÓN A LA ASISTENCIA DOMICILIARIA (UVAAD) EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

SOCIAL EXCLUSION AND HIV: DISCOVERING THE HOME CARE ASSESSMENT AND CARE UNIT (UVAAD) AT THE GREGORIO MARAÑÓN GENERAL UNIVERSITY HOSPITAL

Patricia González Carbajo. *Trabajadora Social Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Resumen: Este trabajo es un análisis de una de las unidades existentes en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón que trabaja con pacientes infectados/as por VIH, con el fin de dar a conocer las intervenciones realizadas por los/as trabajadores/as sociales de esta unidad, desde el inicio y puesta en funcionamiento en el año 1997 con los primeros casos, hasta la actualidad (2021), así como la realidad social que viven los/as pacientes que conviven con la enfermedad con respecto a la exclusión social que sufren.

Para la realización de este artículo se observó el funcionamiento de la Unidad durante cuatro días junto con información obtenida de los relatos de las dos trabajadoras sociales cuya trayectoria profesional se basa en la actuación con estos/as pacientes.

Palabras Clave: Trabajo Social, VIH, Vulnerabilidad, Estigma y Exclusión social.

Abstract: This work is an analysis of one of the existing units at the Gregorio Marañón General University Hospital that works with HIV-infected patients, in order to publicize the interventions carried out by the social workers of this unit, from the beginning and commissioning in 1997 with the first cases, to the present (2021), as well as the social reality experienced by patients who live with the disease with respect to the social exclusion they suffer.

To carry out this article, the operation of the Unit was observed for four days together with information obtained from the reports of the two social workers whose professional career is based on working with these patients.

Keywords: Social Work, HIV, Vulnerability, Stigma and Social Exclusion.

| Recibido: 17/03/2022 | Revisado: 28/03/2022 | Aceptación: 04/05/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada: González, P. Exclusión Social y VIH: Descubriendo la Unidad de Valoración y Atención a la Asistencia Domiciliaria (UVAAD) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Trabajo Social Hoy 97 (19-35). doi: 10.12960/TSH.2022.0014

Correspondencia: Patricia González Carbajo. Trabajadora Social. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Email: patricia.gonzalez@salud.madrid.org

El Estigma es un “atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, que queda sometido a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social”.
(Goffman, 1963)

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es realizar un análisis sobre la vulnerabilidad y la exclusión social en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), desde los inicios de la enfermedad, con la aparición de los primeros casos de enfermos/as de VIH, en los años 80, hasta la actualidad. Asimismo, tiene como objeto dar a conocer una unidad Ubicada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde no solo se realizan funciones clínicas sino también sociales, con un equipo multidisciplinar, a fin de favorecer la inclusión en la sociedad.

Para la realización del artículo, se observó el funcionamiento de la Unidad durante cuatro días y se incluye en este, información obtenida de conversaciones con M.^a Luisa Fernández Rodríguez y Rosa M.^a Ortega Sanz, trabajadoras sociales, cuya trayectoria profesional se ha basado y se basa en el trabajo diario con estos/as pacientes. Se considera que su visión profesional podía dar un enfoque importante de la evolución de estas personas en diferentes niveles y en un periodo de tiempo acotado por su trabajo con ellos/as.

Es cierto que el conocimiento de la realidad y la evolución de la enfermedad han provocado una mejora de las condiciones físicas del/de la paciente, ésta no llega a desaparecer, lamentablemente los avances científicos no han permitido encontrar una cura, por lo que esa mejora deriva en que el/la paciente se convierta en un/a enfermo/a crónico/a.

2. ORIGENES DE LA ENFERMEDAD

Los/as investigadores/as sitúan el origen del virus en humanos alrededor de 1930 basándose en cálculos científicos sobre el tiempo que tardarían las distintas cepas del VIH en evolucionar (National Geographic, 2021). Pero el SIDA no fue descubierto hasta principios de la década de los 80, iniciando una nueva página en la historia de las enfermedades, de la medicina y probablemente de la humanidad.

Los primeros casos se detectaron entre homosexuales de Nueva York y California (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU.). Estas personas padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi, un tipo raro de cáncer de piel e infecciones pulmonares. Aunque estos casos fueron los primeros en salir a la luz, se cree que el SIDA se originó en África donde algunos primates albergan un virus similar. En la actualidad continúa siendo una incógnita cómo se transmitió la enfermedad de simios a humanos/as.

En España, el primer enfermo de SIDA falleció en el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, fue diagnosticado como tal en octubre de 1981. En 1993 se identificó el virus causante de la enfermedad (Barre-Sinoussi, 1993), en ese momento, el acrónimo SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se convierte en el nombre de la enfermedad producida por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Existen pacientes infectados/as por VIH en todos los países y según informes de ONUSIDA (s.f.), en 2020 había en el mundo unos 37,7 millones de personas infectadas por el VIH, de ellas 1,7 millones son menores de 15 años.

Según el informe de VIH SIDA de 2021 del Ministerio de Sanidad, desde el inicio de la epidemia en España (1981) se han notificado un total de 88 684 casos de esta enfermedad. Tras alcanzar sus niveles más elevados a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive desde 1996 hasta 2020. Se observa un descenso continuado en personas que se inyectan drogas y casos de transmisión heterosexual, mientras que los casos en transmisión por relaciones sexuales homosexuales se mantienen estables. Los casos de SIDA pediátricos y de transmisión vertical disminuyeron drásticamente a partir del año 1996 y en los últimos años se mantienen en niveles muy bajos.

Hoy en día no existe una cura para el SIDA, pero sí tratamientos que combaten su aparición (infoSIDA, 2017). Los medicamentos antivirales consiguen reducir la velocidad de reproducción del VIH en el organismo. Estos fármacos deben utilizarse de forma combinada pues el virus muta con facilidad, creando nuevas cepas a menudo resistentes al fármaco (González, 2010). El progreso de la enfermedad en los/las pacientes infectados/as por VIH está determinado por unos marcadores biológicos entre los cuales se encuentran los linfocitos CD4 y la carga viral presente en el organismo. Los avances médicos y tecnológicos han convertido la infección por VIH en el mundo occidental en una enfermedad crónica. Actualmente, la calidad y la esperanza de vida de las personas con VIH podrían equipararse a la de muchas otras personas. Sin embargo, los cambios en la percepción social del VIH han sido menos significativos. Sus vías de transmisión y su asociación en el imaginario social a grupos socialmente excluidos son causa del estigma asociado a la infección y motivo de discriminación en distintos ámbitos (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2016).

3. INDICIOS DE EXCLUSION SOCIAL EN ENFERMOS/AS DE VIH

La exclusión en enfermos/as de SIDA se remonta a los años 80 con la aparición de los primeros casos en EE.UU., donde estar enfermo/a de SIDA se consideraba un castigo por sus conductas sexuales y eran los/las propios/as pacientes los/as únicos/as culpables de padecer la enfermedad. Los prejuicios, la desinformación de la enfermedad que provocaba un terrible miedo al contagio favorecían que la exclusión social forme parte de la vida del/de la paciente.

La discriminación puede aparecer en primer lugar en algunas familias, a consecuencia de que, tienden a mantener la enfermedad de su ser querido en silencio por miedo a que amigos/as y vecinos/as se enteren y puedan adoptar actitudes discriminatorias. Además, puede que sean los/as propios/as familiares los/as que muestren ese rechazo, negándose, por ejemplo, a comer del mismo plato o separando sus pertenencias.

Iguals discriminaciones sufrieron estos/as pacientes en el ámbito laboral. Los motivos más habituales son los cambios en las condiciones de trabajo, la vulneración de la confidencialidad de datos clínicos y la solicitud de la prueba del VIH sin tener relevancia para el puesto. Es cierto que los efectos clínicos que sufrían estos/as pacientes eran devastadores, las secuelas físicas y psicológicas de los enfermos/as de SIDA eran visibles ante la sociedad y la mayoría de las personas tenían como única información válida, no por ello real, que el SIDA era una enfermedad terminal que provocaba la muerte, que la posibilidad de contagio era muy alta y que estaba asociada a determinados colectivos a los cuales parte de la sociedad no daba su visto bueno.

Los inicios de esta enfermedad fueron muy duros para estos/as pacientes ya que el desconocimiento sobre los medios de transmisión de la enfermedad provocó un rechazo y una discriminación hacia estas personas por el miedo al contagio. La vulnerabilidad de estos/as pacientes a la exclusión social tenía dimensiones titánicas.

4. TRAYECTORIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y ATENCIÓN A LA ASISTENCIA DOMICILIARIA (UVAAD)

Los inicios de la trayectoria profesional de la trabajadora social de la UVAAD del Hospital Universitario Gregorio Marañón con pacientes con VIH, comenzaron con la búsqueda de respuestas a unas necesidades reales de aquella época que estaban sin

cobertura y aunque estaban limitados por las instituciones, se realizó un buen trabajo con los recursos que tenían.

M.^a Luisa Fernández Rodríguez, una de las trabajadoras sociales de la UVAAD empezó a trabajar con pacientes con VIH/SIDA en el año 1994 en la recién creada Oficina Regional de Coordinación de Acciones frente al VIH-SIDA, el Plan Regional de SIDA creado en la Comunidad de Madrid a fin de coordinar todos los aspectos que afectaban a la enfermedad del VIH en la Comunidad. Se abordó desde cómo se llevaba el VIH en la Atención Especializada, en Atención Primaria, en drogas con personas consumidoras, desde centros penitenciarios, hasta el seguimiento de las mujeres embarazadas infectadas con VIH, y en los centros educativos.

Su función no era ejecutiva, es decir, ellos/as no podían modificar nada, pero sí recomendar a las diferentes instituciones cuál era la mejor manera de llevar a cabo ciertas acciones con el fin de obtener una buena asistencia. La trabajadora social relata que era una labor difícil ya que no tenían poder de decisión y que dependía de la recepción de la institución a las propuestas realizadas.

La trabajadora social de la UVAAD explica que los proyectos piloto que se plantearon como más adecuados para la asistencia al VIH, se basaban en la atención domiciliaria, dirigidos hacia pacientes que sufrían la sintomatología de la enfermedad en su estado más avanzado. Estas personas no podían acudir por sus patologías físicas y psíquicas a las consultas ambulatorias del Hospital y si lo hacían, dificultaba la posibilidad de recibir el alta hospitalaria ya que en sus domicilios no podían recibir una asistencia adecuada.

La Unidad Piloto, origen de la Unidad de Valoración y Atención a la Asistencia Domiciliaria comenzó su trabajo en el Área 8 (Hospital de Móstoles y en colaboración con el Hospital Virgen de La Poveda) junto a asociaciones que daba atención al SIDA. Al año de comenzar esta unidad se integra en el Área 1, dentro del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Según informa la trabajadora social de la UVAAD el proyecto se basaba en la intermediación entre los/as pacientes, sus familias y el hospital. La unidad se crea con dos médicos/as especialistas en enfermedades infecciosas, dos enfermeros/as, dos trabajadoras sociales y un/a psicólogo/a. Se comprobó que la UVAAD tenía unos resultados satisfactorios, suponía poder atender clínicamente mejor al paciente y socialmente se hacía una labor muy importante porque el/la paciente y su núcleo de convivencia recibían la cobertura de necesidades a nivel social. Los ingresos hospitalarios, así como la asistencia a urgencias de los hospitales también disminuyeron, y con esta unidad se evitaba duplicar servicios.

5. PERCEPCIÓN DEL/DE LA PACIENTE INFECTADO/A POR VIH Y ASIMILACIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR SU PARTE. PERCEPCIÓN DE SU FAMILIA Y AMIGOS/AS CUANDO RECIBÍAN LA NOTICIA DE LA ENFERMEDAD

Según refieren las trabajadoras sociales de la UVAAD, la aceptación del diagnóstico por parte del/de la paciente era resignada, los/as pacientes atribuían la enfermedad como algo más que les tocaba vivir. La mayoría de los/as pacientes con los que trabajaban en la UVAAD eran pacientes que provenían de centros penitenciarios o con hábitos de consumo de tóxicos, en situaciones sociales difíciles con una problemática muy grave y con un estado de la enfermedad muy avanzado, por lo que recibían el diagnóstico como otra cosa más que les tocaba vivir sumada a otras muchas tan graves que estaban viviendo.

En los inicios de la enfermedad había un desconocimiento general hacia los modos de transmisión. Pero, a medida que avanzó el tiempo y las investigaciones, cuando ya eran conocidos los medios de transmisión, esa resignación se convirtió en rabia en algunos/as pacientes que se culpaban por su ignorancia y por haberse contagiado cuando podían haberlo evitado. En estos/as pacientes fue más dura la asimilación del diagnóstico por su parte.

Respecto a las familias cercanas de los/as pacientes infectados/as por VIH que las trabajadoras sociales de la UVAAD atendían indican que, tras superar la sorpresa inicial, siempre respondían adecuadamente, considerando la enfermedad como otra etapa más por la que tenían que pasar con sus familiares. Aparecen unidades familiares donde más de un/a hijo/a está infectado/a de VIH porque compartían material de consumo de drogas. Surgían muchas dudas sobre los cuidados y la atención que debían proporcionarle al/a la paciente. Desde la unidad también daban respuesta a esa demanda y se publicó un folleto explicativo que se llamaba “Cuidando de alguien con SIDA”, que tuvo una gran acogida y fue un éxito.

6. DIFERENCIAS SOCIALES PERCIBIDAS SEGÚN EL MODO DE CONTAGIO DEL/DE LA PACIENTE

La diferencia social más marcada y percibida por las trabajadoras sociales de la UVAAD es la que realizan los/as propios/as pacientes entre ellos/as mismos/as. La percepción que tienen los/as pacientes sobre ellos/as mismos/as y el modo en el que han contraído la enfermedad, los juicios sociales que emiten los/as propios/as pacientes al considerar que, por pertenecer a un determinado colectivo, como homosexuales o drogodependientes, se merecen más padecer la enfermedad que si ésta hubiera sido contraída por una intervención quirúrgica con material contaminado o una transfusión.

Los/as pacientes infectados/as por una transfusión sanguínea o por cirugías en las que se utilizó material contaminado se consideraban de algún modo, víctimas del sistema. El procedimiento había fallado y su enfermedad era una consecuencia muy grave que ellos/as tenían que asumir por ese gran error cometido por el sistema.

Los/as pacientes se diferenciaban entre ellos/as mismos/as como culpables y víctimas, siendo responsables los/as homosexuales por contagiarse por transmisión sexual y los drogodependientes por infectarse con material de consumo compartido. Estos prejuicios suponen una dificultad importante a la hora de hacer grupos de trabajo más heterogéneos.

Destacan aquí una serie de prejuicios, supuesta moralidad y juicios sociales que denotan que la enfermedad del SIDA es una enfermedad social. Los/as pacientes no empatizan entre ellos/as, el padecimiento no es algo que les haya unido y sí algo que produzca rechazo y exclusión social entre ellos/as.

7. COMPARATIVA DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DEL/DE LA PACIENTE EN LOS INICIOS DE LA UVAAD Y EN LA ACTUALIDAD

Se comparan los medios disponibles de la UVAAD, antes y ahora llegando a la conclusión de que, en el pasado existían recursos exclusivos para el/la paciente VIH, pero en la actualidad, los recursos no son válidos para las personas enfermas de VIH porque no se ajustan a sus necesidades.

Las trabajadoras sociales de la UVAAD relatan que en los años 80-90 existían muchos más medios que ahora, sobre todo a nivel asociativo con gran poder de convocatoria. Existían muchas asociaciones de barrio que habían ido transformando su oferta de recursos en función de las necesidades detectadas y como el SIDA era una necesidad nueva se ajustaron a su cobertura. También existían diferentes casas de acogida para pacientes infectados/as por VIH donde no solo se trabajaba sobre el/la enfermo/a de SIDA y sus necesidades, sino también en acciones de medidas preventivas.

Las organizaciones de personas homosexuales, que siempre han sido muy reivindicativas, realizaron un papel muy importante y destacable sobre todo en la prevención, frente a otros medios de transmisión de la enfermedad como puede ser compartir material de consumo de drogas, donde los/as drogodependientes/as infectados/as se consideraban más culpables de la enfermedad, como si ellos/as se lo hubieran buscado.

En la actualidad, gracias a los avances médicos y tecnológicos, la sintomatología de la enfermedad ha mejorado hasta el punto de que el/la paciente no llega a una fase terminal y al fallecimiento, pero sí a ser un/a enfermo/a crónico/a, aunque no parece ser percibido así por la sociedad ni por las instituciones. La situación de los/as enfermos/as de VIH se ha normalizado, aparentemente, repercutiendo en un recorte de recursos destinados a ellos/as.

Muchas asociaciones fueron desapareciendo al dejar de percibir las subvenciones destinadas a ellas, y en la actualidad tan solo queda una casa de acogida para pacientes con esta enfermedad, siendo gran parte de los/as pacientes con VIH derivados a otros recursos que no tiene la cobertura de necesidades específica que estas personas requieren.

Respecto al tema del reconocimiento de discapacidad y de las pensiones no contributivas ha habido un cambio importante en el tiempo. Las trabajadoras sociales de la UVAAD indican que antes el/la paciente con VIH no precisaba valoración y directamente se le otorgaba el 65 % de discapacidad (debido al deterioro físico y las dificultades sociales que conlleva la infección) y como consecuencia, tenía derecho a diferentes prestaciones. Hoy en día, sí necesitan la valoración del Centro Base por parte de los/as profesionales sanitarios y del/de la trabajador/a social. Si estos agentes consideran que la enfermedad está controlada, al/a la paciente a veces no se le reconoce ni el 33 % de discapacidad, cerrándole así la puerta para solicitar diferentes recursos y prestaciones.

Desde la UVAAD se considera normal que ahora los/as pacientes se sometan a una valoración por parte del Centro Base, es evidente que existe una mejoría clínica si la persona sigue un tratamiento adecuado, pero existen otros aspectos que requieren una valoración en profundidad, como la situación social y personal de ésta. Muchos/as de estos/as pacientes no han adquirido habilidades sociales y/o estrategias necesarias de aplicación en diferentes escenarios sociales, por lo que es difícil que lleguen a conseguir una reinserción laboral, por ejemplo. Si les quitas su grado de discapacidad, si les quitas los pocos recursos a los que pueden acceder con ello, se les quitas todo, aumentando su vulnerabilidad de exclusión social.

La crisis económica de 2008 concatenada a la crisis actual que estamos atravesando en España tras la pandemia, sumado a la normalización de la enfermedad ha derivado en un importante recorte de recursos destinados a pacientes con VIH.

8. OBJETIVOS DE INCLUSIÓN SOCIAL DEL/DE LA PACIENTE CON VIH QUE PERSIGUE LA UVAAD

El objetivo principal de la UVAAD es clínico, siendo la adherencia del/de la paciente al tratamiento como la premisa más importante. El equipo interdisciplinar de la unidad persigue esta finalidad considerando que el cumplimiento de este objetivo irradia positivamente en conseguir otros fines sociales y viceversa.

Si el/la paciente hace una buena adherencia al tratamiento y se toma bien la medicación influye favorablemente en él/ella y en la obtención de otros recursos y de cumplir otros propósitos sociales que también se persiguen.

En los inicios de la UVAAD era imposible pensar en una reinserción laboral del/de la paciente debido a su estado físico, tampoco en que recibiesen formación, y lo máximo que se podía conseguir para ellos/as, eran pequeñas actividades de ocio, muy sencillas, donde se buscaba únicamente la interacción social de la persona con otras personas, ya que el deterioro que sufría el/la paciente a causa de su enfermedad hacía impensable la posibilidad de que este pudiera trabajar o formarse.

Actualmente, desde la UVAAD sí que se trabaja la inserción laboral, los/as profesionales de la unidad hacen de enlace en varias ocasiones entre empresa y el/la paciente. Contactan con centros especiales de empleo o fundaciones que trabajan con empresas que contratan personas con discapacidad reconocida para solicitar entrevistas laborales con el/la paciente. También hacen de enlace en otros aspectos, tales como el consumo de drogas para derivación de pacientes cuando el consumo está controlado o bien para la administración de metadona.

En la UVAAD se trabaja también con abogados/as y juzgados elaborando informes de pacientes que aún tiene causas pendientes con la justicia, pero cuyo ingreso en prisión no sería beneficioso para él/ella y donde se pueda sustituir la pena por trabajos en beneficio a la comunidad con una supervisión por parte de la unidad.

Se realiza acompañamientos de los/as pacientes, apoyando a estos/as en sus carencias, muchos de ellos/as tienen miedo a la interacción en diferentes escenarios sociales, presentan analfabetismo y no entienden bien las instrucciones que reciben o las citas que tienen. También existe un miedo al rechazo, a la discriminación y otros/as sufren un deterioro cognitivo que les impide su independencia para realizar algunas gestiones.

9. EXCLUSIÓN SOCIAL PERCIBIDA POR EL/LA PACIENTE INFECTADO/A POR VIH

La estigmatización de estos/as pacientes también viene derivada por organismos institucionales, el/la paciente infectado/a por VIH percibe como algunos de los/as profesionales de la Administración son quiénes les muestran rechazo.

En ocasiones, el trato recibido por el/la paciente en la gestión de algún recurso de una institución varía si el/la paciente va acompañado por un/a profesional o si este va solo/a. La dureza con la que ha sido tratado/a al principio se relaja cuando ven que el/la paciente está acompañado/a por alguien al que ellos/as consideran “normal”. El aspecto del/de la paciente, su nivel cultural, su modo de hablar es un condicionante que provoca que el personal que trabaja en la Administración ponga una barrera entre ellos/as y los/as pacientes.

Incluso los/as propios/as compañeros/as del hospital, profesionales con conocimiento clínico de la enfermedad, pero con prejuicios hacia estos/as pacientes, critican la existencia de esta Unidad argumentando que podrían atender a otro tipo de personas con enfermedades crónicas de otra índole. Pero recurriendo al Código Deontológico, los principios reflejados en el decanato son cumplidos por la UVAAD. El SIDA es una enfermedad social, una patología que produce discriminación y rechazo y desde esta unidad no solo se realizan funciones clínicas, sino también sociales y psicológicas.

Se cuestiona socialmente si el gasto invertido en recursos para estos/as pacientes es merecido por ellos/as o no, ya que, se les culpabiliza de su situación, de su enfermedad, volviendo de nuevo a si el contagio de la enfermedad es el castigo recibido por los patrones de vida que han llevado.

Las trabajadoras sociales de la UVAAD recuerdan cómo la creación de la narcosala en Las Barranquillas derivó en muchas críticas por parte de la sociedad, que se preguntaba alarmada como un/a sanitario/a iba a enseñar a pincharse a un/a consumidor/a de drogas. No podían entender que la educación sanitaria que se les proporcionaba era fundamentalmente para reducir el daño, se proporcionaba material estéril y desechable para el consumo y así evitar que compartieran agujas y jeringuillas y reducir la propagación del VIH, ya que el/la consumidor/a de drogas va a seguir consumiendo, así al menos se intenta conseguir que lo haga en unas condiciones higiénicas adecuadas.

Pero pese a todo este rechazo y estos prejuicios visibles para los/as pacientes infectados/as con VIH, ellos/as no suelen manifestar muchas quejas o no todas las que deberían teniendo en cuenta el trato discriminatorio que reciben. No reclaman su derecho a un trato igualitario como al resto de personas, aunque la sociedad les trate injustamente, no son reivindicativos/as con sus derechos.

Solo en situaciones donde deben enfrentarse a la realidad de su enfermedad y la exclusión social que supone, es cuando emergen situaciones de pánico, como, por ejemplo, a la hora de tener que realizar un reconocimiento médico para una empresa por un contrato de trabajo. Superan la fase de la entrevista de trabajo y el paso previo a la inserción laboral supone un reconocimiento médico que incluye una analítica sanguínea que delatará la existencia del VIH y con ello el posible rechazo por parte de la empresa a su contratación, cerrando su oportunidad de entrar en el mercado laboral.

Los avances en los tratamientos y en la calidad y esperanza de vida de las personas con VIH han puesto de manifiesto la necesidad de invertir en esfuerzos para dar respuesta a las demandas y necesidades que las personas con VIH manifiestan con respecto a su incorporación al mercado laboral y al mantenimiento de sus puestos de trabajo (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2016).

Tal y como recoge el documento *“Empresas responsables con el VIH y el Sida en España”* sobre el impacto en el mercado laboral de las personas infectadas por VIH las discriminaciones a la hora de optar a nuevos puestos o promociones internas son: el rechazo de los/las compañeros/as, los despidos y/o cambios de funciones injustificados, la falta de confidencialidad y la exigencia de analíticas serológicas innecesarias, ya que, entre las vías y modos de transmisión del VIH no se incluye el compartir un espacio de trabajo, esto no supone ningún riesgo de transmisión.

Muchas empresas no le dan importancia al VIH, pero sí a los antecedentes en la vida del/de la paciente, si ha tenido conductas delictivas, si ha estado en prisión o si es consumidor/a de drogas. Escenarios donde se asocian los estereotipos tradicionales a la infección y preocupándose por si esto influirá en la responsabilidad del/de la paciente en su trabajo, cuando quizá el/la paciente se haya contagiado/a por una transmisión vertical o una transfusión sanguínea.

Otro estudio, realizado desde el análisis de la perspectiva de las personas con VIH (Gil de Montes et al., 2009), utilizando indicadores del índice de ONUSIDA para medir el estigma, halló también datos reveladores: cerca de un 30 % las personas con VIH entrevistadas reportaron que se han visto excluidas, en alguna ocasión, de actividades sociales; aproximadamente un 61 % habían sido víctimas en alguna ocasión de comentarios despectivos o cotilleos por parte de otras personas; cerca de un 26 % habían sufrido insultos, amenazas o acosos; más de un 20 % de las personas participantes en el estudio reportaron que les había sido denegado algún servicio de salud en alguna ocasión.

El grado de incomodidad experimenta una tendencia decreciente a través de diferentes situaciones, con diferencias significativas tanto entre los años 2008 y 2021 como entre

los años 2012 y 2021. La mayor incomodidad se da en el caso de su hijo/a tener a un/a compañero/a de clase con VIH, seguido de un/a trabajador/a en una tienda habitual y de un/a compañero/a de trabajo. La intención de evitación entre quienes sienten incomodidad ante la presencia de una persona con VIH en general decrece de forma significativa de 2008 a 2021, pero no entre 2012 y 2021. Los mayores niveles de evitación se darían dejando de comprar en una tienda habitual, seguida de cambiar al/a la hijo/a de colegio y de solicitar el cambio del puesto de trabajo. Otros estudios consultados sobre la discriminación y prejuicios asociados al VIH que actualmente existe en España revelan que un porcentaje importante de la población siente incomodidad ante la presencia de una persona con VIH y también que, dado el caso, intentarían evitar el contacto con ella.

El prejuicio de la población se traduce en actitudes discriminatorias más graves expresadas a través del apoyo a posibles políticas discriminatorias cuya finalidad sería la segregación social e incluso física de las personas con VIH. En este sentido, el estudio arroja dos datos significativos: el 7,6 % de la población cree que la ley debería obligar a que, en ciertos lugares, las personas con VIH estén separadas del resto de la población para proteger la salud pública y el 5,5 %, piensa que los nombres de las personas con VIH deberían hacerse públicos para que la gente que quisiera pudiera evitarlos.

Los estudios consultados dejan en evidencia la vulnerabilidad de estos/as pacientes de sufrir exclusión social en diferentes ámbitos de sus vidas.

10. CONTAGIO DE LA ENFERMEDAD POR TRANSMISIÓN VERTICAL Y LA INCLUSIÓN DE ESTOS/AS NIÑOS/AS EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

La transmisión vertical del VIH se produce de una madre gestante infectada por VIH al feto. Las gestantes en los que se detectan la infección en el embarazo acuden a la unidad con una única preocupación, que el bebé nazca sano, que no esté infectado por el VIH. Esto es algo posible, hoy en día, siguiendo un tratamiento farmacológico y tomando una serie de medidas preventivas a la hora del nacimiento.

Es muy raro que exista algún caso de recién nacido/a infectado/a por VIH en la Comunidad de Madrid y los casos que se están llevando en el hospital infantil son adolescentes y adultos/as de 18 y 20 años, infectados/as por transmisión vertical, pero que al llevar toda su historia médica en el hospital infantil, es muy difícil para ellos/as desligarse y pasar a una consulta de adultos.

Respecto a la comunidad educativa, estudios consultados revelan que más de la mitad de la población se sentiría incómoda si algún/a compañero/a de colegio de su hijo/a tuviera el VIH. De los que manifiestan sentir incomodidad, el 40,1 % cambiaría a su hijo/a de colegio si pudiera (Instituto Nacional de Estadística, 2004).

Se realizaron multitud de charlas de educación sanitaria sobre el VIH, informando de los medios de transmisión de la enfermedad y que no suponía un riesgo que los/as niños/as compartieran aula con un/a niño/a infectado por VIH.

11. LA ETIQUETA DE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA Y LO QUE ELLO SUPONE

Las trabajadoras sociales de la UVAAD refieren que los/as pacientes con VIH fueron catalogados/as como pacientes con enfermedad infectocontagiosa, cuando el VIH es una enfermedad transmisible con medios de transmisión conocidos y evitables. Las consecuencias que esa etiqueta conllevaba fueron devastadoras.

En las residencias públicas y privadas, no se permitía el ingreso de personas mayores con VIH al considerarse enfermedad infectocontagiosa. En las piscinas municipales se proporciona el acceso gratuito o con descuentos a las personas que tengan un grado de discapacidad de al menos un 33 %, como esta condición también la cumplían los pacientes con VIH se les exigía también un certificado de no padecer enfermedades infectocontagiosas.

Todo esto provocó una enorme estigmatización y exclusión social de los/as pacientes con VIH y supuso un gran trabajo de educación sanitaria explicando que el VIH es una enfermedad transmisible por medios de transmisión conocidos y evitables, que el virus está en fluidos corporales y como se produce el contagio.

Estos ecos del pasado, hoy se transforman, y en muchos centros privados se produce igual discriminación amparándose en su condición de recurso privado y bajo la premisa de la “reserva de derecho de admisión”, excusas que justifican de manera socialmente aceptable que no quieren en sus instalaciones una persona infectada por el VIH.

12. CAMBIO DEL PERFIL DEL/DE LA PACIENTE CON VIH

Las trabajadoras sociales de la UVAAD analizan su bagaje profesional respecto al perfil del/de la paciente con VIH afirmando que ha cambiado, aunque el perfil del/de la

paciente de la UVAAD en su mayoría es el de una persona que no puede acudir a las citas, a una consulta normalizada de atención a pacientes con VIH, por problemas psíquicos, de adicción, de movilidad, cognitivos, económicos o conflictos familiares.

Las personas con VIH tienen un perfil de enfermos/as normalizados/as que se reciben en la consulta de la UVAAD a diario. Aunque las personas infectadas tienen diferentes niveles económicos y culturales prevalece el número de pacientes con más dificultades.

La forma de contagio del VIH también ha variado, en los inicios de la enfermedad el perfil del/de la paciente en su mayoría era toxicómanos/as, aunque el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual. El desconocimiento a los medios de transmisión de la enfermedad provocó un elevado número de contagios al compartir material de consumo. Actualmente el consumo de drogas se ha reducido por vía parenteral, provocando un menor número de contagios por esta vía entre drogodependientes/as, lo que no se descarta es que aparezca una nueva moda, o una partida de heroína inyectable que desenlace en el aumento de nuevo, de este medio de contagio.

Al contrario que con la transmisión sexual, el aumento de casos podría deberse al desconocimiento de los/as jóvenes y a la realidad que ellos/as perciben, como que de SIDA ya nadie muere. Tampoco han visto la época de los/as enfermos/as de SIDA más castigados/as por la enfermedad que presentaban un aspecto más deteriorado y demacrado, que sufrían las consecuencias más agresivas de la enfermedad en su fase terminal hasta que fallecían. A esto se añade, las nuevas modas como el *Bugchasing*, donde se persigue mantener relaciones sexuales con una persona infectada de VIH, con la intención de infectarse y controlar la enfermedad desde el primer momento (Terrén, 2017).

13. PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y GASTO SOCIAL

El impacto en lo que a Salud Pública se refiere, se agrava con el temor de un resultado positivo en la prueba del VIH, motivo por el cual el/la paciente retrasa la detección y el tratamiento de la infección produciendo efectos adversos en la salud de los/as pacientes infectados/as por VIH. Un diagnóstico precoz tiene efectos contrarios y supone una contención de la enfermedad, ya que es más posible que la persona que conoce el diagnóstico adopte medidas preventivas. La suma de los estigmas del VIH, la sexualidad y el consumo de drogas dificulta el establecimiento de estrategias y políticas de prevención en nuevos contagios.

El funcionamiento de la UVAAD supone que los/as pacientes infectados/as por VIH que acuden a la unidad se tomen el tratamiento de los antivirales de manera adecuada, realicen un seguimiento médico de la enfermedad ajustando los niveles de la medicación en base a los controles que se realizan.

Tener la enfermedad controlada se traduce en una mejoría de estos/as pacientes que deriva en no necesitar ingresos hospitalarios ni acudir a la urgencia por un agravamiento de su estado. Todas estas variables suponen un ahorro económico en cuanto a gasto sociosanitario se refiere.

14. CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas después de realizar el análisis del artículo junto con la información consultada se presentan a continuación.

En los inicios de la UVAAD el sentimiento de los/as pacientes infectados/as por VIH era de resignación, de asimilación de otra etapa dura de su vida que les tocaba vivir. Desde la unidad se trabajó mucho en atención domiciliaria, no solo con el/la paciente, sino también con su núcleo familiar.

El modo de contagio por el cual el/la paciente había contraído la enfermedad suponía una clasificación social de los/as pacientes en víctimas y culpables, siendo las víctimas las personas contagiadas por un fallo del sistema, una transfusión sanguínea con sangre contaminada o una intervención quirúrgica con material contaminado, y los/as culpables los que ante los ojos de una sociedad que no puede evitar el juicio social eran culpables de estar enfermos/as por los modos de vida que habían llevado, hábitos de consumo de drogas por vía parenteral o relaciones sexuales sin medidas de prevención.

La evolución de los recursos humanos y materiales destinados a las personas infectadas por VIH desde los inicios de la UVAAD hasta la actualidad ha ido en detrimento. La crisis económica junto con la normalización y cronificación de la enfermedad supone un recorte importante que afecta seriamente en la baja cobertura de las necesidades que presentan estos pacientes.

El objetivo principal que persigue la UVAAD es un objetivo clínico principalmente que se consigue gracias a una buena adherencia del/de la paciente al tratamiento. Junto con este objetivo clínico se persiguen también otros objetivos sociales y psicológicos, tener la enfermedad controlada, que el/la paciente realice visitas periódicas a la Unidad, permite a los/las profesionales conocer la evolución del/de la paciente y ayudarlo/a.

La enfermedad ha evolucionado positivamente, y de manera abismal, pero no podemos decir lo mismo de la evolución de la sociedad hacia las personas infectadas con VIH, que actualmente siguen mostrando rechazo hacia estos/as pacientes. El/la paciente que acude a la UVAAD se resigna ante la discriminación, no reclama como debería su derecho a ser tratado/a igual que el resto de las personas.

Tres son las principales características asociadas con el estigma hacia las personas con VIH que le diferencian de otros tipos de estigma. Las dos primeras, percepción de gravedad y percepción de controlabilidad (o atribución de responsabilidad por haberlo contraído), hacen que las personas con VIH estén entre los grupos más rechazados de la sociedad. La tercera característica, la posibilidad de ser ocultado, es también definitoria de este estigma y tiene también consecuencias importantes para las personas con VIH (Sidálava, s. f.).

Las trabajadoras sociales de la UVAAD reivindican que el VIH/SIDA no es una enfermedad infectocontagiosa ya que es una enfermedad de la cual se conocen los medios de transmisión y estos son evitables.

El perfil del/de la paciente con VIH ha variado a lo largo de estos años en España, en los inicios, un porcentaje elevado eran drogodependientes que consumían la droga inyectada y compartían el material de consumo. También pacientes infectados/as por mantener relaciones homosexuales sin utilizar medidas preventivas y niños/as que habían contraído la enfermedad por transmisión vertical. En la actualidad, es muy raro que nazca un/a niño/a infectado/a por transmisión vertical en la Comunidad de Madrid, el patrón de consumo de drogas por vía parenteral se ha reducido mucho, pero aún se mantienen prácticas sexuales de riesgo, algo que la trabajadora social de la UVAAD atribuye al conocimiento por parte de los/as jóvenes, que son conocedores/as de que los/as pacientes con SIDA tienen tratamiento y que no han llegado a ver a una persona con SIDA en su fase terminal.

Se destaca como la Administración tiene un interés real en que la UVAAD funcione, ya que una correcta toma de medicación reduce los ingresos hospitalarios, las estancias en la urgencia, etc., lo que se traduce en un ahorro en gasto público importante.

No se podría considerar este artículo como las conclusiones de un trabajo de investigación ya que se toma como muestra las historias de algunos/as pacientes de la UVAAD relatadas a través de las trabajadoras sociales, por lo que se hace necesario destacar que existe un sesgo con respecto a la tipología del paciente del estudio, pero también se ha de resaltar la importancia de la muestra ya que las trabajadoras sociales de la UVAAD no solo aportan información de una larga trayectoria profesional sino también de una unidad única en la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Apodaca, M. J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-MJfuster/Documento.pdf>
- CESIDA. (2015). *VIH, discriminación y derechos*. Barcelona.
- Comunidad de Madrid. (s.f.). *Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)*. <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/enfermedades-declaracion-obligatoria-edo>
- Gil de Montes, L., Fuster, M. J., Molero, F., Ubillos, S., y Agirrezabal. (2009). Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al VIH. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/ SIDA* (pp. 280-289) <https://fipse.es/uploads/publicaciones/iiencuentro.pdf>
- González, E. A. (2010). *Ensayo: HIV/SIDA*. Universidad Interamericana de Puerto Rico.
- InfoSIDA. (2017) *¿Qué es el VIH?*. <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
- Instituto Nacional de Estadística. (2004). *Encuesta de Salud y hábitos Sexuales*. Notas de Prensa. <http://www.ine.es/prensa/np336.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf
- National Geographic. (2021). *El SIDA: Origen, transmisión y evolución del enfermedad*. <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/sida-0>
- ONUSIDA. (s.f.). *Hoja informativa-Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Sidálava. (s.f.). *Estigma y discriminación*. <https://www.sidalava.org/el-vih-y-otras-its/estigma-y-discriminacion/>
- Terrén, J. (20 de Octubre de 2017). “Bugchaching” la peligrosa moda de contraer VIH intencionadamente buscando el subidón de adrenalina. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/f5/comparte/2017/10/20/59b94783e5fdeae5238b4608.html>

LA GESTIÓN CONSTRUCTIVA DE CONFLICTOS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL: APORTACIONES DESDE LOS MODELOS HISTÓRICOS DE MEDIACIÓN

CONSTRUCTIVE CONFLICT MANAGEMENT IN THE PROFESSIONAL PRACTICE OF SOCIAL WORK: CONTRIBUTIONS FROM HISTORICAL MODELS OF MEDIATION

Ana Isabel Dorado-Barbé. *Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid*

Iria Noa de la Fuente-Roldán. *Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid*

Resumen: El conflicto es, históricamente, uno de los ejes centrales en torno a los cuales giran las intervenciones que desarrollan las y los profesionales del Trabajo Social. Ante los procesos de cambio social y la creciente complejidad de las sociedades actuales, es preciso profundizar tanto en el desarrollo de herramientas e instrumentos facilitadores de la gestión de conflictos, como en la construcción de nuevos marcos desde los que comprender y abordar las situaciones de conflicto. En este sentido, el presente artículo pretende realizar un movimiento reflexivo profesional en torno a la importancia de incorporar la mirada mediadora a la práctica profesional del Trabajo Social. Para ello, se realiza una revisión de los modelos históricos de mediación como contexto teórico-práctico que permita vertebrar las intervenciones en torno a la gestión constructiva de conflictos en la práctica profesional.

Palabras clave: Trabajo Social, Competencias profesionales, Gestión Constructiva de Conflictos, Modelos de mediación, Conflicto.

Abstract: Conflict is, historically, one of the central axes around which the interventions developed by Social Work professionals revolve. Given the processes of social change and the growing complexity of today's societies, it is necessary to deepen both in the development of tools and instruments to facilitate conflict management, as well as in the construction of new frameworks from which to understand and address conflict situations. In this sense, this article aims to conduct a professional reflexive movement around the importance of incorporating the mediating perspective into the professional practice of Social Work. To this end, a review is made of the historical models of mediation as a theoretical-practical context that allows us to structure the interventions around the constructive management of conflicts in professional practice.

Keywords: Social Work, Professional competences, Constructive Conflict Management, Mediation models, Conflict.

| Recibido: 27/07/2022 | Revisado: 24/08/2022 | Aceptado: 15/09/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada: Dorado, A. y De la Fuente I. La gestión constructiva de conflictos en la práctica profesional del Trabajo Social: aportaciones desde los modelos históricos de mediación. *Trabajo Social Hoy* 97 (37-53). doi: 10.12960/TSH.2022.0015

Correspondencia: Ana Dorado Barbé. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. Email: adorad01@ucm.es

1. INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, el Trabajo Social ha estado asociado a la gestión del conflicto (Munuera, 2013; 2006). Así, el Trabajo Social aparece históricamente vinculado a la gestión del conflicto, conformando un binomio inseparable en la identidad profesional (Dorado et al., 2015a). Dicha identidad, se arraiga en el pasado que permite construir las primeras identificaciones que originan la profesión y posibilitan el desempeño del perfil profesional en la sociedad (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; ANECA, 2005).

En la misma línea, Dorado et al., (2015b) señalan que si existe una realidad en la práctica profesional del Trabajo Social es la convivencia habitual con las situaciones de conflicto. Las y los profesionales del Trabajo Social conforman un soporte profesional de acompañamiento y apoyo a personas, familias, grupos y comunidades, con realidades intersectoriales y complejas, en las que el conflicto se presenta como elemento clave en las relaciones con su entorno. El conflicto inevitablemente forma parte de la vida de las personas, y en tal sentido, se presenta como incuestionable el protagonismo que adquiere en las experiencias vitales de las personas con las que se interviene desde el Trabajo Social. Dichas situaciones de conflicto se tornan habitualmente en enfrentamientos y malestar que, necesariamente, requieren de profesionales con competencias adecuadas que faciliten la gestión constructiva de dichos conflictos.

En este sentido, según se indica en el Libro Blanco del Grado en Trabajo Social (ANECA, 2005) a partir de las competencias definidas en el Proyecto Tuning (2003), la “resolución de problemas”, es la competencia genérica más valorada por el alumnado, egresados/as, profesionales y profesorado. Sin embargo, a pesar de ser la competencia genérica más valorada y de aparecer en todos los documentos de referencia elaborados en España en el proceso de convergencia al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), ello no significa que las y los profesionales posean competencias para facilitar la gestión de los conflictos en sus intervenciones profesionales (Dorado, 2014). Las competencias profesionales son contempladas no solo como conocimientos, habilidades o destrezas sino también, como la capacidad productiva de la persona que es definida y medida en términos de desempeño en un contexto laboral, Ibarra (2001). En abstracto, la competencia es la integración entre el saber, el saber hacer y el saber ser.

Resulta oportuno aportar las consideraciones de Cobb (1996) sobre la externalización de responsabilidades en el ámbito profesional cuando las competencias de las y los profesionales resultan insuficientes para facilitar la gestión de los conflictos en los procesos de intervención social. Se suele atribuir la culpa a las propias personas usuarias, a la naturaleza del conflicto, a su tipología, a la complejidad de las familias, pero apenas se realiza ese movimiento reflexivo profesional en relación a la carencia

de competencias profesionales para gestionar las situaciones de conflicto. El objetivo del presente artículo es realizar ese movimiento reflexivo profesional que confiere protagonismo e identidad a la gestión constructiva de conflictos (GCC) como cuestión modular en las intervenciones profesionales que se desarrollan desde el Trabajo Social.

2. APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN CONSTRUCTIVA DE CONFLICTOS COMO COMPETENCIA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

El conflicto como elemento inherente de la convivencia ha estado presente en todas las épocas, civilizaciones y culturas. Vinyamata (2001) señala que en el conflicto existe un denominador común diacrónico, en todas las épocas y momentos históricos, y un denominador común sincrónico, es decir, en todas las relaciones humanas independientemente de culturas y civilizaciones. De esta manera, el conflicto aparece ubicado en todos los momentos históricos y protagonizado por todas las personas.

En este sentido es necesario destacar la concepción generalizada del conflicto como elemento negativo en la convivencia humana. Sin embargo, resulta oportuno considerar que el conflicto no es bueno ni malo en sí mismo, sino que, a partir de su abordaje o afrontamiento, sus consecuencias pueden resultar negativas o suponer procesos de aprendizaje y crecimiento personal.

Por otra parte, Hernández Ramos (2014) considera que existe un enfoque tradicional del conflicto como disputa o desacuerdo entre dos o más partes y un enfoque sistémico que profundiza en el vínculo generado entre las personas en conflicto hacia la búsqueda de un acuerdo satisfactorio. Dicho enfoque sistémico posibilita nuevas formas de entendimiento para las personas inmersas en situación de conflicto.

En relación con el abordaje o gestión de conflictos aparecen los sistemas alternativos de resolución de conflictos (ADR) iniciados en Estados Unidos en la década de los años setenta, influenciado por el movimiento ciudadano norteamericano de lucha a favor de los derechos civiles (Novel, 2010). Suponen sistemas alternativos a la vía judicial, con importantes beneficios económicos, emocionales y temporales para las partes implicadas en situaciones de conflicto. Las ADR permiten a las personas por sí mismas o con intervención de terceras personas, conseguir acuerdos de manera participativa en contextos de mayor flexibilidad y en tiempos más breves que en el sistema judicial (Cerini, 2004).

Entre las alternativas de resolución de conflictos mencionadas, aparece la mediación como sistema autocompositivo, siendo el sistema que otorga todo el poder a las

partes en la toma de decisiones. La mediación es un sistema cooperativo de gestión¹ y resolución de conflictos que, mediante un proceso no jurisdiccional, voluntario y confidencial, permite la comunicación entre las partes, posibilitando un escenario donde compartir sus intereses y buscar acuerdos satisfactorios para ambas partes. Dicho proceso es facilitado por la persona mediadora, que es una tercera persona imparcial, neutral, capacitada idóneamente y sin ningún poder de decisión (García Villaluenga, 2006). La persona mediadora no es ni jueza ni negociadora, sino una persona facilitadora que conduce el proceso, siendo las propias personas las protagonistas en la gestión de sus diferencias y en la búsqueda de sus acuerdos.

En base a las consideraciones de García-Longoria (2004, 2006), la mediación puede considerarse en su doble vertiente, como actividad profesional y técnica integrada en la intervención social, y como acción profesional específica. En este sentido, se realiza una nueva consideración al respecto. Por una parte, la mediación puede ser contemplada como un proceso estructurado y definido profesionalmente de manera específica, para la que evidentemente, se requiere una formación especializada. Sin embargo, la mediación también puede ser contemplada como un modelo de acercamiento al conflicto que proporciona importantes premisas teóricas y metodológicas en la intervención social. Es esta última consideración la que se estima que debe formar parte de las competencias profesionales de las/os trabajadoras/es sociales en la actual realidad profesional, por la manera de acercarse, analizar y gestionar los conflictos derivados de las complejas situaciones de dificultad desde enfoques interseccionales.

En este orden de ideas, Suares (1996) considera igualmente que existen dos maneras en las cuales la mediación puede ser aplicable, en sentido amplio y en sentido restringido. Entiende el sentido amplio como los aportes realizados por la mediación que pueden ser incorporados a cualquier ámbito y por todas aquellas personas que en su tarea profesional intervengan en situaciones de conflictos.

Por otra parte, se coincide con Rubin (1996) en que la mediación ha suscitado especial atención en el ámbito de la resolución de problemas, debido a que, si bien es cierto que su objetivo principal es promover la gestión del conflicto y la búsqueda de acuerdos satisfactorios para las partes, no es menos cierto que existe otro objetivo encaminado a mejorar la relación entre las partes (Armada et al., 2007).

En este sentido, se estima necesario incorporar la mirada mediadora a la práctica profesional del Trabajo Social ya que posibilita la gestión de los conflictos de las

1 Se utiliza el término gestión en vez de resolución por adecuarse más a una concepción del conflicto como proceso psicosocial.

personas con las que se interviene profesionalmente, generando cambios en las relaciones interpersonales y en la aceptación de las diferencias (Olalde, 2012; Iglesias Ortuño y Ortuño Muñoz, 2018; Tristante, 2016). Dichos cambios son facilitados a través de la creación de espacios profesionales de GCC ubicados en la corresponsabilidad, en el empoderamiento, en el reconocimiento de la otra persona como legítima y en el aprendizaje social.

El Trabajo Social desde sus orígenes ha contribuido a la promoción del cambio social, a la resolución de los problemas en las relaciones humana y a la búsqueda de soluciones encaminadas a mejorar el bienestar social (Jiménez-Suarez, 2019; Munuera, 2013). Asimismo, gestionar los conflictos desde la profesión incorpora la variable social al análisis y la gestión del conflicto (Rodón, 2013). Gestionar las diferencias ha sido y es una constante en los procesos de intervención desarrollados desde el Trabajo Social (Dorado, 2014).

Resulta oportuno señalar que el Libro Blanco (ANECA, 2005) recoge específicamente la resolución de problemas como objetivo común de todos los programas formativos para el ejercicio profesional, así como la función de mediación como función propia de las y los profesionales del Trabajo Social y como área de intervención profesional. Asimismo, y en relación con las competencias profesionales, se recoge la mediación y el manejo del conflicto como competencia general del Título del Grado en Trabajo Social. Además, la resolución de problemas aparece como competencia transversal o genérica y la mediación como competencia específica necesaria para la resolución de conflictos. Cabe destacar que dicha importancia es recogida en todos los Planes de Estudio de Trabajo Social de la totalidad de las universidades españolas que imparten el Grado en Trabajo Social (Dorado, 2014).

Resulta evidente, en base al reconocimiento académico señalado, como la GCC requiere ser ubicada en la práctica profesional como competencia y función profesional. En tal sentido, en el presente artículo se propone entender la gestión de conflictos como aquellas actuaciones encaminadas a facilitar escenarios profesionales donde las personas inmersas en situaciones de conflictos sean capaces de encontrar por sí mismas respuestas que satisfagan sus necesidades, y que ello les proporcione un aprendizaje personal y social inserto en formulas cooperativas de gestión de las diferencias. Como sostiene Castells (2001), la creciente complejidad, diversidad y dinamismo de la sociedad genera cada vez más divergencias. La capacidad de gestionarlas se convierte así en un instrumento básico en la búsqueda de la cohesión social en el contexto de las personas, instituciones y del desarrollo humano en general.

Lo que diferencia a la GCC de la mediación es el abordaje completo e integral de las situaciones de conflicto mediante el acervo de modelos teóricos, herramientas y

técnicas procedentes de las Ciencias Sociales (incluyendo la mediación), que permiten a las y los profesionales del Trabajo Social, intervenir en situaciones de conflicto que resultan inaccesibles desde el proceso estructurado de la mediación. La mediación no siempre es suficiente para dar respuesta a todas las situaciones conflictivas. Así, aparecen limitaciones inherentes a la mediación como proceso estructurado, como restricciones legislativas, falta de voluntad de las personas en iniciar el proceso, diferencia de situaciones de poder entre las partes u otras cuestiones. Sin embargo, los conflictos que no pueden ser gestionados a través de procesos de mediación, existen con muchísima frecuencia en las intervenciones profesionales que se llevan a cabo desde el Trabajo Social, y que, sin duda, requieren respuestas y competencias profesionales para gestionarlos. Ante esto, la GCC aparece como un sistema que incluye la mediación, pero que, al mismo tiempo, la sobrepasa y supera. Por ello, gestionar los conflictos de manera constructiva tiene que ver con la propia mediación topando, en ocasiones, con los límites de esta.

La concepción de GCC se asienta en la construcción de escenarios vinculados a partir de las dimensiones teóricas, prácticas y artísticas² de la promoción de las relaciones humanas basadas en la aceptación y el respeto de la otra persona como diferente, y en la capacidad y el protagonismo de las personas en la gestión de sus conflictos, entendidos éstos como situaciones de crisis en las interacciones sociales.

Como anteriormente se señalaba, es necesario considerar cómo en Trabajo Social los conflictos han sido asociados siempre a problemas (Jiménez-Suárez, 2020). Se coincide con Suares (1996) en que un conflicto no es un problema. Sí que es cierto que, en ocasiones, los conflictos originan problemas que se pueden resolver, sin embargo, ello no significa que el conflicto haya sido resuelto ya que las interacciones antagónicas pueden permanecer. Considerar a los conflictos como procesos, significa que nacen, crecen, se desarrollan y ocasionalmente pueden desaparecer o permanecer paralizados.

En definitiva, la GCC sería todo intento de aunar disciplinas, técnicas, herramientas y conocimientos relativas a la gestión de las situaciones de conflicto para lograr el protagonismo de las personas implicadas en la búsqueda de sus acuerdos y posibilitar el aprendizaje asertivo y empático en las relaciones humanas. Bajo este proceso, y como ahora se abordará desde la reconstrucción de los modelos teóricos de la mediación, la GCC contempla el conflicto como una situación de crisis, pero, también, de cambio y oportunidad. Esta concepción, precisamente, debería constituir el eje central de los procesos de intervención en situaciones de conflicto y de las actitudes de las y los profesionales del Trabajo Social como agentes de cambio social.

2 El término “artístico” en su acepción relativa o perteneciente a las artes, por ende, a la capacidad de crear escenarios específicos a las situaciones particulares de las personas.

3. RECORRIDO POR LOS MODELOS HISTÓRICOS DE MEDIACIÓN

Al igual que en otros ámbitos de construcción disciplinar, en mediación existen diferentes modelos que orientan y guían la práctica profesional. Estos modelos se configuran como mapas teóricos y metodológicos que desarrollan estrategias y técnicas propias para lograr la consecución de sus objetivos en los procesos de mediación y que se encuentran en la base de la GCC, como competencia propia del Trabajo Social.

En la actualidad, existe un consenso en considerar la existencia de tres escuelas fundamentales de mediación (Munuera, 2007). Según Suares (1996), estas escuelas se concretan en la existencia de tres modelos principales de mediación: el modelo Harvard (Fisher y Ury 1981), el modelo transformativo (Bush y Folger, 1996) y el modelo circular-narrativo (Coob, 1996; 2013). Dichos modelos están constituidos en base a su referente teórico, a los objetivos deseados³ y a la secuencia del proceso de mediación.

Para este acercamiento a los modelos de mediación, desde la GCC resulta adecuado considerar el *continuum* que configuran dichos modelos. En uno de los extremos se ubica el modelo Harvard, con un enfoque tradicional y lineal muy cercano al ámbito de la negociación y centrado en el acuerdo. En el otro extremo se situaría el modelo transformativo, con un enfoque circular, próximo al ámbito de la intervención con objetivos terapéuticos y cuyo interés se centra en las relaciones más que en el acuerdo. Entre ambos polos se ubica el modelo circular-narrativo, con un enfoque orientado tanto al logro de acuerdos como a las relaciones interpersonales.

Estos modelos, como señala Giménez (2001), dan cuenta de la diversidad y la unidad existente en el desarrollo de la mediación. A continuación, se recogen sus principales aportaciones desde la perspectiva de la GCC en Trabajo Social, líneas de cada modelo a partir del análisis de los textos de cada uno de los paradigmas y de estudios posteriores al respecto, y una reflexión en torno a las unidades de análisis del conflicto que formarían parte de la GCC en Trabajo Social.

3 Los objetivos hacen referencia a los hitos que permiten afirmar que la mediación ha finalizado de manera exitosa. Existen importantes diferencias en cuanto al concepto de “éxito” de unos modelos a otros, mientras que para unos se alcanza con el acuerdo, para otros es suficiente con transformar la relación y/o generar un estilo comunicacional entre los partes que les permita gestionar sus dificultades en el futuro, sin la intervención de un tercero.

3.1. Modelo Harvard

El modelo Harvard es el primer modelo por orden cronológico, representado por Fisher y Ury (1981) y creado en sus orígenes para la negociación bilateral en los ámbitos de la Economía y el Derecho. Considera a la mediación como una negociación colaborativa asistida por una tercera persona. El conflicto se contempla como un obstáculo para la satisfacción de los intereses y necesidades humanas, y el objetivo de la mediación se encuentra en que las partes implicadas trabajen en colaboración para encontrar acuerdos. Para ello, se efectúa una búsqueda de opciones que beneficien a ambas partes elegidas a partir de criterios legítimos u objetivos. El rol de la persona mediadora es controlar la interacción de las partes en el proceso. Aunque el procedimiento es estructurado, permite flexibilidad para alcanzar sus objetivos y se desarrolla en sesiones conjuntas y privadas.

El modelo Harvard surgió en la Facultad de Derecho de la Universidad de Harvard como parte del proyecto *Harvard Negotiation Project* centrado en la negociación bilateral en el ámbito del Derecho y la Economía (Fisher et al., 2002). Es decir, pese a su relevancia e influencia como modelo principal de la mediación (Ripol-Millet, 2011; Díez y Tapia, 1999; Muldoon, 1998; Folger y Jones, 1997), el modelo Harvard no nace como un sistema propio de mediación, si no que surge como un modelo de negociación, algo que marcará su desarrollo y forma de entender los conflictos y la gestión de estos.

El modelo Harvard considera cuatro elementos esenciales en la negociación: las *personas*, los *intereses*, las *opciones* y los *criterios* (Giménez, 2001). En base a estos elementos, los objetivos de este modelo son separar a la persona del problema (Fisher et al., 1996); centrarse en los intereses y no en las posiciones mirando hacia el futuro (Parkinson, 2005); pasar de las posiciones a las opciones y de las protestas a las propuestas e incorporar criterios objetivos (Fisher et al., 2002).

Desde este modelo, la mediación es contemplada como una manera de solucionar conflictos o disputas y su objetivo principal se ubica en conseguir acuerdos que satisfagan en la mayor medida posible a las partes implicadas. Se mantiene que para conseguir resolver un conflicto y lograr el acuerdo, el primer paso es separar a la persona del problema. Con ello, los aspectos objetivos del conflicto adquieren una relevancia fundamental, llevando a que los aspectos subjetivos, contextuales y relacionales, centrales en otros modelos de mediación, queden relegados a un segundo plano. ¿Esta perspectiva qué implica? Supone centrarse en el logro de acuerdos considerados objetivos y racionales, acelerando la resolución del conflicto desde una consideración lineal de la negociación. En esta línea de negociación resulta fundamental explicitar los intereses de las partes, sobre todo aquellos que están ocultos tras las posiciones, que muchas veces bloquean la negociación y que aparecen como construcciones objetivas.

El modelo Harvard (Fisher et al., 2002) ha tenido un enorme impacto en el desarrollo de la mediación al comprender el conflicto como elemento natural en la vida de las personas, incorporando matices de normalización y efectos colaborativos. Además de diferenciar las posiciones e intereses, explicitar la búsqueda del interés común y del beneficio mutuo, poner la mirada en el futuro, o dar relevancia a las dificultades de comunicación, entre otros aspectos (Guillén de Romero et al., 2021), son cuestiones presentes en la mayoría de los procesos de mediación. Así, este modelo conforma una metodología que puede ser aplicada por sí sola o como complemento de otros sistemas de gestión de conflictos. Pese a ello, el modelo Harvard también plantea algunas limitaciones. Suares (2002) destaca su concepción lineal del conflicto y su conformación a-contextual, a-histórico e intrapsíquico. Esto es algo que tratará de ser solventado por otros modelos de mediación, como a continuación de abordará.

3.2. Modelo Transformativo

Se comienza con la consideración que el modelo transformativo no surge como un modelo complementario al modelo Harvard. Este modelo supone un cambio de paradigma en el ámbito de la mediación al considerar a la mediación como una institución con identidad propia, superando su concepción ubicada en una alternativa de resolución de conflictos (Bush y Folger, 1996). Ahora, el conflicto es considerado elemento central para lograr el crecimiento de las personas (específicamente, el crecimiento moral) y la mejora y transformación de las relaciones humanas. Asimismo, la transformación de la relación aparece como objetivo del proceso de mediación.

El proceso de mediación se concreta en dos dimensiones: la del fortalecimiento del yo y la de la superación de los límites para relacionarse con las demás personas. Así, se trata de un enfoque en el que se trabaja alrededor de dos categorías centrales: la “revalorización” (*empowerment*)⁴ y el “reconocimiento”.

La revalorización o *empowerment* dirige la mirada a la autoestima de las personas y a su capacidad para afrontar la vida, superando la concepción del *empowerment* referida al sujeto al incidir en su carácter relacional (Suares, 1996). Según este modelo, se alcanza cuando las partes en conflicto logran tener conciencia de su valía personal y de su capacidad para afrontar las dificultades. Esta revalorización,

4 En la traducción castellana del libro de Bush y Folger (1996) se traduce “empowerment” como revalorización. El traductor de la obra original indica: “en inglés empowerment, revalorización, autorización. El vocablo utilizado aquí con el sentido adicional de estímulo, infusión de confianza en sí mismo, fortalecimiento. Hemos tratado de resumir estos significados en el término español revalorización, que representa en todo el libro el concepto más amplio (Bush y Folger, 1996, p. 16).

según Bush y Folger (1996) debe desarrollarse en cinco dimensiones: metas (comprendiendo cuáles son sus verdaderos intereses); alternativas (comprendiendo las diferentes posibilidades que conducen a conseguir sus metas y su capacidad para elegir libremente); habilidades (aumentan sus cualidades comunicacionales, organizacionales y de resolución de conflictos); recursos (autoconocimiento sobre sus capacidades para resolver su conflicto), y finalmente respecto a la decisión (evaluación de capacidades propias y de las demás personas que le permite adoptar decisiones consensuadas).

El reconocimiento, por su parte, dirige la mirada a la empatía entre las partes implicadas tanto a nivel de la situación como de sus cualidades. Así, supone reconocer a la otra persona como coprotagonista de la situación de conflicto (Suares, 1996). Para Bush y Folger (1996), el proceso de mediación implica la consideración del reconocimiento, el deseo de otorgar reconocimiento, otorgar reconocimiento en el pensamiento, pero también, otorgar reconocimiento verbal y en los actos.

Desde esta perspectiva, la tarea de la persona mediadora es la de orientar y estimular las capacidades de las personas, facilitando el reconocimiento entre las partes, reflexionando y analizando las legitimidades en la búsqueda de acuerdos. Todo ello permite lograr la “ruta transformadora”, que permitirá conseguir el objetivo de la mediación ubicado en la transformación de la relación. Así, el acuerdo surge como consecuencia de la transformación de la relación entre las partes.

Como resultado, el modelo transformativo se define como un enfoque relacional e implica una consideración circular de las situaciones de conflicto, lejos de la vinculación causa-efecto unidireccional. La aceptación de una/o misma/o y de la otra persona y comprender las necesidades propias y ajenas como igualmente válidas en situaciones de conflicto, promueve entornos de reconocimiento y revalorización que facilitan el logro de acuerdos.

3.3. Modelo circular-narrativo

El modelo circular-narrativo parte de los trabajos y de la práctica profesional de Coob (2013). Como el modelo anterior, se sostiene sobre la consideración de que el origen de los conflictos se asienta sobre una circularidad que lo retroalimenta, como se retroalimenta también de la comunicación que existe entre las partes implicadas en el proceso de mediación (Morente y Hermoso, 2010).

Desde esta perspectiva, el conflicto es una historia narrada e interpretada de manera diferente por cada una de las partes. Con ello, se sostiene que la reinterpretación de

las narrativas hará posible que el conflicto se perciba de manera diferente y por ello, la construcción de una historia alternativa a la traída inicialmente por las partes aparece como el objetivo principal de la mediación.

Este modelo se asienta en diferentes aportaciones teórico-conceptuales (Suarez, 1996). En este sentido, la Teoría de la Comunicación (Watzlawick et al., 2002), la Terapia Familiar Sistémica, las innovaciones epistemológicas de la Cibernética de Segundo Orden (von Foerster, 2003), los aportes del Construccinismo Social (Gergen, 2007) o la Teoría posmoderna del significado (White y Epston, 1993) dan forma al modelo desarrollado por Cobb (2013).

Según Suarez (1996), este modelo tiene cuatro elementos esenciales: el aumento de las diferencias, la legitimación de las personas, los cambios de significados y la creación de contextos. El primero, el aumento de las diferencias supone el rasgo distintivo con respecto al modelo Harvard. En el modelo circular-narrativo hay que hacer que las diferencias se manifiesten, no que desaparezcan. Por ello, este aumento de las diferencias se materializa en la puesta en común de las motivaciones, intereses, expectativas y percepciones que configuran la historia y trayectoria de cada una de las partes implicadas en el proceso de mediación.

La legitimación de las personas constituye uno de los rasgos fundamentales, al tiempo que es principio y técnica, de la metodología circular-narrativa. Esta legitimación, asentada en la voluntariedad y el saber hacer de la persona mediadora, se centra en construir un lugar legítimo dentro de la situación para cada una de las partes implicadas.

Suarez (1996) señala que cambiar el significado supone construir una historia alternativa a la aportada individualmente por cada parte, permitiendo ver el conflicto desde otra perspectiva. Así, implica la necesidad de entender cómo ven las cosas las otras personas, que es precisamente donde se sitúa el conflicto, pero también la solución (Fisher et al., 1996), permitiendo la creación de nuevos contextos para su resolución.

Cobb (2013) también plantea una serie de fases de aplicación del modelo basadas en el desarrollo de reuniones: pre-reunión para la aclaración del proceso de mediación y la firma del acuerdo, reunión conjunta entre las partes, reunión individual con cada una de las partes, reunión interna de reflexión profesional y una nueva reunión conjunta.

De este proceso se deriva la narración de una historia alternativa y la construcción conjunta del acuerdo. Por ello, el objetivo de este modelo no reside solo en llegar a acuerdos (modelo Harvard) o en transformar la relación (modelo transformativo) si no que se basa en la construcción dialogada de la historia alternativa.

Los modelos revisados, aunque con elementos comunes⁵, constatan que los ámbitos de la mediación son variados, como variados son también los escenarios en los que el conflicto tiene lugar. En este sentido, el ámbito de la intervención del Trabajo Social constituye un escenario más donde los conflictos definen y orientan la práctica profesional. Así, si las situaciones de conflicto constituyen eje histórico de la intervención profesional (Dorado, 2014; Munuera, 2013) y la “resolución de problemas” se configura como una competencia profesional (ANECA, 2005), incorporar la mirada mediadora desde la GCC en la profesión constituye un elemento de máxima relevancia.

4. CONCLUSIONES

A partir de lo aportado en el presente artículo, se comienzan las conclusiones con la consideración que la GCC constituye una tarea inherente del Trabajo Social y, por ello, se requieren profesionales con competencias adecuadas en los contextos de intervención propios de la profesión. Dichos contextos son diversos, como variados son los entornos donde se generan los conflictos. Así en contextos familiares, educativos, sanitarios, penitenciarios o judiciales, entre otros, los conflictos aparecen habitualmente y las y los profesionales del Trabajo Social interactúan como agentes sociales de cambio.

Se coincide con Aranguren (2011) cuando refiere que ninguna profesión conoce en mayor profundidad empírica el ámbito de la gestión de los conflictos. La promoción de la paz como actuación colectiva e individual, saber gestionar las situaciones conflictivas y propiciar entornos profesionales creativos y pacíficos, deben ser espacios facilitados desde el Trabajo Social.

A este respecto, existe el reconocimiento a la resolución de problemas como función inherente a la profesión y a la mediación como área de intervención profesional propia en todos los documentos de referencia elaborados en España en el proceso de convergencia al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Asimismo, es preciso señalar que en todos los Planes de Estudio de las universidades españolas aparece la resolución de problemas en la formulación de objetivos y en las competencias a adquirir en el Grado en Trabajo Social, aunque la respuesta formativa no ofrezca formación obligatoria al respecto.

Sin embargo, que habitualmente las y los profesionales del Trabajo Social intervengan en situaciones de conflicto no asegura que estén capacitadas/os para ello. En este sentido, y vinculado al proceso de reflexión profesional anteriormente expuesto, resulta

5 Los modelos considerados comparten una serie de elementos comunes. Así, la creación de un espacio de confianza y colaboración, la necesidad de contextualizar el conflicto, la legitimación y reconocimiento, y la búsqueda de interés común, constituyen ejes transversales de los tres modelos desarrollados.

indispensable incidir en la importancia que tiene la formación en el Grado en Trabajo Social para la adquisición de las competencias que capaciten al alumnado para desarrollar intervenciones insertas en los modelos pacíficos de gestión de conflictos. Howe (1999) ya señalaba como el intuicionismo conlleva una cultura paralizante en la profesión y ello es, ciertamente aplicable al contexto referido.

La incorporación de la GCC al Trabajo Social supone la creación de espacios profesionales facilitadores de la gestión de los conflictos en los contextos de intervención social. La GCC que debe formar parte de las competencias profesionales es contemplada como el conjunto de acciones profesionales posibilitadoras de la creación de escenarios de intervención basados en la utilización de métodos cooperativos y pacíficos de gestión de conflictos que faciliten que las personas manejen sus propias diferencias desde una perspectiva de aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal.

Entendiendo así la GCC, los principios de empoderamiento y autodeterminación, esenciales para la construcción de la relación de ayuda, se sitúan en una primera línea de atención. De hecho, desde este punto de vista, la incorporación de la GCC al Trabajo Social y a su práctica profesional supone aunar diferentes teorías, herramientas y técnicas que permitan dar protagonismo a las relaciones humanas favoreciendo su crecimiento al contemplar los conflictos como oportunidades para el cambio y el desarrollo de las relaciones humanas. Esta cuestión tiene especial relevancia en la actualidad, ya que la complejidad y el dinamismo de las sociedades del siglo XXI requiere de profesionales del Trabajo Social capaces de gestionar los conflictos de las personas usuarias desde una mirada constructiva. Siendo así, la GCC se debe constituir uno de los ejes en torno a los cuales pivote la acción profesional de las trabajadoras y de los trabajadores sociales.

La incorporación de la GCC en la práctica del Trabajo Social, como se ha referido, se asienta en gran parte en la mirada mediadora, a partir del desarrollo de tres principales modelos de mediación. Estos modelos, aunque pueden parecer enfrentados, son en realidad diferentes maneras de acercarse a las situaciones de conflicto y no deben ser contemplados como compartimentos estancos. Ante la complejidad social referida no existen recetas únicas, sino que su revisión conjunta permite tomar en cuenta el valor de cada una de las aportaciones y su variedad para adaptarse a las diferentes situaciones de conflicto. Ciertamente, existe un enfoque enmarcado en la resolución de problemas y orientado hacia el acuerdo que, sin duda, facilita llegar a pactos satisfactorios para las partes. Sin embargo, existen igualmente enfoques, como el transformador o el circular-narrativo, cuyo objetivo no reside en el logro de acuerdos, centrándose, como se ha visto, en los aspectos relacionales vinculados al conflicto.

En este sentido, para la incorporación de la GCC en el Trabajo Social, aunque no de manera exclusiva, el modelo transformativo tiene una relevancia fundamental

al considerar que el proceso de mediación contiene un potencial específico de transformación de las personas en el proceso de acompañarlas en situaciones relacionales conflictivas. Precisamente, es esta capacidad transformadora de la mediación la que supone una oportunidad para el desarrollo en la intervención profesional del Trabajo Social en su acepción de “modelo” o “mirada mediadora”. Ello supone, no solo una oportunidad para las propias personas implicadas en situaciones de conflicto, sino también, construir a través de ellas y sus entornos familiares, sociales y comunitarios, un progresivo cambio social ubicado en los principios de la cultura de paz y en el fomento de una ciudadanía responsable y comprometida con los valores propios de la justicia social.

En la actual realidad social, resulta incuestionable la necesidad de repensar la importancia del fomento de la cultura de paz a través de sistemas de gestión de conflictos que operen desde el paradigma de métodos pacíficos desde el Trabajo Social. Se trata de un eje fundamental para promover el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y, sobre todo, el fortalecimiento y la liberación de las personas (Federación Internacional de Trabajo Social y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, 2014).

Se concluye constatando el protagonismo que tienen los contextos formativos universitarios en la adquisición de las competencias de GCC para las futuras y futuros profesionales del Trabajo Social y la necesidad, por tanto, de desarrollar contenidos curriculares que procuren una formación adecuada al respecto.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro Blanco*. Título de Grado en Trabajo Social. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- Aranguren, E. (2011). El Trabajo Social en clave de paz. En M. Cardona y M. Muñoz (eds). *Los hábitos de la paz: teorías y prácticas de la paz imperfecta* (pp. 357-382). Editorial Universidad de Granada.
- Armadans, I., Manzano, J., y Soria, M. (2007). Envejecimiento y calidad de vida: análisis de los conflictos en personas mayores “activas” y en la convivencia en centros de tiempo libre. *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 17(1), 12-19.
- Bush, R. y Folger, J. (1996). *La promesa de la mediación. Como afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento*. Granica.
- Castells, M. (2001). Prólogo. En E. Vinyamata, *Conflictología: Teoría y práctica de resolución de conflictos* (pp. 7-9). Ariel Prácticum.
- Cerini, S. (2004). *El poder de la negociación*. Educa.

- Cobb, S. (2013). *Speaking of violence. The Politics and Poetics of Narrative in Conflict Resolution*. Oxford.
- Cobb, S. (1996). Prólogo. En M. Soares, *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas* (pp. 15-21). Paidós.
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Disponible en https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Dorado, A. (2014). *La gestión constructiva del conflicto en la formación del Grado en Trabajo Social*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Dorado, A., Hernández-Martín, G., y Lorente-Moreno, J. (2015a). La gestión del conflicto en la intervención social. *Prisma Social*, 14(1), 443-469. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5435334.pdf>
- Dorado, A., Hernández-Martín, G., y Lorente-Moreno, J. (2015b). Estudio sobre la gestión constructiva del conflicto en el alumnado de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(2). http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n2.49269
- Díez, F., y Tapia, G. (1999). *Herramientas para trabajar en mediación*. Paidós.
- Federación Internacional de Trabajo Social y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. (2014). *Definición Global de Trabajo Social*.
- Fisher, R., Kopelman, E., y Kupper-Schneider, A. (1996). *Más allá de Maquiavelo*. Ediciones Granica.
- Fisher, R., y Ury, W., (1981). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Houghton Mifflin.
- Fisher, R., Ury, W., y Patton, B. (2002). *Obtenga el Sí. El arte de negociar sin ceder*. Gestión 2000.
- Folger, J., y Jones, T. (1997). *Nuevas direcciones en mediación; investigación y perspectivas comunicacionales*. Paidós.
- García-Longoria, M. P. (2006). La Mediación en el currículo académico del Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones Sociales. Número extraordinario*, 331-344. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002377.pdf>
- García-Longoria, M. P. (2000). La mediación como forma de intervención en Trabajo Social. En D. Colom Masfret y M. Miranda (coords.), *Cambio Social, Relaciones Humanas, nuevas tecnologías* (pp. 161-166). Mira Editores.
- García Villaluenga, L. (2006). *Mediación en conflictos familiares: una construcción desde el Derecho de Familia*. Reus.
- Gergen, K. I. (2007). *Construccionismo social. Aporte para el debate y la práctica*. Uniandes.
- Giménez, C. (2001). Modelos de mediación y su aplicación en mediación intercultural. *Migraciones*, 10, 39-48. <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4376>
- Guillén de Romero, J. C., Muñoz Macías, N. B. J., García Cedeño, M. L., y Giniebra Urra, R. (2021). La mediación: una estrategia comunicativa para resolver conflictos

- entre individuos. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, (Extra), 85-99. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4758465>
- Hernández Ramos, C. (2014). Modelos aplicables en mediación intercultural. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 17, 67-80. <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132552005.pdf>
- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica*. Ed. Maristán.
- Ibarra, A. (2001). *Formación profesional y calidad: hacia un nuevo paradigma*. Presentación en "Semana de la Calidad". SENATI.
- Iglesias Ortuño, E. y Ortuño Muñoz, E. (2018). Trabajo Social y mediación para la convivencia y el bienestar social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 381-392. <https://doi.org/10.5209/CUTS.53374>
- Jiménez-Suárez, B. A. (2020). Mediación y Trabajo Social: dos conceptos que van de la mano. *Trabajo Social Hoy*, 89, 27-38. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2020.0002>
- Morente, F. y Hermoso, B. (2010). Introducción. En F. Morente (dir.), *La mediación en tiempos de incertidumbre* (pp. 9-26). Dykinson.
- Muldoon, B. (1998). *El corazón del conflicto. Del trabajo al hogar como campos de batalla, comprendiendo la paradoja del conflicto como un camino hacia la sabiduría*. Paidós.
- Munuera, M. P. (2013). Trabajo Social en la historia de la resolución de conflictos y la Mediación. *Servicios Sociales y Política Social*, 101, 25-35.
- Munuera, M. P. (2007). El modelo circular narrativo de Sara Cobb y sus técnicas. *Portularia*. VII, (1-2), 85-106. https://eprints.ucm.es/5678/1/_Modelo_circular_narra_P_Munuera.pdf
- Munuera, M. P. (2006). Mediación en situaciones de dependencia: conceptos claves y marco jurídico relevante. *Acciones e investigaciones sociales*, Extra, 262, 1-30. https://eprints.ucm.es/5669/1/Munuera_Gomez.pdf
- Novel, G. (2010). *Mediación organizacional. Desarrollando un modelo de éxito compartido*. Reus.
- Olalde, A. (2012). Mediación y Trabajo Social. Una pareja en construcción. En M. Ariño Altuna y S. Martínez de Lagrán (coords.), *V Jornada de Trabajo Social: ¿Mediamos o sustituimos?* (pp. 53-71). Universidad del País Vasco.
- Parkinson, L. (2005). *Mediación familiar: teoría y práctica. Principios y estrategias operativas*. Gedisa.
- Ripol-Millet, A. (2011). *Estrategias de mediación en asuntos familiares*. Reus.
- Rubin, J. (1996). Prefacio. En R. Bush y J. Folger, J. (coords.), *La promesa de la mediación. Como afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento* (pp. 15-18). Granica.
- Suares, M. (2002). *Mediando en sistemas familiares*. Paidós.
- Suares, M. (1996). *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Paidós.
- Tristante, C. (2016). ¿Mediación desde el Trabajo Social? En D. Carbonero, E. Raya, N.

- Caparrós y C. Gimeno (coords.). *Respuestas Transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Universidad de La Rioja. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5611205>
- Vinyamata, E. (2005). *Vivir en paz: Conflictología y conflictividad en la vida cotidiana*. Hacer.
- Von Foerster, H. (2003). *Understanding: Essays on Cybernetics and Cognition*. Springer-Verlag.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., y Jackson, D. D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Tiempo Contemporáneo.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE SATISFACCIÓN EN USUARIOS/AS DERIVADAS DE LAS INTERVENCIONES Y SERVICIOS OFRECIDOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA

ANALYSIS OF USERS SATISFACTION PERCEPTIONS ARISING FROM INTERVENTIONS AND SERVICES OFFERED IN A CHILD CARE CENTRE

Rafael Delgado Campo
Trabajador Social

Resumen: El presente artículo pretende analizar las percepciones de satisfacción en usuarios/as derivados/as de las intervenciones y servicios ofrecidos en un Centro de Atención a la Infancia, integrante de la Red de Protección de Menores del Ayuntamiento de Madrid; abrir interrogantes en relación a las mismas y realizar algunas reflexiones a partir de las cuales concretar la participación de los/as usuarios/as y reflejarla en sucesivas líneas de intervención. Supone, por tanto, un medio de procurar la participación de los/as progenitores/as, tutores/as, guardadores/as o acogedores/as en los proyectos de intervención social a desarrollar por los Servicios Sociales Especializados en Familia e Infancia de acuerdo con la modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia. Pretende, finalmente, la escucha y acogida de los estados de opinión de los miembros del grupo familiar como una forma de colaborar a la restauración del lazo social y contribuir a la consecución de la preservación familiar.

Palabras clave: Percepción de satisfacción, Protección de menores, Lazo social.

Abstract: This article aims to analyze the perceptions of satisfaction in users arising from the interventions and services offered in a Child Care Center, member of the Child Protection Network of the City of Madrid; open up questions regarding them and make some reflections from which to concretize the participation of users and reflect it in successive lines of intervention. It is, therefore, a means of ensuring the participation of parents, guardians, carers or foster parents in the social intervention projects to be developed by the Social Services specialised in family and childhood in accordance with the modification of the system of protection for children and adolescents. Finally, it aims to listen to and welcome the opinions of the members of the family group as a way of collaborating in the restoration of social bound and contributing to the achievement of family preservation.

Keywords: Perception of satisfaction, Protection of minors, Social bond.

| Recibido: 18/12/2020 | Revisado: 17/05/2022 | Aceptado: 02/08/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada: Delgado, R. Análisis de las percepciones de satisfacción en usuarios/as derivadas de las intervenciones y servicios ofrecidos en un Centro de Atención a la Infancia. Trabajo Social Hoy 97 (55-72). doi: 10.12960/TSH.2022.0016

Correspondencia: Rafael Delgado Campos. Trabajador Social. Email: rafadelgados@yahoo.es.

1. CONTEXTO Y PLANTEAMIENTO

Los Centros de Atención a la Infancia (CAI) son los Servicios de Atención Social Especializada de la Red Municipal de Protección a Menores del Ayuntamiento de Madrid cuya función es contribuir a la detección de las situaciones de riesgo grave y presunto desamparo de menores que residen en el municipio y ofrecer servicios de apoyo y atención especializada a los/as mismos/as y a sus familias. Prestan una atención interdisciplinar psicológica, social y educativa y su objetivo es garantizar el buen trato a menores y el fortalecimiento de las familias mediante el acompañamiento, la supervisión y el tratamiento especializado, aplicando estrategias psicológicas, educativas y sociales.

Entre los servicios que se prestan en los Centros de Atención a la Infancia según la Carta de Servicios de los Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid (2013), se encuentran los siguientes:

- Valoración inicial de situaciones de riesgo en menores.
- Evaluación de la situación familiar y, en su caso, de la desprotección de los/as menores.
- Tratamiento familiar especializado.
- Acompañamiento y supervisión a las familias que no están en tratamiento.
- Apoyo y seguimiento a los/as menores y sus acogedores/as.
- Asesoramiento técnico a los/as profesionales de los recursos que trabajan con los/as menores y sus familias.
- Prevención del maltrato infantil.
- Seguimiento familiar una vez finalizada la atención.

El servicio de tratamiento familiar especializado se lleva a cabo con el objetivo concreto de evitar la separación del/de la menor de la familia o conseguir su retorno en el plazo más breve posible si ha tenido lugar una separación debido a la existencia de una medida de protección. Dentro de este servicio de tratamiento se comprenden sesiones y entrevistas tanto de forma individual como familiar y, junto a las anteriores, de formato grupal con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- Adquisición de competencias en los padres, madres y cuidadores/as para la adecuada atención de los/as menores.
- Reparación del daño emocional en los/as menores.
- Promoción de los recursos personales y de apoyo a los/las menores para favorecer una adecuada integración socio-familiar de estos/as.
- Preparación de las familias en las que se va a llevar a cabo una separación del/de la menor de su núcleo familiar a causa de la ejecución de una medida de protección.

- Sesiones individuales y grupales con los padres, madres, cuidadores/as y menores para facilitar la reunificación y el retorno al domicilio familiar.
- Sesiones individuales y grupales dirigidas a adolescentes y jóvenes en situación de desprotección para dotarles de las habilidades necesarias para una emancipación temprana.
- Sesiones individuales, familiares y grupales para la mejora de las relaciones entre los distintos miembros de la familia y con su entorno más próximo.

En un contexto de intervención como el descrito surge la cuestión sobre la oportunidad de realización de un estudio sobre las percepciones de satisfacción de los/as usuarios/as destinatarios/as de unos servicios en que están involucradas variables como situaciones de riesgo o desamparo de menores, así como la forma en que los/as progenitores/as o adultos/as llevan a cabo sus responsabilidades parentales, incluyendo fortalezas y disfunciones. Algunas de las consideraciones que justifican la oportunidad de un análisis en el indicado entorno de trabajo serían las siguientes:

- Importancia y protagonismo crecientes del concepto de satisfacción de los/as usuarios/as en la experiencia de los/as mismos/as relacionada con las actividades e intervenciones propias de los Servicios Sociales. Algunos ejemplos en el ámbito nacional de tales manifestaciones son el trabajo sobre la evaluación de la calidad asistencial del Servicio de Ayuda a Domicilio en el Ayuntamiento de Murcia (Medina Tornero, 2000); el análisis sobre la satisfacción y la calidad percibida en los Servicios Sociales Comunitarios del Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias del Ayuntamiento de Zaragoza (De la Peña, 2013); el estudio sobre calidad percibida en los Servicios Sociales de Avilés (Arenas Martínez, 2015). Sánchez Pérez (2016), por su parte, realiza un estudio sobre la importancia de la satisfacción de usuarios/as y profesionales en la evaluación de programas sociales como tendencia procedente del ámbito privado y acogida recientemente también en el espacio público de los Servicios Sociales. En el ámbito de menores y Servicios Sociales puede citarse el estudio sobre la perspectiva de los/as acogedores/as, de los niños y niñas acogidos/as y de los/as profesionales que intervienen en el acogimiento en familia extensa (Montserrat, 2006); el análisis de la satisfacción de los/as usuarios/as del Punto de Encuentro Familiar de Murcia (Medina, Medina, Moreno 2011); o el trabajo sobre evaluación de satisfacción de los usuarios y usuarias de los Centros de Atención a la Infancia (CAI) del Ayuntamiento de Madrid (2017).
- Necesidad de procurar la participación de los/as progenitores/as, tutores/as, guardadores/as o acogedores/as en los proyectos de intervención social y educativo familiar a desarrollar por los Servicios Sociales Especializados en Familia e Infancia según la modificación del Artículo 17.4 de la Ley 1/1996 de 15 de enero de

Protección Jurídica del Menor realizada por la Ley 26/2015 de 28 de julio de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia debiendo ser tomada en cuenta su opinión en el intento de consensuar el proyecto. La escucha y el análisis de los estados de opinión reflejados en los cuestionarios de satisfacción realizados tras las intervenciones individuales, familiares y grupales suponen un intento de dar respuesta a dicha especificación, concretar la participación de los/as usuarios/as y reflejarla en sucesivas líneas de intervención.

- Ofrecimiento de una actitud de recepción que acoja e interprete las opiniones y sentimientos condensados en las contestaciones a las preguntas realizadas en los cuestionarios de satisfacción, intentando una manifestación de escucha alternativa a una aplicación protocolizada y procedimental de dichos instrumentos. Como una tentativa más de materializar, a través de dicha actitud de recepción y escucha de la opinión de los/as usuarios/as, un intento de restauración del lazo social en situaciones de deterioro o fragilidad de los vínculos sociales y de prevención de una intervención escorada hacia el mero desarrollo de protocolos, la burocratización de la atención o la simplificación teórico práctica (Arenas, 2015). El conocimiento de dicho estado de opinión puede aportar un conocimiento más ajustado a la realidad de las percepciones de los/as usuarios/as que equilibre el protagonismo de cogniciones sin base en la evidencia, en esta área, tanto en usuarios/as como en profesionales intervinientes.

2. MÉTODO

2.1. Instrumento de análisis

El instrumento utilizado ha sido la encuesta de satisfacción de los/as usuarios/as del Centro de Atención a la Infancia N.º 5 del Ayuntamiento de Madrid. Es una herramienta que es aplicada a los/as usuarios/as para su cumplimentación de forma anónima cuando finaliza la intervención desarrollada. Su aplicación viene acompañada de una explicación personal sobre la finalidad de la misma relacionada con dar cabida a su participación, recabar sus opiniones sobre la intervención, y poder mejorar en las funciones atribuidas al Centro de Atención a la Infancia.

En el procedimiento de obtención de respuesta a través de cuestionarios se seleccionaron distintos tipos de respuesta: cerrada en la modalidad de escala tipo Likert (de 0 a 10 identificando la valoración 10 como *muy satisfecho* y la valoración 0 como *muy insatisfecho*) y abiertas para expresar opiniones y sugerencias. La puntuación en

el rango de 0 a 10 es aplicada en los cuestionarios para adultos/as y jóvenes de 12 a 17 años. En los cuestionarios realizados por niños y niñas de 6 a 11 años, se ha atribuido una puntuación más sencilla, siendo el rango de puntuación aplicada de 1 a 5 identificando la puntuación 1 como nada y la puntuación 5 como mucho.

Los cuestionarios recogen, de igual forma, un espacio para la realización de comentarios y sugerencias relacionados con los diferentes aspectos del recurso en las categorías de adultos y de jóvenes de 12 a 17 años. En la categoría de menores de 6 a 11 años se ofrece el que puedan realizar un dibujo o escribir algo que se les ocurra para que el Centro pueda mejorar.

El número de cuestionarios aplicado ha sido el siguiente:

Cuestionarios aplicados relativos a la satisfacción con el servicio del Centro de Atención a la Infancia N.º 5 de Madrid durante el año 2019:

Adultos/as: 36.

Jóvenes de 12 a 17 años: 12.

Niñas y niños de 6 a 11 años: 10.

Cuestionarios aplicados relativos a la satisfacción con los grupos realizados en el Centro de Atención a la Infancia N.º 5 de Madrid durante el año 2019:

Adultos/as: 36.

Jóvenes de 12 a 17 años: 2.

Niñas y niños de 6 a 11 años: 5.

2.2. Datos sociodemográficos

Las características de la muestra final han venido definidas por una serie de variables: Sexo, grupo de edad, nivel de estudios, en los porcentajes que a continuación se detallan:

El Centro de Atención a la Infancia N.º 5 del Ayuntamiento de Madrid atiende a los distritos de Tetuán y Chamartín de la ciudad de Madrid. En los cuestionarios relativos a la satisfacción con el servicio de este recurso en la categoría adultos/as, el 77 % correspondía a mujeres y el 23 % a hombres. En cuanto a la variable de grupo de edad, el 14 % correspondía al grupo de edad comprendido entre los 18 y los 29 años, el 50 % al grupo de edad comprendido entre los 30 y los 44 años, y el 36 % al grupo de edad comprendido entre los 45 y los 64 años. En lo referente a la variable de nivel de estudios,

el 14 % correspondía al grupo de estudios primarios incompletos, el 47 % al grupo de estudios secundarios, el 17 % al grupo de Formación Profesional, el 5 % al grupo de estudios medios universitarios y el 17 % al grupo de estudios superiores universitarios.

En los cuestionarios correspondientes a la satisfacción con el servicio del Centro de Atención a la Infancia en la categoría jóvenes de 12 a 17 años, el 33 % correspondía a chicos y el 67 % a chicas. En la variable de edad, el 67 % correspondía a jóvenes de 12 a 14 años, y el 33 % a jóvenes de 15 a 17 años.

En los cuestionarios relativos a la satisfacción con el servicio del Centro de Atención a la Infancia, en la categoría niñas y niños de 6 a 11 años, el 50 % correspondía a niñas y otro 50 % a niños. En cuanto a la edad, el 60 % correspondía a menores de 6 a 8 años y el 40 % a menores de 9 a 11 años.

En lo que respecta a los cuestionarios relativos a la satisfacción con los grupos realizados en el Centro de Atención a la Infancia en la categoría adultos/as, un 31 % correspondía a hombres, un 61 % correspondía a mujeres, y un 8 % no contestó en esta variable. En lo referente al grupo de edad, un 8 % correspondía al grupo comprendido entre los 18 a 29 años, un 22 % al grupo comprendido entre los 30 a 44 años, un 17 % al grupo comprendido entre los 45 a 64 años, un 14 % al grupo de 65 o más años, y un 39 % no contestó en este apartado.

En los cuestionarios referidos a la satisfacción con los grupos realizados en el Centro de Atención a la Infancia en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años, el 100 % correspondía a chicas, y el 100 % se encontraba en el grupo de edad de 12 a 14 años.

En los cuestionarios referentes a la satisfacción con los grupos realizados en el Centro de Atención a la Infancia en la categoría de niñas y niños de 6 a 11 años, el 60 % correspondía a niñas y el 40 % a niños. En cuanto a la variable edad, el 20 % correspondía al grupo comprendido entre los 6 y los 8 años, y el 80 % al grupo comprendido entre los 9 y los 11 años.

2.3. Procedimiento

Para la puesta en práctica del procedimiento seguido, se han tenido en cuenta las puntuaciones medias atribuidas a las preguntas resultantes del cuestionario de satisfacción, puntuables de 0 a 10 e identificando la valoración 10 como *muy satisfecho* y la valoración 0 como *muy insatisfecho*. La puntuación en los cuestionarios aplicados

a menores de 6 a 11 años se ha concretado un rango de 1 a 5 calificando la puntuación 1 como nada y la puntuación 5 como mucho.

Las variables medidas en las preguntas del cuestionario de satisfacción mantienen una correspondencia con las dimensiones especificadas por Zeithaml, et al., (1993), en la escala SERVQUAL, utilizada para la valoración por parte de los/as usuarios/as de la calidad de los servicios prestados y recibidos en el ámbito de los Servicios Sociales. Dicha escala mediría las siguientes dimensiones: fiabilidad, competencia, capacidad de respuesta, accesibilidad, empatía y cortesía, comunicación, credibilidad, comprensión hacia el/la ciudadano/a y evidencia física del servicio. Las citadas dimensiones quedarían sintetizadas en cinco:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal, materiales de comunicación. Son los elementos más tangibles del servicio.
- Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio propuesto de forma correcta y cuidada; hacer lo que se dice sin disfunciones, con puntualidad, etc.
- Capacidad de respuesta: Disposición a atender a los/as clientes/as con un servicio rápido y sin dilaciones.
- Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas; tranquilidad de sentirse en buenas manos. La seguridad no va referida únicamente al plano físico sino también a otras áreas como la confidencialidad de los datos, la confianza en el plano personal, etc.
- Empatía: Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal que atiende a los ciudadanos.

La escala SERVQUAL constituye uno de los modelos más extendidos y aplicados en la medición de la calidad y la satisfacción de los/as usuarios/as en el ámbito de los Servicios Sociales. En el presente trabajo se ha hecho uso de dicha escala únicamente a nivel terminológico y conceptual, concretamente de las cinco dimensiones finales en que quedarían sintetizadas la totalidad de ellas por su analogía con las preguntas formuladas en el cuestionario. No se ha llevado a cabo, por tanto, la aplicación de las preguntas e ítems desarrollados en dicha escala sino la medición cuantitativa, a través del cálculo de las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las cinco dimensiones señaladas.

Se han aplicado cuestionarios de satisfacción en relación a las intervenciones y servicios prestados de manera general en el Centro de Atención a la Infancia, y en relación a las intervenciones grupales, en particular, desarrolladas en el Centro de Atención a la

Infancia durante el año 2019: «Caminando en la crianza», «Grupo de acogedores», «Grupo Multifamiliar» y «Educar en familia».

Se ha llevado a cabo, de igual manera, la medición cuantitativa de la dimensión «satisfacción general con el servicio».

Se ofrece a continuación una breve descripción de los mencionados tratamientos grupales:

El grupo «caminando en la crianza», es un grupo con el objetivo de facilitar un espacio de reflexión para ejercer una parentalidad positiva y responsable, basadas en los derechos del/de la niño/a, en el afecto y educando en positivo desde el buen trato. Entre los objetivos específicos destacan la adquisición de empoderamiento en habilidades parentales, la seguridad en la crianza, la toma de conciencia de posibilidades propias y el compartir experiencias vividas en la crianza de los/las hijos/as mediante la sensibilización ante las necesidades y sentimientos de los/as otros/as.

El «grupo de acogedores» es un espacio grupal dirigido a los tres subsistemas del acogimiento familiar, menores, acogedores/as y progenitores/as. El objetivo general es pensar acerca de los conceptos básicos que definen el acogimiento familiar y las repercusiones en la vida cotidiana. Los objetivos transversales son el ejercicio de escucha, comunicación, empatía y reconocimiento de las dificultades familiares.

El «grupo multifamiliar» se ofrece, de igual forma, junto a la intervención de cada familia, planteándose como objetivo ofrecer una respuesta social a los malestares individuales mediante un espacio de encuentro colectivo. Es una intervención que pone más la mirada en el colectivo, en la comunidad y en las relaciones sociales, la ayuda mutua y el empoderamiento.

El grupo «educar en familia» es un taller grupal educativo entre cuyas funciones se encuentran el desarrollo en los/as progenitores/as de habilidades y actitudes que contribuyan al crecimiento integral de los/a hijos/as y del grupo familiar, la identificación de las situaciones problemáticas que se suscitan al interior del grupo familiar o en alguno de sus miembros y la promoción del cumplimiento de sus distintos roles para contribuir al sentido de unidad entre todos/as.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Resultados de las dimensiones de calidad en la satisfacción con el servicio en la categoría «adultos/as»

	Media	Desv.Típ.	Media
La adecuación de las instalaciones del lugar donde han sido atendidos/as.	9,19	1,7130	9,31
Tiempo de espera hasta ser atendido/a.	8,44	2,1271	
La sencillez y claridad del lenguaje utilizado por el personal que le ha atendido.	9,66	1,1547	
El respeto con que usted y su familia han sido tratados/as.	9,80	0,8762	
La información que le han dado sobre el seguimiento de su situación familiar.	9,26	1,6325	
La cualificación y competencia del personal que les ha atendido.	9,55	1,1653	9,31
La satisfacción global con la atención recibida.	9,77	0,6285	

Tabla 2. Resultados de las dimensiones de calidad en la satisfacción con el servicio en la categoría «jóvenes de 12 a 17 años»

	Media	Desv.Típ.	Media
Las instalaciones del lugar donde has sido atendida/o.	8,75	1,8763	9,09
El tiempo que has esperado hasta que te han atendido/a.	7,81	2,1242	
La sencillez y claridad del lenguaje utilizado por el personal que te ha atendido.	9,54	0,8907	
El respeto con que tú y tu familia habéis sido tratados/as.	9,63	0,8813	
La información que te han dado sobre el seguimiento de tu situación familiar.	9	1,809	
La capacidad y preparación del personal que os ha atendido.	9,81	0,5749	9,09
La satisfacción global con la atención recibida.	9,45	0,8907	

Rafael Delgado Campo

Tabla 3. Resultados de las dimensiones de calidad en la satisfacción con el servicio en la categoría «menores de 6 a 11 años»

	Media	Desv.Tip.	Media
¿Te ha gustado el Centro?	4,4	0,6633	4,45
¿Has entendido por qué tienes que venir al Centro?	4,11	1,1967	
¿Has entendido lo que te decían las personas que te han atendido?	4,6	0,6633	
¿Has podido contar lo que te preocupa, lo que piensas y lo que sientes?	4,4	0,8	
¿Te han escuchado?	4,6	0,6633	
¿Te han ayudado?	4,6	0,6633	
¿Crees que han ayudado a tu familia?	4,8	0,4	

Tabla 4 Resultados de la dimensión general «satisfacción general con el grupo» en las atenciones grupales. Adultos/as»

	Media	Desv.Tip.	Media
Caminando en la crianza.	9,61	0,4865	9,31
Grupo de acogedores/as.	8,46	1,8652	
Grupo multifamiliar.	9,2	1,6	
Educación en familia.	10	0	

Tabla 5 Resultados de la dimensión general «satisfacción general con el grupo» en las atenciones grupales. Jóvenes de 12 a 17 años

	Media	Desv.Tip.	Media
Grupo de acogedores/as.	4	1	4

Tabla 6 Resultados de la dimensión general «satisfacción general con el grupo» en las atenciones grupales. Niñas y niños de 6 a 11 años

	Media	Desv.Tip.	Media
Grupo de acogedores/as.	4,5	0,5	4,08
Grupo multifamiliar.	3,66	1,8856	

4. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En relación a la satisfacción con el servicio del Centro de Atención a la Infancia.

Del análisis de resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados se desprende que la calificación promedio de satisfacción con el servicio prestado en el Centro de Atención a la Infancia ha sido de 9,31 en la categoría adultos/as; de 9,09 en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años; y de 4,45 sobre 5 en la categoría de menores de 6 a 11 años. Dichas valoraciones experimentan un incremento cuando la pregunta va dirigida a la satisfacción global con la atención recibida, siendo de 9,77, de 9,45 y de 4,8 sobre 5 respectivamente. De esta manera, la conclusión que puede extraerse es la alta valoración existente en las diferentes categorías medidas por parte de las personas encuestadas, lo que lleva a deducir la elevada satisfacción con los servicios realizados en el Centro de Atención a la Infancia por parte de dichos/as usuarios/as.

Resulta interesante fijarse en la dimensión relativa al «Respeto con el que el/la usuario/a y su familia han sido tratados/as», equivalente a la dimensión «Empatía» de la Escala SERVQUAL. Las puntuaciones otorgadas en dicha dimensión han sido de 9,80 en la categoría adultos/as, de 9,63 en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años y de 4,6 sobre 5 en la categoría de menores de 6 a 11 años, es decir, en la misma línea de alta valoración otorgada al resto de dimensiones e incluso algo más incrementadas que las puntuaciones promedio. La elevada percepción de satisfacción en esta dimensión resulta de importancia en relación a la población con que se trabaja en el Centro de Atención a la Infancia, en muchos casos con experiencias y relaciones en su biografía en las que el respeto a su integridad física y psicológica no ha estado presente, interfiriendo en su desarrollo físico, emocional y relacional, como consecuencia del maltrato físico y psicológico o la negligencia. Algunas funciones importantes de la atención dispensada en el Centro de Atención a la Infancia son la reparación del daño emocional en menores, así como la adquisición de competencias en los padres, madres y cuidadores/as para la adecuada atención de aquellos/as. En este sentido, el respeto con el que los/as usuarios/as son tratados/as constituye una herramienta terapéutica de importancia para la consecución de los objetivos de reparación atribuidos al Centro de Atención a la Infancia. Las altas puntuaciones obtenidas en esta dimensión en las tres categorías ofrecen información no solo sobre la satisfacción de las personas en relación a la misma sino también, de manera indirecta, sobre el acercamiento a la consecución de los objetivos mencionados.

Este resultado viene respaldado, por otro lado, por la percepción cualitativa recogida en los cuestionarios a partir de los comentarios vertidos por las personas atendidas,

en los que se observa el predominio de una valoración positiva por la ayuda recibida en cuestiones como el apoyo en entender y regular la dinámica de la familia, la mejora de la relación entre progenitores/as e hijos/as o el desempeño de las funciones parentales más favorecedor del desarrollo de hijos e hijas.

Las dimensiones «Cualificación y competencia del personal que les ha atendido», en la categoría adultos/as; «Capacidad y preparación del personal que os ha atendido» en jóvenes de 12 a 17 años y «¿Has podido contar lo que te preocupa, lo que piensas y lo que sientes?» en menores de 6 a 11 años, son equivalentes a la dimensión «Fiabilidad» de la escala SERVQUAL. Las puntuaciones medias obtenidas en la evaluación han sido de 9,55, de 9,81 y de 4,4 sobre 5 respectivamente, abundando en la misma línea de alta valoración en las percepciones de los/a usuarios/as.

Por su parte, la dimensión «Seguridad» de la escala SERVQUAL ha venido representada a través de las dimensiones de «sencillez y claridad del lenguaje utilizado por el personal que le ha atendido» y la «información que se ha ofrecido sobre el seguimiento de la situación familiar» en las categorías adultos/as y jóvenes de 12 a 17 años. En la categoría menores de 6 a 11 años encuentra equivalencia en las preguntas «¿Has entendido por qué tienes que venir al centro?» y «¿Has entendido lo que te decían las personas que te han atendido?» Las puntuaciones medias obtenidas en la categoría adulta han sido de 9,66 y 9,26; de 9,54 y 9 en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años; y de 4,11 y 4,6 sobre 5 en la categoría de menores de 6 a 11 años.

La fiabilidad, entendida como habilidad para ejecutar el servicio propuesto de forma correcta y cuidadosa y hacer lo que se dice sin disfunciones; y la seguridad, comprendida como inexistencia de riesgos y la confianza en el plano personal, son dos conceptos que guardan relación con la vinculación desplegada en la atención ofrecida desde el Centro de Atención a la Infancia. El desarrollo de vínculos fiables y seguros constituye otro de los elementos que se procura adquiera protagonismo en la relación terapéutica ofrecida desde este dispositivo. El objetivo pretendido es procurar la experiencia de una relación reparadora, en la medida de lo posible, de otras experiencias vinculares deficitarias o inestables; o intentar la conexión con otro tipo de experiencias habidas en su trayectoria más favorecedoras del desarrollo físico y psíquico. La obtención de valoraciones medias situadas en la parte superior del rango de puntuaciones ofrece información sobre una percepción alta de satisfacción respecto a las variables de Fiabilidad y Seguridad medidas, así como sobre la aproximación al objetivo de establecimiento de vínculos caracterizados por dichas cualidades.

La dimensión de «Elementos Tangibles» de la escala SERVQUAL encuentra su equivalencia en la variable «Adecuación de las instalaciones del lugar donde han sido

atendidos/as» en las categorías de adultos/as y de jóvenes de 12 a 17 años. En la categoría de menores de 6 a 11 años ha venido expresada con la cuestión «¿Te ha gustado el Centro?» Las puntuaciones medias obtenidas en la categoría adulta han sido de 9,19; de 8,75 en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años; y de 4,4 sobre 5 en la categoría de menores de 6 a 11 años.

La dimensión de «Capacidad de Respuesta» de la escala SERVQUAL viene representada por la variable «Tiempo de espera hasta ser atendidos/as». Las puntuaciones medias obtenidas en la categoría adulta han sido de 8,44 y de 7,81 en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años.

La dimensión de «Elementos Tangibles» entendida como las instalaciones y espacios físicos del lugar donde han sido atendidos/as y la «Capacidad de Respuesta» concebida como disposición a atender a los clientes con un servicio rápido y sin dilaciones han obtenido, por tanto, puntuaciones altas en línea con la tendencia de satisfacción con el servicio recibido. Puede observarse, no obstante, una disminución en las puntuaciones medias en estas dos dimensiones en relación a las medias obtenidas en el resto de dimensiones analizadas. Más concretamente, ambas puntuaciones representan las calificaciones más bajas de entre las dimensiones evaluadas, tanto en la categoría de adultos/as como de jóvenes de 12 a 17 años. Y en el caso de la capacidad de respuesta o tiempo de espera hasta ser atendidos la percepción es la más baja, situándose por debajo de 9 en la categoría adulta (8,44) y de 8 en la de jóvenes de 12 a 17 años (7,81).

Dichas percepciones vienen avaladas por algunos de los comentarios realizados en la parte cualitativa de los cuestionarios. En relación a la dimensión de «Elementos Tangibles» se manifiesta que las instalaciones donde han sido atendidos/as son “muy pequeñas” y se transmite la necesidad de mejorar las mismas en la categoría de adultos/as. En la categoría de jóvenes de 12 a 17 años también se expresan comentarios en que se recoge la necesidad de mejorar en los espacios atendidos, más concretamente, en el espacio destinado a la espera por parte de los/as usuarios/as antes de iniciar la entrevista en la sala de atención.

Una de las manifestaciones de la dimensión temporal de espera en la atención que puede considerarse incluida en la capacidad de respuesta es la frecuencia temporal entre las entrevistas ofrecidas. El factor tiempo en la intervención es un elemento significativo cuando se considera un ambiente provisor de condiciones de cuidado y como una de las constantes temporales del encuadre. La frecuencia entre entrevistas y el ritmo temporal están relacionados con las ansiedades de separación y contribuye a la reparación de disfunciones experimentadas en el desarrollo emocional originario.

La frecuencia en el Centro de Atención a la Infancia tiende a ser de dos semanas entre entrevistas con carácter general, con las adaptaciones pertinentes en función de las necesidades específicas del caso concreto. En este sentido, las percepciones obtenidas en la parte cualitativa de los cuestionarios en la categoría adulta expresan el deseo de una mejora en el tiempo entre sesiones declarando los/as usuarios/as querer citas más frecuentemente, más seguidas, sin tanto espacio temporal entre las mismas.

La percepción de satisfacción inferior en estas dimensiones, aun siendo significativa, debe ser objeto de la atención pertinente pues conecta con la reflexión sobre la necesidad de tomar en consideración las dificultades de un ambiente provisor de condiciones de cuidado que, en ocasiones, han experimentado los/as hijos/as y progenitores/as atendidos/as en el CAI en sus respectivas infancias. Los atributos de Elementos Tangibles y de Capacidad de Respuesta en el ámbito temporal pueden desempeñar, por ello, un papel determinante en la función reparadora asignada mediante la aportación de circunstancias espaciales, físicas y de atención en que se hagan presentes condiciones de cuidado compensatorias de dichas experiencias.

En relación con la satisfacción con las intervenciones grupales en el Centro de Atención a la Infancia

Las valoraciones realizadas en relación a las intervenciones grupales realizadas en el Centro de Atención a la Infancia ofrecen los siguientes resultados en la categoría de adultos/as: Puntuación de 9,61 en el grupo «Caminando en la crianza»; de 8,46 en el «Grupo de acogedores»; de 9,2 en el «Grupo multifamiliar» y de 10 en el grupo «Educar en familia». La puntuación media de las intervenciones grupales ha sido de 9,3,1 pudiendo concluirse una valoración alta por parte de las personas encuestadas, lo que lleva a deducir la satisfacción por parte de los/as usuarios/as con este tipo de intervención realizada en el Centro de Atención a la Infancia.

En este sentido, las manifestaciones realizadas en el apartado de comentarios y sugerencias en la categoría adultos/as van en la línea de corroborar la percepción positiva de las intervenciones grupales llevadas a cabo. Los comentarios realizados por los/as usuarios/as subrayan aspectos como los siguientes: el aprendizaje obtenido a partir de la escucha de las experiencias de los demás, el apoyo en las funciones familiares, la demanda de asistencia de otros miembros de la familia en el grupo multifamiliar o la solicitud de realización de nuevos espacios grupales una vez finalizados los llevados a cabo.

La valoración realizada en la intervención grupal en el «Grupo de acogedores/as» en la categoría de jóvenes de 12 a 17 años ha ofrecido una puntuación de 4 sobre 10. La percepción de satisfacción en esta franja de edad resulta, por tanto, media-baja, siendo merecedora de escucha y de un planteamiento interrogativo. En la parte destinada a comentarios y sugerencias se recogen apreciaciones relativas al deseo de que, en sucesivas sesiones, se pueda dividir el grupo en adultos/as y niños/as o a poder mejorar la información relativa a para qué viene al grupo. Las intervenciones grupales son compatibles con las intervenciones individuales, las cuales se realizan habitualmente para el tratamiento de cuestiones que requieren dicho formato de entrevista por razones terapéuticas, vinculares y de tratamiento de datos personales, y en las cuales seguir prestando el espacio y la escucha para atender los estados emocionales y de opinión asociados a dichas percepciones.

Las valoraciones efectuadas de la intervención grupal en la categoría de menores de 6 a 11 años han registrado puntuaciones de 4,5 sobre 5 en el «Grupo de acogedores/as», y de 3,66 sobre 5 en el «Grupo multifamiliar». La puntuación media obtenida ha sido de 4,08 sobre 5. Puede considerarse, por tanto, una media de valoración alta, deduciéndose una percepción de satisfacción con la intervención grupal en esta franja de edad.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son expresivos de unas percepciones de alta satisfacción con los servicios recibidos, tanto en la intervención general como en la intervención grupal desarrolladas en el Centro de Atención a la Infancia N.º 5 en la categoría de adultos/as. Ello se deduce de la puntuación media obtenida en la satisfacción global con el servicio (9,77) y en la puntuación media obtenida en la satisfacción con la intervención grupal (9,31).

Estos resultados van en la misma línea de otros estudios realizados sobre recursos de Servicios Sociales, en que la percepción de satisfacción de usuarios/as es alta, relacionándose con el hecho de tratarse de un servicio en que el factor humano prima por encima de otros aspectos y donde tiene lugar una estrecha relación entre los/as técnicos/as o profesionales intervinientes y aquellos/as (De la Peña Salas, 2013). Podría pensarse, no obstante, en la especificidad resultante de tratarse de un recurso especializado de la Red de Protección de Menores y de las intervenciones y funciones propias de su competencia.

Los resultados expuestos deben ponerse, en este sentido, en conexión con la idea que, de forma generalizada y superficial, viene atribuida a la intervención de los Servicios Sociales Especializados en Familia y Menores. Concretamente, la idea de

falta de colaboración de los/as usuarios/as como consecuencia de la imagen de los Servicios Sociales de Protección a la Infancia focalizada en la propuesta de medidas de protección sobre menores, o, en lenguaje coloquial, “quitar niños a las familias”. Dicha concepción, que no encuentra confirmación en los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados, hace surgir la pregunta sobre los factores con los que puede estar relacionada, pudiendo pensarse en una suerte de espacio compartido de cogniciones y proyecciones, nutrido tanto por usuarios/as como por técnicos/as. En relación a los/as primeros/as, es innegable la concurrencia de preocupaciones e inquietudes por acceder a un servicio especializado en protección de menores donde van a ser valoradas situaciones de riesgo o desprotección en los/as hijos/as. Las altas valoraciones de satisfacción obtenidas pueden entenderse si se vinculan con la constatación por parte de los/as usuarios/as, cuando se desarrolla la intervención, de la función del dispositivo de apoyo y acompañamiento profesional para evitar la separación del/de la menor de la familia o conseguir su retorno en el plazo más breve posible si ha tenido lugar una medida de protección. En relación a los/as técnicos/as intervinientes, es oportuno preguntarse por el protagonismo que, en ocasiones, puede tener un mecanismo defensivo de atribución por el/la profesional al/a la usuario/a de las dificultades y resistencias que se encuentran en la intervención, como una forma de prevenir el contacto con las propias dificultades profesionales, así como con posibles circunstancias de estrés y «burnout» que pueden tener lugar en un ámbito de intervención como el que nos ocupa.

Es necesario tener en cuenta, no obstante, el posible protagonismo de un sesgo de contestación desde la deseabilidad social en los cuestionarios de satisfacción aplicados. En este sentido Marlow et al., (1961) consideraron que las personas que se representan a sí mismas con puntuaciones altas en los comportamientos aprobados y puntuaciones bajas en los comportamientos desaprobados, muestran un alto sesgo de deseabilidad social. Las altas puntuaciones obtenidas en los cuestionarios aplicados en relación a servicio e intervenciones del Centro de Atención a la Infancia, sugieren la necesidad de incorporar mecanismos que puedan contemplar la incidencia de dicha tendencia en la contestación a los cuestionarios de satisfacción.

Resulta oportuno prestar atención a la relación de las variables evaluadas con algunos de los factores terapéuticos a tener en cuenta en las intervenciones desarrolladas desde el Centro de Atención a la Infancia como la empatía, la vinculación o la provisión de un ambiente de condiciones de cuidado con objeto de proseguir en el mantenimiento de variables favorecedoras del desarrollo competencial parental y de la estabilidad física, emocional y relacional de los menores. De igual forma, con objeto de mejorar en cuanto a los elementos tangibles, espacios físicos y de atención; y en la capacidad de respuesta referida al tiempo en la atención a usuarios/as. Pueden

pensarse, desde esta perspectiva, algunas propuestas que pueden realizarse con objeto de mejorar en la prestación de los servicios asignados al Centro de Atención a la Infancia, derivadas de las percepciones de satisfacción de los/as usuarios/as. Entre ellas pueden mencionarse la mejora de las instalaciones y espacios físicos, la reducción de los tiempos existentes entre entrevistas con objeto de progresar en el ofrecimiento de un ambiente facilitador (Winnicott, 1993) en lo institucional provisor de condiciones de cuidado o el perfeccionamiento en la información transmitida en relación a la población adolescente.

Una propuesta final viene referida a la utilidad de continuar en la línea de sistematizar programas de evaluación de satisfacción de los/as usuarios/as en Servicios Sociales, también especializados en Infancia y Familia y en la Red de Protección de Menores, que avancen en el camino de escucha y acogida de los estados de opinión de los miembros del grupo familiar, colaboren en la restauración del lazo social y contribuyan a la consecución de la preservación familiar.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la disposición a colaborar, entendida como una manifestación de cuidado y atención, por parte de los/as usuarios/as del Centro de Atención a la Infancia N.º 5 del Ayuntamiento de Madrid. Tampoco hubiera podido llevarse a cabo sin el concurso de la Unidad Administrativa, los/as educadores/as sociales, los/las trabajadores/as sociales y los/las psicólogos/as de los Equipos Técnicos y el Equipo de Dirección del Centro de Atención a la Infancia N.º 5 del Ayuntamiento de Madrid.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas Martínez, M. (2015). Calidad percibida en los Servicios Sociales de inclusión. Una aproximación desde el caso de Avilés (Asturias). *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 113-123.
- Ayuntamiento de Madrid. (2013). Carta de Servicios de los Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Infancia-y-familia/Cartas-de-servicios/Carta-de-Servicios-de-los-Centros-de-Atencion-a-la-Infancia>.
- Ayuntamiento de Madrid. (2017). Evaluación de la satisfacción de las personas usuarias de los Centros de Atención a la Infancia (CAI) en el año 2017. Recuperado de <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento>.

- to/Calidad-y-Evaluacion/Percepcion-Ciudadana/2017-045-ESU-Evaluacion-de-la-satisfaccion-de-las-personas-usuarias-de-los-Centros-de-Atencion-a-la-Infancia-CAI-en-el-ano-2017.
- B.O.E. núm. 15, de 17 de enero de 1996. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>.
- B.O.E. núm. 180 de 29 de julio de 2015. Ley 26/2015 de 28 de julio de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/28/26/con>.
- De la Peña Salas, Eva. (2013). Análisis de la satisfacción y de la calidad percibida por las personas atendidas en los Servicios Sociales Comunitarios del Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias del Ayuntamiento de Zaragoza. *Cuadernos de Trabajo Social*.
- Marlow, D., Crowne., y Douglas P. (1961). «Social desirability and response to perceived situational demands». *Journal of Consulting Psychology*, 25(2): 109-115. Doi: 10.1037/h0041627.
- Medina, M., Medina, E., Moreno, E. (2011). Análisis de la satisfacción de los/as usuarios/as del Punto de Encuentro Familiar. Recuperado de <http://www.ase mip.org/content/2157-analisis-de-la-satisfaccion-de-los-usuarios-as-del-punto-de-encuentro-familiar#.XicUcLfsZcY>.
- Medina Tornero, M. E. (2000). *Evaluación de la calidad asistencial del Servicio de Ayuda a Domicilio*. Universidad de Murcia.
- Montserrat, C. (2006). Acogimiento en familia extensa: un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen. *Psychosocial Intervention*, 15(2), 203-222.
- Sánchez Pérez, M.^a Carmen. (2016). Satisfacción de usuarios y profesionales en la evaluación de programas sociales. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós Ibérica.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., y Berry, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Díaz de Santos.

VIVIENDA Y EXCLUSIÓN SOCIAL. ALGUNOS APUNTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS

HOUSING AND SOCIAL EXCLUSION. SOME THEORETICAL-METHODOLOGICAL NOTES

Victor Vacas Mora. *Trabajador Social*

Resumen: El presente texto repasa algunas problemáticas sociales derivadas de la producción neoliberal del espacio, tales como la exclusión residencial, la pobreza y la marginación. Una vez presentado el contexto internacional en que se gestó la situación político-económica a la que debemos el escenario presente, como igualmente descrita la actual realidad de nuestro país -deudora del contexto bosquejado-, estaremos en condiciones de revisar la evolución de algunos conceptos teórico-metodológicos centrales con que se han venido abordando las problemáticas relativas a la vivienda y la exclusión social, concluyendo el recorrido con las herramientas desplegadas para enfrentar un problema creciente ante el sometimiento global a los dictados del libre mercado. Todo ello, sin pretender agotar la nutrida discusión respecto a una problemática lamentablemente en aumento y de rabiosa actualidad, ni tampoco descartar la existencia de otras estrategias -institucionales o populares- que se han venido desarrollando con el fin de contrarrestar sus efectos y restaurar las ciudades como bienes comunes antes que espacios mercantilizados, jerarquizados y excluyentes.

Palabras Clave: Vivienda, Exclusión Residencial, Exclusión Social, Pobreza, Derecho a la Ciudad.

Abstract: This text reviews some social problems derived from the neoliberal production of space, such as residential exclusion, poverty and marginalization. Once the international context in which the political-economic situation to which we owe our present has been presented, and also described the current reality of our country -debtor of the outlined context-, we will be in a position to review the evolution of some theoretical concepts and methods with which the problems related to housing and social exclusion have been addressed, concluding the journey with the tools deployed to face a growing problem in the face of global submission to the dictates of the free market. All this, without trying to exhaust the long discussion regarding a problem that is regrettably increasing and of current rage, nor to rule out the existence of other strategies -institutional or popular- that have been developed in order to counteract its effects and restore cities as common goods rather than commercialized, hierarchical and exclusive spaces

Key Words: Housing, Residential Exclusion, Social Exclusion, Poverty, Right to the City.

| Recibido: 19/01/2022 | Revisado: 15/03/2022 | Aceptado: 13/06/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada: Vacas, V. Vivienda y exclusión social. Algunos apuntes teórico-metodológicos. *Trabajo Social Hoy* 97 (73-93). doi: 10.12960/TSH.2022.0017.

Correspondencia: Victor Vacas Mora. *Trabajador Social*. Email: vvmora@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El empleo y el acceso a una vivienda adecuada representan dos pilares fundamentales sobre los que descansa cualquier proyecto de vida en condiciones normalizadas en las sociedades posindustriales contemporáneas. Estas dos dimensiones, en su íntima y recíproca relación, se presentan como básicas -que no únicas- para una existencia digna dentro de los estándares mínimos de calidad de vida del occidente actual, pasos previos a cualquier otra forma de realización o desarrollo personal, como no menos de cualquier proceso de inclusión social. Igualmente, y como reverso, la limitación o impedimento del acceso a cualquiera de ellas supone, si no se toman las medidas oportunas, un paso determinante hacia la exclusión social, espacio marginal del que una vez se ha entrado, se hace sumamente complicado escapar. Sin un lugar que habitar, *locus* social privilegiado para el desarrollo de la vida personal/familiar en condiciones mínimas de protección y seguridad, cualquier proceso ulterior se verá truncado.

No obstante, importantes cambios durante el último cuarto del siglo pasado han posibilitado episodios tales como el *boom* inmobiliario, la Gran Recesión del 2008 o la “crisis de los desahucios”, eventos inaugurales del siglo XXI que, trascendiendo los “tradicionales” colectivos vulnerables, han supuesto un incremento generalizado del número de personas en exclusión residencial. En todas las situaciones, la ausencia de un espacio que habitar se erige como el principal obstáculo a la inclusión social y la ciudadanía plena. Al mismo tiempo, el nuevo escenario social ha puesto en jaque el tradicional abordaje de estos fenómenos por parte de las Ciencias Sociales, que han tenido que redefinir y adecuar conceptos y paradigmas para analizar y comprender un contexto que escapa a las etiquetas y formulaciones clásicas.

En este texto pretendo presentar un esbozo de lo anterior, breve revisión del trayecto que ha conducido hasta nuestra actualidad, a nuevas condiciones socioeconómicas y de acceso a la vivienda, como asimismo a la forma de conceptualizar y enfrentar las desigualdades y retos que introducen.

HACIA UNA NUEVA MODERNIDAD

En su clásico texto, Lefebvre (1969) defendía el derecho a la ciudad como alternativa al urbanismo de los Estados capitalistas que, en su producción del espacio, mercantilizaban la vida urbana. La racionalización productiva del espacio promovida desde parámetros económico-liberales conducía a la segregación espacial, a una

mercantilización del espacio sujeto al valor de cambio, mientras excluía a la clase trabajadora de los procesos de toma de decisiones sobre la ciudad, confinada en una vida urbana enajenada por el consumo, la fragmentación de la cotidianidad y la exclusión espacial¹.

Cuando el filósofo y sociólogo francés escribía esto, en los años 60, se asistía a la reconstrucción de las grandes urbes europeas en un ambiente de euforia enmarcado por el crecimiento económico, la consolidación de la sociedad de consumo y de los Estados del Bienestar. *Los Gloriosos Treinta*, como se denominó al periodo comprendido entre 1945 y 1975, y el urbanismo patrocinado desde los Estados para la reconstrucción de las ciudades de la posguerra se percibían desde ciertos círculos como una oportunidad para una “nueva utopía urbana” que recuperara las ciudades como bien colectivo antes que como mercancía de la que extraer plusvalor.

La crisis de 1973 supuso el fin del modelo de intervención del Estado. Una retirada que propició el advenimiento del neoliberalismo y las políticas de desmantelamiento estatal. Y con ello, el fin de cualquier proyecto alternativo al urbanismo capitalista. Desde entonces, aquella “crisis del petróleo”, se ha venido profundizando en un modelo de mercantilización del espacio que ha convertido la vivienda en un bien de consumo e inversión sujeto a la especulación² sin restricciones dentro de programas de zonificaciones urbanas, privatizaciones y recalificaciones del suelo metropolitano que jerarquizan su uso mientras excluyen a grupos sociales enteros, confinados en guetos periféricos y cinturones de pobreza en torno a las nuevas urbes poscapitalistas.

Grosso modo, todo lo anterior debe conceptualizarse dentro de un marco más amplio de transformaciones en el ámbito productivo del capitalismo global, en la estructura social y en las políticas de servicios y asistencias de los Estados industrializados posfordistas. Unas dinámicas que arrancan según consenso más o menos general en la crisis de los años 70 y que insertan el desempleo estructural y la pobreza, hasta ese momento consideradas coyunturas marginales afectantes a actores sociales

1 Según este autor, con anterioridad a la urbanización generalizada, el mismo acto de habitar, como actividad social, confería a quienes lo hacían identidad urbana y los habilitaba para la participación política como ciudadanos/as. Con el proceso de urbanización, “habitar” se limitó a la ocupación de una vivienda, concibiéndose como una función separada de la actividad política. Esto es, una fragmentación y enajenación de la cotidianidad solamente superable si se restituye la visión de totalidad que haga posible una participación informada de la ciudadanía en la producción del espacio (Molano, 2016).

2 De forma básica, podemos entender la especulación como “un conjunto de prácticas intrínsecas y consistentes con el predominio de una economía capitalista en la producción e intercambio de bienes inmuebles, escasamente perseguidas o limitadas por el Estado y por la sociedad a pesar de que se hallan explícitamente censuradas en la Constitución, y a pesar de que, a veces, se acompañan con la comisión de actos delictivos” (Martínez, 2007).

en la periferia de la modernización económica, en pleno corazón de las sociedades económicamente más desarrolladas. Se empieza a producir una polarización social que va en aumento conforme los mecanismos del Estado del Bienestar³, como “fórmula pacificadora” (Offe, 1990), se desarticulan en favor del libre comercio. Un programa netamente conservador que aboga por el mercado como único regulador económico e impone la liberalización comercial, el control del déficit, la reducción del gasto público y social, la desregularización del sector financiero o privatizaciones de activos públicos -entre otras medidas-, como alternativa al Estado del Bienestar, incapaz de afrontar la crisis económica y social⁴. Y mientras esto ocurre en las “economías centrales”, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional renegocian la deuda de los países periféricos colonizados bajo la condición de adoptar el ideario neoliberal condensado en los Programas de Ajuste Estructural: disminución del gasto público, reducción del déficit, control de la inflación, privatización de sectores públicos, apertura comercial, etc.

Todo lo cual contribuye a generar un nuevo modelo internacional en los países de corte liberal, que rompe con el anterior para conducir a partir de 1975 a un capitalismo desbocado y sin control cuyos efectos son novedosos y demandan a las Ciencias Sociales de nuevas nociones y métodos para aprehenderlo y conceptualizarlo. Podemos resumir que:

La sociedad industrial globalizada, sobre todo a partir de su consolidación tras la II Guerra Mundial, persiguió el objetivo de una integración total de sus poblaciones a través del salario, la extensión de los servicios públicos y el consumo. Las expectativas de esta forma de regulación social, que atenuó durante casi medio siglo el conflicto latente en el proceso de modernización, se vieron frustradas en el último tercio del siglo XX (Agulles, 2019).

3 De forma general, en los llamados países centrales, estas políticas keynesianas suponen la intervención estatal, con mercados regulados, fiscalidad progresiva, contratos colectivos, seguridad social, políticas contracíclicas, educación y sistemas de Salud Pública, seguro de desempleo, aumento de los salarios, presencia de sindicatos..., todo lo cual conlleva un aumento del nivel de vida general y una mayor igualdad material. Mientras, en los países periféricos, se fomenta e impulsa el modelo desarrollista para evitar que caigan en la órbita soviética. Esto es, una vía mixta en la cual el gobierno se encarga de promover el desarrollo y evitar la pobreza mediante gasto social, subsidios al consumo, creación de empresas públicas, proteccionismo, inversión en infraestructura, estímulos fiscales, etc.

4 Como apunta Claus Offe (1990), el Estado del Bienestar no deja de depender de la prosperidad y la continua rentabilidad de la economía.

Con ello, el cambio de milenio se produjo en un contexto social, económico y político que había redefinido las condiciones de vida de la mayoría de habitantes del mundo. Especialmente, en las ciudades, escenarios privilegiados de la vida social y económica de la especie humana desde la industrialización. Desarticulados o muy mermados, los mecanismos diseñados para una pacífica conciliación de intereses que mediase entre las exigencias de acumulación del sistema productivo -y sus clases privilegiadas- y las demandas básicas de los sectores trabajadores y populares (Offe, 1990), se impone un nuevo *laissez faire* que, sin restricciones ni cortapisas, mercantiliza y especula con cualquier aspecto de la realidad social.

En este marco, propiciado por la falta de regulación gubernamental y las políticas crediticias bancarias, la vivienda, entre otros ámbitos del suelo urbano, se convierte en una mercancía más de la que extraer plusvalor. Un mercado que auguraba beneficios rápidos y ganancias fáciles, filosofía que condujo directamente a la crisis económica del año 2008, cuyo origen se sitúa en Estados Unidos como derivación directa del *boom* inmobiliario.

Durante los primeros años del siglo XXI, el gobierno estadounidense toma una serie de medidas liberalizadoras para incentivar su economía. Entre otras, bajar impuestos, reducir los tipos de interés o desregularizar los mercados. Con ello, genera las condiciones óptimas para la burbuja inmobiliaria: mientras las medidas desregularizadoras conducen a una subida progresiva del precio de la vivienda, los bancos ofrecen créditos hipotecarios al por mayor, sin comprobación alguna de ingresos ni historial crediticio. En esta *borrachera especuladora*, bancos y entidades financieras se vuelcan en una concesión indiscriminada de créditos *subprime* o créditos basura, generalmente dando poca -cuando no engañosa- información a los/as prestatarios/as. Unos préstamos considerados de alto riesgo, pues se otorgaban principalmente a personas con poca solvencia, familias que no podían acceder al pago de una vivienda⁵, con un tipo de interés bajo al inicio, pero que se elevaba drásticamente tras los primeros años, muy por encima de cualquier otro crédito personal.

5 Precisamente y debido a su catalogación de peligrosidad, con anterioridad al 2001, la Reserva Federal imponía un límite a la concesión de este tipo de préstamos, techo que queda anulado con la desregularización gubernamental.

Cuando entre el 2005 y 2006 los intereses asociados a estas hipotecas se disparan, la mayoría de los/as propietarios/as, atrapados/as en deudas de importante cuantía, no pueden afrontar los pagos. No obstante, lo que debía haberse quedado en un problema exclusivo de las personas hipotecadas bajo esta modalidad y sus entidades prestatarias, traspasó este límite y se extendió al sistema financiero global. Y esto se produjo debido a la compraventa de estas deudas.

La seducción de rendimientos altamente lucrativos había llevado a que los activos de deuda se traspasaran y vendieran a inversores y bancos de todo el mundo, que los adquirieron sin pensárselo dos veces. Cuando los/as propietarios/as endeudados/as no pueden pagar la deuda y el mercado inmobiliario está inundado de casas sin ningún valor de reventa, cunde el pánico. Nadie sabe qué hacer con esas deudas “inútiles”, carentes de valía para sus poseedores. Las pérdidas empezaron a acumularse. En julio de 2008, la banca y las principales instituciones financieras de todo el mundo anunciaron pérdidas de alrededor de 435 000 millones de dólares. Alarmados, los bancos aún solventes dejan de conceder préstamos y se inicia una crisis de crédito (*credit crunch*), periodo de escasa liquidez en el que ninguna institución está prestando. Tal situación conlleva que bancos y otras entidades financieras estancadas con activos negativos no puedan conseguir ningún crédito, llevando a la bancarrota a muchas de ellas⁶.

Los gobiernos y poderes económicos fácticos no saben cómo reaccionar, siendo una de sus primeras soluciones insuflar grandes paquetes económicos en la banca para su recuperación. Esto, no obstante, conllevó un endeudamiento de los gobiernos de casi todo el mundo para rescatar el sistema bancario de sus respectivos países. Un endeudamiento que supuso un increíble aumento fiscal para recuperar parte del dinero público inyectado en la banca para frenar su crisis, mientras se desmantelaban servicios y prestaciones sociales. Finalmente, quienes menos tenían, aquéllos/as más afectados/as por la situación, fueron los que sufragaron los costes de una crisis que no habían generado.

6 Paralelamente a esta crisis financiera, se produce una inflación creciente por el progresivo aumento del precio del petróleo desde el año 2000 -con el consecuente incremento del precio de la gasolina, la calefacción o los productos alimenticios-, ocasionando graves daños económicos a nivel global. Durante el año 2009, la inflación deja paso a la deflación, caída de precios con desastrosos efectos para la producción: cierre de empresas, fábricas e industrias y un consiguiente aumento del desempleo. Y este incremento del desempleo, unido a la reducción de los salarios por el superávit de mano de obra disponible y la incertidumbre económica reinante, hacen caer de forma inusitada la demanda, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper.

Cuando en el año 2015 se da por concluido el periodo de recesión, las condiciones de vida de la mayoría de la población mundial han caído a niveles impensables durante los tres decenios siguientes a la II Guerra Mundial, mientras el grueso de los Estados, exhaustos y plegados a las recetas neoliberales, apuestan por políticas económicas de austeridad. Con ello, dejan desamparadas a millones de personas sin trabajo, ingresos y, en muchos casos, sin un lugar donde habitar por haberlo perdido durante la crisis o en los años siguientes a aquélla, desahuciados/as por no poder hacer frente al coste que supone un hogar en el siglo XXI. La vivienda, en forma de “mercado inmobiliario”, se encuentra en el centro de este caos, uno de los detonantes del gran desastre económico, como no menos una de las grandes privaciones una vez se superó. En este contexto postcrisis, la exclusión residencial, lejos de superarse en un mundo con cada vez más medios, ha aumentado hasta niveles alarmantes, instalada en el centro de las sociedades más industrializadas y orgullosamente más “desarrolladas”.

En definitiva y regresando al comienzo de este apartado, “es el derecho a la ciudad lo que constituye el eje vertebrador de las dinámicas de inclusión/exclusión que se han venido sucediendo desde los inicios de la industrialización y la consolidación de un “mercado de la vivienda” urbano” (Agulles, 2019). Un derecho a la ciudad negado a su ciudadanía y cuya defensa se hace cada vez más necesaria para que los crecientes colectivos en exclusión residencial tengan opción a una vivienda digna, un espacio habitacional donde desarrollar su vida, mientras se implementan medidas para influir en el trasfondo estructural que reproduce la exclusión como parte constitutiva de la realidad social que proyecta.

ESPAÑA Y LA CRISIS DE LA VIVIENDA

España ha sido uno de los países europeos más afectados por la Gran Recesión⁷. Con una productividad muy baja en comparación con el resto de Europa, una especialización desmesurada en el sector de la construcción -dada la elevada rentabilidad que ofrece al capital- y el turismo -caracterizado por bajos salarios, condiciones precarias y uso intensivo de la mano de obra-, en detrimento de la industria y la agricultura, el país

7 La tasa de desempleo pasó de un 8 % al final del ciclo económico anterior, a un 27 % en su pico más alto durante la crisis, siendo las poblaciones más afectadas la de los/as inmigrantes -cuya tasa de desempleo era muy superior a la media nacional y encontrando en la construcción uno de los principales sectores de inclusión laboral- y la juventud, colectivo que ha llegado a alcanzar una tasa de paro del 50 %. En el 2012 vio la luz la reforma laboral, que llevó a perder en un único ejercicio económico más masa salarial que en los tres ejercicios anteriores juntos. Una destrucción de empleo e ingresos para el Estado sin precedentes y pico más alto de toda la crisis: según el INE, durante el 2012 la masa salarial perdida ascendió a 32 000 millones de euros.

presentaba un escenario abonado para el desastre. De hecho, el gobierno de aquel entonces no sólo no había tomado medidas contra este modelo productivo, sino que venía incentivándolo a través de ventajas fiscales o liberalizaciones de suelo⁸.

La exclusión residencial se dispara durante la crisis⁹ y deja en evidencia las carencias de un modelo socioeconómico que privilegia la acumulación por encima de uno de los derechos humanos básicos: el acceso a vivienda. “El derecho a la vivienda y la exclusión residencial han adquirido una singular notoriedad en España durante la reciente crisis económica, particularmente debido a la proliferación de desahucios de vivienda a familias y personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social” (López Carmona, 2018). Aunque la recesión haya concluido oficialmente, sus secuelas persisten y, de no emprenderse reformas estructurales importantes, algunas de ellas no se superarán.

Es el caso de la desigualdad, una de las consecuencias que la crisis ha potenciado en España y de la que desde Bruselas no se deja de alertar. En este sentido y según la Comisión Europea (2017), se sostiene que España presenta una de las tasas de temporalidad laboral más altas de los Estados miembros de la Unión Europea, avisando de que el 13,1 % de los/as trabajadores/as españoles/as están en riesgo de pobreza y un 28 % de los/as ciudadanos/as en peligro de exclusión social. Según los datos disponibles, entre los años 2014 y 2016, el paro descendió. Pero esta mejoría en el mercado laboral no se tradujo en una corrección apreciable del Índice Gini, medidor de la distribución de la riqueza e indicador de la desigualdad. Todavía en el 2018, el coeficiente de Gini se encuentra entre los más altos de los Estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos -OCDE-, siendo 0 la igualdad total en rentas. Y es que los/as asalariados/as españoles/as con los sueldos más bajos sufrieron el recorte salarial más grande de entre todos los países de la OCDE, por detrás de Portugal. Los altos niveles de desempleo junto a la caída de los salarios reales han contribuido a un paulatino aumento de la desigualdad en España, alcanzando el puesto de tercer país con mayor proporción de trabajadores/as pobres,

8 Resulta destacable que entre 1997 y 2005 los precios de las viviendas en España aumentan en un 177 %, siete veces el crecimiento de los salarios.

9 “El Observatorio Europeo de Sinhogarismo (EOH) de la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA) hizo público a finales de 2014 un documento en que estimaba las tendencias en la Unión Europea. El EOH concluye que el número de personas sin hogar ha aumentado durante el periodo de crisis en todos los países de la Unión Europea, con la única excepción de Finlandia. [...]. Entre los motivos de dichos incrementos, el EOH destaca las pérdidas de vivienda y los problemas de acceso a la misma, el desempleo -muy especialmente el desempleo juvenil-, así como los recortes en ayudas sociales y los obstáculos para el acceso a Servicios Sociales y de Salud” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

únicamente superado por Turquía y Chile. Mientras ciertos y minoritarios sectores de la población han incrementado su riqueza mediante la crisis y las oportunidades que estas coyunturas brindan a las grandes fortunas, la gran mayoría de la ciudadanía ha visto descender su calidad de vida, sus ingresos y la seguridad que tenía depositada en el futuro.

Pese a todo, el mercado de la vivienda se reactiva, indolente ante los efectos de sus excesos. Fenómenos como la *gentrificación*¹⁰, con el consecuente ascenso de precios y encarecimiento del nivel de vida, se dan a lo largo y ancho del planeta, desplazando a contingentes de residentes originarios hacia zonas de la ciudad todavía asequibles a su capacidad económica, generalmente pauperizadas y concentradas en la periferia. El turismo convierte los centros de las ciudades en parques temáticos, paisajes casi exclusivamente comerciales y de consumo de ocio, lugares fructíferos para la inversión de una elite financiera libre de limitaciones gubernamentales y que no aprecia la vivienda por su valor de uso, como un bien básico y derecho fundamental. Empresas, grandes cadenas y promotoras inmobiliarias se hacen con suelo y propiedades mientras quienes habitan la zona ven sus ingresos incapaces de afrontar la subida de los precios y el coste de vida. Además, esta lógica especulativa se generaliza a todas las zonas urbanas, consolidando un “mercado de la vivienda” excluyente y segregador.

En España, la vivienda alcanza precios prohibitivos para la mayoría de la población que, con salarios devaluados procedentes de las nuevas condiciones laborales¹¹, o bien se endeuda muy por encima de sus posibilidades para acceder a su propia residencia y vivir precariamente en ella -con el riesgo que esta opción supone-, o, incapaces de hacerlo, deben recurrir a compartir hasta la hacinación. Cuando no, caso de personas pertenecientes a colectivos en riesgo, en infraviviendas o condenados a la exclusión residencial. Sin red familiar o social, el problema de la exclusión residencial sigue creciendo, alcanzando proporciones desconocidas en el país.

La epidemia de la Covid-19 vino a incidir más en la problemática. Los colectivos más vulnerables, residentes de barrios empobrecidos, con servicios públicos y atenciones deficitarias, soportan en mayor grado la enfermedad. Muchos, en carencia de vivienda digna, en condiciones de masificación, sin infraestructuras, servicios, escasa intimidad

10 Término acuñado por la socióloga Ruth Glass en 1964 para referirse a los cambios residenciales en un barrio inglés de clase baja. Un excelente acercamiento a estos procesos se puede encontrar en el volumen *El Mercado contra la Ciudad* (Observatorio Metropolitano de Madrid, 2015).

11 Como señala López Carmona, “las estrategias empresariales que han adoptado la fórmula de la reducción de costes para la mejora de la competitividad, aplicando y demandando cada vez mayores tasas de flexibilidad laboral, han ido progresivamente precipitando el incremento de la precariedad laboral” (2018).

y nulas opciones de aislamiento en caso de enfermar. Y tener mayor tasa de infecciones no solamente conlleva riesgos para la salud -propia y ajena-, sino que incide en su situación vulnerable, desplazándoles hacia formas de exclusión de mayor severidad. Y recordemos que la mayor de todas es la exclusión residencial. Tal y como presentaba EAPN las jornadas que organizó sobre la temática (“Derecho a la Vivienda y Exclusión Residencial de familias vulnerables”):

Con la salida de la pasada crisis económica, no sólo no han mejorado las situaciones de exclusión generadas por esta, sino que se han profundizado las mismas y han surgido nuevas situaciones de exclusión, que se vuelven a agravar a raíz del Estado de Alarma por la COVID-19 y las consecuencias de la crisis sanitaria. La “recuperación” había generado cambios estructurales que han profundizado más aún en las dificultades vinculadas al ejercicio del derecho a la vivienda en España y que se han hecho aún más visibles con la nueva crisis (EAPN, 2020).

En un contexto donde un lugar de habitación digno, en condiciones de habitabilidad y asequible para la totalidad de la ciudadanía es un bien en retroceso, son imprescindibles programas que trabajen en favor del derecho a la ciudad y que propicien la extensión del acceso a la vivienda, reivindicando su valor de uso sobre el de cambio. Pero, ¿cuáles son las posibles soluciones que desde el ámbito social se han venido aportando? ¿Qué herramientas teórico-metodológicas se han venido desarrollando para analizar un fenómeno que sobrepasa y elude a los conceptos clásicos con que se venía estudiando y en los que se basaban las potenciales soluciones?

LA EMERGENCIA DE UN NUEVO MARCO CONCEPTUAL

El incremento de las diferencias sociales y el aumento de grupos en riesgo de exclusión a partir de la década de 1970 derivan en un contexto social novedoso. Los profundos cambios estructurales desdibujan los mecanismos tradicionales de integración social, de los cuales la participación en la vida económica mediante el empleo es posiblemente el más reconocido. El desempleo estructural, la desarticulación de los mecanismos gubernamentales de inclusión y reconciliación de intereses, los cambios en el mercado de trabajo y la población activa, las nuevas estrategias empresariales o la progresiva precariedad laboral, entre otros, conllevan una reconfiguración en la estructura social y cambios profundos en la vida de las personas, de la cual las certezas y seguridades pasadas desaparecen para ser sustituidas por inseguridad e incertidumbre.

Paralelamente, los conceptos teóricos y analíticos clásicos se tornan inoperantes para explicar la nueva realidad. Dado que “la desigualdad extrema en las sociedades llamadas de la abundancia, que en ocasiones se presenta como mera pobreza e incluso miseria desnuda en medio del despilfarro y del consumo más ostentoso, da lugar a dinámicas sociales que tienen difícil explicación desde las representaciones sociales de la pobreza clásica” (Agulles, 2019). Esta representación clásica a la que hace referencia el autor solía limitarla a la exclusión en la participación económica, a la “carencia de ingresos” (Camargo Sierra, 2011); circunstancia que, en no pocas ocasiones, se tomaba como algo dado y no como “resultado de un determinado modo de producción de la abundancia, y consecuencia lógica del desarrollo industrial” (Agulles, 2019). En la “segunda modernidad” (Beck, 2002), dentro de los nuevos procesos neoliberales, a esta exclusión que deriva en privación y penuria material, se empiezan a adicionar fenómenos que impiden o dificultan la participación social, política, educativa, sanitaria, de derechos básicos... Una producción de nuevas lógicas de inclusión-exclusión (Hernández, 2008) que demanda el desarrollo de herramientas capaces de captar la complejidad creciente, así como la elaboración de instrumentos analíticos con capacidad explicativa para este nuevo y desorientador escenario social.

En esta dirección, durante la década de 1970, surge en Francia el concepto de **exclusión social**. No será, sin embargo, hasta los años 90 que se generalice por influencia de la Unión Europea (López Carmona, 2018). Como noción, no es reducible a la pobreza, aunque la abarcaría como una de las posibles variables constituyentes, como un factor más que puede influir en la exclusión, pero no necesariamente el más determinante. Hoy en día, la exclusión social se entiende como un proceso estructural, multidimensional, multicasual, dinámico y heterogéneo donde se entrecruzan e interrelacionan variables diversas (Agulles, 2019; López Carmona, 2018; Hernández, 2008). Al reconocer el carácter estructural del fenómeno se sitúa este más allá de las situaciones personales sin necesariamente excluir éstas de la ecuación¹². Es multidimensional porque afecta a las personas en diferentes dimensiones de su vida -económica, laboral, sanitaria, formativa, residencial, participativa...-, así como multicausal ya que son múltiples las causas o factores que provocan la exclusión social. El aspecto dinámico se refiere al carácter procesual de la exclusión, como conjunto de procesos y no una situación estable (Castel, 1995, 1997; López Carmona, 2018). Y la falta de lugar donde vivir es posiblemente uno de los exponentes más extremos de la exclusión social.

¹² Obviamente, se pueden dar condicionantes de índole personal en muchos casos, pero que deriven en situación de exclusión social y residencial se debe al contexto estructural que habilita que dichas casuísticas conduzcan a una situación de calle o infravivienda, cuando podrían ser evitadas. Es decir, las causas subjetivas dejan de ser por sí mismas la explicación.

La vivienda, entendida como espacio habitacional donde el ser humano organiza su existencia social, desarrolla gran parte de su vida cotidiana y, de forma general, compone el escenario de reproducción de las sociedades y -en su posición privilegiada como lugar para la socialización- de producción de nuevos agentes sociales, tiene una importancia central en todo tiempo y sociedad. En cualquiera de sus múltiples variantes, abrumadora diversidad de concepciones y diferentes formas de habitarla, su relevancia es incuestionable en cualquier grupo social humano. Tanto es así que existe un nexo rastreable entre la organización social y la morfología espacial, la funcionalidad y la significación de los lugares de habitación humana. Los espacios de habitación, entonces, se manifiestan como un potente indicador de las identidades sociales, de la diversidad “cultural”, del reparto del poder, del acceso a recursos y derechos, de la posición social, el estatus y la pertenencia de clase, de las relaciones de parentesco, de esquemas cosmológicos, etc., por lo que su estudio y análisis hace posible conocer mucho de una sociedad, su organización, estratificación y significaciones socioculturales. No en vano, “el modo como se habita en una sociedad nos aporta información clave sobre otras condiciones más generales del plano social, económico, político, jurídico y cultural” (Sabaté, et al., 2011).

En relación a esta relevancia social, como espacio con los recursos necesarios para desarrollar la vida cotidiana y garantizar la reproducción material de sus habitantes y de la sociedad, la vivienda es ampliamente reconocida como un derecho fundamental, y como tal recogido en documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Carta Social Europea Revisada o la mayoría de legislaciones nacionales de los países europeos (FEANTSA, 2008). Sin embargo y pese a su posición como recurso básico para la continuidad social y el reconocimiento del Derecho Humano a la Vivienda, en el modelo urbanístico contemporáneo, la vivienda se encuentra sujeta a disputas entre diferentes actores que intervienen en su producción y distribución. Conflicto que limita el acceso a este reconocido derecho y bien social a cientos de miles de personas.

En la mayor parte de los países es un hecho generalizado que existe una crisis en la producción y en el uso de este bien denominado vivienda, de forma que el esfuerzo por su adquisición o uso se presenta como desproporcionado, sus condiciones se consideran frecuentemente inadecuadas para vivir en ellas y su localización obliga a largos desplazamientos cotidianos a una elevada proporción de ciudadanos (Leal, 1979).

En las sociedades actuales de corte liberal, tener una vivienda supone disponer de un espacio habitacional en relación a tres ámbitos o dominios básicos: legal, social y físico (López Carmona, 2018). Esto es, respectivamente, disponer de un contrato (en propiedad o en alquiler) que confiera seguridad y continuidad en la ocupación remitiendo a una tenencia en exclusividad; mantener la privacidad y disfrutar de relaciones sociales en intimidad; y, por último, las condiciones de habitabilidad, que el alojamiento resulte digno, seguro y adecuado a las necesidades de la persona o unidad familiar. Empero, a día de hoy existe una enorme dificultad de acceso a un lugar donde vivir. El continuado aumento de precio de los inmuebles se ha convertido en una constante, un proceso permanente más que una coyuntura episódica y pasajera. Antes que derecho básico, es un importante elemento de diferenciación y exclusión territorial. En un contexto como el presente, en el cual las viviendas se construyen y se conceden como valor de cambio dentro de los parámetros del libre mercado¹³ y en función de la posición económica de los agentes sociales, se generan procesos de desigualdad y segregación que derivan desde la precariedad en la tenencia y hacinamientos causados por la necesidad de compartir sus elevados importes, hasta la ocupación de inmuebles deshabitados, la autoconstrucción de infraviviendas, proliferación de asentamientos y aumento del *sinhogarismo*. Todas ellas, en diferente grado, formas de habitar estigmatizadas en tanto desviaciones de la normatividad mayoritariamente compartida y, por lo mismo, motivo de discriminación y marginación en diferentes ámbitos de la vida social -laboral, económico, relacional, educativo, sanitario, etc.-. Podemos convenir que “la vivienda y las políticas relacionadas con ella están entre las causas principales del *sinhogarismo*” (FEANTSA, 2008). Aserto que, en la evolución de la investigación sobre la realidad de las personas sin hogar, resulta sintomático del cambio de paradigma en el acercamiento a la problemática y del concepto exclusión residencial como término con que referirla.

Durante mucho tiempo, los estudios referían principalmente a causas personales, anomalías y desviaciones como precursoras de la exclusión social y de las situaciones de calle, manifestaciones extremas de dicha exclusión. De esta forma, con o sin intención, la responsabilidad última se hacía recaer sobre las personas sin hogar, agentes causantes de sus propias desgracias: “al “hacer protagonistas” de su proceso de exclusión a las personas que lo sufrían, se daban tanto las condiciones de posibilidad para diseñar itinerarios individualizados de inserción, como para atribuir su situación social a variables exclusivamente personales” (Agulles, 2019). Se habilitaba así una forma de encarar y analizar los procesos de *sinhogarismo* centrada exclusivamente

13 “Si partimos de los sistemas de producción como dominantes, podremos encontrar en los mismos la explicación de los problemas de vivienda” (Leal, 1979).

en el actor social, en sus comportamientos y características personales, aludiendo a psicopatologías o desgracias que mantenían a estas personas sin lugar donde vivir. La desigualdad social y el acceso diferencial al mercado de trabajo y de la vivienda eran aspectos ignorados o dejados en segundo plano en favor de la cuantificación, las biografías y las vulnerabilidades individuales.

Esta argumentación tautológica -“las personas sin hogar no tienen vivienda porque se comportan como personas sin hogar” (Agulles, 2019)- empezó a demostrarse falaz y analíticamente insostenible¹⁴. Y con tal cuestionamiento, comienza a producirse un nuevo acercamiento a la realidad del *sinhogarismo*. Enfoque que recogen Frazer y Marlier (2009), por ejemplo, cuando su informe, de entre cinco grupos de causas ofrecidas para el fenómeno, sitúa las razones estructurales como el primero en importancia explicativa: “el estado y naturaleza del mercado de la vivienda (en particular: la escasez de viviendas adecuadas y la no asequibilidad de la vivienda), el impacto del desempleo y los efectos de la pobreza y el endeudamiento” (*ibid.*). Como vemos, se pasa de depositar la principal responsabilidad de las situaciones de calle en los agentes que las padecen y sus casuísticas subjetivas, a los condicionantes estructurales y procesos de desigualdad que sitúan a ciertas personas y colectivos en situación de exclusión social y residencial.

El concepto exclusión residencial, por superar los enfoques clásicos que reducían la problemática a desviaciones o anomalías particulares de las personas afectadas, invisibilizando las variables estructurales determinantes en su situación, condensa este cambio de paradigma. Es decir, como noción tiene la virtud de coligar los factores estructurales con la subjetividad de los actores sociales, reconciliando ambos en un marco teórico donde la primacía de los primeros no excluye u omite necesariamente los segundos.

Por otro lado, mientras *sinhogarismo* y expresiones similares circunscribían exclusivamente el problema a no tener un hogar, exclusión residencial se refiere además de a las personas estrictamente sin vivienda, que pernoctan y hacen su vida en las calles o recurren a albergues por carecer de un techo, también a aquellas otras que habitan alojamientos inseguros, inadecuados, domicilios insalubres, viviendas improvisadas, asentamientos chabolistas, o en condiciones de hacinamiento extremo, sin espacio suficiente, ni la mínima intimidad. En definitiva, además de carecer de lugar que habitar, se habla de exclusión residencial cuando la vivienda no reúne unas

14 Claro ejemplo lo ha supuesto que tras la crisis económico-financiera del 2008, la composición de los colectivos de personas sin hogar esté cambiando, ampliándose a grupos y sectores con anterioridad ajenos a dicha problemática social: familias trabajadoras, jóvenes, mujeres, migrantes y solicitantes de asilo, etc.

condiciones mínimas de accesibilidad, estabilidad, adecuación y habitabilidad (Cortés, 2004). Esta ampliación de supuestos contemplados por el término permite generar una tipología clasificatoria que da cuenta de las diferentes problemáticas residenciales, desde la vulnerabilidad hasta los extremos más severos en el acceso a la vivienda. Es la clasificación ETHOS -*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*- realizada por FEANTSA (2008) y que se reproduce traducida a continuación:

Tabla 1. Clasificación ETHOS según propuesta de FEANTSA (2008)

Categoría	Categoría operativa		Situación residencial	
A) Sin techo	1	Personas viviendo a la intemperie	1.1	En espacio público o exterior
	2	Personas en albergue o centro nocturno	2.1	Personas en albergue nocturno o de baja exigencia
B) Sin Vivienda	3	Personas que viven en centros para personas sin hogar	3.1	En albergues y centros de alojamiento
			3.2	En alojamiento temporal y de tránsito
			3.3	Alojamiento con apoyo
	4	Personas en albergues para mujeres	4.1	En albergues para mujeres
	5	Personas en centros de alojamiento para inmigrantes	5.1	En alojamiento temporal/Centros de recepción
			5.2	En alojamientos para trabajadores/as temporeros/as
	6	Personas que tienen prevista su salida de instituciones o centros de internamiento	6.1	En instituciones penales
			6.2	En instituciones sanitarias (hospitales, etc.)
			6.3	En centros de menores
	7	Personas que reciben apoyo a largo plazo por su condición de sin hogar	7.1	En residencia para personas mayores sin hogar
			7.2	En vivienda tutelada y con apoyo sostenido
C) Vivienda Insegura	8	Personas viviendo en alojamiento inseguro sin título legal	8.1	Temporalmente con familia o amistades
			8.2	Subalquiler ilegal
			8.3	Ocupación ilegal de tierras
	9	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio	9.1	En régimen de alquiler
			9.2	Con la vivienda en propiedad
	10	Personas viviendo bajo amenaza	10.1.	Con denuncias presentadas ante la policía

Categoría	Categoría operativa		Situación residencial	
D) Vivienda Inadecuada	11	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales	11.1	Caravanas y similares
			11.2	Edificaciones no convencionales para residir
			11.3	Estructuras temporales
	12	Personas viviendo en alojamiento impropio	12.1	Edificio ocupado inadecuado para vivir
	13	Personas en condiciones de hacinamiento extremo	13.1	Muy por encima de los estándares de hacinamiento

Además de proporcionar un marco de mayor amplitud y flexibilidad, la introducción y empleo de esta tipología nos sitúa en posición de:

Comprender el fenómeno no como una categoría estanca de la exclusión social más severa, sino como un proceso activo que hunde sus raíces en el acceso desigual al mercado de la vivienda, y que entronca así con los procesos de fragmentación social y desposesión de largo alcance, pero también con un modelo determinado del crecimiento urbanístico, ligado a su vez con un modelo de desarrollo desigual, con el mercado de trabajo, la distribución de las rentas urbanas, la participación política, las formas de corrupción ligadas al negocio inmobiliario y la financiación de los partidos políticos, etcétera (Agulles, 2019).

De esta forma, exclusión residencial se configura como un concepto con mayor capacidad explicativa, de carácter procesual antes que estático y que incluye diversos problemas de vivienda vinculados por un trasfondo estructural común que sobrepasa cualquier situación personal y afecta a colectivos diversos -familias trabajadoras, migrantes, jornaleros, jornaleras y peones del campo, madres solteras, jóvenes sin trabajo ni redes sociofamiliares...- más allá de la tradicional imagen del *indigente sin hogar* que pulula por la vía pública dejado de lado por la indiferente sociedad postindustrial.

PRINCIPALES PROPUESTAS FRENTE A LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL

El desastre que supuso para España la crisis económica de 2008 y las políticas neoliberales del gobierno de aquel entonces, conllevaron que un problema ya existente se extendiera y comenzara a invadir la realidad de cada vez más barrios y personas. La pérdida del empleo o la precariedad del mercado laboral, los altos precios de acceso

a una vivienda y el elevado importe para mantenerla, unido al desmantelamiento de los sistemas públicos de ayudas sociales -entendidos como gasto social-, eleva la exclusión residencial a cifras alarmantes, desbordando cualquier mecanismo de auxilio de carácter público. En este desalentador panorama, diferentes instituciones comienzan a introducir estrategias para apoyar a aquellos agentes en situación de exclusión residencial. Cabe preguntarse, sin embargo, qué métodos han sido los puestos en marcha y con qué virtudes, como no menos, cuáles son las limitaciones o sesgos que padecen.

Exclusión residencial como declaración de intenciones

Quizá uno de los rasgos más remarcables de la actividad actual en el ámbito de la vivienda sea haber integrado por parte de muchos actores implicados el enfoque de la exclusión residencial para referirse y abordar la problemática social en torno a los espacios de habitación en las sociedades posindustriales. Y si esto constituye una virtud a resaltar, es en gran parte por las connotaciones metodológicas que conlleva y, especialmente, el posicionamiento político que implica.

Cuando se habla de *sinhogarismo* a secas, se minimiza cualquier alusión estructural o referencia a la economía política actual por aferrarse a la clásica imagen de las personas sin hogar: un linaje compuesto por vagabundos desharrapados responsables en diferente medida de su propio destino. En consecuencia, la metodología se circunscribe a paliar su pesar mediante intervenciones personalizadas y centradas en aquellos aspectos subjetivos que han conducido a su situación. Con ello, varando la intervención en el asistencialismo y amputándola cualquier implicación estructural.

Sin embargo, adoptar el enfoque de la exclusión residencial amplía las casuísticas que se dan cita en el fenómeno como también los perfiles afectados por él, incluyendo personas y unidades familiares difícilmente reconciliables con el estereotipo clásico del “sin techo”. Amplios segmentos sociales que anulan la imputación de cualquier circunstancia subjetiva como causa primera del problema, situándolo con ello en el terreno estructural, de lo político y económico. Ha sido el modelo inmobiliario neoliberal, una progresiva mercantilización del derecho humano a la vivienda, y las políticas que lo hicieron posible las que han generado la exclusión residencial de miles personas y han conducido progresivamente a la desposesión del derecho a la ciudad de sus habitantes. Y son esas mismas políticas de vivienda las que mantienen activos los procesos de exclusión y segregación. Por lo mismo, desde esta perspectiva, no resulta suficiente trabajar situaciones personales y factores condicionantes de índole individual. Si bien estos aspectos existen y se toman en cuenta, la intervención debe ir más allá para tratar de incidir en el trasfondo estructural que reproduce la exclusión residencial

como parte connatural al urbanismo contemporáneo. Y ello lleva a ampliar la actuación al ámbito de las políticas públicas, los agentes institucionales y las iniciativas privadas que son parte del problema y, potencialmente, también de su solución.

Continuum Care Vs. Housing First

A grandes rasgos, dos métodos han prevalecido en el trabajo con personas en exclusión residencial: el llamado *continuum care* (o “modelo en escalera”) y, más reciente, el *housing first*. Mientras el primer enfoque, deudor del concepto *sinhogarismo* que reduce el problema a “los sin techo” y “transeúntes”, conlleva el paso por diferentes dispositivos de acogida temporal mientras se “trata” a la persona para la vida normalizada -último escalón en el proceso-, el segundo -desarrollado en Estados Unidos durante la década de los 90- aboga por la provisión de una casa de disfrute individual desde el primer momento y con carácter permanente. Con ello, además de dignificar la vida de las personas afectadas por la exclusión residencial, se pretende contar con un espacio continuado de referencia para la ayuda que se ofrece a posteriori, una vez resuelto el problema de alojamiento.

Es decir, mientras que para el *continuum care* son los problemas personales los que han de resolverse primero para acceder a una vivienda -reconociendo implícitamente que dichas particularidades individuales son las que llevan a vivir en la calle-, en el modelo *housing first*, es el problema de la vivienda el que ha de solventarse para poder tratar las dificultades personales -asumiendo de forma tácita que la carencia de techo constituye el origen de las casuísticas subjetivas-. El inconveniente es que con frecuencia, creyendo haber resuelto definitivamente el problema -reducido a la carencia de lugar que habitar casi en exclusividad-, la intervención posterior se olvida, posterga o reduce hasta resultar insuficiente.

Progresivamente, más entidades e instituciones coinciden en que si en primera instancia no se solventa el acceso a una vivienda estable como derecho básico, trabajar cualquier factor condicionante de vulnerabilidad sería una tarea muy difícil, si no prácticamente imposible. No obstante, cada vez más proyectos de vivienda no entienden la acogida residencial si no se coliga con una intervención prolongada y con centro en el actor social. Estas dos premisas se aúnan en un modelo que en primer lugar ofrece una vivienda normalizada donde residir a tiempo total y de forma continuada. Resulta básico suministrar un espacio habitacional a las personas con quienes se coopera, pero acompañado de un proceso consensuado de dotación/repación de herramientas que la exclusión socioresidencial haya mermado, deteriorado o demostrado insuficientemente desarrolladas para un proceso de inclusión de larga duración. Dado que la autonomía es central en cualquier propuesta de intervención

que quiera ir más allá del mero asistencialismo, los/as propios/as beneficiarios/as han de participar en los diagnósticos y codiseñar el itinerario de trabajo en diálogo con los equipos profesionales, reteniendo siempre su derecho de opinión y capacidad de decisión.

Pero también hay que tener siempre presente que este enfoque no debe ser empleado para desarticular la red de espacios de acogida y las ayudas de carácter público. Dado que el modelo *housing first* surgió durante los 90 en Estados Unidos, en un momento de aumento del control sobre el espacio público y en el contexto de optimización económica y reducción del gasto social, ha sido observado con recelo (Agulles, 2019). La dotación de espacios de vida para personas en exclusión residencial no debe llevar a dañar, reducir o anular el tejido de albergues y centros de día de titularidad pública, o las diversas ayudas sociales que ofrecen alivio a muchas personas en momentos de gran necesidad. Al menos, mientras no se haya erradicado el problema -horizonte sumamente improbable a corto plazo- o se hayan adoptado medidas alternativas de las diversas existentes y posibles.

CONCLUSIONES

El advenimiento de un marco sistémico novedoso a partir de los años 70 produjo nuevas formas de exclusión, viéndose afectadas dimensiones tan vitales como el empleo o la vivienda. La liberalización del mundo laboral y del ámbito de la vivienda condujo a fenómenos hasta ese momento prácticamente desconocidos en el panorama social en los llamados “países centrales”. Por un lado, la desarticulación del empleo como eje básico para la inclusión social y la ciudadanía plena, así como de los mecanismos que lo habilitaban. Por otro, la vivienda deja de ser un derecho básico para convertirse en una mercancía cada vez más alejada de las posibilidades de una creciente población con empleos precarizados, efímeros e inseguros, cuando no directamente en carencia de ingresos.

El nuevo contexto exigía instrumentos analíticos y conceptuales renovados que permitieran aprehender la nueva realidad naciente, como igualmente demandó que diversas instituciones y entidades sociales comenzaran a implicarse en la situación de las personas en exclusión residencial. En primera instancia, mediante programas asistenciales que reducían la problemática a biografías personales y subjetividades desviadas -el modelo del *continuum care*- para, poco a poco y en concomitancia a las reformulaciones teóricas, introducir una metodología que sin dejar de lado los condicionantes personales, amplía la casuística para abarcar un contexto estructural que produce nuevas lógicas de exclusión y dominación, mientras desdibuja los canales tradicionales para la inclusión social e inutiliza los protocolos colectivos que

regulaban el escenario social y su reproducción. Son estos instrumentos analíticos los que hemos repasado, presentando un bosquejo de su desarrollo e instauración como importante salto cualitativo, pues además de atender casuísticas subjetivas, se empieza a incidir en un entorno estructural que instaura la exclusión socioresidencial como consecuencia misma de reproducción. Y esto está moviendo a medidas que dejan de lado el asistencialismo típico del pasado para entrar en el terreno de lo político-económico, presionando para reformular la forma de entender la vivienda que anula su declaración como bien básico y se enfrenta frontalmente al derecho que supone. Reducir la vivienda a una mercancía sujeta a la especulación, a un valor de cambio dentro de un “mercado de la vivienda”, condena inevitablemente a cientos de miles de agentes sociales a una constante lucha por adquirir un espacio que habitar y mantenerlo en esta “sociedad del riesgo” (Beck, 2002), donde lo efímero, precario y lábil define el escenario social que nos ha tocado vivir. Sin seguridades ni certezas en el ámbito laboral en una realidad atomizada en torno a identidades individuales, los precios de la vivienda ahogan a una ciudadanía que atisba como se pierde cualquier logro alcanzado en el pasado, desdibujando las coordenadas que definían trayectorias vitales dentro de estándares regularizados de seguridad y continuidad normalizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Agulles Martos, J. M. (2019). Las Personas Sin Hogar y la Exclusión Residencial ¿Hacia un Cambio de Paradigma? *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(2), 265-275.
- Beck, U. (2022). *La Sociedad del Riesgo Global*. Siglo XXI.
- Camargo Sierra, A. (2011). Vivienda y Pobreza: Una Relación Compleja. Marco Conceptual y Caracterización de Bogotá. *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*, 4(9), 224-246.
- Castel, R. (1995). De la Exclusión como Estado a la Vulnerabilidad como Proceso. *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura*, 21(1), 27-36.
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de la Cuestión Social. Una Crónica del Salariado*. Paidós.
- Comisión Europea. (2017). *Informe sobre España*. Bruselas.
- Cortés, L. (2004). Indagaciones sobre la Exclusión Residencial. *Arxius de Sociologia*, 10(1), 39-55.
- Checa, F. (1995). Reflexiones Antropológicas para Entender la Pobreza y las Desigualdades Humanas, *Gazeta de Antropología*, 11(1). <http://hdl.handle.net/10481/13616>
- EAPN. (2020). *La COVID-19 ha generado nuevas situaciones de exclusión para las familias más vulnerables*. <https://www.eapn.es/noticias/1160/eapn-es-organiza-una-jornada-sobre-el-derecho-a-la-vivienda-y-la-exclusion-residencial>
- FEANTSA. (2008). *El Papel de la Vivienda en la Exclusión Residencial*. FEANTSA.

- Frazer, H., y Marlier, E. (2009). *Sinhogarismo y la Exclusión de la Vivienda en los Estados Miembros de la UE*. http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/Second_2009_SR_HHE_-_Concl_-_Sugg_on_way_forward_-_FINAL_ES.pdf
- Hernández Pedreño, M. (coord.). (2008). *Exclusión Social y Desigualdad*. Editum.
- Leal Maldonado, J. (1979). Vivienda y Sociedad. El Análisis Sociológico del Problema de la Vivienda. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 8(1), 89-102.
- Lefebvre, H. (1969). *El Derecho a la Ciudad*. Península.
- López Carmona, D. (2018). *Evolución de la Exclusión Residencial en Murcia y Respuesta Institucional*. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. Repositorio de la Universidad de Murcia.
- Martínez, M. (2007). La Especulación Urbana: Persistencias Estructurales y Resistencias Sociales. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 1(1), 37-47.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020*. MSSSI.
- Molano Camargo, F. (2016). El Derecho a la Ciudad: de Henri Lefebvre a los Análisis sobre la Ciudad Capitalista Contemporánea. *Revista Folios*, 44(1), 3-19.
- Observatorio Metropolitano de Madrid (ed.). (2015). *El Mercado contra la Ciudad. Globalización, Gentrificación y Políticas Urbanas*. Traficantes de Sueños.
- Offe, C. (1990) *Contradicciones en el Estado de Bienestar*. Alianza.
- Sabaté, I., Tapada, T., y Aramburu, M. (Coords.). (2011). *La Vivienda desde una Perspectiva Antropológica*. Mesa de Trabajo del XII Congreso de Antropología Lugares Tiempos Memorias. La Antropología Ibérica en el Siglo XXI. Universidad de León.

DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD: UNA REFLEXIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL

PSYCHOSOCIAL DISABILITY IN WOMEN DEPRIVED OF THEIR LIBERTY: A REFLECTION FROM SOCIAL WORK

Araceli Monserrat Tamariz Salgado (1)

Arely Rodríguez Servín (1)

Karen Flores Flores (1)

Karla Raquel Becerril Reyes (1)

(1) *Estudiantes del 9.º semestre de la Licenciatura en Trabajo Social en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

Resumen: La discapacidad se ha estudiado desde un modelo médico-rehabilitador que limita el análisis real de la misma, ya que, poniendo en tela de juicio todas aquellas concepciones con las cuales se le ha definido, tenemos como resultado que su origen deviene de una construcción social donde se tienden a estigmatizar e incluso a criminalizar a las personas que poseen cierto tipo de discapacidades como lo es la psicosocial, considerada para muchos una condición peligrosa que rompe con los esquemas normalmente aceptados por el sistema político-económico actual, adoptando al encierro como la “mejor solución” para ocultar aquello que debe ser “curado”, resultando ser un castigo que aunado a los prejuicios de género condenará en mayor medida a las mujeres que se encuentran privadas de su libertad, situación de la que se tratará en el presente documento.

Palabras Clave: Discapacidad psicosocial, Mujeres, Trabajo Social, Inimputabilidad, Criminalización.

Abstract: Disability has been studied from a rehabilitative model, which limits its real analysis because calling into question all those ideas with which it's been defined, we have as a result that its origine comes from a social construction, which tends to stigmatize and even criminalize people who have any kind of disability, like the psychosocial one, which many people consider a dangerous condition, one that breaks the schemes usually accepted by the current political-economic system adopting confinement as the “better option” to hide what must be “cured”, resulting being a punishment, which combined with gender bias, will sentence to a greater extent to women who are deprived of their freedom, issue that will be developed in the present document.

Keywords: Psychosocial disability, Women, Social Work, Imputability, Criminality.

| Recibido: 28/01/2022 | Revisado: 30/03/2022 | Aceptado: 03/05/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada. Tamariz, A.; Rodríguez, A.; Flores, K. y Becerril, K. Discapacidad psicosocial en mujeres privadas de su libertad: una reflexión desde Trabajo Social. Trabajo Social Hoy 97 (95-114). doi: 10.12960/TSH.2022.0018

Correspondencia: Araceli Monserrat Tamariz Salgado. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México. Email: araceliisalgado@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Todas aquellas instituciones encargadas de encerrar lo que se considera diferente, anormal o peligroso, se convierten en instrumentos de control que parecieran inevitables dentro de las formas de organización social como lo es la prisión, sin embargo, quienes llenan estos espacios de exclusión y marginación poseen una serie de desventajas sociales y económicas que llegan a justificar la separación de todo aquel que represente una amenaza a lo ya establecido, situación que se exagera al analizar la construcción social de género que se tiene al momento de implementar el encierro como la forma de castigo más viable.

Las nociones anteriores, influyeron en nuestro interés por escribir sobre un tema al que históricamente se le ha dado poca relevancia, como lo es la situación que enfrentan las mujeres privadas de su libertad que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico, limitándolas dentro de los estrechos márgenes de la discapacidad psicosocial.

Mediante la revisión bibliográfica, hemerográfica, el diálogo con distintos/as profesionales sobre sus experiencias previas y de expertos o expertas por experiencia se obtuvieron datos e información pertinente para conocer otros paradigmas acerca de la discapacidad y la discapacidad psicosocial, así como las problemáticas que surgen en torno a ella como la criminalización, la inimputabilidad, su intersección con las desigualdades estructurales, entre otros.

Dentro del primer apartado, se encontrarán algunos de los modelos a través de los que se ha construido el concepto de discapacidad, iniciando desde un enfoque de prescindencia donde es concebida como una tragedia individual resultado de un castigo divino, ligado a la asistencia social, pasando a un modelo médico rehabilitador enfocado en otorgar a la persona con discapacidad recursos para su “adaptación” a los patrones impuestos por la ideología de la normalidad. Asimismo, el modelo social, inscribe a la discapacidad como una creación del entorno, las interacciones y las actitudes sociales dirigidas a una persona con un “cuerpo deficiente”, siendo este un elemento central de las perspectivas críticas, puesto que posicionan a la discapacidad como una construcción social más allá de la persona.

En el segundo apartado, se desarrollan algunas nociones que miran a la discapacidad psicosocial como una circunstancia que estigmatiza y condiciona la vida de las personas que la portan, en específico de las mujeres, pues, aun en nuestros días, existe un sesgo claro entre sexos, manifestado en la atención y cuidados recibidos. De lo anterior es que se aborde la criminalización hacia las mujeres con discapacidad psicosocial a quienes se les atribuye como potencialmente peligrosas.

Seguido de ello, se retoman las condiciones planteadas en el marco legal mexicano, referente a las personas con discapacidad psicosocial o intelectual, pues al ser consideradas como *inimputables* se les imponen medidas de seguridad ante la comisión de un hecho ilícito, situación que está rodeada de prejuicios de género, los cuales limitan y hacen evidentes las desigualdades de género internalizadas en los marcos normativos formales e informales de la prisión.

En el último apartado, se reflexiona acerca de las problemáticas que experimentan las mujeres que viven en prisión con discapacidad psicosocial y la importancia de la intervención desde Trabajo Social con perspectiva de género, interseccional y decolonial con la intención de orientar procesos encaminados a la autonomía, al reconocimiento de su identidad, así como la necesidad de implementar programas y capacitaciones constantes tanto para el personal como para sus residentes.

CUESTIONANDO EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

Cuando se habla de discapacidad solemos pensar en una concepción histórica que tiende a estigmatizar, menospreciar, excluir y discriminar a quienes la viven, pues por mucho tiempo fue posicionada como una condición indeseable, una tragedia para el ser, entendida a partir de un carácter biológico, ubicada como una enfermedad condicionante y limitante. Aún en la actualidad, llega a ser motivo de vergüenza individual y familiar, razón por la cual ha sido más fácil ocultarla que nombrarla, complejizando con ello su definición y análisis.

Para explicar el origen de la discapacidad, es preciso retomar el modelo tradicional o de “prescindencia”, debido a que su origen se sitúa dentro de los márgenes religiosos como “un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o como una advertencia de una catástrofe” (Palacios, 2008, p. 37) este paradigma la entiende a partir de una carga comunitaria que denota invalidez e improductividad. Por ello, a esta explicación se le llama de prescindencia, pues lo que se buscaba era eliminar, desterrar o excluir a todo aquel que estuviera fuera de los parámetros dominantes, todo ello a través de prácticas eugenésicas y de marginación, las cuales estaban encaminadas a impedir la reproducción de la discapacidad o bien, el sometimiento y dependencia de los/as sujetos/as portadores/as de ella mediante acciones de bondad y conceptos de asistencia social.

Es el desarrollo histórico el que motiva los diversos cambios a través de los cuales se interpreta a la discapacidad puesto que:

“fueron los millares de soldados mutilados durante la Gran Guerra, por un lado, y el auge de las leyes laborales, por otro, los que verdaderamente modificaron la forma de entender la diversidad funcional: los impedimentos físicos y mentales dejaron de ser considerados castigos divinos y comenzaron a entenderse como enfermedades que podían recibir tratamientos, por lo que, las personas aquejadas de alguna dolencia no necesitaban ser marginadas de la sociedad” (Velarde, 2012, p. 123).

Desde una mirada médica situada en un modelo rehabilitador, la discapacidad parte de una concepción científica que recae en elementos biológicos propios del ser humano, convirtiéndose, en este sentido, en un problema meramente individual, “sinónimo de poseer un cuerpo defectuoso que condiciona y restringe la experiencia vital de la persona con discapacidad” (Ferreria, 2010, p. 56), pues el sujeto se posiciona como un ser deficiente, alguien que debe adaptarse a los parámetros de la normalidad y la producción social hegemónica. El fin de la atención es “normalizar a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa” (Palacios, 2008, p. 10) ya que, desde este esquema, es un hecho patológico que debe ser curado o controlado.

El enfoque social surge como crítica a los modelos anteriores, cuestiona los elementos y dimensiones que seguían replicando y agudizando los estigmas hacia dicha condición, es en este punto donde se entiende que el origen de la discapacidad no surge de las deficiencias individuales, sino de todos aquellos obstáculos existentes dentro de la sociedad y el entorno donde cohabitan:

Dicho modelo se puede sintetizar [...] partiendo de que los principales problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad se derivan de las actitudes sociales y no de las limitaciones funcionales; el segundo, entendiendo que el entorno creado social y culturalmente está conformado y moldeado por las políticas sociales; y, por último, entendiendo que en una sociedad democrática, las políticas sociales representan las actitudes y valores prevalentes en dicha sociedad (Pérez y Chhabra, 2019, p. 7).

Estas situaciones son reconocidas mediante la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), donde se comienza a trabajar por el reconocimiento de los derechos y la igualdad de condiciones. En México entró en vigor en 2008, así el concepto de discapacidad se sitúa como el resultado “de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (CDPcD, 2008, p. 1). Es decir, la discapacidad desde esta postura, es vista como todas aquellas circunstancias limitantes o deficitarias

sean sensoriales, físicas, intelectuales o psicosociales presentes en el individuo que al estar en interacción con un entorno no adaptado a dichas características, afectan la participación y contribuyen a la exclusión y/o desigualdad de las personas con discapacidad, no obstante, aun cuando se intenta presentar a la discapacidad desde un modelo social, debemos tener una mirada crítica ante ello.

De acuerdo con Rosato et. al., (2009), “la discapacidad es una producción social, inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad, la cual rompe con la idea de que el sujeto posee un déficit dado por una realidad biológica, es entonces una invención, de una ficción y no algo dado” (pp. 92-93). Es una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos, ya que el propio sistema (social, económico, cultural, político) determina y evalúa a las personas consideradas “aptas” y “no aptas” a través de comparaciones hechas a base de estereotipos atribuidos a un cuerpo y a una mente que resulten ser totalmente funcionales para producir y competir en el mundo que nos rodea.

Dejando a la discapacidad en un horizonte que favorece al modelo económico neoliberal, ya que, al seguir buscando la adaptación de los sujetos a una sociedad condicionada para el trabajo y la competencia, concebirla desde un esquema rehabilitador propicia beneficios no necesariamente para las personas con discapacidad, sino para todos aquellos que se lucran con los requerimientos necesarios para estar dentro de los parámetros hegemónicos. Sin olvidar que las condiciones de desigualdad, tanto económicas como sociales a las que están sometidas las personas con discapacidad, influyen en el acceso a servicios de calidad, pues según cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019) en México el 48,6 % de las personas con alguna discapacidad se encontraba en situación de pobreza, mientras que el 9,8 % en pobreza extrema, siendo así que el rezago educativo, el acceso a la Seguridad Social y a la alimentación son las tres principales carencias que presenta este grupo de población (p.1), es por ello que el modelo económico se vale de la discapacidad para incentivar el consumo de productos que tiendan a mejorar y adaptar a los sujetos a las condiciones de vida de los sectores privilegiados sin tener presente las cosmovisiones de los diversos grupos poblacionales que integran las personas con discapacidad.

Siguiendo con los cuestionamientos anteriores, ubicamos algunas limitaciones respecto a las nociones de discapacidad establecidas por el modelo social, ya que inserta a la discapacidad en aquellas actitudes y espacios del entorno que rodean a las personas consideradas deficientes, sin cuestionar los elementos estructurales que reproducen nociones biologicistas y discriminatorias presentes en la sociedad a través de las políticas públicas y sociales debido a que estas establecen las visiones y normas por medio de las cuales se entenderá a determinada situación, es así que “los

resultados que han tenido las políticas públicas con relación a la discapacidad han motivado a la violación de los derechos fundamentales en los/as mexicanos/as que por su condición de “vulnerabilidad” y “diferencia” limitan su desarrollo pleno dentro de la dinámica social y económica del país” (Movimiento Ciudadano, s/f). Ante tal perspectiva el estado debe encargarse de modificar el paradigma dominante para disminuir las brechas de desigualdad que se presentan en ámbitos como el social, económico, cultural, educativo, de accesibilidad, entre otros.

Como se comentó anteriormente, consideramos que la discapacidad es una forma de reproducción social, que clasifica a las personas dependiendo de las características que la diferencian de una población mayoritaria, estos sectores dominantes establecen los parámetros por medio de los cuales se segregaran y anularan las diferencias catalogándolas como deficiencias propias del sujeto, tal clasificación ha distinguido a la discapacidad en esferas que engloban a aquellas relacionadas con lo físico, lo sensorial, lo intelectual y lo psicosocial principalmente, siendo este último tipo de discapacidad la que se encuentra más estigmatizada y desatendida debido a las nociones que la rodean.

UNA MIRADA A LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN MUJERES

En la actualidad y desde la cultura occidental, la discapacidad psicosocial no se aleja de los estigmas ni de las concepciones biológicas y construcciones socioculturales de su existencia. Como menciona Arabian (2010), “este tipo de discapacidad es una de las más olvidadas y desatendidas, considerada como “invisible” debido a que no se puede detectar a simple vista” (p. 6), característica que la ha posicionado por mucho tiempo bajo una percepción de “anormalidad” y de “peligrosidad”, pues se piensa que las personas con dicha discapacidad no son dueñas de sus acciones, representando un riesgo inminente para los demás.

Históricamente la concepción de los locos como seres poseídos por fuerzas y poderes sobrenaturales -fueran estos dioses o malignidades demoníacas- hasta la asociación de los trastornos mentales con pecados, vicios y crímenes, estas conductas han sido consideradas como desviaciones de las normas y comportamientos sociales no aceptables, y a quienes las presentan, un peligro tanto para sí mismos como para la sociedad (Fernández, 2010, p. 11).

A la discapacidad psicosocial se la sitúa en lo diferente debido a la percepción negativa que se tiene de ella, es lo que no se explica a simple vista y sale de los parámetros convencionales establecidos para y por el ser humano. Así, tomaremos como punto de análisis lo establecido por el binomio “normalidad/anormalidad”, entendiendo que

el primero dicta los criterios y parámetros esperados en una sociedad globalizada y hegemónica, decretando de esta manera los comportamientos, las actitudes, las formas de vida, etc., que debe seguir una persona en el entorno donde se desarrolla. Por otro lado, la anormalidad es vista como todas aquellas actitudes que rompen con la estructura social dada y el sistema instaurado.

Desde un postura que se contrapone a todas aquellas características del binomio normal/anormal que determinan los estándares esperados en la sociedad, consideramos que no debería seguir existiendo dicha clasificación, ya que la normalidad busca disimular y ocultar la diferencia, al mismo tiempo que perpetua los estigmas, los prejuicios, la discriminación y la exclusión hacia personas que presentan discapacidad psicosocial, escudándose en la existencia de lo anormal, por lo que gran cantidad de “profesionales se han regido altamente por estos conceptos, patologizando casi cualquier asunto que genere malestar en los sujetos, dejando a un lado, prácticamente negando, lo que son conflictos de la vida diaria” (Suárez, 2014, p. 3).

Partiendo de lo anterior, la discapacidad psicosocial a pesar de ser una condición menos evidente, se encuentra en constante enjuiciamiento social, pues es a través de un diagnóstico que se limita el acceso a la justicia social y al bienestar, ya que refuerza con ello la idea de que una persona con discapacidad psicosocial es un sujeto peligroso para sí mismo y para los demás. Ghioldi y Toro (2011) sostienen la existencia de dos tipos de peligrosidad: la inminente y la potencial, la primera estaría ligada a la crisis de origen psíquico próxima a producirse y se inscribe dentro del campo de la clínica. La potencial, por el contrario, es un juicio de valor sobre hechos futuros que pueden suceder o no, inscribiéndose dentro del campo judicial. Aquí vemos que la peligrosidad como potencialidad es un requerimiento del sistema judicial-penal a la psiquiatría para que fundamente científicamente la privación de la libertad de una persona con fines terapéuticos-penales (p. 31).

Actualmente, en el ámbito jurídico, la discapacidad psicosocial parece estar determinada por el modelo médico-rehabilitador, “utilizando a la psiquiatría como un arma para diagnosticar al disidente, lo cual consigue dos cosas: control a través del internamiento y un segundo aspecto, aún más importante para el poder, que es quitarle el valor a su palabra” (Hernández, et al., 2019, p. 38), apropiándose de la subjetividad del individuo.

Se pensaría que el diagnóstico patológico del cual se despliega su concepción, no se encuentra influenciado por los prejuicios de género, ya que se apega a la psiquiatría considerada como una profesión objetiva, sin embargo, el sexo y la construcción social de género juegan un papel importante al momento de atender aquello que “necesita ser arreglado”, es por ello que surgen posturas críticas y radicales como la feminista

y la del movimiento de supervivientes de la psiquiatría (Chamberlin, 1978; Basaglia, 1987) que cuestionan lo establecido por grupos privilegiados quienes han definido la forma en que debe vivirse la discapacidad psicosocial.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico se sostiene sobre los prejuicios sociales y morales de una sociedad, dentro del sistema patriarcal y globalizado, de acuerdo con Hernández, et al., (2019) estos conducen a sesgos que sobrediagnostican o infradiagnostican determinadas patologías en función del género, por ejemplo, cuando una mujer presenta determinada sintomatología se atribuye a su personalidad o carácter esperando que sea dependiente sumisa y sentimental, mientras que en el caso de los hombres se consideran elementos psicopatológicos y clínicos que deben ser estudiados, ya que socialmente se consideran como independientes, autónomos y objetivos.

Así, la discapacidad psicosocial tiene un mayor impacto en las mujeres y sobre todo en aquellas que poseen una mayor desventaja económica, social y de clase, pues históricamente y siguiendo a Basaglia (1987), las mujeres más adineradas, al volverse locas, asistían a psicoterapia, mientras que aquellas empobrecidas eran encerradas en los hospitales psiquiátricos (pp. 33-34), situación que se encuentra presente en la actualidad y se refleja en la atención a la salud mental, ya que dentro de nuestra cultura el castigo y la condena hacia las conductas “desviadas” poseen connotaciones más profundas cuando son cometidas por mujeres, pues ponen en cuestionamiento el significado atribuido socialmente a dicho género como “depositarias y guardianas de la moral, del bien y la virtud” (Salinas, 2014, p. 7), en comparación con las conductas “desviadas” masculinas, ya que dicho comportamiento es considerado “natural” y propio de su ser.

CRIMINALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

La discapacidad psicosocial como una condición que, aparentemente, sale de la norma es considerada peligrosa. Frente a ello, se han generado medidas, como dirían Sheinbaum y Vera (2016), orientadas a neutralizar a través de la segregación la posible comisión de delitos que una persona pudiese llevar a cabo, todo ello con la excusa de no considerarla dueña de sus acciones, lo cual ha propiciado una interseccionalidad definida como “el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio con base a su pertenencia a múltiples categorías sociales” (Williams, 1989), transformándose o recreándose a través de las situaciones presentes en cada contexto, derivadas de la interacción entre factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos que llegan a justificar el encierro, ya sea este en hospitales psiquiátricos o en prisiones, así como la criminalización sobre las personas que presentan dicha discapacidad.

La criminalización hacia las personas con discapacidad psicosocial no se hace visible en todos los sectores que componen la población. Es a través del neoliberalismo, entendido como una fase del capitalismo que fragmenta las relaciones e individualiza los problemas sociales, excluyendo del imaginario social a todo aquel que no cumple con los estándares esperados de productividad y competencia, donde se configura una ideología y una práctica gubernamental, que no solo hace referencia al modelo político-económico, sino a uno que conlleva a la adopción de prácticas e ideas acordes a dicha configuración (Pérez, 2019, p. 186), tal aspecto ha segregado a grupos específicos de la población incluidas las personas con discapacidad psicosocial, a quienes se vigila de forma constante por no contar con cuerpos y mentes “normales”.

El encarcelamiento y el castigo han adquirido un rol protagonista en la política neoliberal contra la pobreza, atravesada por un fuerte componente de racialización (Pérez, 2019, p. 186), donde la población con discapacidad psicosocial y en específico las mujeres, son señaladas por las percepciones de peligrosidad y prejuicios que atentan contra su autonomía, considerando que no son capaces de saber lo que hacen y por tanto deben ser separadas del resto de la población.

Desde nuestra perspectiva, a una persona con alguna discapacidad psicosocial, en un primer momento se le considera *anormal*, debido a que presenta rasgos que no son comprensibles para el resto de la población y en un segundo momento pasa a ser peligrosa, haciendo que sus acciones se encuentren constantemente vigiladas y juzgadas, todos estos prejuicios hacen que sean asociadas como potencialmente criminales. Tal fue el caso de Laura, una mujer hospitalizada, por orden de la Procuraduría General de Justicia, en el Psiquiátrico Fray Bernardino ubicado en la Ciudad de México, con un diagnóstico de esquizofrenia quien manifestaba un deseo por picar y sacar los ojos, siendo las autoridades médicas y judiciales quienes la consideraron como una mujer potencialmente peligrosa por lo que su agresividad debía ser “curada”, ya que ese “deseo” la llevaría a convertirse en una homicida más, castigándola como una potente criminal, situación que la dejó en constante vigilancia y señalamiento (Valadez, 2019), una nota que nos muestra a través de su estructura y relato cómo las personas que han sido diagnosticadas con algún tipo de discapacidad psicosocial se les criminaliza antes de cometer un delito, volviéndose una estadística más, sin atención digna anulando así su autonomía, voz y subjetividad propia.

En lo mencionado anteriormente, podemos observar cómo es que el “modelo médico hegemónico [...] se expresa en el control social e ideológico” (Castillo, 2018, p. 515) que niega otras alternativas de tratamiento para quienes viven con discapacidad psicosocial, sin embargo, algunas otras nociones proponen abogar por la autonomía y la libre determinación de los sujetos. Un ejemplo de ello es el movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría quienes han mostrado la “necesidad de

construir nuevas alternativas, señalando que las personas que han vivido experiencias de encierro pueden apoyarse mutuamente en un entorno que les permita potenciar colectivamente sus capacidades” (Chamberlin, 2001, p. 40).

Dentro del Sistema Penitenciario, las mujeres que padecen discapacidad psicosocial no son tratadas y aceptadas con los mismos derechos que los hombres que presentan discapacidad, ya que se tiene la idea de que las mujeres por ser consideradas el sexo “débil” no deberían delinquir, por lo que al hacerlo su castigo va más allá del cumplimiento de la pena que subsana el delito cometido pues se enfrentan a circunstancias de violencia y desigualdades derivadas del género. A continuación, daremos evidencias de lo anterior.

SISTEMA PENITENCIARIO: INIMPUTABILIDAD DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

En las diversas sociedades del mundo se han desarrollado formas propias para la organización política, económica y cultural, así como para el control social regulado desde instituciones formales y no formales como la familia, la Iglesia, las escuelas o la prisión. Sin embargo, en cada sociedad se establecen parámetros de comportamiento plasmados en instrumentos jurídicos ya sean constituciones, leyes y reglamentos que definen la forma en la cual se deben comportar las y los sujetos que habitan dicho espacio, asimismo, dictan los castigos ante el incumplimiento de esos marcos normativos. De lo anterior:

El sistema penal-penitenciario aparece ahora en discursos políticos y en las nociones del sentido común de muchas sociedades como imprescindible, inevitable, natural e intemporal [...] se trata de uno de entre varios modelos que la humanidad ha diseñado para actuar frente a diversos conflictos, y ha sido a partir de una serie de circunstancias que se generalizó como modo formal de castigo hace más de dos siglos en buena parte del planeta (Ramírez, 2018, p. 17).

La prisión dentro del sistema penitenciario juega un papel importante a la hora de regular el castigo, ya que es el lugar en donde los sujetos que corrompen las normas y reglas establecidas cumplen su condena. De acuerdo con Goffman (2001), la finalidad del encierro es proteger a la comunidad de quienes representan un peligro contra ella, es por eso que la sanción representaría una función preventiva que pretende reinsertar al sujeto a la sociedad, sin embargo, la cárcel no es sólo una institución de encierro, sino un instrumento de dominación que reproduce las desigualdades de clase, raza, género y sexualidad (Bello, 2013, p. 1) pues aun cuando una persona está privada de su libertad, se busca disminuir la posibilidad de reincidencia a través del

trabajo, la capacitación, la educación, la salud y el deporte, según lo establecido por el Artículo 18 Constitucional. No obstante, Ramírez (2018) plantea la existencia de dos formas de gobierno dentro de los espacios carcelarios, uno de ellos constituido por las autoridades oficiales como un orden efectivo y el segundo es de manera informal, siendo este último el que determina la posición jerárquica que ocupan las personas privadas de su libertad dentro de la cárcel, a través del mantenimiento del estigma y la exclusión que no garantizan la reinserción y tienen un mayor impacto en personas con discapacidad psicosocial.

En el derecho penal mexicano se establecen dos vías para juzgar a las personas que han cometido un delito: la pena y las medidas de seguridad. Las medidas de seguridad son aquellas acciones de protección jurídica de las personas en proceso penal para prevenir comportamientos “peligrosos” que afecten al resto de la población privada de su libertad, ya que la medida de seguridad es considerada para aplicarse en razón de la peligrosidad que pueda llegar a representar una persona (Torres, 2020 pp. 57-58).

Atribuyendo las nociones de peligrosidad principalmente a personas con discapacidad psicosocial, quienes son considerados en el marco jurídico como inimputables, es decir, como aquellos/as “no responsable penalmente de un delito cometido, ya que no comprende las consecuencias que esto puede ocasionar” (Patito, 2000, p. 355), algo que fomenta la pérdida de autonomía.

La inimputabilidad, funciona como un mecanismo de control social sobre las personas con discapacidad psicosocial, que lejos de salvaguardar su integridad y derechos los posiciona en el estigma de peligrosos e impulsivos, razón por la cual son excluidos y excluidas, deshumanizando al sujeto bajo un esquema de pena que puede ser más punitivo y restrictivo para esta población (Torres, 2020, p. 61), no cuentan con la accesibilidad necesaria para cohabitar según los ajustes razonables mencionados por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, debido a que los inimputables, aun cuando no reciben una sentencia, son trasladados a instituciones penitenciarias, en el caso de la Ciudad de México son el Centro Femenil de Reinserción Social (CEFERESO) o el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI), los cuales cuentan con un área para la población con discapacidad psicosocial encargada de realizar un peritaje psiquiátrico que coadyuve en la decisión del juez o jueza en el establecimiento de la medida de seguridad, así como de dictar la aplicación de un tratamiento farmacológico.

Parte fundamental de la concepción de inimputabilidad es la relación que se establece entre la capacidad jurídica y la capacidad mental, a pesar de que sus significados sean distintos se asume que son sinónimos. La primera, se refiere a la titularidad de derechos y obligaciones reconocidos mediante instrumentos normativos. Mientras

que la capacidad mental es la aptitud de tomar decisiones propias, lo cual anula el acceso a la justicia, ya que se cree que una persona con discapacidad psicosocial no es capaz de adoptar determinaciones autónomas. Dentro del proceso penal a quienes se les define como incapaces se les asigna un/a tutor/a legal quien asume las responsabilidades y decisiones en torno a su proceso jurídico y a sus cuidados antes, durante y después, esta situación se encuentra diferenciada con base al género puesto que, de acuerdo con Hernández et. al., (2018), los hombres son capaces de hablar por sí mismos y defender sus derechos, así como de tener acceso a recursos y medios de subsistencia, situación contraria a las mujeres, ya que ellas son objeto de protección y cuidado, pues se les sigue considerando como indefensas.

Una vez que se determinan las medidas de seguridad, las mujeres inimputables se enfrentan a una realidad intrínseca a las prisiones, de acuerdo a Salinas (2014) la desigualdad de género es exacerbada en estos espacios que, desde un inicio fueron pensados por hombres con el propósito de castigar a otros hombres (p. 8), debido a que en la construcción social del género no se concebía a las mujeres como infractoras de la ley, es por ello que actualmente no se tienen en cuenta sus necesidades espaciales, biológicas y de subsistencia que les permita lograr su desarrollo personal, enfrentándose a “obstáculos y barreras del entorno, tanto a nivel de infraestructura física y normativa, de información y comunicaciones, como de actitudes” (ASILEGAL, et. al., 2012). Siendo así que las mujeres privadas de su libertad con alguna discapacidad psicosocial reciben un triple castigo dentro de prisión, el primero por su propia condición jurídica, el segundo por su discapacidad y el tercero de índole moral por el hecho de ser mujeres que han roto con el rol de género establecido socialmente, ya que viven en condiciones precarias e insuficientes en relación con los internos varones.

Según datos de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México, (2020), existen tratamientos diferenciados para la población varonil y femenil en los centros de reinserción social encaminados a la atención de personas inimputables, los hombres cuentan con sesiones de asesoría académica, elaboración, participación y supervisión en periódicos murales, ceremonias cívicas, académicas y culturales, formación artística, capacitación laboral, recuperación de habilidades motoras, entre otras, que además de formar parte de su tratamiento les permite generar un ingreso al comercializar los productos desarrollados en dichas actividades. Mientras que a las mujeres se les brindan actividades encaminadas a la higiene y salud personal, fomento cultural, actividades lúdicas, estimulación a la paciente psiquiátrica, dignificación de áreas comunes, e inducción a la vida institucional, disminuyendo sus oportunidades educativas y laborales, siendo así que se les sigue entrenando para continuar en una situación de dependencia, subordinación e incapacidad para contar con una autonomía económica y personal.

Lo anterior evidencia que las desigualdades estructurales dentro de estos espacios se intensifican debido a los prejuicios de género, aunado a esto, se suman otras formas de castigo que de manera simbólica perpetúan los estigmas hacia las mujeres con discapacidad psicosocial, ya que se les excluye en espacios aún más austeros e inhabitables, adicional a ello, se les medicaliza aunque no se tiene claro si es para mejorar sus malestares y reacciones frente al encierro o como una forma de protección para quienes se encuentran en contacto frecuente con ellas.

La existencia de otras problemáticas dentro de prisión exacerban las condiciones precarias en las que habitan las mujeres privadas de su libertad con discapacidad psicosocial, algunas de estas son “la falta de instalaciones especiales y salubres para alojarlas; la deficiente atención médica integral [...] que carece de la capacitación necesaria para la atención de personas recluidas con discapacidad psicosocial, el aislamiento permanente y la falta de programas psico-terapéuticos integrales e individualizados de rehabilitación psicosocial” (ASILEGAL et.al., 2012, p. 53).

Por lo que sería importante tener una visión desde las Ciencias Sociales que analice y pueda llevar a cabo acciones estratégicas encaminadas a disminuir las condiciones de desigualdad, discriminación y exclusión.

ACERCAMIENTO AL SISTEMA PENITENCIARIO Y DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Pensar en Trabajo Social es cuestionar su función y objetivos de intervención en distintos escenarios de la realidad social con la que trabaja, debido a que, por mucho tiempo, ha sido posicionado desde un ámbito asistencialista. “En México, el Trabajo Social surgió como una actividad profesional ligada al Estado, que al organizar su Política Social requirió de un agente que se encargará de operar programas asistenciales” (Ornelas, 2020), algo que ha encasillado en lo “tradicional” el quehacer profesional de las y los trabajadoras/es sociales a funciones institucionales que limitan la intervención social, pues los referentes teóricos-metodológicos más ocupados para estudiar las distintas problemáticas sociales parten de una postura estructural funcionalista, donde la intervención regularmente se orienta a la adaptación de sujetos a un determinado medio o contexto, siendo común pensar en la readaptación, reinserción y/o rehabilitación social de aquellos que son considerados “disfuncionales” o “anormales”.

La intervención profesional en el ámbito penitenciario y psiquiátrico sigue estando enfocada en mantener un orden social desde una postura funcionalista y un modelo, en el caso de las personas con discapacidad psicosocial, médico-rehabilitador, los cuales llegan a castigar la propia subjetividad de las personas, ya que no se analizan las

condiciones previas, así como las múltiples desigualdades sociales que han marcado la vida de cada uno de los sujetos que se encuentran en una condición de encierro y discapacidad.

Un ejemplo de lo anterior, es lo establecido por el Artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se menciona que las sanciones impuestas hacia la población penitenciaria se sustentan desde “el respeto a los derechos humanos, el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la Ley” (CPEUM, 2020), sin embargo, las actividades o estrategias encaminadas hacia esa supuesta reinserción social, se encuentran limitadas y no cumplen con los objetivos planteados debido a que se aboga por una intervención meramente individualizada y no centrada en lo social, algo que refuerza las condiciones de desigualdad hacia las personas privadas de la libertad sobre todo con discapacidad psicosocial, ya que desde este modelo de Trabajo Social se promueve una dependencia hacia la institución, viendo al sujeto como un simple receptor de servicios por ser considerados “desvalido” o “vulnerable” (Ornelas A., comunicación personal, 29 de septiembre de 2020).

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las condiciones de vida entre hombres y mujeres que son privadas de su libertad se encuentran diferenciadas, situación que se exagera en el caso de las mujeres con discapacidad psicosocial a quienes se les castiga a través de la exclusión en más de una esfera de lo social, por lo que la intervención de Trabajo Social debe ser desde un enfoque contemporáneo en el cual se reconoce a los sujetos sociales como los constructores del cambio.

Debido al carácter multidisciplinar que ha adoptado la profesión, se hace uso de diferentes técnicas, instrumentos, herramientas y teorías, que nos brindan una perspectiva distinta de cómo mirar las problemáticas que rodean al sujeto, adicional a ello, nos posicionan en un engranaje de conocimientos que, desde la mirada social adquieren relevancia para el planteamiento de propuestas y estrategias de intervención, como lo puede ser el “curso de vida centrado en una perspectiva teórico metodológica que posiciona a la experiencia de los individuos como característica crucial en la acumulación del conocimiento científico. Da importancia al análisis longitudinal de la vida humana” (Espinoza, 2019, p. 135).

Por ende, al inicio de las intervenciones dentro de los centros penitenciarios se tendría que comenzar a identificar todas aquellas modificaciones y adaptaciones necesarias al ambiente donde se desenvuelven las mujeres con discapacidad psicosocial privadas de su libertad, para la creación de espacios que propicien la escucha activa, la autorreflexión, así como otros recursos encaminados a conocer y reconocer su historia

de vida como parte de una construcción histórico-social determinada a partir de diferencias culturales que han influenciado su comportamiento para la toma de decisiones no acertadas, asumiendo que su condición no se encuentra dada por naturaleza sino que es la conexión de desigualdades acumuladas y eventos que han alterado su curso de vida, algo que va más allá de llevar a cabo entrevistas a las personas privadas de su libertad y a las familias, hacer un diagnóstico social individualizado, realizar visitas domiciliarias, entre otras (Aguíñaga, 2021).

Quien está al frente de esta nueva forma de intervención “debe ser un facilitador o facilitadora de procesos éticos, horizontales y con vocación de servicio para brindar un acompañamiento a la persona privada de la libertad en su proceso de cautiverio, en pro de atender el interés de superación del conflicto del estar en encierro y proyectar su desarrollo integral a escala humana, buscando prevenir y proteger los efectos nocivos del encarcelamiento” (Salas y Sierra, 2010, p. 119), reconociendo con ello todas aquellas habilidades, destrezas y potencialidades que pudiesen tener cada una de las mujeres privadas de su libertad con discapacidad psicosocial para afrontar la discriminación y exclusión a la que están sometidas, ya sea de manera individual o colectiva ayudando con ello a romper los estereotipos de género que se reproducen en prisión.

Por esta razón consideramos que debemos generar propuestas de intervención como capacitaciones, manuales, talleres, investigaciones con un enfoque participativo, de género, interseccional, decolonial, entre otras, que permitan un cambio sustancial donde se valore tanto a la persona privada de su libertad como al personal que labora dentro de la institución, todas las propuestas encaminadas a difundir un cambio de paradigma de la concepción de discapacidad psicosocial para mejorar las relaciones sociales dentro de prisión, con ello se busca producir condiciones más óptimas para su estancia y posterior participación en la sociedad.

De ese modo, sugerimos una serie de acciones que podrían jugar un papel fundamental para su bienestar, así como las relaciones sociales entre las mujeres privadas de su libertad con discapacidad psicosocial, población general, las técnicas penitenciarias y el personal en general del centro:

- Implementar una serie de acciones que disminuyan los estigmas hacia las mujeres privadas de su libertad para evitar el abandono por parte de sus familias, creando así redes de apoyo.
- Crear un programa de capacitación constante para que el personal que trabaja con las mujeres privadas de su libertad con discapacidad psicosocial tenga los elementos necesarios para conocer algunas características sobre trastornos mentales, con la intención de mitigar los malos tratos en momentos de crisis y así disminuir la violencia que reciben las mujeres.

- Fomentar el trabajo multidisciplinario de modo que los diversos profesionales se encarguen de las diferentes problemáticas y necesidades de las mujeres privadas de su libertad para favorecer a la mejora en su calidad de vida dentro de prisión.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La existencia de distintos modelos para interpretar y concebir a la discapacidad sigue ocultando la diversidad de personas como de condiciones en las que se habita y recrea, se privilegia la concepción médico-biológica, lo que contribuye a exacerbar las desigualdades sociales, ya que no existe una atención universal y de calidad que proporcione un trato igualitario. Dentro de los ámbitos cotidianos se sigue pensando con respecto a la discapacidad como cualidades negativas, desde perspectivas críticas es una producción social que clasifica las características que debe poseer una persona para pertenecer a círculos sociales considerados productivos y normales, quienes no las poseen son considerados anormales pues se piensa que sus cuerpos son deficientes y la sociedad tiende a excluirlos y discriminarlos, sin embargo, poco se le cuestiona al sistema político-económico que encuentra formas de beneficiarse de la diferencia y de negarse a reconocerla y aceptarla, de tal manera los estigmas que prevalecen dentro de la sociedad, posicionan a quienes presentan alguna discapacidad como personas no aptas para desarrollarse en entornos específicos, tal situación se agrava cuando se habla de una discapacidad psicosocial, ya que al ser una condición menos evidente se prefiere negar su existencia y llenarla de tabús que reproducen los estigmas hacia ella.

De ese modo, aún con el respaldo de un documento que avala y aboga por los derechos de las personas con discapacidad el acceso a ellos se encuentra limitado por las creencias y prácticas sociales que discriminan y excluyen lo diferente, considerando que las personas con discapacidad no pueden hacerse cargo de sí mismas.

Por lo anterior, es que las personas que presentan una discapacidad psicosocial se ven meramente afectadas por el diagnóstico que juega un papel importante de condicionamiento para los sujetos, posicionando a la psiquiatría como un determinante y un tabú, pues quien accede a este servicio es catalogado como “loco” o “loca”, sin embargo, esta también ha fungido como un medio de control social para las subjetividades, anulando de esta manera los sentires y saberes, medicalizando cualquier comportamiento que sale de lo establecido, que por tanto se considera peligroso para el resto de la sociedad, siendo la medicalización una forma de opresión y de dominio para lo no deseado, con la intención de atenuar una realidad distinta a la hegemónica, anulando la voluntad personal.

Las desigualdades en torno a la discapacidad psicosocial se incrementan en el caso de las mujeres, ya que son ellas quienes deben desarrollar los trabajos reproductivos no remunerados y de cuidados, principalmente dentro de los espacios privados, posicionándolas como incapaces de irrumpir las normas, ya que no cuentan con el tiempo y el acceso al espacio público para hacerlo. Es por ello, que las mujeres que cometen algún delito son juzgadas desde una serie de prejuicios asociados a la construcción social del ser mujer y al contar con alguna discapacidad psicosocial el castigo es mayor, ya que al estar bajo los efectos de la medicalización no se les permite sentir o conducirse en el espacio en el que se encuentran escudándose en la peligrosidad que pudiera representar.

Por otra parte, la criminalización de las mujeres con discapacidad psicosocial se encuentra implícita dentro del actuar cotidiano, ya que se suele juzgar a las mujeres en función de la realidad que viven. Adicional a ello, es importante mencionar que la clase y las desigualdades sociales contribuyen a que existan condiciones que permitan la comisión de delitos, sin embargo, dentro del sistema capitalista en su fase neoliberal la discapacidad psicosocial se considera peligrosa e improductiva, lo cual hace que el encarcelamiento de este sector de la población en un psiquiátrico o en prisión sea la forma más “viable” de controlar una situación que se ha visto como un problema que, más allá de la comisión de un hecho ilícito, busque mantener “oculto” aquello que no se ha solucionado por medio de una adecuada atención de las necesidades sociales por parte del Estado, lo que perpetúa una serie de desigualdades estructurales presentes también en las relaciones entre los sexos, llevando así a una serie de sesgos importantes en la atención de la población con discapacidad psicosocial, específicamente en las mujeres.

El principal medio para corregir los preceptos de criminalidad es la prisión, entendida como una institución encargada de introducir a su medio carcelario a los sujetos que han roto las normas para así transformarlos en lo socialmente esperado y de esta forma se puedan reincorporar nuevamente a la sociedad, catalogándolos como un número más dentro de las estadísticas penitenciarias, ya que al ser insertos en este entorno se les despoja de sus derechos, mermando la oportunidad de acceder a servicios proporcionados por el Estado.

Con el establecimiento de sanciones para cada tipo de población, las medidas de seguridad se convierten en una pena establecida para las personas con discapacidad psicosocial, quienes son considerados inimputables, no obstante, al estar en una categoría que les hace perder su capacidad jurídica por ser considerados “los sin razón”, aquellos a los que se les ha arrebatado la capacidad mental, que desde perspectivas dominantes han definido cuán peligrosa es una persona, quien debe ser castigado y cómo se deben aplicar las medidas correctivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arabian Couttolenc, M. (noviembre de 2010). Discapacidad psicosocial “invisible” en México. *Revista de Derechos Humanos. Defensor*, 11(XVIII), 6-9. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_11_2010.pdf
- Asistencia Legal por los Derechos Humanos A. C. (ASILEGAL); Documenta, Análisis y acción para la Justicia Social A. C.; Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ. (2012). *Informe sobre la Situación de las Personas Privadas de Libertad en México*. Washington, D.C.
- Basaglia, F. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla.
- Bello Ramírez, J. (2013). Cuerpos encerrados, vidas priminalizadas. Interseccionalidad, control carcelario y gobierno de las diferencias. *Tesis para obtener el grado de Magister en Estudios de Género*, 245. (E. D. Facultad de Ciencias Humanas, Ed.) Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/51297/80857966.2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 14(3), 513-529. Obtenido de <https://www.scielo.org/article/scol/2018.v14n3/513-529/es/>
- CDPcD. (2 de mayo de 2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. 35.
- Chamberlin, J. (2001). *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*. Lawrence: National Empowerment Center.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019). Nota informativa. En CONEVAL (Ed.), *Población con Discapacidad enfrenta pobreza y dificultades para ejercer sus derechos sociales* (p. 4). Ciudad de México: Dirección de información y comunicación social. https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2019/NOTA_INFORMATIVA_DIA_INTERNACIONAL_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2019). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Espinoza Nieto, L. (Mayo de 2019). Las ovejas negras: curso de vida y trayectorias de mujeres que estuvieron privadas de libertad en México. *Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias Sociales*, 449. Facultad de estudios superiores de Cuautla.
- Fernández, M. T. (Noviembre de 2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de Derechos Humanos. Defensor*, XVIII(11), 10-17. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_11_2010.pdf
- Ferrera, M. A. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un marco teórico metodológico. *Política y sociedad*, 47(1), 45-65.

- Ghioldi, L., y Toro Martínez, E. (2011). Riesgo grave, cierto e inminente daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Cuadernos de Medicina Forense*, 2(1), 25-35. <https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/pdf/CMFA-Tomo2%282010%29/CMFA2-1-Ghioldi.pdf>
- Goffman, E. (2001). *Internados*, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores.
- Hernández González, M., Vispe Astola, A., y García-Valdecasas Campelo, J. (2019). De brujas, putas y locas: narrativas de género y su influencia en el diagnóstico. *Norte de Salud Mental*, XVI(60), 33-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099338>
- Movimiento Ciudadano. (s/f). *Las políticas públicas para las personas con discapacidad en México: realidades y desafíos contemporáneos*. <https://movimientociudadano.mx/sites/default/archivos/investigaciones/InvestigacionesAE/Las%20politicas%20Publicas%20para%20personas%20con%20discapacidad.pdf>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad*. Editorial CINCA.
- Patito, J. Á. (2000). *Medicina Legal*. (E. c. norte, Ed.) Provincia de Buenos Aires, Argentina. [http://evirtual.ualsp.mx/FMed/Documentos%20compartidos/patito,%20jose%20angel%20-%20medicina%20legal\(2\).pdf](http://evirtual.ualsp.mx/FMed/Documentos%20compartidos/patito,%20jose%20angel%20-%20medicina%20legal(2).pdf)
- Pérez Dalmeda, M. E., y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos sobre discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, XVII(1), 7-27.
- Pérez Ramírez, B. (2019). Personas con discapacidad que están en prisión. La criminalización de la sin-razón. En A. Yarza de los Ríos, L. Mercedes Sosa, y P. R. Berenice, *Estudios Críticos en discapacidad. Una polifonía desde América Latina* (Vol. 1 Ed., pp. 183-204). CLACSO. <http://observatoriodiscapacidad.web.unq.edu.ar/2020/06/26/estudios-criticos-en-discapacidad-una-polifonia-desde-america-latina/>
- Ramírez Solano, N. R. (2018). Sociedad y castigo. Etnografía en un reclusorio para varones en la Ciudad de México. *Tesis pra obtener el grado de maestra en Antropología Social*, 200. Ciudad de México.
- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Priolo, M. (noviembre de 2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XX(39), 87-105. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14512426004>
- Salas Picon, A. M., y Sierra Jaimes, D. C. (2010). Trabajo Social en el establecimiento penitenciario de alta y mediana seguridad de Girón: una experiencia desde la atención y tratamiento de internos con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas con el enfoque de comunidad terapéutica. *Trabajo de Grado para obtener el título de Trabajadora Social*, 150. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/SalasP.pdf>

- Salinas Boldo, C. (Enero-junio de 2014). Las cárceles de mujeres en México: espacios de opresión patriarcal. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IX(17), 1-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211032011001>
- Sheinbaum, D., y Vera, S. (2016). *Hacia un sistema de Justicia incluyente. Proceso penal y discapacidad psicosocial*. Documenta. Análisis y acción para la Justicia Social, A. C.
- Suárez Gómez, E. J. (2014). La psicología clínica, lo normal y lo anormal. *Revista electrónica Psicología, Psicoanálisis y conexiones*, 6(9), 1-8. <https://es.scribd.com/document/333058803/La-Psicologia-Clinica-Lo-Normal-y-Lo-Anormal>.
- Subsecretaría del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México. (2020). *Centros de reclusión*. Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial. <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/centros-de-reclusion/centro-varonil-de-rehabilitacion-psicosocial>.
- Subsecretaría del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México. (2020). *Centros de reclusión*. Obtenido de Centro Femenil de Reinserción Social. <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/centros-de-reclusion/centro-femenil-de-reinsercion-social>
- Torres Peña, G. A. (2020). Ley Penal y Salud Mental. En B. Pérez Ramírez, *Los únicos que los visitan son sus fantasmas. Realidades y mitos en torno a la salud mental y las discapacidades psicosociales e intelectuales en el contexto carcelario* (pp. 47-77). ENTS-UNAM.
- Valadez, B. (19 de Agosto de 2019). *Milenio Diario*. <https://www.milenio.com/policia/hospital-psiquiatrico-cdmx-mujer-obsesiona-picar-ojos>
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*, XV(1), 115-136.
- Williams, K. (1989). *Comunicación para la igualdad*. Interseccionalidad. <https://comunicacionparalaigualdad.wordpress.com/interseccionalidad/>

Título del libro:

“DEL BURNOUT AL SENTIDO. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES SALUDABLES”

Book Tittle:

“FROM BURNOUT TO MEANING. HEALTHY PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS”

Editorial: ÓPERA PRIMA

Autor: LUIS MANUEL ESTALAYO MARTÍN



Reseña realizada por Carlos Aparicio Jiménez

“Del Burnout al sentido” consigue principalmente adentrarnos en la realidad de la intervención social, así como mostrarnos las herramientas para mantenerse en esa tarea, reconociendo los sinsabores por los que transitan los/as profesionales de dicha intervención. Un libro lleno de propuestas, de reflexiones, del don de la palabra y de la losa del silencio, de la realidad y de la imaginación, de la soledad y de la importancia de compartir. En definitiva, dar sentido a lo que hacemos para no vernos expuestos a quemarnos en nuestra intervención.

Me permito en esta reseña resaltar la importancia de no hacer una lectura pacata de nuestra tarea. El Trabajo Social es, sobre todo, intervención social. Es intervención que busca el cambio, y este es un cambio social. Un cambio a base de pequeñas dosis, en el individuo y en sus familias, que sí tienen su efecto y que, insuflando el cambio en esa casuística, va mostrándonos un horizonte diferente. Pues bien, esa es la evidencia de estos relatos. La intervención genera cambio, y ese cambio es una nueva construcción mental en el/la individuo/a que, asiduamente, está dañado/a y necesitado/a.

Luis Manuel Estalayo tiene una dilatada carrera como Doctor en Psicología, implementada principalmente en el terreno de los Equipos Psicosociales. Con él, con sus análisis y reflexiones, con sus observaciones y sus interrogantes, con la cercanía y el verbo fácil como herramientas, nos encontramos con la necesidad imperiosa de

valorar *infinitamente* la protección de nuestra infancia, así como, no menos importante, cuidarnos en esta implicación. En la medida que consigamos ahuyentar el queme profesional, conseguiremos la continuidad, la propuesta positiva, la escucha, compartir y redefinir.

Estructurados en ocho capítulos un total de veintidós artículos escritos durante estos últimos veinte años, varios de ellos en la Revista “Trabajo Social hoy”, nos encontramos con la importancia de “atender a los sentimientos propios”. También lo que significa el trabajo en grupo compartiendo todos y cada uno de los espacios y tiempos que requiere este trabajo terapéutico, sin perder de vista los roles de los/as distintos/as profesionales. Y, por supuesto, una intervención psicosocial protocolizada que busca las mejores técnicas para la intervención, y que va asumiendo las diferenciadas teorías que se adecúan a los objetivos a conseguir.

Agradezco a Estalayo que nos haga partícipes de su recorrido profesional, que continúe compartiendo con nosotros/as la maravillosa tarea de sanar a quienes buscan, y necesitan, nuestra ayuda, que nos recuerde que quien transita como *apagafuegos* no puede impedir su queme.

Aquí tenéis un texto, por cierto, autofinanciado en su tirada, que no os va a dejar indiferentes. Un texto en el que os vais a identificar. En el que varios artículos, si no todos, os van a aportar nuevas reflexiones e incitar a ellas. Una obra que debemos releer de vez en cuando como antídoto de la desidia, y como motor para nuestra intervención ya que actúa desde la prevención y la búsqueda del disfrute.

25N - DÍA INTERNACIONAL POR LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

25N - INTERNATIONAL DAY FOR THE ELIMINATION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

El pasado 25 de noviembre fue el día Internacional por la eliminación de la violencia contra la mujer, y como cada año el Colegio de Trabajo Social de Madrid, quiso hacer su aportación en un día tan importante para la colegiatura y para la sociedad en general.

Por un lado, desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (COTS-Madrid) y desde su Comisión de Trabajo Social y Feminismo se publicó el siguiente manifiesto:

La violencia contra las mujeres constituye la violación más generalizada de los derechos humanos. Pero esta violencia no es homogénea, sino que en cada caso coexisten diversos ejes que hacen cada situación única y diferente.

Las mujeres no solo sufren opresión por el hecho de ser mujeres, sino que a esta se suma otras múltiples formas de discriminación por otras razones, como, el origen étnico, la religión, la diversidad funcional, la edad, la clase, la casta, edad u otros factores.

Nuestra realidad está conformada por multitud de experiencias y por la pertenencia a diferentes categorías sociales que se entrecruzan en nuestra vida y nos hace ser quienes somos. Esta pertenencia a distintas categorías sociales genera privilegios o aumenta la vulnerabilidad que sufren las mujeres.

Y por ello, en el día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, desde el COTS-Madrid y la Comisión de Trabajo Social y Feminismo del Colegio, en nuestro compromiso de poner en valor a todas las mujeres que sufren diariamente violencia machista, no queremos dejar de recordar que no hay una sola manera de ser mujer. Por ello el lema de nuestra campaña “Un feminismo de todos/as para todas” destacando la importancia de la interseccionalidad como herramienta que nos permita analizar las situaciones individuales de cada una de las mujeres que acompañamos con nuestra intervención en pro de la consecución de la equidad e igualdad de oportunidades.

Como Colegio y profesionales del Trabajo Social seguiremos trabajando y colaborando con el resto de las instituciones e impulsando la adopción de medidas integrales para la atención, prevención, investigación y sensibilización, así como la protección y la reparación a las mujeres que se enfrentan a la violencia machista y a sus hijas e hijos.

Además, coincidiendo con este importante día, también se publicó el Podcast *Un feminismo de tod@s para todas. La mirada interseccional en la intervención social con mujeres*, con la participación de las compañeras Ana Zumel Rosado, trabajadora social y directora del Recurso Proyecto Espejo en Diaconia España, Marisol Saelo, trabajadora social en la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Fuenlabrada, Irene Acevedo Moratilla, trabajadora social y coordinadora del Centro de Formación y Promoción de la Mujer en Asociación Karibu, y Ainara Ibarrondo, integrante de la Comisión de Trabajo Social y Feminismo y encargada de moderar el debate.

Puedes escuchar el [podcast](#) completo a través de la página web del Colegio.

CELEBRACIÓN DE LOS 40 AÑOS DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

CELEBRATION OF THE 40TH ANNIVERSARY OF THE OFFICIAL COLLEGE OF SOCIAL WORK OF MADRID

El pasado 28 de septiembre celebramos un evento que se enmarca en la celebración del 40º aniversario del Colegio, que nos acompaña durante todo este año. En esta ocasión, presentamos un documental en el que llevábamos tiempo trabajando, “40 años creando profesión”, en el que se recogen los hitos más importantes de esta andadura.

La cita fue en Hub Gobernador, un espacio informal que dio pie a disfrutar de los corrillos a los que estamos acostumbradas/os. El evento comenzó con la presentación de Belén Novillo García, vicedecana primera, que nos habló del documental, en el que “tomamos el testigo de todas las personas que construyeron Trabajo Social, con la responsabilidad de seguir creando retazos de la profesión”.

En este vídeo intervienen tanto miembros de la actual Junta de Gobierno como de pasadas juntas, miembros del equipo del Colegio y otras personas cercanas a la estructura colegial. Un documental en el que se habla de las distintas sedes del Colegio, las distintas luchas por las que hemos trabajado en estos 40 años (jefaturas de servicio Trabajo Social Sanitario o las ratios mínimas en Servicios Sociales), el trabajo con Marea Naranja, las distintas publicaciones científicas del Colegio, la transformación digital de los últimos años, el esfuerzo que supuso para Equipo y Junta de Gobierno durante la pandemia y cuarentena....

Más tarde, Daniel Gil Martorell, decano del Colegio, tomó la palabra para agradecer la asistencia a todas las colegiadas y colegiados que nos acompañaron, así como a instituciones y entidades que pasaron la tarde con nosotras/os. Asimismo, quiso recordar que las/os profesionales del Trabajo Social “no podemos trabajar solos, por eso tenemos un Colegio, por eso trabajamos con otras instituciones. Para luchar por los Derechos Sociales”.

Recordamos estos años con un ojo puesto en el futuro y en las dos celebraciones que se sucederán el año próximo: la Sexta Gala de Trabajo Social (con sus Premios a la disciplina profesional) y el 7.º Congreso de Trabajo Social de Madrid, que esperamos con ganas.

Para finalizar, Ana García Montero, vicedecana segunda, cerró la jornada agradeciendo una vez más la implicación de la colegiatura, Juntas de Gobiernos anteriores, Comisiones y Grupo de Trabajo, así como entidades colaboradoras e instituciones.

Amenizó la velada la cómica y actriz Patricia Galván, con un monólogo y un bingo, en el que participó la colegiatura.

Desde aquí agradecemos una vez más la asistencia de las colegiadas y colegiados que nos acompañaron, así como a instituciones (Ayuntamiento de Madrid, Comunidad de Madrid y Comisiones Obreras), entidades (Brokers 88, Canal de lo Social, EAPN-Madrid, Firma Quattro, Hartford, INTRESS, ONCE, Provivienda, Qida y Senniors...) y Universidades (Universidad Complutense, Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle y Universidad Pontificia de Comillas).

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

Temática y alcance de la revista	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. 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.
Tipos de trabajo	El contenido de la revista estará dividido en las siguientes secciones: <i>Artículos:</i> – 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. <i>Reseñas</i> – Se publicarán recensiones de libros de actualidad. <i>Información profesional</i> – En esta sección se publicarán noticias relacionadas con la profesión.
Proceso de selección de artículos y contenidos (La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación)	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:

- Puede publicarse sin modificaciones.
- Puede publicarse con correcciones menores.
- Proponer una revisión del mismo para su publicación.
- Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración del mismo siguiendo las indicaciones recibidas.
- 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	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). 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. 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.
Código ético	www.trabajosocialhoy.com
Indicadores de calidad	BASES DE DATOS La Revista Trabajo Social Hoy aparece indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: – ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España – Compludoc – Dialnet – Latindex (Catálogo y Directorio) – Psycodoc. – ERICH PLUS PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice. https://resh.cindoc.csic.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/ REPOSITORIOS Google Scholar. http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.google.es/ OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org
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.

Política de acceso abierto	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. 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. Publicar en la Revista Trabajo Social Hoy no tiene ningún coste.
Archivado	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.
Nota de copyright	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.
Suscripciones y solicitudes 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.	

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	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. 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.
Type of works accepted	The contents of the journal are divided into the following sections: <i>Articles:</i> ◦ 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. <i>Brief contributions</i> <i>Professional information</i>
Selection process (The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below)	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 professionals 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:
IMSERO. (2009). Report 2008: Older persons in Spain. Madrid: Observatory of elderly. IMSERO.
- For electronic media in Internet:
INE (2011). *Living Conditions survey. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de http://www.ine.es*.

Instructions to Authors	14. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.
	15. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.
	16. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.
Ethical code	www.trabajosocialhoy.com
Quality indicators	NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES – ISOC, CINDOC – Compludoc – Dialnet – Latindex – Psycodoc – Erich plus
	JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice.cindoc.csic.es http://resh.cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/ ERICH PLUS: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/ REDIB: https://www.redib.org/
	REPOSITORIES Google Scholar http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.google.es/
	ANOTHER DATA CrossRef Member. www.crossref.org
Frequency of publication	Trabajo Social Hoy is a scientific journal published every four months. The issues are published in January, May and December of each year. The journal uses a 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.

Open access policy	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. 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. To publish in Trabajo Social Hoy is free of charge.
Archiving	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.
Copyright note	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.
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 2022)

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[7-114]

Dossier Trabajo Social Sanitario

Procedimiento y rol competencial de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario de Andalucía ante la eutanasia como derecho subjetivo
Procedure and competence role of the professionals of the Health Social Work of Andalusia before euthanasia as a subjective right
Jose Manuel Jiménez Rodríguez 7-17

Exclusión Social y VIH: Descubriendo la Unidad de Valoración y Atención a la Asistencia Domiciliaria (UVAAD) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Social Exclusion and HIV: Discovering the Home Care Assessment and Care Unit (UVAAD) at the Gregorio Marañón General University Hospital
Patricia González Carbajo 19-35

Temas de interés profesional

La gestión constructiva de conflictos en la práctica profesional del Trabajo Social: aportaciones desde los modelos históricos de mediación
Constructive conflict management in the professional practice of social work: contributions from historical models of mediation
Ana Isabel Dorado Barbé e Iría Noa de la Fuente Roldán 37-53

Análisis de las percepciones de satisfacción en usuarios/as derivadas de las intervenciones y servicios ofrecidos en un Centro de Atención a la Infancia
Analysis of users satisfaction perceptions arising from interventions and services offered in a child care centre
Rafael Delgado Campo 55-72

Intervención y práctica profesional

Vivienda y Exclusión Social. Algunos apuntes teórico-metodológicos
Housing and social exclusion. Some theoretical-methodological notes
Victor Vacas Mora 73-93

Discapacidad Psicosocial en mujeres privadas de su libertad: una reflexión desde Trabajo Social
Psychosocial Disability in women deprived of their liberty: a reflection from Social Work
Araceli Monserrat Tamariz Salgado, Arely Rodríguez Servín, Karen Flores Flores, Karla Raquel Becerril Reyes 95-114

Reseñas | Reviews [115-116]

Del burnout al sentido. Intervenciones psicosociales saludables
From burnout to meaning. Healthy psychosocial interventions
Autor: Luis Manuel Estalayo Martín
Reseña realizada por: Carlos Aparicio Jiménez 115-116

Información profesional | Professional information [117-120]

25-N - Día Internacional por la eliminación de la Violencia contra la Mujer
25-N - International Day for the Elimination of Violence against Women 117-118

Celebración de los 40 años del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
Celebration of the 40th anniversary of the Official College of Social Work of Madrid 119-120