



# Servicios Sociales y Política Social

Trabajo Social:  
Intervención en  
el proceso final  
de la vida

114

## Servicios Sociales y Política Social

### Dirección / Editor-in-chief

**Carmen Verde Diego**- Profesora Titular de Trabajo Social en la Universidad de Vigo. Vocal del Consejo General del Trabajo Social.

### Administración-Coordinación / Publishing Editor

**Óscar Cebolla Bueno**- Licenciado en derecho. Técnico del Consejo General del Trabajo Social.

### Coordinación Científica de este número/ Scientific Coordination of this issue

**Ana I. Lima Fernández**- Profesora en la UNED y en la Universidad Complutense de Madrid.

### Consejo de Redacción / Editorial Board

**Ana Isabel Lima Fernández**- Presidenta del Consejo General del Trabajo Social. Directora de la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla. Madrid. **Manuel Gutiérrez Pascual**- Tesorero del Consejo General del Trabajo Social. Trabajador social del Grupo 5. Acción y Gestión Social. Madrid. **Mari Cruz Vergillos Ramos**- Gerente del Consejo General del Trabajo Social. Madrid. **Enrique Pastor Seller**- Vocal del Consejo General del Trabajo Social. Profesor Titular de Trabajo Social en la Universidad de Murcia. **Carmen Verde Diego**- Vocal del Consejo General del Trabajo Social. Profesora Titular de Trabajo Social en la Universidad de Vigo. **Berta Lago Bornstein**- Trabajadora social jubilada, colaboradora en distintas organizaciones. Madrid. **Javier Escartín Sesé**- Jefe de Sección de Participación Ciudadana y Trabajo Social. Gobierno de Aragón. Zaragoza. **Óscar Cebolla Bueno**- Técnico del Consejo General del Trabajo Social.

### Consejo Científico Asesor / Scientific Advisory Committee

**Gustavo García Herrero**- Jefe de Unidad de Alojamientos Alternativos en el Ayuntamiento de Zaragoza. **Trinidad Gregori**- Profesora en la Universidad de Valencia. **Begoña García Álvarez**- Trabajadora social en los servicios sociales de la Diputación de León. **Ana Hernández Escobar**- Directora de Firma Quattro-Trabajo Social. Sevilla. **Agustina Hervás de la Torre**- Jefa de Unidad de Trabajo Social Sanitario en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. **Santa Lázaro Fernández**- Profesora de Trabajo Social en la Universidad Pontificia de Comillas. Vicedecana de Ordenación Académica de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid. **Francisco Lemus Carrillo**- Trabajador social del Instituto de Realojamiento e Integración Social. Madrid. **Manuel Martín García**- Defensor del Ciudadano de Granada. **Miguel Ángel Martínez Murcia**- Trabajador social del ámbito de educación. Madrid. **María Asunción Martínez Román**- Profesora Titular de Trabajo Social en la Universidad de Alicante. **Alicia Montalvo Fernández**- Trabajadora social de la Dirección General de Coordinación de la Atención a la Dependencia. Madrid. **Gregorio Rodríguez Cabrero**- Profesor de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. **Eva María del Pino Villarubia**- Trabajadora social en la Asociación Mujer S. XXII. Punto de encuentro familiar. Málaga. **F. Xavier Uceda-Maza**- Profesor de Trabajo Social en la Universidad Pública de Valencia. **Fernando Vidal Fernández**- Profesor Titular de Trabajo Social en la Universidad Pontificia de Comillas. Presidente de la Fundación RAIS. Madrid. **Antoni Vilà Mancebo**- Investigador del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la Universidad Autónoma de Barcelona. **José Manuel Barbero**- Profesor Titular en la Universidad de Barcelona. **Alfredo Hidalgo Lavie**- Profesor Contratado Doctor en la UNED. Madrid. **Victor R. Barril Testera**- Trabajador social en el ámbito penitenciario. Asturias. **Francisca Ramos Martín de Argenta**- Jefa de Servicio del área de envejecimiento activo. IMSERSO. Madrid.

### Consejo Científico Asesor Internacional / International Scientific Advisory Committee

**Laura Elizabeth Acotto**- Expresidenta FITS-América Latina y Caribe. Coordinadora de Carrera Técnica en Organizaciones de la Sociedad Civil de ISTEAC. Gobierno de Mendoza. Argentina. **María Luisa Ibor Arriagada**- Jefa del área psicosocial en la Gerencia del Hospital Clínico Mutual. Chile. **David Jones**- Expresidente de la FITS-Mundial (2006- 2010). Inspector Gubernamental en servicios para niños. Exdirector General de la Asociación Británica. Reino Unido. **Klaus Khüne**- Delegado de la FITS en las Naciones Unidas en Ginebra desde 2011. Profesor jubilado de la BFH Universidad de Ciencias aplicadas de Berna. Suiza. **Henry Parada**- Profesor de trabajo social en Ryerson. Canadá. **Cristina Martins**- Expresidenta de la FITS-Europa. Portugal. **Josefine Johanson**- Asesora Metodológica de Servicios Sociales (adicciones y salud mental). Comunidad de Sundbyberg. Estocolmo. **Charles Mbugua**- Expresidente de la FITS-Africa. Kenia. **Graziella Juste Ballesta**- Trabajadora social en la Oficina de la Propiedad Intelectual de la UE (EUIPO). Alicante. España.

### Edita / Editorial Management

Consejo General del Trabajo Social

### Junta de Gobierno del Consejo General del Trabajo Social / CGTS Board

Presidenta: Ana Isabel Lima Fernández  
Vicepresidenta Primera: Encarnación Peláez Quero  
Vicepresidente Segundo: Enrique Pastor Seller  
Secretaría: Emiliana Vicente González  
Tesorero: Manuel Gutiérrez Pascual

Vocales: Carmen Verde Diego, Cristina Roca Carpio, Ana María Maya González, Rafael Arredondo Quijada y Juan Manuel Rivera Puerto.

### Administración, redacción, suscripción y venta / Administration, editorial office, subscription and selling

C/ San Roque, 4 - 28004 Madrid Tel. 91 541 57 76 / 77

email: [revista@cgtrabajosocial.es](mailto:revista@cgtrabajosocial.es) · [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)

Suscripción: [suscripciones@cgtrabajosocial.es](mailto:suscripciones@cgtrabajosocial.es) / Información. Reclamaciones: 902 070 853

Horario: De Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 h

### Segundo Cuatrimestre (Agosto 2017) / Second Quarter of 2017

ISSN: 1130-7633 | ISSN digital: 2530-3090

Dep. Legal: M-16020-1984

Primera publicación nº 0, año 1984

### Imprime / Printed in

C&M Artes Gráficas

Tirada: 5.000 ejemplares

 Consejo General  
del Trabajo Social

### Imprime / Printed in

C&M Artes Gráficas

Tirada: 5.000 ejemplares



Ver política de derechos en el Código Ético

# Sumario | Summary

## Artículos/Articles

La Intervención Social en el final de la vida  
Social intervention at the end of life  
*Ana Isabel Lima Fernández y Rubén  
González-Rodríguez* ..... 11-18

El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o  
realidad?  
Social Work in tanatories: expectation or reality?  
*Almudena Castillo Guerrero* ..... 19-33

Intervención psicosocial al final de la vida del menor  
y/o adolescente  
Psychosocial intervention at the end-of-life of  
children and teenagers  
*Alejandro García Gea, Amparo Jiménez de  
la Torre, Maite Rubio Bodí y Marta López  
Maestro* ..... 35-44

La comunicación de malas noticias en el ámbito  
sanitario: necesidad de un abordaje  
multidisciplinar  
The communication of bad news in the health field:  
the need for a multidisciplinary approach  
*Juan Jesús Rosa Martín, Lucía González Martín, Antonio  
Vázquez Morón y Julio Piedra Cristóbal* ..... 45-51

Coaching para colectivos en exclusión social:  
efectividad, retos y perspectivas  
Coaching for socially excluded collectives:  
effectiveness, challenges and perspectives  
*Natalia Fernández Álvarez, Yolanda Fontanil  
Gómez y Roxana Fernández Galán* ..... 53-68

Por un modelo de atención centrado en la familia  
en Servicios Sociales  
For a model of care centered in the family in Social  
Services  
*Varios autores. Correspondencia: Israel  
Ureña Mallen Israel Ureña Mallen* ..... 69-85

Detección de comunidades de intervención social  
en las redes sociales virtuales  
Deteccion of communities of social intervention on  
social network services  
*Joaquín Castillo de Mesa* ..... 87-103

## En abierto/Public

Los Espacios de Soporte y sus porqués  
*Isabel Carbonell Bardera y Mar Dieguez  
González* ..... 106-108

## Nos interesa/On our interest

El CGTS transmite sus demandas a  
Podemos ..... 112-113

Ana Lima inaugura el Congreso Europeo de Trabajo  
Social ..... 114-115

Significativa participación española en el Congreso  
Europeo de Trabajo Social ..... 116-117

El CGTS y el IMSERSO firman un convenio de  
colaboración ..... 118

El Código Deontológico del Trabajo Social cumple 5  
años ..... 119-120

El Consejo se suma al Pacto Político y Social por una  
Sanidad Pública y Universal ..... 120

El Consejo participa en el Congreso Europeo de  
Escuelas de Trabajo Social y en el Congreso Europeo  
de Servicios Sociales ..... 121-123

## Reseñas/Reviews

Políticas e intervenciones ante los procesos de  
vulnerabilidad y exclusión de personas y territorios.  
Análisis comparado México-España  
*Tamara Fernández Barreira* ..... 126-131

La supervisión en la acción social. Una oportunidad  
para el bienestar de los profesionales  
*Enrique Pastor Seller* ..... 132-133

Human development in fragmented societies  
*Violeta Pérez Lahoz* ..... 134-136

Intervención con Familias desde el Trabajo Social  
*Alba Moraña Boullosa* ..... 137-139

Los cuentos del erizo y otros cuentos de las mujeres  
del Sáhara  
*Aman Hamoudi* ..... 140-141

**Bases de datos, plataformas de  
evaluación, repositorios y  
catálogos** ..... 142

**Información sobre el proceso  
de estandarización de la revista** .. 144-145

**Normas de publicación** ..... 146-147

**Código ético** ..... 148-150



El número de ***Servicios Sociales y Política Social (Vol. XXXIV, nº 114)*** gira en torno a la intervención de las diferentes profesiones en el proceso del final de la vida. Esta temática ha generado gran interés en los últimos años, de lo que no queda exento el trabajo social tanto desde los ámbitos de la salud y servicios sociales, como desde otros ámbitos como el educativo donde se juega un papel fundamental a la hora de trabajar por cambiar el tabú que existe en nuestra sociedad en torno al tema de la muerte. Es preciso incorporar una visión integral de este fenómeno, en clave de proceso de la intervención social (antes-durante y después).

Debemos analizar las tendencias sociales para entender cuáles son los retos de futuro para la profesión, cuestiones como el aumento de la esperanza de vida, los cambios en la familia y la pérdida paulatina del rol de las mujeres como cuidadoras han supuesto un gran avance científico y social, pero también traen consigo nuevas necesidades sociales que es necesario abordar.

Algunas de las nuevas propuestas apuntan a la creación de un espacio de coordinación social y sanitaria vinculado a la dependencia y a los cuidados paliativos, entre otros. Para abordar este planteamiento es sustancial fortalecer el papel del trabajo social en el ámbito sanitario, además de poner en valor las metodologías utilizadas por la profesión como la gestión del caso o la atención centrada en la persona, metodologías que no se deben identificar *con una figura profesional* sino cómo maneras de “hacer” trabajo social. Además es necesario evitar los enfoques puramente *mercantilizados* que pueden pervertir la labor necesaria en ese sector. Por otro lado, los cuidados paliativos requieren de formación especializada que no puede dejar al margen al trabajo social.

Entendemos que poner en valor la elaboración de un buen *plan de cuidados* desde el trabajo social asegura que se ponga en juego no sólo lo individual, sino también la familia, los allegados y el entorno, es decir, la mirada de lo colectivo y la importancia de la participación de la persona en todo el proceso, con el respeto a su autonomía.

También es importante la puesta en valor del trabajo en red y la valía de la proximidad para potenciar que esos procesos se puedan dar en el domicilio, cuando ese es el deseo de las personas.

La atención del trabajo social en emergencias sociales y catástrofes, también traza la necesidad de intervenir con el fenómeno de la muerte y el duelo, además de trabajar en el espacio de las secuelas sociales que quedan tras este tipo de situaciones tal y como ya se puso de manifiesto en números anteriores de la revista (*Intervención Social en Situaciones de Emergencia Social I y II números 74 y 94, ambos números en abierto*). Otro de los retos que se plantea es el refuerzo de la formación en torno a procesos de duelo tanto para profesionales como para las personas con las que trabajamos en todos los ciclos de la vida, así como valorizar el enfoque de la diversidad cultural y la espiritualidad en la intervención alrededor de la muerte.

El acompañamiento social en el proceso del final de la vida supone un *saber estar* al lado de la persona y sus relaciones con el entorno. Es en este momento en el que la mediación cobra un importante papel,

abriendo además nuevos yacimientos de empleo en funerarias o tanatorios. Espacios en definitiva que amplían con creces esta perspectiva.

El trabajo social tiene que centrarse en su papel del acompañamiento social ante el proceso del final de la vida ya que conlleva en muchas ocasiones el saber reportar la complejidad de lo sencillo, la muerte como una realidad que nos desnuda.



# Artículos

Articles

Servicios Sociales y Política Social

Trabajo Social:  
Intervención en  
el proceso final  
de la vida

114



## La Intervención Social en el final de la vida

### Resumen

La proximidad de la muerte genera una serie de problemáticas y dificultades características del proceso final de la vida. Como en otras etapas del ciclo vital, también en ésta, el trabajo social puede intervenir acompañando a la persona y a su familia. A través de técnicas específicas como por ejemplo la mediación, el profesional del trabajo social puede actuar como agente de cambio e interlocutor, buscando soluciones a los conflictos que puedan darse. Del mismo modo, también interviene a nivel comunitario, sensibilizando a la sociedad frente al hecho de morir, entendiendo la muerte como un proceso natural del final de la vida. El presente trabajo busca sintetizar los escasos estudios que analizan la intervención social en el final de la vida, extractando brevemente alguna de las prestaciones y servicios existentes, así como las principales funciones que realiza el trabajador/a social en ellos.

### Palabras clave

Trabajo social. Muerte. Derecho a morir. Actitud frente a la muerte. Duelo. Cuidados paliativos al final de la vida.

## Social intervention at the end of life

### Abstract

The proximity of death generates a series of problems and difficulties characteristic of the final process of life. As in other stages of the life cycle, also in this, social work can intervene accompanying the person and their family. Through specific techniques such as mediation, the social work professional can act as an agent of change and interlocutor, seeking solutions to conflicts that may arise. In the same way, it also intervenes at the community level, sensitizing society to the fact of dying, understanding death as a natural process of the end of life. The present work seeks to synthesize the few studies that analyze social intervention at the end of life, briefly extracting some of the existing benefits and services, as well as the main functions performed by social worker in them.

### Keywords

Social work. Death. Right to die. Attitude to death. Grief. Hospice care.

### Authors/Autores

**Ana Isabel Lima Fernández**

Trabajadora Social

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social.

[presidencia@cgrabajosocial.es](mailto:presidencia@cgrabajosocial.es)

**Rubén González-Rodríguez**

Universidade de Vigo, Departamento de Análisis e intervención  
psicosocioeducativa, Ourense, España.

[rubgonzalez@uvigo.es](mailto:rubgonzalez@uvigo.es)

RECIBIDO: 12.06.17 | REVISADO: 17.07.17 | ACEPTADO: 17.07.17 | PUBLICADO: 28.08.17

## La Intervención Social en el final de la vida

### Introducción

El proceso del final de la vida ha sido, es y será, un hecho relevante en todas las culturas y sociedades. Los ritos y costumbres de este momento de “tránsito”, sin embargo, evolucionaron a lo largo de los diferentes períodos históricos. Es interesante analizar este proceso desde la dialéctica entre problema y realidad. Así, en la Edad Media, se hablaba sin estigmas del *arte de morir* y de lo que fallecer significaba en cuestiones tan importantes como recursos, conflictos, tratamientos, dignidad o valores. Sería en Occidente, siglos más tarde, cuando se deja de hablar de la muerte y de todo lo que la rodea, a causa del devastador efecto que tuvo la segunda guerra mundial. Este silencio, todavía perdura. La muerte se mantiene como un tabú social que llega hasta la medicina científica.

En el contexto español, caracterizado por altos índices de envejecimiento y la despoblación de núcleos rurales, cabe añadir la singularidad de los cuidados a las personas mayores y en situación de dependencia. La llegada de la muerte acostumbraba a tener lugar rodeado de familiares y personas amigas, realizando parte de los ritos funerarios en el propio domicilio donde la persona había residido. Hoy, por el contrario, este proceso ha sufrido numerosos cambios y acostumbra a suceder en instituciones sociosanitarias o en medio hospitalario, rodeados de profesionales que prestan los cuidados y atenciones necesarias, pero fuera del contexto ambiental de la persona.

La gravedad de la situación comporta todo tipo de dilemas sociales, emocionales, espirituales, médicos y familiares a los que hay que dar cauce. Para ello, el papel del acompañamiento se

erige en la mejor ayuda para llegar al final de la vida con dignidad (Lima, 2015).

### 1. El trabajo social ante los cuidados al final de la vida

El final de la vida supone, para los seres humanos y para sus familiares, un episodio de fuertes inquietudes que se entremezclan con cuestiones médicas, pero también con cuestiones emocionales, éticas, religiosas, etc.

Desde la perspectiva profesional del trabajo social, esta etapa comprende tanto la intervención en cuidados paliativos, como en el proceso ligado a la muerte del paciente, así como el apoyo a los familiares de éste durante la enfermedad y hasta su fallecimiento, y tras el mismo, durante el período de duelo.

La Organización Mundial de la Salud se ha pronunciado sobre esta fase del ciclo vital con el objetivo de estandarizar los principios básicos sobre cuidados paliativos (Santos, 2011) en los que hay que resaltar la importantísima labor del trabajo social, dentro de los equipos multidisciplinarios. De este modo, coincidimos con Vanzini (2010) en que:

La práctica profesional de los trabajadores sociales en el ámbito de los cuidados paliativos está integrada, generalmente, en la acción que desempeñan los equipos interdisciplinarios; nuestra atención dirigida a pacientes y familiares está encaminada para atender las necesidades psicosociales que surgen en el proceso de morir. La atención a familiares y pacientes, desde una perspectiva holística, permite desarrollar

**Social intervention at the end of life**

capacidades en el grupo familiar para enfrentarse al sufrimiento y adaptarse lo mejor posible a esta experiencia tan trascendente y vital para cualquier persona (p.190).

Respecto a la intervención profesional en cuidados paliativos, diferentes autores han delimitado las funciones de los y las trabajadores sociales con: 1) el paciente; 2) con otros profesionales; y 3) con la familia (Donoso y Saldías, 1998; Arranz et al., 2003; Vanzini, 2010; Lima, 2014; Di Maio, 2015). Todo ello en el marco de una atención integral individual y familiar. Además de ofrecerles al paciente y a su familia la “cartera de servicios” existente para los procesos de la persona en cuidados paliativos, las funciones(...) estarán siempre orientadas a atender las necesidades sociales que cada caso requiera, de forma individualizada. Para ello, el ejercicio profesional implica las siguientes acciones que recogemos de Vanzini (2010, pp. 190-191):

- Diagnosticar la realidad familiar y la situación en la que se encuentra el paciente paliativo.
- Realizar un análisis de la realidad, establecer factores de riesgo y definir prioridades a la hora de intervenir.
- Establecer una prognosis sobre la realidad.
- Focalizar prioridades y descartar aquellos problemas que no se abordarán.
- Plantear objetivos e implementar un plan de intervención para atender esta problemática.
- Facilitar asesoramiento sobre la gestión de recursos y cooperar con la familia para la preparación de documentación.

- Contener la problemática emocional de sus miembros, detectar y derivar a otros profesionales para una atención más especializada.
- Dar apoyo emocional y realizar intervenciones familiares, con el objeto de que la familia vea la necesidad sentida para movilizar los recursos personales.
- Intervenir en las familias para abordar conflictos relacionados con la cobertura de necesidades del paciente paliativo y su entorno. Mediar intereses entre los miembros de la unidad familiar.
- Facilitar asesoramiento y contención al cuidador/a. En este sentido la acción profesional está centrada en educar, apoyar y potenciar las capacidades cuidadoras.
- Realizar la atención al duelo de los familiares.
- Facilitar el apoyo y gestión del voluntariado asistencial.

Es necesario indicar también la relación con otros profesionales. En relación a ellos el trabajador/a social: establece circuitos profesionales y potencia el trabajo en red; sensibiliza a profesionales de otras áreas; y coopera también para la buena gestión del caso respondiendo, en primera instancia, a las necesidades del paciente y de la unidad familiar.

Las funciones de los/as profesionales del trabajo social consisten principalmente en atender las necesidades socio-familiares desencadenadas o agravadas por la situación de enfermedad grave o terminal. Esto se conseguirá: apoyando la reorganización de la unidad familiar; optimizando las po-

## La Intervención Social en el final de la vida

tencialidades de los miembros de la familia; mediando en conflictos familiares y ante dificultades derivadas de la toma de decisiones; interviniendo ante problemas de comunicación familia-enfermo; asesorando en el manejo de la información con menores o personas que presentan especial dificultad; e interviniendo precozmente ante situaciones de posible riesgo de claudicación de las personas cuidadoras (Lima, 2014).

Si las personas no cuentan con apoyo familiar es importante tener en consideración el papel de las fundaciones tutelares, estableciendo protocolos relativos a quien acompaña y quien representa a la persona al final de su vida y asegurando un plan de cuidados integral adecuado a su caso concreto. La integralidad y la interdisciplinariedad en la intervención se muestran en este modelo como factores claves para superar las dificultades y los problemas que se dan en los ámbitos socioculturales y espirituales. Nos permite además, centrar la importancia de la participación de la persona, la comunicación y el apoyo que se le presta, tanto si está sola o acompañada, teniendo en cuenta su contexto familiar y social y trabajar en coordinación otros profesionales de distintas áreas que tengan relación con la persona en ese momento.

Según Di Maio (2015), la intervención del trabajador/a social durante los cuidados paliativos debe:

- Promover el alivio del dolor y de otros síntomas que causan sufrimiento.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- No pretender apresurar ni retardar la muerte.

- Integrar los aspectos psicosociales y espirituales al cuidado del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo con la intención de ayudar a los pacientes a que vivan activamente, tanto como sea posible, hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a luchar con la enfermedad del paciente y su propio duelo.
- Utilizar equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familiares, lo que incluye consejos para el duelo.
- Reforzar y mejorar la calidad de vida e influir positivamente el curso de la enfermedad. En el trabajo con pacientes en cuidados paliativos es común que se manifieste el duelo anticipado (p.246).

En definitiva, los/las profesionales del trabajo social deben afrontar los cuidados al final de la vida conociendo todas sus dificultades. Por ello es importante detectar los problemas que se producen al final de la vida a la hora de acompañar el proceso, uno de ellos es la falta de participación de las personas en la toma de decisiones, la falta de mediación en conflictos, la necesidad de implicación de los allegados, la falta de recursos de atención y cuidados, el agotamiento y riesgo de claudicación de los cuidadores y cuidadoras, el sistema de apoyo comunitario, la falta de información, el planteamiento del plan de cuidados existentes, etc. Concurren otros factores, como el elevado nivel de situaciones de dependencia de algunos casos, que complejizan la situación y se hace más importante poner el acento en la necesidad



## Social intervention at the end of life

de apoyo de la familia y los cuidadores, la búsqueda de recursos de apoyo temporal y tener en cuenta la posible pérdida de capacidad para tomar decisiones (Lima, 2015).

La intervención profesional ligada al fallecimiento del paciente también es de extrema relevancia para el trabajo social. Diferentes autores tales como Bowlby (1998) y Parkes (1998), han descrito las fases por las que pasa el paciente ante la inminencia de la muerte. Elisabeth Kübler-Ross las denomina “etapas del morir” y serían (Kessler y Kübler-Ross, 2016): *Negación*, después de la comunicación del diagnóstico y como defensa temporal (es un error, no es tan grave, pediré una segunda opinión médica...); *Conflicto*, entre el paciente con el equipo de salud y con las personas cercanas; *Negociación*, donde el paciente hace “promesas” para curarse; *Depresión*, cuando descubre la imposibilidad de cura; y *Aceptación*, cuando el paciente comprende su situación real, busca sentido a su vida, se religa a la espiritualidad, y aborda sus asuntos pendientes.

El arte del “buen morir”, de “morir con dignidad”, tiene sus propias claves en cada tiempo y contexto cultural. En Occidente, se ha convertido en un *fracaso* por parte de la medicina que lucha contra la muerte, un fenómeno tabú *silenciado* en especial después de la Segunda Guerra Mundial (Gafo, 1993; Wagner, 1999; Callahan, 2000; Goikoetxea et al., 2013). Ver la muerte como un problema nos lleva a querer morir de una determinada manera o de otra, muchas veces alejado de nuestra vida cotidiana, lejos de las personas que más importan, con dificultades para la toma de decisiones sobre el plan de atención más adecuado y otras cuestiones sanitarias, sociales, jurídicas o espirituales (Lima, 2014).

Sin embargo, morir es un proceso natural contra el cual es imposible luchar. Hoy en día existe una tendencia a volver a “naturalizar” la muerte, desterrando la visión de la atención tradicional basada en el paternalismo con el paciente al que se le oculta la verdad, *víctima* de la lucha por vencer la enfermedad. En las disciplinas del ámbito de la salud y de las ciencias sociales, se extiende una metodología de intervención centrada en la persona, en su acceso a la información, en la necesidad de confort físico, en el apoyo emocional, en el respeto a su toma de decisiones, a sus voluntades anticipadas, en la confidencialidad, en el respeto a su cultura, valores y preferencias.

Afrontar la muerte también ha de ser natural en el trabajo social. Según Catá del Palacio et al. (2008, p. 125),

La mayoría de los trabajadores sociales, en algún momento de su trayectoria profesional, atienden a personas que entran en contacto con la muerte. Esta situación es vivida con mucho respeto y desconocimiento por parte de los trabajadores sociales, lo que puede provocar que nuestras emociones o experiencias previas puedan distorsionar nuestro quehacer profesional. (...) Aspiramos a consolidar la función del trabajador social como profesional idóneo para detectar adecuadamente las necesidades socio-familiares, e intervenir convenientemente en la resolución de conflictos individuales y/o colectivos.

Todo ello conduce a la necesidad de que los y las trabajadores/as sociales conozcan, se especialicen y sepan acompañar a las personas en la fase de su ciclo vital del final de la vida. El trabajo social en los cuidados al final de la vida

## La Intervención Social en el final de la vida

no finaliza con la muerte del paciente, sino que se extiende después de ésta con acciones de coordinación con el tanatorio, la mediación en posibles conflictos que puedan surgir en gestiones, ceremonias de muy diversa índole según el credo religioso (si existe), etc., y el apoyo en la despedida y la superación del duelo.

### 2. Trabajo social y duelo

El/la trabajador/a social, al poseer una visión de los procesos micro, meso y macro-social en torno a los cuidados al final de la vida, se convierte en un *profesional de referencia del caso* que acompaña en este proceso y continúa su labor con la familia o allegados después de la muerte (Lima, 2014).

Según Worden (2013), las diferentes manifestaciones del duelo relacionado con los procesos de cuidados al final de la vida serán: *Afectivas* (sentimientos de tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, choque, emancipación, alivio y estancamiento); *Físicas* (vacío en el estómago, presión en el pecho, nudo en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de indiferencia, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía y boca seca); *Cognitivas* (incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia y alucinaciones); *Comportamentales* (trastornos de sueño, trastornos del apetito, comportamiento elevado, aislamiento social, sueños con la persona fallecida o perdida, evasión de recuerdos o intentos de invocar a la persona, suspiros, hiperactividad, llanto, visitar lugares y llevar consigo objetos que recuerden al fallecido o a la persona perdida). Otras sensaciones pueden ligarse a la pérdida de una persona querida: intensidad de los recuerdos, rabia, soledad, ansiedad, depresión, etc.

Bowlby (1998) estableció cuatro etapas en el proceso del duelo: la primera, una *fase de embotamiento* que puede durar desde horas a semanas; una *fase de desesperación* y/o rabia ante la impresión de la ausencia definitiva; una *fase de búsqueda* de la figura perdida que suele manifestarse con ansiedad y puede extenderse a lo largo del tiempo ante la consciencia real de la pérdida con sensaciones de rabia, inquietud, insomnio, entre otras; y, por último, la *fase de desorganización y desesperanza*, una etapa ambivalente y contradictoria donde se guardan y se tiran pertenencias de la persona fallecida, se comienza a aceptar su pérdida y se asume la necesidad de volver a la cotidianidad de la vida. Pasadas estas fases, según Bowlby (1998), pueden permanecer emociones de recuerdo intenso y tristeza.

Diferentes autores han abordado las tipologías del duelo: el *duelo normal* ante la pérdida real de una persona querida; el *duelo anticipado* que se sufre antes del fallecimiento real, por ejemplo, en familiares de pacientes en cuidados paliativos, investigado ya por Lindemann en el año 1944, en esposas de soldados que iban a la guerra, y cuyos resultados de investigación sirven para establecer modelos de atención para pacientes y familiares que reciben diagnósticos de enfermedades terminales (Fonseca, 2004); el *duelo complicado* o patológico (Parkes, 1998) que se produce cuando se no se acepta la pérdida y puede tener características propias (duelo crónico, duelo inhibido, duelo postergado, duelo no reconocido). En todo caso, el duelo ha de ser experimentado aun cuando suponga siempre elementos traumáticos para quien lo vivencia (Franco, 2005).

Di Maio (2015) presenta algunos principios básicos y orientaciones en la práctica del tra-

## Social intervention at the end of life

bajador/a social que interviene con personas en situación de duelo:

- Estar sentado al dar malas noticias.
- Suministrar informaciones claras y precisas. Evitar clichés. No hacer promesas que no pueda cumplir.
- Reconocer que el sufrimiento es natural y que cada uno tiene su ritmo para luchar con el proceso del duelo. No debe intentar hacer que la persona pare de sufrir rápidamente.
- Hablar libera el estrés. Estar disponible para escuchar, sin juzgar o criticar. Escuchar es ayudar. No cambie el asunto, no se preocupe en responder a las preguntas.
- Dar espacio para el silencio y el contacto físico. Tocar, proteger físicamente es una forma de acogimiento no verbal.
- Identificar las emociones del doliente y las suyas, pues las emociones fuertes dificultan la comunicación (p.246).

### 3. Conclusiones

Todavía hoy es escasa la formación específica del trabajador/a social en cuidados paliativos y para el duelo (Catá del Palacio et al., 2008), a pesar de ser éste un ámbito de intervención “clásico” en el trabajo social sanitario. Sin embargo, el creciente interés de los y las profesionales por realizar intervenciones de calidad en este ámbito, provocan cursos e investigaciones cada vez más presente en nuestro colectivo profesional. En este sentido, queremos referenciar una inves-

tigación sobre el abordaje desde el trabajo social de *necesidades sociales en pacientes y familiares de cáncer al final de la vida*, un proyecto realizado por el Consejo General del Trabajo Social y la Asociación Española Contra el Cáncer, con la participación de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2016). Su objetivo es identificar las necesidades sociales más frecuentes de pacientes de cáncer, en el final de la vida, así como las de sus familiares. Los resultados de esta investigación servirán para divulgar entre el colectivo de profesionales del trabajo social, estas necesidades y también las buenas prácticas detectadas en torno a esta cuestión, con la finalidad última de mejorar la intervención en los cuidados al final de la vida con este colectivo. En la investigación, se han identificado, entre otras, la necesidad de acompañamiento de los pacientes y las familias por parte de trabajadores/as sociales; el acceso a la unidad de cuidados paliativos domiciliarios, integrales y multidisciplinarios; la necesidad de apoyo sociofamiliar, en especial en situaciones de sobrecarga y la necesidad de apoyo psicosocial.

En las conclusiones de esta investigación, entre otras, se indica la falta de efectividad de la Ley de Dependencia y la sobrecarga de los recursos municipales de ayuda domiciliaria (SAD); la necesidad de mejorar la dotación de recursos, tanto humanos como económicos, por parte de la Administración; la necesidad de sistematizar más la intervención, realizando protocolos específicos; la importancia de favorecer y apoyar el papel familiar y comunitario; la urgencia de incluir siempre a los profesionales del trabajo social en las unidades de cuidados paliativos, en equipos multidisciplinarios e interprofesionales; y la necesidad de formación especializada para los mismos (Lima, 2016).

## La Intervención Social en el final de la vida

Queremos destacar, además, el creciente interés por la intervención en los procesos del final de la vida y del duelo que han puesto en marcha diferentes entidades, por ejemplo, la Obra social de la Caixa, la Fundación Aladina, la Fundación Cudeca, o la Fundación Mémora, entre otras. Todas ellas ponen especial hincapié en una atención integral a los pacientes y a sus familias ante las enfermedades terminales, los cuidados paliativos, el fallecimiento y la pérdida de sus seres queridos.

A modo de resumen para finalizar y, siguiendo a Lima (2014), concluimos que toda la intervención del o de la trabajador/a social en el cuidado al final de la vida y ante la muerte debe pivotar sobre el acompañamiento como relación de ayuda, en un *saber estar* al lado de la persona como punto de partida y como eje de la intervención en las tres partes del proceso: antes, durante y después de la muerte. Todo ello procurando siempre la participación de la persona y ofreciéndole el apoyo necesario en un entorno acogedor, sin perder de vista a la familia, el grupo de allegados y el contexto comunitario en general.

### BIBLIOGRAFÍA

- Arranz, P., et al. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Bowlby, E.J. (1998). *Apego e perda: tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine*, 342, 654- 656.
- Catá del Palacio, E., Cevallos de Diego, B. D., Escudero, M., Martín-Sierra, I., Peña, M. D. L., Pozo, C., y Vidaurreta, R. L. (2008). Los cuidados paliativos: una mirada desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 54, 125-142.
- Di Maio, L. R. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo Social* (Colombia), 17, 239-252.
- Donoso M.P., y Saldías, P. (1998). *Modelos de intervención para el trabajo social familiar*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Blas Cañas.
- Fonseca, J.P. (2004). *Luto antecipatório*. Campinas: Livro Pleno.
- Franco, M.H. (2005). *Nada sobre mim sem mim: estudos sobre vida e morte*. Campinas: Livro Pleno.
- Gafo, J. (1993). *Diez palabras claves de bioética. La muerte. La cultura actual*. Madrid: Verbo Divino.
- Goikoetxea, M. et al. (2013). *Atención integral a las personas mayores al final de la vida. Guía de recomendaciones éticas*. SI: Gobierno Vasco.
- Kessler, D., y Kübler-Ross, E. (2016). *Sobre el duelo y el dolor*. Madrid: Luciérnaga.
- Lima, A. I. (2015). *La importancia de acompañar en el tramo final de la vida*. Recuperado de: [https://www.electium.es/sites/default/files/universo\\_memora\\_2\\_18092015\\_pag4.pdf](https://www.electium.es/sites/default/files/universo_memora_2_18092015_pag4.pdf)
- Lima, A.I. (2016). *Abordaje desde el trabajo social de necesidades sociales en pacientes y familiares de cáncer al final de la vida*. Conferencia inédita.
- Lima, A.I. (Noviembre, 2014). *Procesos de acompañamiento social ante el final de la vida*. Conferencia impartida ante grupo Mémora, Zaragoza.
- Parkes, C.M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Santos, F. (2011). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu.
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social*, 47, 184-199.
- Wagner, P. (1999). *Sobre la muerte y el morir*. Trabajo de Incorporación como Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina de Perú en Sesión del 13 de mayo de 1999. Recuperado de: [http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal\\_2000/III\\_SOBRELAMUERTEYELMORIR.pdf](http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal_2000/III_SOBRELAMUERTEYELMORIR.pdf)
- Worden, W. (2013). *Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto* (4ª edición). São Paulo: Roca.

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

### Resumen

Desde hace tiempo se está hablando del Trabajo Social en Tanatorios como un nuevo yacimiento de empleo para la profesión. Sin embargo, a pesar de ser un tema de interés y una posible salida profesional, éste interés ha quedado relegado a foros de trabajo social y a entradas puntuales en blogs, sin encontrar el impulso que necesita para pasar de ser una posibilidad a ser una realidad. Quizás haya llegado el momento de avanzar en este sentido, de averiguar cuáles son los motivos que impiden o dificultan la presencia del Trabajo Social en los procesos de duelo, de por qué a pesar de la necesidad, no existe una estructura específica en la cual desarrollar estas funciones. ¿Será quizás porque ni los propios profesionales tienen claro las funciones que pueden desempeñar? Debemos pues realizar un trabajo de investigación que nos arroje algo de luz, diferenciando necesariamente tres líneas a lo largo del procedimiento:

- La visión de los profesionales del Trabajo Social ante la apertura de este nuevo ámbito laboral.
- El conocimiento, la predisposición y el interés que las empresas gestoras de los servicios funerarios tienen acerca de la disciplina del Trabajo Social y su incorporación a este círculo.
- La opinión de los usuarios destinatarios de los servicios, y sobre todo el grado de información y aceptación que existe en la calle.

### Palabras clave

Tanatorios. Trabajo social. Duelo. Intervención.

## Social Work in tanatories: expectation or reality?

### Abstract

For some time now, we have been talking about Social Work in funeral homes as a new source of employment for the profession. However, despite being a topic of interest and a possible professional outlet, this interest has been relegated to social work forums and specific entries in blogs, without finding the impetus it needs to move from being a possibility to being a reality. Perhaps the time has come to move forward in this direction, to find out what are the reasons that hinder the presence of Social Work in the grieving process, why, despite the need, there is no specific structure in which to develop these functions. Is it perhaps because the professionals themselves are not clear about the functions they can perform? We must therefore carry out a research work that throws some light on us, necessarily differentiating three lines throughout the procedure:

- The vision of the Social Work professionals before the opening of this new work environment.
- The knowledge, predisposition and interest that the management companies of funeral services have about the discipline of Social Work and its incorporation into this circle.
- The opinion of the recipients of the services, and especially the degree of information and acceptance that exists on the street.

### Keywords

Funerals. Social work. Mourning. Intervention.

### Author/Autor

**Almudena Castillo Guerrero**

Trabajadora Social

Directora y Coordinadora de Formación en Aptitud Social.

[acastillo@aptitudsocial.com](mailto:acastillo@aptitudsocial.com)



RECIBIDO: 30-06-17 | REVISADO: 25-07-17 | ACEPTADO: 26-07-17 | PUBLICADO: 28.08.17

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

### Introducción

En el año 2014, una época que podemos considerar relativamente reciente, durante la Conferencia Mundial sobre Trabajo Social, Educación y Desarrollo Social, celebrada en Melbourne, la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS), presentó la nueva definición de Trabajo Social a nivel internacional:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar<sup>2</sup> (FITS, 2012).

Interesan destacar de la propia definición, tanto los deberes básicos de la profesión, que incluyen facilitar el cambio social, el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas; como la legitimidad y el deber del Trabajo Social, consistentes en la intervención en aquellos puntos donde las personas interactúan con su entorno; así como la metodología participativa del Trabajo Social, centrada en *“involucrar a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”*<sup>3</sup>.

En este orden de cosas y centrándonos en el ámbito que nos ocupa, el Trabajo Social en los

procesos de duelo, podemos concluir en que éste es un campo donde son de aplicación todos y cada uno de los preceptos que marca la definición de Trabajo Social.

La muerte es, sin duda, uno de los mayores desafíos de la vida; supone una ruptura, una pérdida de estatus, de roles, de estabilidad... Una situación no prevista que trae consigo desajustes emocionales, pero también familiares, sociales y comunitarios; una fractura que como tal va a requerir una intervención profesional enfocada a restablecer el equilibrio y a recomponer la estructura familiar, la cohesión social y el fortalecimiento personal, entre otras cuestiones, en un entorno cada vez más frío, y menos humano, como es todo el que rodea al “gran negocio de la tanatología”.

Vivimos en una sociedad en continua evolución, con cambios sociales continuos, donde el proceso de la muerte no se ha mantenido ajeno a estos cambios. Todo lo contrario, con el paso de los años la muerte se ha secularizado, se ha profesionalizado; hemos pasado de morir en la cama de casa, entre familiares y amigos, acompañados por el sacerdote y el médico de cabecera, a morir en la cama de un hospital, rodeados de extraños y de tecnología; hemos cambiado los tradicionales velatorios por los fríos e impersonales tanatorios, este cambio ha llegado incluso a modificar la terminología, dejando de ser difuntos para convertirnos en clientes.

Y es aquí, en esta tremenda frialdad, que envuelve todo el procedimiento mortuario, en esta impersonalización desmedida, dónde el Trabajo Social debe de estar presente, porque hablar de Trabajo Social es hablar de empatía, de asertividad, de resiliencia, de autoayuda, de ayuda mu-



## Social Work in Tanatories: expectation or reality?

tua, de gestión de recursos, de escucha activa, de empoderamiento, de acompañamiento, de asesoramiento, de orientación, y en definitiva de apoyo tanto en todo lo que supone la superación del duelo ocasionado por la pérdida del ser querido como en la reestructuración y asunción de los roles desaparecidos.

Sin embargo pocos o ningún profesional del trabajo social desarrolla su labor en este ámbito. Esto puede deberse a que sólo se tiene en cuenta la parte psicológica del duelo, obviando que éste tiene una gran carga social además de emocional y que son muchos los aspectos que hay que conocer en el procedimiento para llevar a cabo una intervención integral, no sólo los relacionados con el dolor provocado por la pérdida.

### 1. Marco teórico

#### 1.1.- Concepto de duelo

Etimológicamente, el término “duelo”, procede del latín “*dolus*”. Es esta una palabra de etimología dudosa, aunque, al parecer, todo apunta a que sería un préstamo del griego “*δόλος*” [dolos], literalmente ‘cebo’, que derivó en ‘engaño o estratagema’. En algún momento debió de producirse un cruce entre este “*dolus*, engaño”, y “*dolos*, dolor”, dando lugar a la acepción recogida hoy en día.

Al adquirir “*dolus*” el significado de “dolor”, el duelo comienza a ser considerado como la etapa caracterizada por el dolor de una pérdida.

Este concepto de duelo, parte de Freud, quien, en su obra “*Duelo y Melancolía*” (1917), estable-

ce el duelo como un proceso sobrevenido a consecuencia de la pérdida de algún objeto o situación amada, provocando una pérdida de interés por el mundo y un empobrecimiento anímico.

A partir de este momento la definición de duelo comienza a evolucionar, como en previsión de un tiempo futuro, considerándose como un estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado) (Carpenito, 1985); e incluso a ser considerado como un proceso social que se maneja mejor cuando es compartido y asistido por los demás (Burguess, 1985, citado por Novel y Lluch).

En definitiva, desde Freud (1917), hasta hoy, el duelo ha sido definido por una gran cantidad de autores: Lindemann, 1944 (citado en Ortiz, 2005); Bowlby (1980); Carpenito (1995); Calvet (1996); Lafuente (1996); Valdés y Blanco (1997); Alba Payás (2015); un extenso marco teórico a partir del cual podemos considerar el duelo como el proceso al que nos enfrentamos tras una pérdida, como algo personal e intransferible, que cada cual vive, sufre y experimenta a su manera, que se puede producir a cualquier edad, que va a afectar a la persona en su totalidad, mental, fi-

#### notas

<sup>1</sup> Nota: La utilización del género gramatical masculino, a lo largo de las páginas siguientes, no responde a otra intención que la de facilitar una lectura libre de redundancias o reiteraciones, evitando las oposiciones fonológicas alternativas (/o/, /-a/); los símbolos que pretenden neutralizarlas (@) o la presencia de los dos sustantivos con marca de género.

<sup>2</sup> <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>  
Recuperado 01.06.17.

<sup>3</sup> <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>  
Recuperado 01.06.17.

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

sica, social, y culturalmente; y que va a requerir la adaptación, en mayor o menor medida, a una nueva circunstancia sobrevenida.

Asimismo, debemos aclarar que este sentimiento de pérdida no sólo aflora después de que ésta ocurra, también puede darse antes, por ejemplo ante el conocimiento de una enfermedad terminal, o de cuestiones inclusive más banales como pueden ser el temor a perder un objeto material, una posición o estatus o incluso una pareja o amistad.

Podemos considerar por lo tanto el duelo, como una situación o sentimiento que perfectamente puede ser abordada desde el Trabajo Social en cualquiera de las situaciones y tipos que se presente.

### 1.2.- Tipos de Duelo

El duelo es algo tan multidimensional como el propio individuo. De igual forma, los criterios en base a los que hacer una distinción de los diferentes tipos de duelo pueden ser muy variados; la naturaleza de la pérdida, el vínculo existente, la resiliencia de los dolientes, el tiempo necesario para la superación. En función de uno u otro tendremos diversos tipos de duelo, por lo que para no divagar ni extendernos demasiado, utilizaremos la clasificación hecha por Manuel Nevado (2005, pp.73-77).

#### - Duelo normal:

Consideramos que un duelo es normal cuando la persona se sobrepone a la pérdida y la afronta de forma efectiva, sin ningún tipo de complicaciones más que las propias de la situación que se está viviendo. Es decir, el doliente desarrolla los

signos típicos de todo tipo de duelo (tristeza, angustia, ansiedad, recuerdo continuo de la persona fallecida,...), pero pocas veces va a requerir de la ayuda profesional para su superación. Podemos considerar incluso que los dolientes superan sus pérdidas casi de inmediato y reanudan su vida en condiciones de normalidad (Bonanno y Kaltman, 2001).

#### - Duelo complicado:

No existen unas pautas definitorias para este tipo de duelos, ni unas características marcadas, aunque todos los autores coinciden en que hay dos magnitudes que lo identifican: su intensidad y su duración.

Por intentar establecer un criterio podemos decir que las formas saludables pueden distinguirse de las formas disfuncionales de duelo en el tiempo que duran los procesos defensivos (fundamentalmente la negación) y en la medida en la que influyen en el funcionamiento mental, si lo hacen sólo en una parte o si por el contrario llegan a dominarlo por completo (Bowlby, 1980).

Otro criterio definitorio de duelo complicado es comprobar si ocupa un nivel en el que la persona que lo sufre se siente sobrepasada en sus capacidades de afrontarlo, presenta conductas mal adaptativas o persiste interminablemente en un estado de duelo sin progresión del proceso hasta su terminación. (Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980).

#### - Duelo crónico:

Su duración se posterga en el tiempo de forma desmesurada o incluso permanente, en lo que pueden considerarse como versiones ex-



**Social Work in Tanatories: expectation or reality?**

tendidas y deformadas de las fases de anhelo y búsqueda, de desorganización y desesperanza. (Bowlby, 1980)

Para Pangrazzi (1993), el superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse de nuevo en el tejido social.

Según Olmeda (1998), la vida de estas personas suele mantenerse desorganizada y es frecuente encontrar en su evolución episodios de ansiedad, depresión, alcoholismo, etc.

- Duelo ausente:

Se caracteriza por una aparente falta de dolor ante la pérdida, en un intento de aparentar una vida normal, sin embargo, Bowlby (1980), reconoce que esta conducta esconde una sintomatología fóbica hacia todo lo que recuerda al fallecido, provocando un ocultamiento de todo lo perteneciente al difunto, ropa, objetos, fotos,...

Es frecuente que este tipo de duelo evolucione en insatisfacción y resentimiento hacia los demás, conductas de dependencia de otras personas del entorno o en otro extremo, de un marcado aislamiento.

- Duelo exagerado:

Se da cuando la persona doliente no puede superar la pérdida y se ve desbordada por la situación, manifestando una conducta exagerada que podríamos considerar como vía de escape. A diferencia del anterior, el doliente es consciente de que los síntomas que está desarrollando tienen relación con la pérdida (Worden, 1991). Puede manifestar depresión, ansiedad excesiva, estrés postraumático, abuso del alcohol y otras sustancias...

- Duelo retrasado:

Tras la pérdida el duelo se reprime, al no desencadenarse una reacción emocional lo suficientemente intensa como para activarlo (Worden, 1991), apareciendo más tarde de forma desmesurada en respuesta a alguna situación desencadenante, que puede ser incluso otra pérdida de menor importancia, un divorcio, el aniversario de la muerte o llegar a la misma edad del padre o madre fallecidos (Bowlby, 1980).

Este tipo de duelo es fácil de detectar pues es muy dado en personas que en las fases iniciales del duelo parecen controlar la situación y se dedican a todos los preparativos del funeral, y a actividades frenéticas que les impiden pensar en sí mismos (Pangrazzi, 1993).

- Duelo anticipado:

Para W. Astudillo (2007), este tipo de duelo, se va a producir cuando la enfermedad va haciendo mella en la persona, provocando un deterioro cognitivo y funcional que va en aumento, haciéndose cada vez más acusado, forzando al entorno familiar a adaptarse a los cambios, obligándolos a prepararse para una muerte segura. Esta situación genera un profundo pesar, pero también sirve como mecanismo anticipatorio que prepara psicosocialmente a la familia para el duelo posterior. En este sentido, Lindemann (1944) aclara que este tipo de duelo facilita el desapego emotivo antes de que ocurra la muerte.

- Duelo Ambiguo:

Se pueden hacer dos diferenciaciones. Una primera situación de pérdida ambigua debido a la inexistencia de un cadáver, percibiéndose a la

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

persona perdida ausente físicamente pero presente psicológicamente. Es el caso de militares desaparecidos o niños raptados.

Una segunda situación de pérdida ambigua debido a que la persona se encuentra presente físicamente pero ausente psicológicamente. Es el caso de enfermos mentales, enfermos de alzhéimer, drogadictos...

Este tipo de situaciones impide que la persona doliente pueda iniciar un duelo como tal, prolongándose la incertidumbre indefinidamente, provocando un tremendo agotamiento físico y emocional (Boss, 2001).

### *1.3.- Proceso de intervención del trabajador social en el manejo del duelo*

En las líneas precedentes, y al objeto de situarnos de forma teórica, hemos querido referenciar el duelo y su proceso desde la perspectiva de diversos autores, para hacerlo ahora extensivo a la disciplina que nos ocupa, el Trabajo Social, indagando a partir de este momento en la situación que se produce tras la pérdida y en el abordaje que puede realizarse desde nuestra profesión.

Como hemos podido comprobar a lo largo de este estudio, no existe una única forma de duelo, al igual que no existe un exclusivo perfil de doliente. Cada persona es única y vive su pérdida en función de múltiples variables, por ello no se puede definir un modelo único para afrontar el duelo, igual que no se puede tratar desde una única disciplina. Podemos marcar unas pautas a seguir, pero siempre siendo conscientes de que nos encontramos ante un proceso dinámico, dependiente de factores sociales, culturales, personales, familiares, de experiencias previas y que no se adapta

a ningún marco teórico existente, todo lo contrario, queda abierto a la apertura de nuevos marcos que definan cada nueva actuación.

Dicho esto, podemos establecer unas líneas de actuación generales, aplicables a cualquier proceso de duelo.

Partiendo de la base de que no todas las personas viven el duelo de igual manera ni disponen de los mismos recursos para afrontarlo, se hace necesario, por no decir imprescindible, un estudio o evaluación de cada caso, que nos permita elaborar un perfil de duelo y configurar a partir del mismo unas líneas de actuación. Pérez Trenado<sup>4</sup> establece las siguientes pautas para una evaluación del duelo:

- Enumerar una historia de pérdidas previas y modo de afrontamiento de las mismas.
- Examinar las defensas y estilos de afrontamiento personales.
- Desarrollar una contextualización biográfica. Genograma y ciclo vital familiar.
- Llevar a cabo una entrevista familiar.
- Aplicar los cuestionarios de duelo existentes (I.E.D., Inventario de experiencias en duelo, Inventario Texas revisado de duelo).
- Estudiar la posible existencia de indicadores de duelo de riesgo (circunstancias de la muerte, relación fallecido doliente, soporte socio familiar del doliente).

Llegados a este punto, merece resaltar que la mayoría de recursos que Pérez Trenado enume-

## Social Work in Tanatories: expectation or reality?

ra son soportes documentales identificativos del Trabajo Social. Tanto la historia, como la entrevista, como el genograma, determinantes para la identificación del duelo, son herramientas inherentes al Trabajo Social, lo que nos debería dar conciencia de la importancia de nuestra profesión en este proceso.

Una vez identificado el tipo de duelo, estaremos en disposición de poder diseñar una intervención acorde a la situación.

Neimeyer, en su libro *“Aprender de la realidad de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo”* (Paidós 2001), marca una serie de pautas acerca de lo que se debe y no se debe hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida (tabla 1).

En este sentido interesa volver a poner en relevancia aspectos y técnicas inherentes al Trabajo Social, como pueden ser la empatía, la escucha activa, la capacidad de movilización de los recursos comunitarios, y el desarrollo de la autoayuda y de la ayuda mutua en la formación de grupos.

Centrándonos por ejemplo en la formación de grupos de autoayuda como mecanismo para afrontar el duelo y en la figura del trabajador social, podemos decir que el objetivo de la intervención grupal, no es otro que el de asesorar y guiar a un grupo de personas que tienen en común la pérdida de un ser querido, informándoles de los diferentes recursos a su alcance, así como poner en contacto a personas con una misma experiencia, para que dispongan y compartan un espacio en común, compartir sentimientos, aprendiendo del duelo y su proceso (Alarcón y cols., 2009)

Llegados a este punto, merece detenernos e invitar a una reflexión, en el sentido de esos recursos a nuestro alcance y de su conocimiento, aplicados a ciertos tipos de duelo:

- A los casos de *duelo anticipado*, que ya describimos anteriormente, hemos de añadir la posibilidad de que se produzca una *claudicación familiar*, ¿sabemos cómo intervenir?.
- En los casos de *duelo neonatal*, también conocidos como duelo perinatal. Estos son *duelos no reconocido socialmente*, por lo que tiende a ocultarse y a silenciarse. En cualquier caso, hemos de tener en cuenta que la pérdida del bebé, ya sea recién nacido o en fase fetal en cualquier semana, no sólo es la pérdida de esa “personita”, también es la pérdida de ilusiones, de la oportunidad de ser padres y madres, de adquirir ese rol materno o paterno, de un proyecto de futuro, y lamentablemente, debido a nuestra cultura y las creencias establecidas, hasta la pérdida del derecho a mencionar a esa criatura en según qué entornos. Esto nos puede dar una aproximación de la complejidad que tiene este tipo de duelos.

Hay estudios que apuntan que entre un 10% y un 48% de personas afectadas por una muerte perinatal acaban sufriendo trastornos depresivos, y que sufren ansiedad ante la mínima posibilidad de un nuevo embarazo.

### notas

- <sup>4</sup> <http://docplayer.es/3019310-Duelo-proceso-individual-proceso-familiar-proceso-social-magdalena-perez-trenado-psicologa-psicoterapeuta.html> Recuperado: 01.06.17

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

Cosas que no se deben hacer	Cosas que se deben hacer
<i>Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un papel, diciendo: “lo estás haciendo muy bien”. Debemos dejar que la persona tenga sentimientos perturbadores sin tener la sensación de que nos está defraudando</i>	<i>Abrir las puertas a la comunicación. Si no sabe qué decir, pregunte: “¿cómo estás hoy?” o “he estado pensando en ti. ¿Cómo te está yendo?”</i>
<i>Decirle a la persona que ha sufrido la pérdida qué “tiene” que hacer. En el mejor de los casos, esto refuerza la sensación de incapacidad de la persona y, en el peor, nuestro consejo puede ser “contraproducente”</i>	<i>Escuchar un 80% del tiempo y hablar un 20%. Hay muy pocas personas que se tomen el tiempo necesario para escuchar las preocupaciones más profundas de otro individuo. Sea una de ellas. Tanto usted como la persona que ha sufrido la pérdida pueden aprender cosas en el proceso.</i>
<i>Decir “llámame si necesitas algo”. Este tipo de ofrecimientos suele declinarse y la persona que ha sufrido la pérdida capta la idea de que nuestro deseo implícito es que no se ponga en contacto con nosotros.</i>	<i>Ofrecer ayudas concretas y tomar la iniciativa de llamar a la persona. Si además respetamos la intimidad del superviviente, éste valorará nuestra ayuda concreta con las tareas de la vida cotidiana.</i>
<i>Sugerir que el tiempo cura todas las heridas. Las heridas de la pérdida no se curan nunca por completo y el trabajo del duelo es más activo de lo que sugiere esta frase.</i>	<i>Esperar “momentos difíciles” en el futuro, con intentos activos de afrontar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses que siguen a la pérdida.</i>
<i>Hacer que sean otros quienes presten la ayuda. Nuestra presencia y preocupación personal es lo que marca la diferencia.</i>	<i>“Estar ahí”, acompañando a la persona. Hay pocas normas para ayudar, aparte de la autenticidad y el cuidado.</i>
<i>Decir: “sé cómo te sientes”. Cada persona experimenta su dolor de una manera única, por lo que lo mejor que podemos hacer es invitar al afectado a compartir sus sentimientos, en lugar de dar por supuesto que los conocemos.</i>	<i>Hablar de nuestras propias pérdidas y de cómo nos adaptamos a ellas. Aunque es posible que esa persona en concreto tenga un estilo de afrontamiento diferente al nuestro, este tipo de revelaciones pueden servirle de ayuda.</i>
<i>Utilizar frases manidas de consuelo, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”. Esto sólo convence a la persona de que nos preocupemos lo suficiente por entenderla.</i>	<i>Establecer un contacto físico adecuado, poniendo el brazo sobre el hombro del otro o dándole un abrazo cuando fallan las palabras. Aprenda a sentirse cómodo con el silencio compartido, en lugar de parlotear intentando animar a la persona.</i>
<i>Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor animándola a ocupar su tiempo, a regalar las posesiones del difunto, etc. El trabajo del duelo requiere tiempo y paciencia y no puede hacerse en un plazo de tiempo fijo.</i>	<i>Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido. Esto fomenta una continuidad saludable en la orientación de la persona a un futuro que ha quedado transformado por la pérdida.</i>

Tabla 1. Intervención en duelo.

Nota: Fuente: Neymeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Ahora bien, independientemente del contenido psicológico, ahondemos en el contenido social, ¿si una mujer sufre un aborto en el hospital y quiere enterrar los restos de su hijo, puede ha-

cerlo?, ¿un bebé nacido muerto, puede inscribirse en el Registro Civil?, ¿una mujer que ha tenido un aborto, tiene derecho a solicitar la baja por maternidad? Son cuestiones que pueden apare-

## Social Work in Tanatories: expectation or reality?

cer en el desarrollo de nuestra labor profesional, y a las que, como Trabajadores Sociales que somos, debemos dar respuesta.

- En los casos de *duelo por muerte súbita*; son en estos casos especialmente, hasta que el doliente asume la pérdida, y sobre todo en el caso de que ésta se haya producido en el núcleo familiar, en los que *debemos proporcionar apoyo en la reconstrucción de la familia*, en la asignación de nuevas pautas de conducta. Cualquier trámite, por muy banal que parezca, tiene que ir acompañado de una *redistribución de roles y tareas asignadas a los mismos*, por lo que no estará de más *elaborar un plan de trabajo* con el doliente o los dolientes y acompañarlos hasta que tengamos constancia de que disponen de la suficiente autonomía para su ejercicio.
- En los *casos de suicidio*, definiendo éste como la *acción de quitarse voluntariamente la vida*; según el INE el suicidio se presenta como la principal causa de muerte externa, duplicando incluso a los accidentes de tráfico, hasta alcanzar cifras realmente preocupantes. A pesar de ello no existen campañas de sensibilización ni de prevención contra este hecho, ¿por qué?...conocemos la existencia de campañas de prevención para disminuir los accidentes de tráfico, los problemas de alcoholemia, el tabaquismo...pero en lo referente a los suicidios, hasta la propia Administración mira para un lado. Esto nos puede dar una primera aproximación a la realidad a la que nos vamos a enfrentar. Si la muerte es ya de por sí un tema tabú, este carácter se incrementa si ha sido provocada en estas circunstancias, hasta tal punto que se convierte en un estigma rodeado de silencio, ocultismo y secretis-

mo, como si los propios dolientes fueran los culpables de la muerte, y como si resultara incómodo hablarles de ello.

Todos los duelos producen dolor, sin embargo, en este tipo de duelo, al dolor extremo provocado por la pérdida se unen el sufrimiento que supone saber que la muerte ha sido elección de la propia persona, el sentimiento de culpa que esto conlleva, y el sentimiento de vergüenza para la familia, que reacciona intentando esconder los hechos para no reconocer que la muerte ha sido provocada por el fallecido. Es complicado tratar el duelo que produce una muerte por suicidio, ya que en la mayor parte de las ocasiones deriva en un duelo complicado que es necesario tratar de forma específica.

- En el caso de *muertes masivas*, que no dejan de ser muertes súbitas o traumáticas. Estas muertes suelen estar causadas por desastres naturales, atentados terroristas, accidentes..., llevándose la vida de una gran multitud de personas. Surge aquí un tipo de duelo que no se da en la muerte súbita, el *duelo de los supervivientes*, ¿por qué murieron ellos y yo no?, esta es una de las principales características, el profundo sentimiento de culpa de aquellos que viven tras la catástrofe, así como la vulnerabilidad e impotencia que sienten.

Es importante disponer de herramientas a la hora de abordar este tipo de situaciones, tanto con el superviviente como con la familia de los fallecidos, sobre todo a la hora de comunicar la noticia, buscando siempre la minimización del impacto de la mala noticia en los familiares. Será necesario además valorar las características so-

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

ciopersonales y las habilidades de afrontamiento de cada uno de los miembros de la familia.

Además de dolor, una pérdida supone también una desestabilización económica, hasta el punto que puede colocar a algunas familias en situación de vulnerabilidad. Debemos de tener en cuenta, los factores económicos (minoración de los ingresos), laborales (pérdida de trabajo del fallecido y mayor carga para el doliente) y sociales (pérdida de un elemento principal en la red de apoyo familiar y social).

El trabajador social debe de conocer los mecanismos administrativos que son necesarios articular para una correcta gestión de recursos, por lo que podría ser una figura clave también en este aspecto.

Ello supone tener un conocimiento exhaustivo de todos los trámites a realizar tras el fallecimiento, máxime si el difunto no cuenta con aseguramiento de decesos, que aún en caso de existir, es necesario aclarar que sólo se ocuparía de los trámites anteriores al enterramiento o incineración; los posteriores, esto es herencias, pensiones, obligaciones,... quedarían a expensas de la capacidad resolutoria de cada persona o de la existencia de un profesional que ayude a su tramitación. Serían:

- Certificado de Actos de Última Voluntad.
- Certificado de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.
- Testamento o Declaración de Herederos.
- Inventario de Bienes.
- Partición de la herencia o Cuaderno particional.

- Pago de los impuestos correspondientes (Impuestos de sucesiones, impuestos sobre el valor de los terrenos de naturaleza urbana).

- Toma de posesiones de los bienes de la herencia.

- Solicitud de prestaciones y pensiones

Éstas últimas a su vez se concretan en:

- Pensión de viudedad.
- Prestación temporal de viudedad.
- Pensión de orfandad.
- Pensión en favor de familiares.
- Subsidio en favor de familiares.
- Auxilio por defunción.

En otro orden de cosas, aunque en teoría la muerte de un familiar debería convertirse en un momento de unión entre los miembros de la familia, en la práctica a veces saca a relucir enfrentamientos, derivados en la mayor parte de los casos de conflictos relacionados con la herencia. En más de una ocasión estos enfrentamientos han llevado a que hermanos y familiares que parecían muy unidos incluso dejen de hablarse.

*La figura del Trabajo Social debe de adoptar aquí una posición mediadora, sin embargo, para que la mediación resulte efectiva, son necesarios ciertos conocimientos legales tanto de quiénes son los herederos forzosos como de qué forma se realiza legalmente el reparto de los bienes, así*



## Social Work in Tanatories: expectation or reality?

como con qué recursos podemos contar para hacer frente a este tipo de conflictos.

En este sentido, podemos decir que la mayor parte de los problemas en las familias se producen a raíz de la pérdida y sobre todo en el proceso sucesorio, máxime en al caso de no existir testamento.

Aclarar que, el *orden de sucesión que establece la ley* es: Hijos y descendientes → Padres y Ascendientes → Cónyuge → Hermanos e hijos de hermanos → Resto de parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad (a falta de los tíos, los primos hermanos) → Estado

Y que, *los conflictos más habituales a los que nos vamos a enfrentar son*, el Reparto de bienes, la Designación de herederos y el Pago del impuesto de sucesiones, puesto que tiene que realizarse en los seis meses tras el fallecimiento.

En lo referente a las soluciones que podemos plantear a los conflictos generados entre herederos, destacar la figura del “Albacea”, la figura del “Contador-partidor”, la cláusula testamentaria de sometimiento a mediación y la cláusula escalonada de arbitraje

La mediación interviene en la parte emotiva que conllevan estos conflictos, reduciendo las tensiones y mejorando las relaciones futuras, además de evitar procedimientos judiciales, que se caracterizan por ser largos y costosos, tanto económica como emocionalmente.

Cualquier miembro del núcleo familiar que no esté de acuerdo con el reparto de la herencia puede hacer uso de la Mediación, sin embargo *existen dos condiciones*:

- Que uno o varios miembros del núcleo familiar decidan resolver el conflicto de forma pacífica y responsable.
- Que no hayan iniciado trámites legales, y si se hubieran iniciado deben comprometerse a paralizarlos, al menos temporalmente.

Otra cuestión a tener en cuenta es la herencia entre parejas de hecho; la Legislación española no dicta nada en referencia a las mismas, sí las Legislaciones Autonómicas, según las cuales en algunos casos tendrán los mismos derechos que los matrimonios y en otros no gozarán de ninguno.

## 2. Marco Legal

Al adentrarnos en la normativa legal que regula la prestación de servicios funerarios, nos encontramos con una legislación dispersa, y obsoleta, carente de operatividad:

- Encabezada por un Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria del año 1976, que unido a la distribución competencial existente sobre esta materia entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, ha provocado un escenario con múltiples reglamentos totalmente diferentes.
- Un anteproyecto de Ley de Liberalización de los Servicios Funerarios del año 2011, que desregula tanto la parte operativa como la parte sanitaria de la actividad.

Ante este escenario, PANASEF (Asociación Nacional de Servicios Funerarios), abogó, en el XIII

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

Congreso Nacional celebrado en Bilbao, por la necesidad de crear una Ley de Servicios Funerarios que regulase adecuadamente y respetara la liberalización del sector, sin perder su calidad operativa y sanitaria.

En su intervención, PANASEF hace referencia también a la escasa formación existente, demandando una formación específica de calidad ligada a los certificados de profesionalidad que la nueva Ley de Formación Profesional para el Empleo (Ley 30/2015) recoge.

Si analizamos la mencionada Ley 30/2015, nos encontramos con la existencia del Certificado de Profesionalidad SSCI0312. Atención al cliente y organización de actos de protocolo en Servicios Funerarios (RD 990/2013, de 13 de diciembre). Este certificado consta de tres unidades de competencia:

- Atender e informar en la demanda de prestación de servicios funerarios y realizar las operaciones de cobro.
- Organizar las prestaciones de servicios funerarios.
- Organizar los actos de protocolo funerario y actividades de asistencia a la persona solicitante, familiares y/o personas usuarias.

En principio, y a pesar de que todas las unidades competenciales podrían ser llevadas a cabo por trabajadores sociales, podría pasar desapercibido, sin embargo, si indagamos en el certificado y en la formación que se oferta, encontramos tareas tales como:

- Realizar trabajos de atención e información en la demanda de prestación de servicios fu-

nerarios, tanto en la contratación y prestación del mismo, como durante su desarrollo atendiendo de manera personalizada las demandas de los/as solicitantes, familiares y/o personas usuarias y organizando la prestación y los actos de protocolo del servicio funerario aplicando criterios de calidad.

- Realizar la atención a la persona solicitante y/o familiar de prestaciones de servicios funerarios.
- Solicitar y organizar la documentación legal, oficial e interna para la prestación del servicio funerario.
- Asistir a la persona solicitante, familiares y/o personas usuarias.

Asimismo, el plan de estudios recoge contenidos tales como:

Análisis de las técnicas de comunicación y habilidades sociales; empatía y asertividad; escucha activa; comunicación con una o varias personas: diferencias y dificultades... contenidos que recoge el Plan de Estudios de Trabajo Social, unidos a contenidos específicos relacionados con el duelo: Elaboración del proceso de duelo, características, fases, aspectos psicológicos de la muerte, el duelo en los niños,... Formando por tanto a profesionales con el perfil del trabajo social en muchos de sus contenidos pero sin necesidad de serlo.

### 3. Conclusiones

El fallecimiento de un miembro de la familia o de una persona cercana, fuerza a los dolientes a adaptarse a una nueva situación en la que el



## Social Work in Tanatories: expectation or reality?

fallecido aunque ya no está presente físicamente sigue presente a nivel emocional y mental, como si no hubiese muerto, con la firme creencia de que pudiera aparecer en cualquier momento.

Los recursos familiares son normalmente las herramientas con las que cuentan los dolientes para reconstruir el sistema familiar, deshechos tras el óbito; por ello, cuando hablamos de un proceso de duelo normal, en principio, nos vamos a encontrar con que no se suele requerir una intervención profesional en el ámbito psicológico, ya que son los propios familiares y amigos (redes de apoyo) los que despliegan sus recursos tanto internos como externos para hacer frente a la situación.

Ello no quita que no se pueda intervenir desde otros ámbitos.

Aquí es donde el Trabajo Social puede desarrollar su campo de acción mediante:

- Asesoramiento y apoyo en el duelo para evitar que la situación generada por la pérdida se agrave hasta el punto de derivar en un duelo patológico.
- Orientación en el proceso de cambio, muchas veces es necesario enseñar a la familia a reubicarse, a cambiar de hábitos y de rutina, acompañándolos en estos momentos en los que se encuentran desorientados.
- La redistribución de tareas y la gestión del tiempo tras la pérdida, que tan difícil es tras la misma.
- La identificación de los recursos y prestaciones disponibles para la familia: pensiones de viudedad, de orfandad, subsidios, seguros...
- La capacitación de la familia ante una reestructuración de roles que tras el fallecimiento, puede desbordarles. Será necesario ayudarles a lograr un nuevo equilibrio, previniendo posibles situaciones de vulnerabilidad en las que pueden encontrarse sobre todo tras la pérdida de una figura clave en el seno familiar.
- El desarrollo de habilidades relacionales que los ayuden a retomar sus vidas junto a otras personas.
- El fomento de la participación en grupos de autoayuda.
- La ruptura de todos los mitos sobre el duelo, del "tienes que ser fuerte", del "llámame si me necesitas", del "tiempo todo lo cura", de "podía haber sido peor"...
- El asesoramiento y si es necesario acompañamiento o gestión en todos los procesos administrativos, en la gestión de la herencia, en los trámites que se han de realizar tras el óbito, en la recopilación de documentación necesaria para las tramitaciones, en la resolución de los posibles conflictos que puedan surgir, en los plazos para presentar toda la documentación....
- La intervención específica en los casos de duelo anticipado y de claudicación familiar, donde debemos ser los cimientos que sustentan y mantienen unidos tanto al equipo profesional como a la estructura familiar.
- La detección temprana, pero nunca la intervención, sí la derivación, en los casos de duelo patológico

## El Trabajo Social en Tanatorios: ¿expectativa o realidad?

Los conocimientos básicos, mínimos o elementales de conceptos relacionados con la muerte no forman parte del bagaje general en Trabajo Social, o lo son en muy poca medida. Esto hace que exista una gran confusión en las expectativas que la sociedad espera del Trabajo Social y sus intervenciones, y si esto ocurre entre los propios profesionales, en mayor medida ocurre en la población en general, que no conoce suficientemente los recursos de nuestra profesión, o en todo caso tiene de ella un conocimiento parcial e incompleto.

### 4. Propuestas

Se hace necesario, por tanto una serie de medidas que, a largo plazo, permitieran la incorporación de nuestra disciplina en el ámbito que nos ocupa: el funerario.

- Aumento de la oferta formativa, casi inexistente, dirigida únicamente a trabajadores sociales y en el entorno específico de la muerte, de cara a lograr una mayor rigurosidad y una mayor profesionalización.
- Campañas de sensibilización por parte de los Colegios Profesionales y de todas aquellas entidades representativas del colectivo de Trabajo Social. Realización de Congresos y Jornadas para defender nuestra labor entre los propios profesionales y entre las empresas que copan el sector funerario.
- Elaboración, por parte de los CPTS, y el propio Consejo General, apoyados por las Universidades, de un Plan Estratégico para el abordaje de los distintos tipos de duelo desde el Trabajo Social.

Los CPTS pueden llegar a acuerdos con las distintas entidades funerarias y con las compañías de seguros de decesos, ofreciendo este plan estratégico para abordar los distintos tipos de duelo a través de la Responsabilidad Social Corporativa de cada una de ellas; mientras que las Universidades pueden colaborar conveniando prácticas en este sector.

- Negociaciones de los COTS con tanatorios para difundir la figura y función de los Trabajadores Sociales y su aportación en este campo.
- Introducción en Másters Gerontológicos optativas de Gerontología acerca del tema del duelo y de la intervención del Trabajador Social en los Tanatorios.

En definitiva, empoderamiento, concienciación, formación de calidad, difusión y campañas de visibilización. Sólo así estaremos en posición de abrir nuevos campos para el Trabajo Social o de luchar por aquellos que nos corresponden.

## Social Work in Tanatories: expectation or reality?

## BIBLIOGRAFÍA

- Bonanno, G.A. Y Kaltman, S. (2001). *The varieties of grief experience. Clinical Psychology Review* (21) 705-734.
- Bowlby, J. (1995). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ed Morata.
- Carpenito L.J. (1995). *Diagnóstico de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana. Nueva York.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía. Obras completas*, (14) 235-255. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires.
- IDECC (2011). *Diplomado de tanatología con enfoque Gestalt*. México.
- Kübler Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Barcelona: Martínez Roca.
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Pangrazzi A. (1993). *La pérdida de un ser querido*. Madrid: Ediciones Paulinas.
- Rey, M. N. (2005). *Aprendiendo a despedirse: de la pérdida a la superación*. Madrid: Afal.
- Turner, M. (2004). *Cómo hablar con niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social* (47) 184-199.

## WEBGRAFÍA UTILIZADA

- BOE núm. 32 de 2014, consultado el 01 de 06 de 2017 de [https://sede.sepe.gob.es/es/portalttrabaja/resources/pdf/fichasCertificados/SSCI0312\\_ficha.pdf](https://sede.sepe.gob.es/es/portalttrabaja/resources/pdf/fichasCertificados/SSCI0312_ficha.pdf)
- BOE núm. 32 de 2014, consultado el 01 de 06 de de 2017 de <https://sede.sepe.gob.es/es/portalttrabaja/resources/pdf/especialidades/SSCI0312.pdf>
- BOE núm. 32 de 2014, consultado el 01 de 06 de de <https://sede.sepe.gob.es/especialidadesformativas/RXBuscadorEFRED/uedaFormacion=&volverUrl=>
- Definición internacional de Trabajo Social. Consultado el 01 de 06 de 2017: <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- DUELO PROCESO INDIVIDUAL, PROCESO FAMILIAR, PROCESO SOCIAL. Magdalena Pérez Trenado. Psicóloga. Psicoterapeuta. (2016). Docplayer.es. Consultado 01 de 06 de de 2017 de <http://docplayer.es/3019310-Duelo-proceso-individual-proceso-familiar-proceso-social-magdalena-perez-trenado-psicologa-psicoterapeuta.html>
- Estudio comparativo a nivel europeo sobre normativa del sector funerario, consultado el 01 de 06 de de [http://www.panasef.com/wp-content/uploads/2015/10/PWP\\_Logrono\\_Gestores\\_Europeos\\_II.pdf](http://www.panasef.com/wp-content/uploads/2015/10/PWP_Logrono_Gestores_Europeos_II.pdf)
- Estudio sobre los servicios funerarios en España, consultado el 01 de 06 de de 2017 de <http://www.minhap.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Internacional/Union%20Europea/Documents/10-06-28%20ESTUDIO%20FUNERARIAS.pdf>
- Panasef, Ponencias, consultado el 01 de 06 de 2017 de <http://www.panasef.com/servicios/ponencias/>
- Propuesta de Definición Global del Trabajo Social. Consultado el 01 de 06 de de 2017 desde <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Un par de etimologías de «duelo». Consultado el 01 de 06 de 2017 desde <http://www.delcastellano.com/2013/06/15/un-par-de-etimologias-de-duelo/>



## Intervención psicosocial al final de la vida del menor y/o adolescente

### Resumen

A través de la intervención psicosocial en el proceso de final de vida en menores, las y los trabajadores sociales atendemos las necesidades sociales, emocionales y espirituales para contribuir a la mejora de los cuidados paliativos de las personas en situación de enfermedad avanzada y sus familiares.

La intervención en este campo exige un amplio enfoque interdisciplinar que incluye a la familia y utiliza los recursos de la comunidad que pueden implementarse con éxito incluso cuando los recursos son limitados.

Contemplamos la intervención social en la atención en duelo, a todas las personas afectadas por la pérdida de un hijo y/o hija a través de, actuaciones de anticipación de la pérdida para evitar que se desarrolle un duelo complicado. Se integran los aspectos espirituales que permiten al paciente y a sus familiares afrontar serenamente el proceso final, desde un respeto máximo a las creencias, convicciones y valores de cada uno.

Ofrecemos apoyo específico a los profesionales sanitarios en temas como la comunicación en situaciones difíciles y la gestión del estrés y burnout, también a través de sesiones grupales de carácter formativo o de autoayuda e intervenciones individuales.

### Palabras clave

Cuidados Paliativos. Niños. Enfermedad Avanzada. Adolescencia.

## Psychosocial intervention at the end-of-life of children and teenagers

### Abstract

Through psychosocial intervention in the process of end of life in children, social workers attend social, emotional and spiritual needs to contribute to the improvement of palliative care for people with advanced disease and their families.

Intervention in this field requires a broad interdisciplinary approach that includes the family and utilizes the resources of the community that can be successfully implemented even when resources are limited.

We contemplate the social intervention in bereavement care, to all the people affected by the loss of a son and / or daughter through, actions of anticipation of the loss to avoid that a complicated duel develops. The spiritual aspects are integrated that allow the patient and his family to calmly face the final process, from a maximum respect to the beliefs, convictions and values of each one.

We offer specific support to health professionals on issues such as communication in difficult situations and stress management and burnout, also through group sessions of training or self-help and individual interventions.

### Keywords

Palliative Care. Children. Advanced disease. Teenagers.

### Authors/Autores

**Alejandro García Gea**

Diplomado en Trabajo Social.  
Trabajador Social en ASPANION  
[alicante@aspanion.es](mailto:alicante@aspanion.es)

**Amparo Jiménez de la Torre**

Diplomada en Trabajo Social. Trabajadora  
Social y Coordinadora General de ASPANION  
[valencia@aspanion.es](mailto:valencia@aspanion.es)

**Maite Rubio Bodí**

Diplomada en Trabajo Social.  
Trabajador Social en ASPANION  
[valencia@aspanion.es](mailto:valencia@aspanion.es)

**Marta López Maestro**

Diplomada en Trabajo Social.  
Trabajador Social en ASPANION  
[valencia@aspanion.es](mailto:valencia@aspanion.es)



RECIBIDO: 03.07.17 | REVISADO: 25.07.17 | ACEPTADO: 26.07.17 | PUBLICADO: 28.08.17

# Intervención psicosocial al final de la vida del menor y/o adolescente

## Introducción

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos establece:

El cuidado paliativo pediátrico comienza cuando comienza una enfermedad grave y continúa en el transcurso de la misma. Este reconocimiento, debido a la legislación actual y las declaraciones de derechos humanos, nos lleva a trabajar de forma holística, compleja y comprensiva. (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007)

Un menor o adolescente se encuentra en fase de enfermedad avanzada cuando debido a la progresión de la enfermedad, ya no es posible llevar a cabo un tratamiento con posibilidades de curación. El objetivo general de la intervención psicosocial es contribuir a la mejora de la calidad de vida tanto del enfermo, como de sus familiares.

La familia es un elemento clave en la atención del niño o adolescente al final de la vida. En este momento, la unidad familiar es la encargada de proporcionar los cuidados físicos y emocionales que contribuirán a que el menor enfermo viva de la mejor manera posible esta etapa. Además, la familia forma con el paciente una unidad de tratamiento, porque lo que afecta a uno influye en el otro y viceversa. La familia funciona como un ecosistema que se desestabiliza cuando el niño o adolescente enferma y más aún cuando pasa a fase de final de vida.

La situación también es difícil de vivir para las hermanas y hermanos, deben asimilar los cambios en el núcleo familiar y por eso es especialmente importante que sean informados en cada momento de una manera adaptada a su edad. Es

aconsejable que cuando lleguen los últimos momentos, demos la oportunidad de despedirse de la niña y/o niño.

Además al comunicarnos con sinceridad, el niño o adolescente percibe que tiene un adulto con el que poder compartir sus miedos y sus sentimientos, y esto facilitará mucho su adaptación a todo el proceso que está viviendo.

Resulta fundamental que, para el diseño de las estrategias, metodología y recursos necesarios para una adecuada atención a los menores en situación de enfermedad avanzada, últimos días y duelo se tenga en cuenta las opiniones de las familias que han pasado o están pasando por esta situación. El reto del trabajador social es detectar y conocer las necesidades de las niñas y niños y sus familias para poder intervenir en las diferentes etapas por las que a de atravesar. Existen protocolos de intervención que se van actualizando como instrumentos de trabajo necesarios e indispensables para el acercamiento a las situaciones de riesgo social.

## 1. Metodología

### 1.1.- Fase de Derivación

La intervención profesional se basa en el trabajo en equipo, donde profesionales de las distintas disciplinas que atienden al menor y su familia comparten información, establecen líneas comunes de actuación y prestan apoyo mutuo.

La derivación del caso al trabajador social puede realizarse a través de una hoja de interconsulta o por la comunicación en sesiones clínicas en las que participa el propio trabajador social.

## Psychosocial intervention at the end-of-life of children and teenagers

En la hoja de interconsulta, además de datos personales, se incluyen datos clínicos como el diagnóstico, la fecha del mismo, el pronóstico, el motivo de la derivación y las necesidades detectadas.

La derivación del caso se produce poco después de que el equipo médico haya tenido su primer contacto con la familia, contacto que ha servido para informar del diagnóstico y pronóstico. Es conveniente que el médico ponga en conocimiento de la familia que el trabajador social tendrá un primer contacto con ellos fundamentalmente para:

- Introducir a la familia en los cuidados sociales, psicológicos y espirituales.
- Se le dará a la familia una visión de trabajo en equipo y un primer mensaje de la importancia de atender las dimensiones emocionales y espirituales asociadas a la enfermedad.

### 1.2.- Fase de Valoración Inicial

A través de una sesión inicial de valoración por parte del trabajador social se realiza un análisis de las necesidades detectadas a través de la información trasladada por el equipo con el objetivo de programar la intervención de cada profesional. En función de las necesidades se plasman los objetivos de la intervención y las tareas a llevar a cabo, distribuyéndose en función del rol. También es momento para la valoración de intervenciones conjuntas a nivel individual o familiar. Se tendrá en cuenta el contexto de la intervención

#### 1.2.1.- Diagnóstico Social

Se estudiará la realidad familiar para la realización de un diagnóstico de la situación y elabora-

ción de hipótesis, todo ello para lograr como objetivo general el mejorar la calidad de vida del niño o adolescente en situación de enfermedad avanzada y su familia, durante los primeros momentos tras el diagnóstico o cambio de pronóstico.

#### 1.2.2.- Objetivos

- *Apoyar emocionalmente:* En este primer momento la escucha activa es una técnica fundamental para rebajar el grado de ansiedad del paciente o la familia. Facilitando la descarga emocional en este momento de shock. Este espacio es prioritario antes de la realización de entrevistas más profundas para conocer con detalle la situación familiar e identificar necesidades o problemas.
- *Ofrecer e informar sobre recursos sociales y/o comunitarios:* En este primer o primeros contactos con la familia la posible situación de shock emocional no les va a permitir prestar atención o interesarse por el trámite de recursos sociales que pueden facilitar su estancia hospitalaria, o aliviar problemas sociales existentes desde antes del diagnóstico y que son un factor estresante añadido al proceso de la enfermedad, o de nuevos problemas sociales que surgen a consecuencia del diagnóstico.
- Validar el trabajador social a que la familia conozca la existencia de estos recursos, sin profundizar demasiado en las características de los mismos, pero asegurándose de que la familia se queda con la tranquilidad de que hay una serie de servicios que van a mejorar su calidad de vida y que con la ayuda del profesional serán tramitados cuando sea el momento oportuno o cuando la necesidad se

## Intervención psicosocial al final de la vida del menor y/o adolescente

haga patente fruto de la evolución de la enfermedad. No hay que olvidar que en esta primera fase las familias anticipan muchas de las cosas que pueden suceder y se crean situaciones de ansiedad debido a no saber cómo van a poder hacerle frente.

- *Conocer y potenciar la red de apoyo a la familia:* Desde los primeros contactos con la familia, tras estudiar las redes de apoyo con las que cuentan, y en el caso de valorar positivamente la conveniencia de implicarlas en el proceso de la enfermedad, los profesionales incidirán en la idea de lo positivo que resultaría para la familia contar con el apoyo cercano de la familia extensa, como elemento donde apoyarse emocionalmente y como recurso para establecer momentos de respiro de los cuidadores principales, remarcando que un buen estado físico y emocional de los familiares repercutirá positivamente en el estado físico y anímico del menor.
- *Coordinar con el equipo receptor que interviene en el proceso:* El primer paso para la coordinación se produce a través del Equipo Receptor tras la derivación del caso. La fórmula de reuniones semanales, quincenales y/o mensuales del equipo interdisciplinar, es un buen instrumento para compartir experiencias y sensaciones vividas con la familia, y para conocer de primera mano información acerca de la situación clínica, social o psicológica y establecer unas directrices comunes de plan de trabajo con la familia, potenciando o incidiendo en aquellos aspectos que haya que reforzar o reformar para lograr su bienestar. Estas reuniones también suponen el espacio en el que se produce el desahogo emocional de los propios profesio-

nales sanitarios tras su práctica diaria con los pacientes.

- *Elaborar hipótesis de trabajo:* Tras los primeros contactos con las familias los profesionales elaborarán las hipótesis de trabajo que trazarán las líneas de la intervención psicosocial a realizar a partir de ese momento.

### 1.2.3.- Niveles de Intervención:

Distinguimos:

- Individual, con el propio paciente o con familiares por separado.
- Familiar, en sesiones conjuntas en el ámbito domiciliario u hospitalario.
- Grupal, sesiones en las que participen varios niños y otras exclusivas para familiares.

### 1.2.4 Actividades

- *Conocimiento del diagnóstico y pronóstico médico:* resulta fundamental para el trabajador social estar informado del diagnóstico médico del paciente, del pronóstico de vida y de la evolución de la enfermedad. Del mismo modo es necesario saber qué información se le ha comunicado al paciente y cual no, y también como se le ha comunicado así como la respuesta que ha tenido ante esa información.
- *Conocimiento de la situación social, laboral, económica, escolar, de la familia:* Esta información será básica para conocer qué necesidades existen en la familia que puedan suponer un factor estresante añadido al de la enfermedad. También conociendo esta infor-



## Psychosocial intervention at the end-of-life of children and teenagers

mación podremos anticipar problemas futuros y darles respuesta antes de que se conviertan en un problema para el menor o la familia.

- *Acogida y primera información:* Es como denominamos al primer encuentro que tiene lugar entre el trabajador social y el paciente junto a su familia. Generalmente, aunque dependiendo de la edad del menor, tras un primer contacto en el que está presente el niño y/o adolescente, tiene lugar la primera entrevista a solas con los padres o cuidadores principales. Esta entrevista está basada, como hemos dicho anteriormente, más en el apoyo emocional a través de la escucha activa que en la indagación sobre la situación general de la familia o la información de recursos de carácter social. Es probable que tras este primer contacto la familia no retenga mucha de la información que se le ha dado, por muy básica que sea (nuestros nombres, nuestra función) pero sí que identifiquen que somos un recurso de apoyo con el que van a poder contar durante todo el proceso de la enfermedad.
- *Entrega de material informativo:* consideramos que el momento de la acogida no es el más indicado para volcar demasiada información en el paciente y su familia. Una solución es preparar una carpeta con material informativo, sobre el trabajo del equipo o incluso con lecturas que pueden ayudar al niño y/o adolescente y o a la familia a entender la situación que están viviendo. De este modo ellos dispondrán de esta información para hacer uso de ella cuando estén preparados. Antes de entregar esta carpeta informativa habrá que valorar el contenido de la misma, dependiendo del análisis que se haga de la

situación familiar después del primer contacto, adaptando los contenidos de la misma al grado de conocimiento de la enfermedad del menor o al grado de aceptación del diagnóstico y pronóstico.

- *Gestión de recursos:* recursos de carácter social que palien las necesidades detectadas.
- *Coordinación con profesionales del Equipo Receptor:* resulta fundamental el trabajo coordinado, compartiendo información y realizando un diagnóstico desde cada disciplina, para establecer líneas comunes de atención al menor y su familia.
- *Apertura de expediente:* Para el registro de la información obtenida del trabajo con la familia.
- *Visita hospitalaria:* La frecuencia de las mismas varía dependiendo del análisis de la situación familiar que se vaya detectando. Al principio del diagnóstico de enfermedad avanzada deberán ser frecuentes para realizar una aproximación lo más certera posible de la situación de la familia y con el paso del tiempo la frecuencia variará dependiendo de la capacidad de adaptación de la familia a la necesidad que están viviendo. Lo mismo ocurre con la duración de las mismas.
- *Contención emocional:* el momento del diagnóstico es clave para que tanto el menor como su familia expresen sus miedos y sus sentimientos respecto a la situación que están viviendo. Se dan casos en los que tras acabar de conocer al profesional tienen lugar a petición de la familia largos encuentros donde se facilita la descarga emocional, y casos en los que a través de cortas visitas hospitalarias se

## Intervención psicosocial al final de la vida del menor y/o adolescente

afianza la confianza y se establece el vínculo profesional con el paciente y familia para que llegado el caso, cuando lo estime oportuno, vea al trabajador social como un recurso para el desahogo de emociones.

### 1.3.- Fase de Seguimiento de la situación familiar

Se planificarán las líneas de trabajo con el menor/familia. Para ello se evaluará el trabajo desarrollado por el equipo y su impacto en el bienestar social, psicológico y espiritual del menor y su familia, teniendo en cuenta los siguientes objetivos específicos:

- *Valorar la adaptación al hospital.* Las estancias prolongadas en el hospital pueden provocar una etapa de desorganización que pone a prueba la estabilidad familiar. Además, la disminución de la calidad y cantidad de horas de descanso y la alimentación de los cuidadores, es un factor de riesgo a tener en cuenta.
- *Fomentar la participación de los padres y del paciente en el proceso de la enfermedad:* Tanto el niño como el adolescente (en función de la edad y capacidad de comprensión) tienen derecho a que sus opiniones sean tenidas en cuenta en todas las decisiones sobre el proceso de la enfermedad. Además, los padres o tutores legales deben ser reconocidos y hay que promover que ejerzan como los principales dadores de cuidado, respetando también sus opiniones.
- *Gestionar recursos:* la coordinación con profesionales de otros servicios comunitarios encargados de gestionar y tramitar prestaciones de carácter social que van destinadas a paliar las necesidades, y/o demandas de la familia.
- *Coordinar con otros profesionales:* trabajar coordinadamente con el equipo sanitario, compartiendo información y realizando un diagnóstico desde cada disciplina, para establecer líneas comunes de atención al menor y su familia
- *Preparar para el alta:* tras el diagnóstico de la enfermedad, después de haber pasado una temporada de mayor o menor duración en el hospital, es un objetivo básico el trabajar con la familia y el menor, la vuelta a casa. A menudo surgen preocupaciones o miedos debido a factores como que la vivienda no se encuentra adaptada a las necesidades del menor o que se encuentra alejada del centro sanitario donde está recibiendo tratamiento creando a la familia situaciones de estrés en caso de necesitar una urgencia. Del mismo modo, volver a casa supone reencontrarse con las redes sociales de la familia, en ocasiones las familias no saben cómo hacer frente al proceso de comunicación con vecinos, amigos o familia extensa, dudan de cuanta información deben dar, de cómo darla y temen encontrarse con una excesiva oferta de ayuda que les reste tranquilidad o por el contrario con un aislamiento debido a la dura realidad en la que se encuentran. Otro hecho a tener en cuenta es que, en el caso de existir hermanos y si estos no han vivido de cerca el periodo de hospitalización, el alta supone reencontrarse al niño con sus hermanos y también tener que manejar un proceso de comunicación con ellos.
- *Fomentar y posibilitar recursos de ocio:* adaptados a la situación del menor. El juego es el método natural con el que los niños no solo se divierten sino que además se comunican y aprenden. El niño o adolescente tiene la ne-

## Psychosocial intervention at the end-of-life of children and teenagers

cesidad de jugar y divertirse durante todas las etapas de la enfermedad. Además les ayuda a expresar sus miedos, reducir la ansiedad, olvidar o disminuir síntomas físicos y a comunicarse y relacionarse con los demás.

- *Prevenir situaciones de riesgo:* tras una primera fase de estudio de las características emocionales, organizativas, económicas, sociales y espirituales resulta importante incluir en el diagnóstico familiar las posibles necesidades o problemas que pueden emerger conforme transcurre la enfermedad y a planificar las acciones a llevar a cabo para solventarlas.
- *Preparar el duelo, facilitar la despedida:* a través de sugerencias para comunicarse con los niños y adolescentes. La comunicación en últimos días es uno de los más poderosos instrumentos de alivio no sólo para el paciente, sino también para la familia. Manteniendo el contacto se recibe apoyo social y emocional. Una buena comunicación facilita hacer frente a la enfermedad y sus dificultades.

### 1.4.- Fase de Intervención en duelo

La pérdida de un ser querido supone un hecho traumático que desencadena un proceso de elaboración denominado “proceso de duelo” y que requerirá de la atención de un especialista en aquellos casos que se observen factores de riesgo como puede ser la corta edad del fallecido.

Previamente al fallecimiento y siguiendo el protocolo de actuación en enfermedad avanzada se atiende a la familia con el objetivo de facilitar la despedida, detectar posibles factores de riesgo y así evitar un duelo complicado. Durante esta fase es importante tener en cuenta diferentes aspectos

como son la comunicación entre médico-familia-paciente, la participación de los hermanos, el abordaje de los temores relacionados con la anticipación de la pérdida, aspectos socioeconómicos referidos al sepelio que pueden agravar el malestar de los padres si no se resuelven definitivamente la intervención psicosocial deberá adaptarse a las necesidades de la familia y al paciente con el objetivo de reducir el malestar emocional en la fase de duelo anticipado, favoreciendo la normalización del posterior duelo.

La atención del duelo se inicia con el apoyo de los profesionales del equipo sobre la familia en la etapa final del niño durante la hospitalización o estancia en domicilio, favoreciendo el proceso de despedida, rituales religiosos, apoyo emocional, espiritualidad.

La necesidad de abordar el proceso de duelo se refleja en las siguientes frases comentadas por padres tras la intervención psicosocial:

*“La vida sigue a pesar de...”*

*“El dolor compartido es más llevadero”*

*“Solicitar ayuda te empuja a continuar”*

*“Aprenderás a valorar más los recuerdos”*

*“Valorarás cosas que antes eran insignificantes”*

*“Apreciarás el trabajo del personal sanitario”*

*“Eres más fuerte de lo que piensas”*

*“Aprenderás a convivir con el dolor”*

*“Valorarás los años que has pasado con él”*

## Intervención psicosocial al final de la vida del menor y/o adolescente

*“La vida son momentos, vivencias, es lo que nos llevamos”*

*“El dolor es único”*

Una vez la trabajadora y el trabajador social, son conocedores de la pérdida del niño o adolescente a través de la información que recibe del equipo médico o de la propia familia se realiza una valoración en la sesión multidisciplinar acerca de cuáles han sido las circunstancias en las que se ha producido el fallecimiento.

Para realizar el diagnóstico social tras el fallecimiento se valoran y analizan entre otros, los siguientes factores que variarán si la comunicación de la pérdida la realiza el equipo médico o la familia:

- Se verifica si ha quedado resuelto el sepelio.
- Impacto económico: si tienen los recursos necesarios, ayuda de la asociación, de familiares,...
- Si ha sido posible satisfacer los deseos de la familia en cuanto a cuestiones culturales y/o religiosas.
- Apoyo sociofamiliar con el que cuenta la familia.
- Lugar del fallecimiento, domicilio y hospital.
- Existencia de dolor en los últimos momentos, impacto emocional en la familia.
- Quién ha estado presente en el momento del fallecimiento, especial atención a los hermanos.

- Existencia previa de factores de riesgo.
- Cómo ha sido la despedida, si la familia ha tenido la opción de despedirse antes de fallecer, si han dispuesto de un lugar de intimidad, si han podido avisar a los familiares.

A la semana de fallecer, se enviará una carta de condolencias con el objetivo de transmitir el pésame por parte del equipo que ha acompañado a la familia, ofreciendo la disponibilidad de recursos de apoyo en duelo.

A través de un posterior contacto con la familia, y tras la valoración, se planifica el tipo de intervención a realizar. En el caso de que la familia no considere necesario el apoyo se ofrece la disponibilidad del equipo para lo que desee.

## 2. Resultados y discusión

La definición de niño para la Organización Mundial de la Salud es: menor de 18 años. Por todo ello, este grupo de edad se considera especial, específico tanto por los especialistas de adultos como por los pediatras.

- El cuidado paliativo pediátrico, es una asignatura pendiente en la sanidad española ya que dependiendo de cada Comunidad Autónoma autogestiona la implantación de estos cuidados por lo que el escenario en el que nos encontramos es el de la existencia de desigualdades territoriales significativas.
- Este tipo de cuidados se realizan en unidades especializadas o en unidades generales pediátricas: oncología, unidades domiciliarias, UCIs, atención primaria etc. Por lo que sin la

## Psychosocial intervention at the end-of-life of children and teenagers

existencia de este tipo de recursos no existen los cuidados.

Desde los diferentes modelos posibles se puede dar una atención integral de calidad si se apuesta por el trabajo en equipo interdisciplinar; la integración de programas de voluntariado; la presencia de trabajadores sociales y psicólogos; el tratamiento de la vertiente espiritual; la formación de profesionales y el cuidado emocional de los mismos; el desarrollo de un trabajo posterior de duelo etc. Todo esto es lo que se debería impulsar y que creciera en el sistema nacional de salud y en los servicios sanitarios de las comunidades autónomas.

### 3. Conclusiones

La intervención profesional de las y los trabajadores sociales, nos acercan a las situaciones reales por las que atraviesan las familias. Es la vía de contacto con la realidad de las situaciones en enfermedad avanzada y de ahí se desprenden y articulan todas las actuaciones que se realizan a posteriori. Igual que hay que paliar un dolor o sufrimiento físico, o emocional, existen determinadas necesidades y situaciones de carácter social que generan un sufrimiento y que afectan directamente al estado emocional e incluso al estado de salud.

El estudio individualizado de cada caso examinando las demandas que nos plantean, diagnosticar la realidad de cada familia y planificar la intervención y la detección de necesidades darán respuesta a algunas de las preocupaciones que afloran en las familias para poder desarrollar finalmente un trabajo de información y asesoramiento.

En aquellos casos que, por su grado de riesgo y vulnerabilidad necesitan de una atención más

exhaustiva y continuada, se requiere una atención coordinada con los diferentes profesionales e instituciones intervinientes en el proceso.

El trabajo de prevención de necesidades futuras también es prioritario, para evitar situaciones estresantes que pudieran aparecer, y la derivación y coordinación a otros servicios comunitarios, es también una función específica del trabajo social en cuidados paliativos pediátricos.

### 4. Agradecimientos

A todas las familias que con su actitud nos dan lecciones de superación.

A la Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana-ASPANION.

A la Fundación Bancaria La Caixa por su sensibilidad al hacer realidad el “Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas y sus familias”

A los profesionales que realizamos el trabajo en equipo.

## Intervención psicosocial al final de la vida del menor y/o adolescente

### BIBLIOGRAFÍA

- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2005). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Asociación Europea de Cuidados Paliativos Pediátricos (2007). *Estándares para cuidados paliativos pediátricos en Europa*. Publicado inicialmente en *European Journal of Palliative Care*, 2007, (14) 3, 109-114. Madrid: Autor.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Castro, M. (2009). *Volver a vivir. Diario del primer año después de la muerte de un hijo*. Barcelona: Integral.
- Clerico Medina, C. (2008). *Morir en sábado ¿Tiene sentido la muerte de un niño?* Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Confederación Internacional de Organizaciones de padres de niños con cáncer (2006). *Boletín ICCCP* (13), n.º 2.
- EAPS Aspanion (2010). *Ahora que tu hermano no está*. Comunidad Valenciana: Autor.
- EAPS Aspanion (2011). *La pérdida de un hijo: Guía de apoyo para padres y familiares en duelo*. Comunidad Valenciana: Autor.
- EAPS Aspanion (2011). *Cuidar a un niño enfermo. Guía para padres*. Comunidad Valenciana: Autor.
- European Association for Palliative Care (2007). IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, (14), 109-114.
- Fundación Maruzza Lefebvre/Ovidio Onlus (2009). *Cuidados paliativos para lactantes, niños y jóvenes*. Roma: Los Hechos.
- Jiménez de la Torre, A. (2013). Vivir su juego más divertido. Atención Psicosocial en pacientes, niños y adolescentes. *Revista de Medicina Familiar y atención primaria*, 39-42.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Carta para un niño con cáncer*. Barcelona: Luciérnaga.
- Minerva Pediátrica (2012). I Congreso Europeo de Cuidados Paliativos Pediátricos. Roma. Vol. 64 Supl. I, n.º 6.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2009). *Unidad de Cuidados Paliativos. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad 2010-2014 (2011). *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Asamblea Mundial de la Salud*. Autor.
- Palomo, M.P (1995). *El niño hospitalizado*. Madrid: Pirámide.
- SECPAL (2012). Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. *Monografías SECPAL* (1).
- W.A.A. (2015). Cuidado paliativo en el niño y adolescente. *Monografías SECPAL* n.º (7), 93-101
- W.A.A. (1996). El trabajo social en cáncer infantil. *VII Congreso Estatal de DUTS y AS. Sevilla*. 215-220.
- W.A.A. (2000). *Protocolo de intervención del TS con familias de niños con cáncer*.
- W.A.A. (2008). Los cuidados paliativos, una mirada desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*. 125-141
- World Health Organization. WHO Definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/> (Último acceso: 28/7/2009).

## La comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario: necesidad de un abordaje multidisciplinar

### Resumen

El artículo pretende identificar los métodos utilizados por los profesionales del ámbito sanitario, como los del trabajo social y la enfermería, ante la comunicación de las malas noticias, ya que es una prioridad conseguir una adecuada comunicación con los pacientes/usuarios. El objetivo del artículo es evaluar la efectividad de estos métodos y proponer posibles acciones de mejoras, y se ha realizado a través de la revisión bibliográfica de 20 artículos publicados entre 1998 y 2015.

Se concluye que la comunicación de las malas noticias es una tarea casi exclusiva de los médicos, aunque la convivencia de pacientes y familiares con los profesionales del Trabajo Social y la Enfermería hace que estos estén incorporando paulatinamente esta intervención, lo que puede facilitar la transmisión del discurso y, de manera complementaria, mejorar el abordaje multidisciplinar del problema. Existen protocolos de actuación ("SPIKES" y el "ABCDE") que facilitan la labor comunicativa.

### Palabras clave

Malas noticias. Comunicación. Profesionales de la salud. Trabajo social. Enfermería.

## The communication of bad news in the health field: the need for a multidisciplinary approach

### Abstract

Getting a proper communication with the patient should be a priority of professionals working in the health field, as is the case of Social Workers and Nurses.

This strategy favors a better approach to the health problem and the different interventions needed to give a good respond to the patient. Sometimes this process is difficult, especially when it comes from communicating bad news, and among the factors that influence are both personal and situational aspects.

### Keywords

Breaking bad news. Communication. Health professionals. Social work. Nurses.

### Authors/Autores

#### Juan Jesús Rosa Martín

Diplomado en Trabajo Social, Experto en Resolución de Conflicto. Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Huelva y provincia, FEAFES-HUELVA

#### Lucía González Martín

Diplomada en Enfermería, Máster en Investigación en Trastornos Mentales. Especialista en Counselling y Coaching. Hospital Universitario "Virgen Macarena"

#### Antonio Vázquez Morón

Diplomado en Enfermería, Especialidad Enfermería Laboral, Especialidad en Urgencia y Emergencia. Empresa Sanitaria "Huelva Asistencial"

#### Julio Piedra Cristóbal

Trabajador Social Unidad Salud Mental Comunitaria "La Palma de Condado".  
SAS

RECIBIDO: 03.05.17 | REVISADO: 11.07.17 | ACEPTADO: 17.07.17 | PUBLICADO: 28.08.17



## La comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario: necesidad de un abordaje multidisciplinar

### Introducción

Uno de los aspectos más importantes de la vida en sociedad es la relación entre las personas. Esta relación se hace fundamentalmente a través de la comunicación, elemento indispensable para el entendimiento, la comprensión y la relación entre ellas.

La comunicación es también un instrumento fundamental para la relación que se establece entre los profesionales que trabajan en el ámbito la salud y los usuarios y/o familiares, ya que su adecuado uso fomenta la alianza terapéutica dentro del ámbito sanitario.

Se puede definir la comunicación como *“todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otros ser humano. Puede ser verbal, no verbal, interindividual o intergrupal”* (Lomov et al, 1989).

Dentro del ámbito sanitario pueden darse, en determinadas ocasiones, situaciones en las que la información a transmitir puede generar conflictos emocionales, como en el caso de las malas noticias. Su comunicación genera malestar, estrés y ansiedad tanto en quien la ofrece como en quien la recibe. Existen varias definiciones sobre este aspecto; Buckman define mala noticia como *“aquella noticia que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”* (Buckman, 1984). Ptacek la entiende como *“toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasada las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o sub-*

*jetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativo del reciente suceso”* (Ptacek, 1996).

Se trata, por lo tanto, de un hecho en el que cobran relevancia tanto quien recibe la noticia (el paciente o la familia) como quien la da (el profesional), y la forma y manera de transmitirla puede minimizar o aliviar un tanto el impacto negativo en los receptores, de manera que se contribuya a la alianza terapéutica, tal y como se comentaba con anterioridad (Corbella, S., & Botella, L., 2003; Bermejo, 2014).

Otro aspecto a tener en cuenta en la comunicación de información al usuario es el cumplimiento de la legislación vigente. Ello debe complementar la comunicación (obliga a unos mínimos) y orienta sobre los límites (controla unos máximos). (Ley 14/1986 de bases de sanidad, 26 de abril; Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal; Ley 41/2002 de autonomía del paciente).

Existen instrumentos de ayuda para paliar en lo posible la dificultad de dar malas noticias, como las guías SPIKE, ABCDE Y EPICEE, aunque su diseño está centrado fundamentalmente para el uso de los/as profesionales de la medicina (Ricart, 2008).

Quizá sea necesario promover un modelo en el que intervengan otros profesionales (como el trabajo social y la enfermería), cuya formación holística facilita, en cierta medida, una relación más íntima con el paciente y su entorno. (Mirón González, 2010).

### 1. Objetivos

Los objetivos planteados en el estudio serán en primer lugar identificar los métodos utilizados por los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario ante la comunicación de las malas noticias,



## The communication of bad news in the health field: the need for a multidisciplinary approach

evaluar la efectividad de los mismos y finalmente, proponer posibles acciones de mejora.

### 2. Metodología

Se realiza un análisis de la bibliografía seleccionando publicaciones comprendidas entre 1998 y 2015.

Los criterios de inclusión fueron estar publicados en el periodo señalado, en los idiomas: español e inglés, empleando como descriptores “Comunicación” y “Malas noticias” y su correspondiente traducción al inglés, seleccionando sólo aquellos artículos que estaban publicados en español.

Los artículos se localizaron en las bases de datos: Cuiden plus, EnFisPo, Lilacs, Medline y Cinahl.

### 3. Resultados

Los resultados de la búsqueda en las diferentes bases de datos se pueden apreciar en la tabla 1.

De todos los encontrados se seleccionaron aquellos que respondían al objetivo del presente estudio.

Mencionar algunas dificultades encontradas como:

- La dificultad de acceso en algunas publicaciones a la totalidad de sus contenidos.
- Repeticiones de artículos en diferentes bases de datos.
- La falta de publicaciones recientes.

Del total de resultados se obtuvieron 25 publicaciones, de las cuales se seleccionaron 20 para la presente revisión bibliográfica.

Del total de artículos seleccionados, 15 han sido escritos por médicos, 3 por enfermeros y 2 por psicólogos. En cuanto al tipo de publicación, 17 son revisiones, y 3 son estudios de investigación primaria, 2 de corte cualitativo fenomenológico y uno cualitativo etnográfico.

BASES DE DATOS ESPAÑOLAS						
PÉRFIL DE BÚSQUEDA	Cuiden+		EnFisPo		Lilacs	
	E	S	E	S	E	S
Comunicación AND Malas noticias	5	5	2	1	31	9
BASES DE DATOS INTERNACIONALES						
PÉRFIL DE BÚSQUEDA	MEDLINE (PubMed)		CINAHL			
	E	S	E	S		
Comunicación AND Malas noticias	159	5	5	5		

Tabla 1: Resultados de la búsqueda. Límite: Español. E= Encontrados / S= Seleccionados

## La comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario: necesidad de un abordaje multidisciplinar

J. C. Bermejo (2014) habla de las “*competencias blandas*”, como parte importante e indispensable para la atención sanitaria. Se refiere con ello a la inteligencia emocional, habilidades de comunicación, asertividad, empatía, relación de ayuda, resolución de conflictos, competencias interpersonales, ... todas características necesarias tanto para comunicar las malas noticias, como para que se establezca de manera idónea la alianza terapéutica, favoreciendo que los aspectos negativos de la noticia puedan ser menos devastadores en la persona.

Por su parte, Sobrino López (2003), señala la importancia que “*sea el profesional que atienda directamente al paciente y el que tenga mayor información sobre el proceso y las alternativas terapéuticas*” el encargado de comunicar la mala noticia, añadiendo que la misma pueda ser realizada de manera solitaria o con ayuda de otros profesionales.

Entre los protocolos más usados en comunicación de malas noticias en el ámbito de la salud se encuentran:

1.- Modelo “SPIKES”, propuesto por Buckman (2005), enfocado a los profesionales de la medicina. Este modelo se constituye en seis etapas sucesivas, a saber:

- Setup/Inicio: consiste en la preparación del espacio donde se va a desarrollar la comunicación de la mala noticia. Evitando los ruidos, entendidos como distractores en el espacio: teléfonos, puertas, timbres, etc. Se trata de crear un ambiente de confort, en un espacio recogido, íntimo, luminoso, con poco mobiliario, tratando de evitar lugares reducidos y lúgubres. Se establece como preferentes una consulta o despacho.

- Perception/Percepción: El profesional ha de tratar de averiguar qué es lo que sabe el paciente y qué desea saber. Para ello realizará preguntas exploratorias para obtener la información deseada. Ha de estar muy presente que el canal y el código de la comunicación han de estar en el mismo nivel, por lo que el profesional ha de averiguarlo y evitar un lenguaje no entendible por el receptor.
- Invitation/Invitación: Ya conocida la información que desea saber, nos planteamos hasta qué punto podemos profundizar. Se ha de tener en cuenta su capacidad de afrontamiento: ¿cuánto es capaz de soportar?
- Knowledge/Conocimiento: Como producto de las anteriores fases, llegamos al punto que transmitimos la mala noticia. No se trata de ocultar, ni dar falsas esperanzas, aunque si podemos dosificar la información. Para el profesional que trasmite ha de tener tacto y aplicar habilidades asertivas de comunicación para la comprensión de la información que está dando.
- Empathy/Empatía: Una vez recibida la mala noticia, es fundamental que el profesional despliegue una serie de habilidades sociales, tales como la empatía, para facilitar la asimilación de la situación.
- Strategy and summary/Estrategias y Recapitulación: Como fase final de este protocolo se lleva a cabo el planteamiento de estrategias y planificación de futuro.

Este modelo se le conoce en España con el nombre de modelo/protocolo EPICEE, siglas hacen referencia a los seis pasos del modelo anterior.

## The communication of bad news in the health field: the need for a multidisciplinary approach

2.- Modelo “ABCD”, propuesto por McPhee (1996), parecido al anteriormente descrito, pero introduciendo aspectos novedosos como la preparación emocional y mental de los profesionales, así como estar atentos a las reacciones emocionales del receptor y darle apoyo emocional. Las fases o etapas de este modelo son:

- ✓ Advance preparation (preparación del ambiente).
- ✓ Build a therapeutic environment/relationship (cuánto sabe y qué quiere saber).
- ✓ Communicate well (comunicarse correctamente).
- ✓ Deal with patient and family reactions (comprender la reacción del paciente).
- ✓ Encourage and validate emotions (estimular y valorar las emociones).

Otro aspecto que introduce es llamar las cosas por su nombre, sin dramatizar, contribuyendo al diseño de estrategias realistas, con implicación multidisciplinar.

Existen otras propuestas como la realizada por Villa López, basada en el modelo SPIKES, pero con variaciones tales como la introducción de una última etapa “Autochequeo del profesional” contemplada como registro profesional de lo vivido en la comunicación, para la mejora futura.

Almanza Muñoz (1998) realiza una guía con la que establece una serie de orientaciones para la comunicación de las malas noticias, con apertura a otros profesionales de la Salud: establecimiento de la adecuada relación profesional-usuario; co-

nocer la historia clínica y al paciente, preparación del espacio, organización del tiempo, atender a los aspectos específicos de la comunicación y abordaje desde la dimensión humanista, no olvidarnos de la atención y cuidado de la familia, así como de intentos autolíticos u otras situaciones potencialmente peligrosas en el usuario, y finalmente, trabajar la dimensión emocional del profesional.

## 4. Discusión

Tal y como se comentaba con anterioridad, son los médicos los profesionales del ámbito sanitario que de manera mayoritaria llevan a cabo la transmisión de malas noticias a pacientes de familiares.

Sin embargo, desde los aspectos académicos formales se les fomentan y entrenan, tal y como señalamos en la introducción, para tratar dolores biológicos y físicos (Bermejo, 2014) pero, no se les prepara para tratar la comunicación con el usuario y/o familia, y muchos menos para enfrentarse a dar una mala noticia, aspecto reseñado por varios estudios entre los que destacan las conclusiones ofrecidas por Reynold, M., Oelz, O. y Cantwell, B. M., Ramirez, A. J., (Bermejo, 2014).

Dar una mala noticia es un proceso que produce un alto grado de estrés en los encargados de hacerlo, ya que las emociones propias y ajenas entran en juego y la falta de formación y entrenamiento pueden causar desgaste en el profesional, sin entrar en las repercusiones que produce en el receptor de la mala noticia. Por ello se hace fundamental determinar y establecer qué o quiénes son los responsables de esta tarea, así como las competencias necesarias para ello. Ello implica que se empiece a plantear la comunicación de las malas noticias como un trabajo de equipo multi-

## La comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario: necesidad de un abordaje multidisciplinar

disciplinar, introduciéndose otros profesionales en esta dinámica, compartiendo responsabilidad en el proceso, como al Trabajador Social y Enfermero.

Este argumento tiene su base en el actual reparto de las tareas asistenciales en salud, ya que la mayor carga asistencial, entendida como convivencia directa con los pacientes, la suele tener el equipo de enfermería. No se trata de relegar al profesional de la medicina en la comunicación de las malas noticias, sino que *“el equipo de salud debe definir de antemano quienes se harán cargo de esta tarea”* (Bascuñan, 2005).

Partiendo de la revisión realizada, y utilizando procedimientos, técnicas y métodos de otros profesionales del ámbito sanitario, plasmamos a modo de guía aspectos que han de ser tenidos en cuenta en el momento de comunicar las malas noticias. No se plantea, en este sentido, una guía nueva, sino que se comentan algunos aspectos que podrían mejorar lo mismo.

No se debe entender la propuesta como un modelo estanco; más bien como una guía orientativa de las etapas que han de producirse en la comunicación de las malas noticias, con la consideración de que la dinámica de la comunicación será modulada por varios factores: la noticia a comunicar, la situación y las personas implicadas (Rosell, 1998).

Otro aspecto a tener en cuenta es la preparación a nivel psico-socio-emocional de los profesionales que desempeñan esta tarea. Se trata de algo que consideramos importante, ya que comunicar una mala noticia supone un esfuerzo y desgaste personal y profesional. E igualmente significativo es la formación en aspecto comunicacionales: habilidades sociales, habilidades de comunicación verbal

y no verbal, resoluciones de conflictos, gestión y afrontamiento de emociones y duelo, counselling, coaching, etc.

También debemos, los profesionales encargados de comunicar la mala noticia, ser conscientes de la influencia y el poder que nuestro rol nos otorga: condicionar, manipular, coaccionar y persuadir son estrategias que se deben evitar en la comunicación de las malas noticias (Borrell i Carrió, 2004). Debemos establecer una estrategia equilibrada, centrada en el propio usuario como protagonista de su proyecto futuro, como base de la alianza terapéutica y bajo el prisma de la humanización del trabajo sanitario.

Estos aspectos, junto a las fases establecidas en los protocolos anteriores contribuirán a que la comunicación de las malas noticias en el ámbito sanitario sea más efectiva, más cercana y humanizadora, evitándose desequilibrios y situaciones no queridas.

La formación curricular, como la formación continua en este aspecto que tratamos, ha de ser tenida en cuenta, desechando los fines que se persiguen desde las facultades y colegios médicos en la realización de buenos diagnósticos y tratamientos, olvidándose de los aspectos psico-socio-emocionales de las personas a su cargo, des-humanizando la asistencia sanitaria. Además la Ley de Autonomía del Paciente, Ley 31/2002, de 24 de noviembre, deja constancia como debe de realizarse las actuaciones por parte de los profesionales, nunca interpretando nuestras satisfacciones y propios deseos, sino los expresados por los propios usuarios.

En esta revisión se ha constatado la existencia de protocolos reconocidos en el ámbito sanitario,

## The communication of bad news in the health field: the need for a multidisciplinary approach

como SPIKES, EPICEE y ABCD, con importante consenso en su utilización, sin embargo creemos que existen puntos o aspectos necesarios introducir para la mejora de la comunicación de las malas noticias, estableciendo un modo de proceder más amplio.

Es importante remarcar que en la comunicación de malas noticias, entran en juego aspectos normativos, aspectos clínicos y aspectos psicológicos, sociales y emocionales que son fundamentales, no solo para la creación de una alianza terapéutica y su tratamiento posterior, sino para evitar el aumento de quejas y reclamaciones que se está produciendo en el contexto sanitario actual.

Tras la revisión bibliográfica realizada podemos concluir que la comunicación de malas noticias está tomando importancia entre los profesionales del ámbito sanitario, por ello la necesidad de su afrontamiento y la toma de medidas para una mejor actuación ante los usuarios y sus familiares. Este proceso no ha de ser exclusivo del médico y el usuario, sino que abierto a un trabajo multidisciplinar, donde otras profesiones pueden aportar su idiosincrasia y grado de conocimiento del tema.

Por ello sería interesante involucrar a todos los profesionales en la comunicación de malas noticias, de manera que el intercambio de las herramientas y técnicas específicas de cada profesión sean capaces de mejorar tanto los protocolos y procedimientos existentes como ayudar a compartir el desgaste emocional derivado de un proceso estresante y con una elevada carga emotiva.

### BIBLIOGRAFÍA

- Almanza Muñoz, J.J. (1999). La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Rev. Sanid Milit Méx.*
- Bascuñán, M. L. (2007). Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Navarra. *Rev. Med. Univ. Navarra.*
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Borrell I Carrió, F. (2003). *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC ediciones.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J.*
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology.*
- Castanyer, O. (2002). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclee De Drouwer.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Lomov, B. F. et al. (1989). *El problema de la comunicación en Psicología*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales. Temas Psicología de la Comunicación.
- Mirón González R. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal.* 1(1), 39-49.
- Placek, J. T.; Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. *A review of the literature*. JAMA.
- Ricart A., ¿Cómo comunicar las malas noticias? *JANO* 9-15 DE MAYO DE 2008. N.º 1.695.
- Rossell, T. (1998). *La entrevista en Trabajo Social*. 4ª edición. Barcelona: EUGE.
- Sobрино López, A. (2003). *Comunicación de malas noticias*. Semn Fund Esp Reumatol.



## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

### Resumen

La extensión de la metodología de coaching desde el ámbito organizacional a otros contextos y problemáticas está abriendo nuevos campos de actuación, entre los cuales destaca el de la intervención con colectivos en situación o riesgo de exclusión social. El presente trabajo pretende arrojar luz sobre los programas de ayuda para colectivos excluidos, en concreto los dirigidos a mujeres. Con objeto de abordar dichas cuestiones, se desarrolló una revisión bibliométrica y bibliográfica. Los resultados obtenidos indican que los programas extranjeros para población en exclusión social muestran ser efectivos en el incremento de la red de apoyo, el fomento de la búsqueda de empleo, el bienestar y la adherencia, pero se debe tener en cuenta que la evaluación tanto del proceso como de los resultados es deficitaria en estos programas. En España, la implementación de programas de coaching en grupos en riesgo de exclusión social es reciente y no hay publicaciones científicas al respecto.

### Palabras clave

Coaching. Exclusión social. Programas. Efectividad.

## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

### Abstract

The extension of coaching methodology from organizational areas to other contexts and problems has opened up new fields of activity, amongst which the intervention in socially excluded collectives or those in risk of social exclusion stand out. The present work aims to shed some light on aid programmes for socially excluded collectives, specifically those aimed at women. In order to address such matter, an bibliometric and bibliographic review has been developed. The results obtained point out that foreign programmes for socially excluded population groups have proved to be useful in increasing supportive networks, work search promotion, wellness and adherence, but the evaluation of both processes and results is poor on these programmes. In Spain, the implementation of coaching programmes on socially excluded groups is recent and there have been no scientific publications.

### Keywords

Coaching. Social exclusion. Programs. Effectiveness.

### Authors/Autores

#### Natalia Fernández Álvarez

Graduada en Psicología. Estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria  
[nataliafdezalvzpsicologa@gmail.com](mailto:nataliafdezalvzpsicologa@gmail.com)

#### Yolanda Fontanil Gómez

Doctora en Psicología. Profesora Titular del Departamento de Psicología de la  
Universidad de Oviedo  
[fontanil@uniovi.es](mailto:fontanil@uniovi.es)

#### Roxana Fernández Galán

Doctora en Psicología y Terapeuta Familiar. Psicoterapeuta  
[gruponaven@gmail.com](mailto:gruponaven@gmail.com)



RECIBIDO: 12.05.17 | REVISADO: 29.06.17 | ACEPTADO: 17.07.17 | PUBLICADO: 28.08.17

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

### Introducción

#### Historia del coaching, concepto, tipos y usos

El origen de la palabra “coaching” se sitúa en el siglo XV en la ciudad húngara de Kocs, donde se denominaba “kocsiszekér” a un carruaje regional que incorporaba un sistema de suspensión más cómodo para los viajes entre Viena y Budapest. El término pasó al alemán como “kutsche”, al italiano como “cocchio”, al inglés como “coach” y al español como “coche” (De la Corte, 2002).

Algunos autores afirman que el coaching surgió en el sistema gremial de la Edad Media, en la acción del artesano sobre los aprendices, pero lo cierto es que ya Sócrates propuso un método de aprendizaje dialéctico basado en la ironía y la mayéutica que confrontaba a la persona con sus pensamientos. A partir de 1850 el término empezó a utilizarse en las universidades inglesas para referirse al entrenador académico y, posteriormente, al deportivo y a ciertos programas educativos. El concepto actual de “coaching ejecutivo” nació en la década de 1980, cuando Thomas Leonard reunió, formalizó y ofreció a los directivos de grandes empresas las técnicas de manejo de equipos empleados por los entrenadores deportivos (Ortiz de Zárate, 2010). En los países nórdicos y centroeuropeos el coaching está plenamente desarrollado y extendido, en especial en el ámbito organizacional. En España no se introdujo hasta la conferencia de Sitges, organizada por la International Coach Federation (ICF) en 2002.

Grant (2001) define el coaching como un

Proceso sistemático enfocado en la solución, orientado hacia los resultados, en el cual el

coach facilita el incremento en la experiencia vital y rendimiento del coachee en varios dominios (determinados por el coachee), promoviendo el aprendizaje autodirigido y el crecimiento personal del coachee (p.8).

El coaching tiene lugar durante un periodo de seis a doce meses. Se inicia con un contrato verbal entre el coach y el coachee (cliente) que clarifica la naturaleza del trabajo. El contrato debe aportar seguridad psicológica, desencadenando un procedimiento enmarcado y realista y dotando de los medios para precisar derechos y obligaciones y generar compromisos. Durante el coaching se sucede una serie de conversaciones planificadas basadas en una metodología de preguntas que ayudan al coachee a explorar sus creencias, valores, fortalezas y limitaciones. El coach potencia el compromiso, la seguridad, los valores y la autoestima, clarifica el proceso y facilita la expresión. Es el coachee quien debe decidir y actuar, en un proceso que prima la búsqueda de soluciones antes que la de la etiología del problema (Davis, 2016).

La gran diversidad de estilos de coaching existentes quedan recogidos en tres escuelas: norteamericana, europea y chilena u ontológica. El estilo norteamericano enfatiza el desafío y la acción, la escuela europea prioriza el autoconocimiento, la responsabilidad y la autoconfianza y el coaching ontológico destaca el lenguaje como herramienta generativa e interpretativa de realidades. Dentro de cada escuela existen variados modelos teóricos y prácticos. Según el objetivo se puede diferenciar entre el coaching personal o de vida, deportivo, de salud, ejecutivo, organizacional, de emprendedores, educativo y político y, en función de los participantes, coaching individual, grupal y de equipos (Gamboa-Muñoz, 2010).



## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

La investigación indica que la efectividad del coaching reside en la relación de confianza entre coach y coachee, la comunicación fluida, el apoyo y la colaboración, la orientación a metas, el uso de múltiples métodos, técnicas, habilidades y capacidades, la consideración global del contexto, la voluntariedad y la confidencialidad (Wang, 2013). El coaching mejora la actitud hacia el trabajo, el autoconocimiento, el desempeño y los sentimientos positivos (Ammemeterp, Jensen y Uhrenfeldt, 2013), así como la autoconfianza, la adquisición de habilidades y el cambio organizacional (Grant, Curtayne y Burton, 2009). Produce mejoras en la autoeficacia, la resiliencia, la consecución de metas personales y profesionales y el bienestar (Franklin y Franklin, 2012). Se asocia con el desarrollo de la autoreflexión y la creatividad (Ellinger, Ellinger, Bachrach, Wang y Bas, 2011) y reduce los síntomas depresivos, el estrés, la ansiedad y la rumiación (Grant et al., 2009).

### Coaching y exclusión social

Según la propuesta de la Comisión de las Comunidades Europeas en su Informe Secundario: Exclusión Social, Pobreza y Otros Problemas Sociales en la Comunidad Europea ISEC/B/11/93, la exclusión social consiste en:

Los múltiples y cambiantes factores que resultan de la exclusión de las personas en los intercambios, prácticas y derechos normales de la sociedad moderna. La pobreza es uno de los factores más evidentes, pero la exclusión social también se refiere a los derechos insuficientes a la vivienda, la educación, la salud y el acceso a los servicios. Afecta a los individuos y a los grupos, especialmente en las áreas urbanas y rura-

les, que son, de alguna manera, sujetos de discriminación o segregación; y enfatiza la debilidad en la infraestructura y el riesgo de permitir una sociedad de dos niveles (ISEC/B/11/93).

La exclusión social surge a través de un proceso dinámico, participativo, multidimensional, integral y progresivo que afecta a las dimensiones económica, política y social (otras típicas son la laboral, la cultural y la personal o subjetiva) y con diferentes estadios según su intensidad (Fernández, 2011). La exclusión social puede manifestarse únicamente en uno de estos ámbitos o siendo uno de ellos el dominante, pero habitualmente se explica por la conjunción de varios factores estables en el tiempo: desempleo, pobreza severa, bajo nivel educativo, enfermedades crónicas, discapacidad, psicopatología, abuso de drogas, paro, falta de experiencia laboral, carencia de vivienda y/o dificultad de acceso a una, recorte de las políticas sociales, crisis familiares, etc. Según el modelo integral de la exclusión social, existen además tres ejes de exclusión (edad, género y etnia y/o lugar de nacimiento) que atraviesan las dinámicas de inclusión y exclusión generando multiplicidad de coyunturas diferentes. Los colectivos más vulnerables son mujeres, jóvenes, mayores e inmigrantes, explicándose la mayor incidencia de la exclusión social en la mujer por las desigualdades de género en los ejes principales de integración: mercado laboral, Estado de Bienestar y redes de apoyo (Damonti, 2014; Subirats, 2004). En la mujer pueden concurrir condiciones que, unidas al género, incrementan el riesgo de sufrir exclusión social: condición de inmigrante, monomarentalidad y/o discapacidad. Merece la pena destacar el hecho de que en los hogares monoparentales, claramente feminiza-

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

dos, el riesgo de exclusión social ha aumentado más que en cualquier otro colectivo desde 2007 (Consejo Económico y Social de España, 2011).

Numerosos estudios relacionan el trabajo con el autoconcepto, la autoeficacia y las expectativas positivas, por lo que éste constituye un factor contextual primario para la persona (Wet-tersten et al., 2004). A pesar de ello, las mujeres presentan menor tasa de actividad y ocupación y mayor tasa de paro que los varones. Se ven afectadas por la segregación horizontal y vertical, la brecha salarial, la temporalidad, los contratos a tiempo parcial sin alta en la Seguridad Social y mayor ocupación en profesiones feminizadas con escaso reconocimiento profesional y social (Instituto Asturiano de la Mujer, 2015). Las mujeres cuentan con menos ayuda del entorno que los hombres, a pesar de ser ellas quienes suelen encargarse de hijos menores de edad y/o personas dependientes, este exceso de cargas se relaciona con problemas de salud que dificultan el desempeño laboral, según datos de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (2012). Por otra parte, el Estado de Bienestar basa su ayuda en la cotización y en trayectorias laborales tradicionalmente masculinas (jornada completa y sin interrupciones a lo largo del ciclo vital), por lo que otorga una protección insuficiente a las mujeres (Instituto Asturiano de la Mujer, 2015).

La integración en redes familiares perversas y violentas muestra rasgos claramente femeninos y parece tener una relación bidireccional con la exclusión social (Laparra y Pérez, 2008). Las mujeres maltratadas tienen más dificultades para promocionar y conservar el empleo, tasas de desempleo elevadas y riesgo incrementado de convertirse en sin hogar y/o dependientes de

las prestaciones sociales o de sus abusadores (Kimmerling et al., 2009). Su rango de metas e intereses académico-laborales y la persistencia en el logro de objetivos están limitados por el aislamiento (Chronister y McWhirter, 2003). En la intervención con estas mujeres se debe incidir en las fortalezas, crear identidad de superviviente, realzar el apoyo social, asistir en la búsqueda de empleo y dotar de habilidades laborales y de la vida diaria (González-Guarda, Cummings, Becerra, Fernández y Mesa, 2013).

La tasa de actividad de las mujeres extranjeras es menor que la de los varones extranjeros aunque superior a la española. Sin embargo, se ocupan en sectores laborales precarios, con categoría profesional inferior, dificultad para promocionar, salarios bajos, temporalidad, parcialidad y largas jornadas laborales (Consejo Económico y Social de España, 2011).

Las mujeres discapacitadas sufren una alarmante carencia formativa y están afectadas por una tasa de pobreza extrema que triplica a la de la población sin discapacidad y dobla a la de los varones con discapacidad. Presentan un nivel de inactividad muy alto y tasas de paro y temporalidad mayores que el resto de la población. Se ocupan en empleos poco cualificados, mal remunerados, sin posibilidad de promocionar y en condiciones de explotación. Apenas tienen posibilidad de establecer relaciones sociales y son muy vulnerables a la violencia de género y el acoso sexual (Huete-García, 2013).

Se ha comprobado que en la intervención con mujeres en riesgo de exclusión social resulta esencial incluirlas en la definición y construcción de sus objetivos (Blustein, McWhirter y Perry, 2005). El coaching, al promover la autonomía y

## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

la autoconciencia del potencial de las personas podría ser útil para el colectivo de mujeres en riesgo de exclusión social que se ha descrito y, en general, para cualquier otro en situación o riesgo de exclusión (Franklin y Franklin, 2012; Grant et., al, 2009).

### 1. Objetivos

El presente trabajo tiene por objetivo conocer el estado actual de la investigación del coaching en intervención con grupos en riesgo o situación de exclusión social, en especial con colectivos femeninos.

### 2. Metodología

Para responder a la pregunta planteada se comenzó por elaborar un mapa conceptual (Gui-  
rao-Goris, Olmedo y Ferrer, 2008) que permitió organizar las ideas principales y los términos clave que se emplearon en las búsquedas durante la fase de recopilación de información, que tuvo lugar entre el 26 de Octubre de 2015 y el 18 de Mayo de 2016.

Se utilizaron el software “Microsoft Office Word 2007”, la aplicación “Wise mapping” (para elaborar el mapa conceptual) y las bases de datos Psycinfo, Web Of Science, Science Direct, Scopus, Dialnet, PubMed, EBSCO y ERIC, los buscadores Google Scholar, Jurn y PsycLine, el repositorio de la Universidad de Oviedo y recursos en formato físico de las bibliotecas de Psicología, Formación del Profesorado y Educación y Ciencias Jurídico-Sociales de la Universidad de Oviedo. Salvo la búsqueda inicial consistente en un único término (Coaching), el resto se efectuaron mediante múl-

tiples términos utilizando los operadores lógicos AND y OR y la búsqueda por término cortado. Respecto a los programas implementados fuera de España, se priorizó la información sobre autores, número de citas y referencias, lugar y año, muestra y características sociodemográficas, objetivos, contenidos y estructura del programa. Se examinaron el tipo de diseño, las técnicas de análisis de datos, los criterios de inclusión y el procedimiento de evaluación. La información referente a los programas nacionales se obtuvo a través de contacto telefónico, vía e-mail y/o Skype con las entidades responsables, que aportaron datos sobre lugar y año de implementación, objetivos, características de los participantes, contenidos del programa, evaluación y efectividad.

Los artículos se seleccionaron según los siguientes criterios:

- Fecha: se descartaron los documentos publicados antes del año 2000.
- Idioma: inglés y español.
- Revistas: se priorizaron las más importantes, según datos de Psycinfo.
- Autores: pioneros, clásicos y más citados.
- Título, resumen, palabras clave, introducción y método: se descartaron los artículos poco relacionados con el objetivo.

El estilo de la redacción, la corrección gramatical y ortográfica, el respeto a las normas APA y demás cuestiones formales, constituyeron un indicador de la calidad de las publicaciones.

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

Programa	Autores	Nº Citas y referencias	Lugar, año	Población diana
MeMoSA(1)	Prosman, Lo Fo Wong, Antoinette, y Lagro-Janssen.			Población diana
MeMoSA (2)	Prosman, Sylvie, Lo Fo Wong, Römkens, Lagro-Janssen.	Citas: 0 Referencias: 21	Holanda, 2013	Mujeres embarazadas o con hijos menores en situación de violencia intrafamiliar
MeMoSA Australia	Loeffen, Lo Fo Wong, Wester, Laurant y Lagro-Janssen.		Australia, 2011	Igual que MeMoSA (1)
SafeCare, Reincidencia	Chaffin et al.	Citas: 50 Referencias: 36	EEUU, 2012	Cuidadores principales
SafeCare (Retención personal)	Aarons, Sommerfeld, Hect, Silovsky y Chaffin.		EEUU, 2009	maltratantes de los hijos
TIK (Tuning into Kids)	Havighurst, Wilson, Harley, Kehoe, Efron, y Prior.	Citas: 12 Referencias: 77	Australia, 2013	Niños de 4-5.11 años con problemas de conducta y cuidadores
Coaching emocional	Katz, Hunter y Klowden.	Citas: 47 Referencias: 38	EEUU, 2008	Papel moderador del coaching emocional
SUPPORT	Jouriles, McDonald, Spiller, Norwood, Swank, Stephens et al.	Citas: 68 Referencias: 57	EEUU, 2009	Hijos con problemas de conducta y madres, situación de violencia intrafamiliar
I am Amazing			Australia, 2015 Dinamarca (2013)	Desempleados
HOUVAST	Krabbenborg, Boersma, y Wolf.	Citas: 1 Referencias: 34	Holanda (2015) EEUU, 2014	Transeúntes >18 años
HOUVAST 2015	Krabbenborg, Boersma, Beijersbergen, Gorscha, Richard, y Wolf.			
EPA	Liliana M. Vasquez (proyecto sin aplicar)			Reclusas en reinserción

Tabla1 obtenida de: *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.* Neymeyer, R.A. Ed. Paidós. Barcelona, 2002

## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

Muestra	Objetivos	Contenidos	Estructura
N (programa) = 43; N (estudio) = 14 Edades: >18 años Lugar de origen: Europa y África	Reducir depresión y exposición a la violencia e incrementar apoyo, participación social y aceptación de la ayuda	Depresión y conducta agresiva de la pareja, apoyo a los hijos, problemas conductuales y psicológicos de los hijos, recursos, red de apoyo, información sobre violencia intrafamiliar, emergencia	4 meses, semanal
N= 21 Edades: ≥18	Igual que MeMoSA (1)	Igual que MeMoSA (1)	Igual que MeMoSA (1)
N= 2175, Media 29 años Origen africano, latinoamericano y europeo	Reducción del maltrato infantil	Habilidades relacionadas con la salud, la seguridad en el hogar y la relación e interacción paterno-filial	6 meses, semanal
Niños: N= 54 niños; n (TIK) = 31; n (control) = 13. Edad: 48-71 meses. Cuidador principal: N = 23 Edad media 35.66 años	Mejorar la conducta de los niños y su regulación emocional. Mejorar conciencia y regulación emocional de los padres y la relación paterno-filial	Conciencia emocional, reflejo y etiquetado y manejo de emociones, empatía, solución de problemas, relajación, autocontrol, pensamiento alternativo	Sesiones 1, 2 y 3: atender, reflejar, etiquetar, empatizar. Sesión 4: ansiedad y solución de problemas. Sesiones 5 y 6: ira, regulación, relajación, autocontrol. 6 semanas (2 horas/semana)
N (en T1) = 130 ; N (en T2) = 85. Edad: en T1, pre-escolares, en T2, 8-10 años	Pre-escolares de familias de nivel educativo medio-alto, clase social media, casadas o en cohabitación	Estudio de cohorte	
N=60 familias; n (SUPPORT) = 30; n (control) = 30. Niños: 4-9 años Madres: media de 29.8 años	Reducción del problema conductual (hijos) y de la sintomatología psiquiátrica (madres)	Habilidades de crianza, apoyo emocional, interacción	8 meses, 20 sesiones individuales. Sesiones grupales semanales. 6 evaluaciones (duración de 2-3 días cada una) en 20 meses
N (servicios) = 10; n= 5 (control); n=5 (HOUVAST). N= 251 jóvenes transeúntes; n=128 (control); n= 123 (HOUVAST)	(Re) inserción laboral	Autoconocimiento, metas, salud mental, habilidades vida diaria, información recursos	Necesidades físicas y psicológicas
	Inclusión social y económica, empoderamiento	Autonomía, resiliencia, metas, Autoconocimiento, fortalezas, estrategias de afrontamiento	Relación de confianza. Planteamiento de metas. Plan de Recuperación. Actividades apoyo. Evaluación
	Reinserción laboral y social	Autoestima, búsqueda y conservación de empleo, autoconocimiento, metas	

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

Programa	Momentos	Seguimiento	Constructos	Metodología (Psycinfo)
MeMoSA (1)			Expectativas, experiencias y mejorías (participantes). Experiencia de guía, contenido y mejorías (mentoras). Relación madre-hijo, apoyo social, aceptación de la ayuda, temas de la literatura	Empírico Cualitativo
MeMoSA(2)	Pre- y post-tratamiento	A los 6 meses	Participación social, violencia en la pareja, aceptación de la ayuda, depresión y apoyo social	Empírico Cuantitativo
MeMoSA Australia SafeCare (Reincidencia)	Pre- y post-tratamiento	6 años	Riesgo de abuso infantil y tipo, recursos familiares, depresión, apoyo social, consumo de drogas	Empírico Cuantitativo
SafeCare (Retención personal)	T1, T2, T3, T4	No	Autonomía y actitud laboral, satisfacción, compromiso, intención de permanencia	
SUPPORT	Pre- y post-tratamiento	A los 6 meses	Interacción padres-hijos y discurso emocional	Empírico Cuantitativo
TIK (Turnins into Kids)	Pre- y post-tratamiento	A los 2 y 4 meses	Padres: regulación, conciencia, discurso y socialización emocional, empatía. Hijos: lenguaje receptivo, conocimiento emocional y conducta	Empírico Cuantitativo
Coaching emocional	Linea base.	A los 4 años	Quejas somáticas, distrés, depresión, dureza, inconsistencia, afecto negativo, resolución de conflictos	Longitudinal Empírico longitudinal, cuantitativo, de tratamiento, resultado de intervención, prueba clínica
SUPPORT	Pre y post-tratamiento A los 4 meses de empezar	A los 4,8 y 12 meses	Madres: Diagnósticos psicológicos, hospitalizaciones, intentos de suicidio, prescripción de medicamentos, uso de sustancias. Hijos: trastorno de conducta, oposición desafiante	
I am Amazing			Metas, fortalezas, depresión, habilidades comunicativas, parentalidad, educación sexual, cocina y nutrición, manejo de presupuestos, informática, motivación, planificación, necesidades específicas, red de apoyo, conservación empleo	
HOUVAST	Pre- y post-tratamiento	A los 6 y 9 meses	Salud, capacidad cognitiva, uso de sustancias, afrontamiento, resiliencia, necesidades psicológicas, relación con profesionales, logro de metas, calidad de vida, ratio supervisor/personal, ratios de casos, plan personal, contacto comunitario	
EPA	Pre- y post-tratamiento		Competencias, empleabilidad, autoestima, búsqueda y conservación del empleo, progreso del programa	

Tabla 2: Programas, diseño, evaluación, análisis de datos y resultados.

## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

Info	Instrumentos	Diseño	Análisis de dato	Resultado
	Grupos de discusión, entrevistas semi-estructuradas, formularios de las visitas, informe mentoras. NOSIK		Estadísticos descriptivos, Chi-Cuadrado, T de Student	Las mujeres destacaron la escucha libre de juicio, equivalencia, implicación y vinculación afectiva como factores de éxito. Las mentoras, la empatía, disponibilidad, persistencia, apoyo y un lugar de reunión seguro. Buena relación, apoyo a medida y seguridad son necesarios para la efectividad
	(Mismos que MeMoSA 1) + CAS, Subescala de síntomas depresivos del SCL 90, Subescala de búsqueda de apoyo social del UCL	Medidas repetidas	Estadísticos descriptivos. T de Student. Análisis cualitativo de los reportes	Violencia en la pareja descendió, depresión decreció y apoyo y participación social y aceptación de la ayuda mejoraron
	Denuncias, entrevistas, informes de los servicios sociales. CAPI, FRS, Inventario de Depresión de Beck, SPS, módulos de alcohol y drogas del DIS-IV	Cluster	Estadísticos descriptivos. Modelo logit de un y 3 predictores	Safe Care con coaching recomendado cuando no se cumple el perfil de inclusión.
	Encuestas online. Cuestionario de autonomía. Escala de intenciones de permanencia (elaboración propia)	Bloques 2x2	Estadísticos descriptivos. Función KM. Test Log-Rank	Safe Care con coaching, mayor retención de personal (37,6% vs14,9%)
	Observación. ECBI, Emotion Skills Task, DERS, MESQ, PPVTII, SESBI-R, ECBI	Factorial mixto	Estadísticos descriptivos. T de Student. Chi Cuadrado	Incremento empatía y gestión emocional, mejor autoconocimiento emocional y reducción de conductas disruptivas
	Padres: DERS, PESQ. Hijos: PPVTIII, Emotion SkillsTask, ECBI, SESBI-R, entrevista meta-emocional y CTS2	Factorial mixto.	Curva de crecimiento de modelado.	Amortiguador del efecto de la exposición a la violencia. Mejora la conducta social y regulación emocional de los niños (según las características del niño)
	Observación. Entrevista meta-emocional de Katz y Gottman (madres). Entrevista clínica (hijos). CTS2. Parenting Dimensions Inventory, SCL-90-R, CBCL, ECBI	Medidas repetidas	ANCOVA Estadísticos descriptivos. Correlación. Regresión Jerárquica.  Estadísticos descriptivos. Análisis de modelado lineal jerárquico	Reducción de conductas problemáticas (niños). Reducción en la inconsistencia y la dureza específica del coaching (madres).  Ajuste a necesidades favorece comunicación y asesoramiento en la búsqueda de empleo
	Entrevistas semi-estructuradas. Reportes de trabajadores y participantes. Informe de la evaluación. Versión danesa de la Escala Strengths Model Fidelity		Análisis temático.	Asesoramiento y Plan de Recuperación básicos en efectividad. Asesoramiento facilita organización y potencia recursos personales. Plan de Recuperación favorece la segmentación de las metas
	Entrevistas estructuradas. Grupos de discusión. Observación. Cuestionarios online. Versión breve de QoLI, PARA, versión danesa del EuropASI, BSI-53, HASI, versión corta del CERQ, BPNS (Subescalas de competencia, relaciones y autonomía), forma corta del QoLC, Escala Danesa de Resiliencia (RS-NL). Escala de fidelidad del modelo basado en fortalezas	Medidas repetidas	Estadísticos descriptivos, Chi-cuadrado, T de Student y ANOVA. Regresión múltiple	



## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

### 3. Resultados

#### 3.1.- *Uso del coaching en exclusión social fuera de España*

En el extranjero no hay antecedentes de programas de coaching, pero sí de mentoring, por ejemplo, en Australia y en Dinamarca se está aplicando el programa MeMoSA (Mentor Mothers for Support and Advice) para mujeres maltratadas con hijos a cargo. Este tipo de programa se asocia con el incremento de la red de apoyo, la reducción de la violencia en el hogar (Coker et al, 2012), la mejoría del bienestar general y la percepción de empoderamiento (Taft et al, 2011; Lo Fo Wong et al, 2008; Loeffen, Lo Fo Wong, Wester, Laurant y Lagro-Janssen, 2011). MeMoSA ayuda a explorar necesidades, plantearse metas y acceder a los recursos disponibles (Kasturirangan, 2008; Prosman, Lo FoWong, Antoinette y Lagro-Janssen, 2012; Prosman, et al, 2013). Su efectividad se explica por las características de la relación, que incluye rasgos típicos de la relación entre coach y coachee: escucha no punitiva, aceptación, paciencia y respeto por los deseos de la mujer (Feder, Hutson, Ramsay y Taket, 2006; Prosman, et al, 2013).

El coaching se ha integrado dentro del programa SafeCare, destinado a la intervención en maltrato infantil, y los resultados muestran que la combinación es más efectiva que la versión original en la adherencia y la reducción de la reincidencia en grupos que no cumplen los criterios de inclusión (Aarons, Sommerfeld, Hect, Silovsky, y Chaffin, 2009; Chaffin, Hecht, Silovsky y Beasley, 2012).

El proyecto SUPPORT aplica el coaching en casos de violencia intrafamiliar. Está mostrando ser

efectivo para realzar las habilidades de manejo de los niños (Jouriles et al., 1998; Jouriles et al, 2001), apoyando así los resultados de investigaciones previas (Cunningham, Kliever y Garnder, 2009; Katz, Hunter y Klowden, 2008).

En EEUU se están llevando a cabo programas que incluyen el coaching para fomentar la conservación del empleo en trabajadores en desventaja (Cortis, Bullen y Hamilton, 2013; Goodwin-Smith y Hutchinson, 2015) y en Australia programas como “I Am Amazing” se enfocan a la búsqueda de empleo (Kellard, Adelman, Cebulla, y Heaver, 2002). Ambos consideran al coachee como agente activo, enfatizan el lado positivo de la búsqueda de empleo y ayudan a definir metas (Goodwin-Smith y Hutchinson, 2015).

En todos los estudios revisados se recogieron datos demográficos de los participantes y se comprobó el cumplimiento de los criterios de admisión. Se seleccionaron participantes que podían beneficiarse de la intervención por presentar necesidades ajustadas a los contenidos y objetivos de la misma y por tener una problemática asumible por el coaching (se excluyeron casos de psicopatología grave y/o abuso de sustancias).

Todos los estudios efectuaron medidas pre y post-tratamiento (el proyecto SUPPORT realizó también una medida intermedia). La mayoría hizo seguimiento a corto/medio plazo, siendo el mejor el del proyecto SUPPORT (medidas a los 4, 8 y 12 meses de la finalización). Solamente el programa EPA propuso implementar una monitorización de todo el proceso, con medidas pre y post-tratamiento mensuales y seguimiento semanal de participantes, actividades y fidelidad a la planificación. Se encontraron estudios tanto con grupo



## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

control (diseño factorial mixto) como sin él (de medidas repetidas), un estudio con varios grupos experimentales (de clúster) y de cohortes o prospectivo. En todas las investigaciones se calcularon los estadísticos descriptivos de la muestra y se emplearon otras técnicas estadísticas en función de la hipótesis y del diseño experimental. Todos los estudios incluyeron la entrevista como técnica de evaluación. Para controlar sesgos del entrevistador, se recurrió al menos a dos profesionales externos y se efectuó el análisis del grado de concordancia para conocer la fiabilidad. Las entrevistas fueron estructuradas o semi-estructuradas, grabadas en audio y analizadas mediante protocolos de codificación de datos. Otras técnicas habituales fueron la observación con registros en vídeo y protocolos estandarizados y los cuestionarios, escalas y/o inventarios ya validados y baremados o elaborados para el programa en cuestión. El grueso de estudios se focalizó en la evaluación de la efectividad y obtuvo información de los participantes a través de múltiples fuentes e informantes. La mayoría de los programas incorporaron el coaching como un elemento más de la acción, combinándolo con mentoring, entrenamiento conductual, asesoramiento, formación, etc.

### 3.2.- *Uso del coaching en exclusión social en España*

En España la implementación de programas de coaching en grupos en riesgo de exclusión social es reciente y no hay publicaciones científicas al respecto, pero a través de contactos personales con diversas entidades se encontraron algunos ejemplos. Todos ellos tienen en común la existencia de criterios de inclusión que aseguran que los participantes están en situación o riesgo de exclusión social, no presentan psicopatología ni consumo de drogas y tienen un nivel de moti-

vación y proactividad adecuados. El grueso de los programas se desarrollan de forma grupal o combinando coaching grupal e individual. Los contenidos sobre los que se incide son: confianza, compromiso, autoeficacia, motivación, estrategias de afrontamiento del estrés y de resolución de conflictos, autoaceptación, inteligencia emocional, definición de objetivos, autoconocimiento, liderazgo, autoestima, autonomía, responsabilidad, reflexividad, pensamiento divergente, valores, organización del tiempo, proactividad, toma de decisiones, gestión del fracaso y tolerancia a la frustración, comunicación eficaz, construcción de redes de apoyo, trabajo en equipo, automonitorización y estilo atribucional interno. Cada programa incluye además contenidos específicos según las necesidades del colectivo al que se dirige.

## 4. Discusión

En los estudios llevados a cabo en el extranjero se analizó el efecto principal de las intervenciones pero, considerando que en muchas de ellas el coaching se combinó con otras actuaciones (Chaffin et al, 2012; Cortis et al, 2013; Goodwin-Smith y Hutchinson, 2015), resulta necesario un análisis de los efectos simples de cada componente para determinar qué parte del efecto total se debe al coaching. En algunos programas los criterios de inclusión fueron amplios (Goodwin-Smith y Hutchinson, 2015; Krabbenborg, Boersma y Wolf, 2013), pero interesa también evaluar la efectividad en función de características específicas de cada colectivo. Pocos estudios compararon los resultados obtenidos mediante el coaching y los resultantes de las intervenciones habituales (Aarons, et al, 2009; Havighurst et al, 2013; Krabbenborg et al, 2015)

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

Nombre del programa	Organización	Lugar, año	Población	Objetivo
Coaching Social para personas en exclusión social y reclusos	Pendiente de registro	Valencia	Población en exclusión social. Reclusos a 4 meses de su liberación, con permisos especiales o libertad vigilada	Reinserción social y laboral
Daleth Adicciones	Daleth	A Coruña, 2015	Adictos en desintoxicación y rehabilitación emocional y social	Rehabilitación, reinserción social
No consta el nombre	Coaching sin Fronteras ARRM (Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor)	Madrid, 2012	Menores infractores	Re-inserción social
Programa de Empleo y Emprendimiento	Coaching sin Fronteras Fundación Madrina	Madrid, 2012	Mujeres gestantes o con neonatos y sin recursos	Reinserción laboral
Programa de coaching para la reinserción laboral	Coaching sin Fronteras Fundación Integra	Madrid, 2012	Personas en situación de exclusión social	Reinserción laboral
Coaching para la vida en libertad	Asociación Eslabón, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Madrid	Ex reclusos	Reinserción social
Coaching para el empleo	Asociación Eslabón Ayuntamiento de Alcorcón Concejalía de Mujer	Madrid	Mujeres en riesgo de exclusión social	Reinserción social y laboral
The power of oneself	ADAMA	Barcelona, 2013	Mujeres con vulnerabilidad física o psicológica asociada a violencia de género o a condiciones socio-laborales	Inclusión social
ARETI: Acompañamiento Social y Laboral de jóvenes en riesgo de exclusión social	Asociación Eslabón, Obra Social la Caixa, Ayuntamiento de Madrid	Madrid, 2013	Jóvenes en riesgo de exclusión social	Inclusión social
ESFROG	ESFROG. Universitat de Barcelona. Fundación La Pedrera (Barcelona). Fundación Tomillo (Madrid). Fundación Ship2B (en Valencia)	Barcelona, Madrid, Valencia, 2015	Jóvenes en riesgo de exclusión de 15-35 años	Emprendimiento Inserción
Programa MedyCo	AICP. Centros de Participación de Inmigrantes	Madrid, 2007	Inmigrantes y personas sin recursos	Resolución de conflictos y desarrollo de proyectos
Coaching a desempleados	EEC de Cataluña, Infojobs	Barcelona, 2012	Desempleados	Reinserción laboral
Metodología de coaching para la inserción social de personas en riesgo de exclusión social	Fundación Ronsel Escola galega de coaching	A Coruña, 2009	Personas en riesgo de exclusión social	Reinserción social
Cocinando Futuro	Plan Internacional	Madrid, 2015	15 jóvenes de 18-23 años	Empleabilidad, inserción social
Coaching para personas sin hogar	Fundación Me Importas (Pionera en España)	Madrid, 2016	13 personas sin hogar y personas con buena economía	Empleabilidad inserción social
Coaching para la reinserción laboral	Fundación Empresas y Personas	Madrid, 2015/16	Personas con Daño Cerebral Adquirido	Inserción laboral
Proyecto Coach	Fundación Exit	Zaragoza Barcelona Palma Madrid Sevilla Tánger Casablanca 2008	a 16 -21 años, buena motivación, sin estudios primarios o secundarios. Familia "normalizada" + conductas de riesgo; desestructurada + contexto multiproblemático; centros de protección + emancipación en solitario	Empleabilidad

## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

Nombre del programa		Organización	Lugar, año Población	Objetivo
No consta el nombre	Escuela Ana Bella	Sevilla	No consta	Inserción laboral
Pasando a la acción	Activos y Felices	León	> 45 años, desempleados, discapacitados, refugiados	Inclusión
Programa actíivate	Activos y Felices	León, 2012	Discapacidad y deterioro cognitivo	Inclusión
Activación y acompañamiento a personas afectadas por la crisis, Vives Emplea y Vives Emprende	Cruz Roja. Acción Contra el Hambre. Obra Social La Caixa. Fundación Caja Navarra	Navarra, 2015-2017	Mujeres desempleadas	Empleabilidad emprendimiento, reinserción laboral

Tabla 3: Programas para población en riesgo de exclusión social en España.

y ninguno comparó los resultados del coaching en población excluida y no excluida. Muy pocos programas realizaron seguimiento a largo plazo y apenas hay réplicas (Jouriles et al, 2001; Katz et al, 2008; Krabbenborg et al, 2015; Prosman, et al, 2013). No se han encontrado estudios que comparen los efectos asociados a procesos de coaching de diferentes corrientes, tipos y modalidades de aplicación con población en exclusión social. La mayoría de los estudios cuentan con una muestra inicial pequeña que queda merma da al finalizar la intervención (Havighurst et al, 2013; Jouriles et al, 2001; Prosman, et al, 2013). Es necesario responder a las cuestiones de por qué la adherencia al coaching es tan baja en estos colectivos y cómo incrementarla. Por último, en ninguno de los estudios revisados se explica de modo pormenorizado el procedimiento de coaching ni se recoge información sobre la fidelidad a la planificación.

En cuanto a los programas nacionales, se observó que en la mayoría no se llevó a cabo una evaluación exhaustiva ni de resultados ni de proceso. En otros casos, los resultados de la evaluación fueron inaccesibles para quien escribe por cuestiones de confidencialidad (Asociación Internacional de Coaching y Psicología, 2016; Fundación Exit, 2016; Fundación Me Importas, 2016;

Plan Internacional, 2016). Las Fundaciones o Asociaciones que presentaron públicamente sus memorias recopilaron en ellas información acerca de los criterios de inclusión al programa, el número de participantes y las entidades colaboradoras, pero resultó imposible obtener datos sobre los constructos psicológicos evaluados y los instrumentos de medida (Fundación Exit, 2016). En el grueso de programas no se efectuó seguimiento y cuando éste tuvo lugar fue a corto plazo (Coaching sin Fronteras, 2016; Escola galega de coaching, 2016; Fundación Exit, 2016; Fundación Me Importas, 2016). La evaluación se centró en registrar la consecución y/o modificación de los objetivos de los participantes más que en analizar el impacto del coaching en diferentes constructos psicológicos que podrían ser de interés según la literatura (Asociación Eslabón, 2016; Fundación Empresas y Personas, 2016).

## 5. Conclusiones

Los programas de coaching para población en riesgo o situación de exclusión social en otros países muestran ser efectivos en el incremento de la red de apoyo y del bienestar general, así como en la reducción de la violencia en el hogar, la adherencia al programa y la búsqueda de em-

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

pleo. Dado que los programas producen mejoras en variables relacionadas con los ejes de integración social, podrían resultar de utilidad para colectivos en riesgo o situación de exclusión. Además los estudios llevados a cabo en estos países señalan que son las características de la relación coach-coachee las que explican la efectividad, dicho resultado constituye una premisa en el diseño de los programas.

En España, la implementación de programas de coaching en grupos en riesgo de exclusión social es reciente y no hay publicaciones científicas al respecto. La mayoría de los programas son grupales y combinan el coaching con otras metodologías. Todos se componen de un cuerpo común de contenidos típicos del coaching y otro específico de la problemática abordada por el programa. Es importante evaluar debidamente los programas para conocer su ajuste a la realidad española, los resultados obtenidos y los elementos que los explican, de este modo se determinarán la utilidad y las características del diseño e implementación que garantizan la máxima efectividad y eficiencia.

### BIBLIOGRAFÍA

- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., Hect, D. B., Silovsky, J. F., y Chaffin, M. J. (2009). The impact of evidence based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 270- 280.
- Ammentorp, J., Jensen, H. I., y Uhrenfeldt, L. (2013). Danish health professionals' experiences of being coached: a pilot study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33 (1), 41-47.
- Blustein, D. L., McWhirter, E. H., y Perry, J. C. (2005). Toward an emancipatory communitarian approach to vocational development theory. *The Counseling Psychologist*, 33, 141-179.
- Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J. F., y Beasley, W. H. (2012). A statewide trial of the safecare homebased services model with parents in child protective services. *Pediatrics*, 129, 509-515.
- Chronister, K. M., y McWhirter, E. H. (2003). Applying social cognitive career theory to the empowerment of battered women. *Journal of Counseling and Development*, 81, 418 - 425.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Thompson, M.P., McKeown, R.E., Bethea, L., y Davis, K.E. (2012). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 11, 465-476.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1993). *Background Report: Social Exclusion-Poverty and Other Social Problems in the European Community*, ISEC/B11/93. Luxemburgo: Oficina para las Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. (2012). Encuesta de salud para Asturias 2012. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Disponible en [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/As\\_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012\\_Informe.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012_Informe.pdf)
- Consejo Económico y Social de España. (2011). *Tercer informe sobre la situación de las mujeres en la realidad socio laboral española*. Madrid: Consejo Económico y Social. Disponible en <http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0111>
- Cortis, N., Bullen, J., y Hamilton, M. (2013). Sustaining transitions from welfare to work: the perceptions of employers and employment service providers. *Australian Journal of Social Issues*, 48(3), 363-384.
- Cunningham, J.N., Kliewer, W., y Garnder, P.W. (2009). Emotion socialization, child emotion understanding and regulation and adjustment in urban African American families: differential associations across child gender. *Development and Psychopathology*, 21, 261-283.

## Coaching for socially excluded collectives: effectiveness, challenges and perspectives

- Damonti, P. (2014). *Una mirada de género a la exclusión social*. Madrid, Fundación Foessa. Disponible en [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos\\_trabajo/15102014151359\\_2687.pdf](http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014151359_2687.pdf)
- Davis, P.A. (2016). *The psychology of effective coaching and management*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- De la Corte, J. (2002). La figura del “coaching” en el ámbito laboral. *Derecho y conocimiento*, 2, 269-284.
- Ellinger, A.D., Ellinger, A.E., Bachrach, D.G., Wang, Y.L., y Bas, A.B.E. (2011). Organizational investments in social capital, managerial coaching and employee work-related performance. *Management Learning*, 42 (1), 67-85.
- Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals, a metaanalysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166, 22-37.
- Fernández Galán, R. (2011). *Exclusión social de mujeres presas: análisis de necesidades y su percepción del proceso de rehabilitación en el centro penitenciario de Villabona*. Tesis doctoral, Universidad de Oviedo. Disponible en [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/12893/4/TD\\_Roxana%20Fernandez%20Galan.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/12893/4/TD_Roxana%20Fernandez%20Galan.pdf)
- Franklin, J., y Franklin, A. (2012). The Long Term Independently Assessed Benefits of Coaching: a controlled 18-month study of two methods. *International Coaching Psychology Review*, 7 (1), 33-38.
- Gamboa Muñoz, O.R. (2010). Epistemología del coaching, análisis epistemológico de tres modelos. *Akademèia*, 1(2), 63-81.
- Ginevra MUSICCO, consultora de Recursos Humanos. (2013). El nuevo coaching en Europa. *Revista Universitaria Europea*, 19, 23-38.
- Gonzalez-Guarda, R.M., Cummings, A.M., Becerra, M., Fernandez, M.C., y Mesa, I. (2013). Needs and preferences for the prevention of intimate partner violence among hispanics: a community's perspective. *Journal of Primary Prevention*, 34 (4), 221-235.
- Goodwin-Smith, I., y Hutchinson, C. (2015). Beyond supply and demand: addressing the complexities of workforce exclusion in Australia. *Journal of Social Inclusion*, 6 (1), 163-185.
- Grant, A. M. (2001). *Towards a Psychology of Coaching the Impact of Coaching on Metacognition, Mental Health and Goal Attainment*. Tesis doctoral, Macquarie University. Disponible en <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED478147.pdf>
- Grant, A. M., Curtayne, L., y Burton, G. (2009). Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being: a randomised controlled study. *The Journal of Positive Psychology*, 4 (5), 396-407.
- Guirao-Goris, J.A., Olmedo Salas, A. y Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1 (1), 6-31.
- Havighurst, S.S, Wilson, K.R., Harley, A.E, Kehoe, C., Efron, D., y Prior, M.R. (2013). “Tuning into Kids”: Reducing young children’s behaviour problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychology and Human Development*, 44, 2, 247-264.
- Huete García, A. (2013). Pobreza y exclusión social de las mujeres con discapacidad en España. *Revista Española de Discapacidad*, 1 (2), 7-24.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Spiller, L. C., Norwood, W., Swank, P. R., Stephens, N., et al. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 69, 774-785.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Stephens, N., Norwood, W., Spiller, L. C., y Ware, H. S. (1998). Breaking the cycle of violence: helping families departing from battered women’s shelters. En Holden, G.W., Geffner, R., y Jouriles, E. N (Eds.), *Children exposed to marital violence: theory, research and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kasturirangan, A. (2008). Empowerment and programs designed to address domestic violence. *Violence against women*, 14, 1465-1475.
- Katz, L.F., Hunter, E., y Klowden, A. (2008). Intimate partner violence and children’s reaction to peer provocation: the moderating role of emotion coaching. *Journal of Family Psychology*, 22 (4), 614-621.
- Kellard, K. L., Adelman, A., Cebulla, y Heaver, C. (2002). *From job seekers to job keepers: job retention, advancement and the role of In-work support programmes*. Londres: Department for Work and Pensions.

## Coaching para colectivos en exclusión social: efectividad, retos y perspectivas

Krabbenborg, M. A. M., Boersma, S. N., Beijersbergen, S.M., Gorscha, M.D., Richard, J., y Wolf, J. R. L. M. (2015). Fidelity of a strengths-based intervention used by Dutch shelters for homeless young adults. *Psychiatric Services*, 1, 66 (5), 470-476.

Krabbenborg, M. A. M., Boersma, S. N., y Wolf, J. R. L. M. (2013). A strengths based method for homeless youth: effectiveness and fidelity of Houvast. *BMC Public Health*, 13 (1), 359-359.

Laparra, M. y Pérez, B. (2008). ¿Qué entendemos por exclusión social?. En FOESSA, *VI Informe sobre exclusión y desarrollo en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

Lo Fo Wong, W.S., Wester, F., Mol, S., Romkens, R., Hezemans, D., Lagro-Janssen, T. (2008). Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education and Counseling*, 70, 386-394.

Loeffen M.J.W., Lo Fo Wong, S., Wester F.P.J.F., Laurant M.G.H. y Lagro-Janssen. (2011). Implementing mentor mothers in family practice to support abused mothers: study protocol. *BMC Family Practice*, 12, 113.

Observatorio de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres. Instituto Asturiano de la Mujer. Gobierno del Principado de Asturias. (2015). *Situación de mujeres y hombres en Asturias*. Oviedo: Instituto Asturiano de la Mujer y Consejería de Presidencia. Disponible en <http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2015/07/Situaci%C3%B3n-de-mujeres-y-hombres-en-Asturias-2015.pdf>

Ortiz de Zárate, M. (2010). Psicología y Coaching: marco general, las diferentes escuelas. *Capital Humano*, 243, 56-68.

Prozman, G., Lo Fo Wong, S.H., Lagro-Janssen, A.L.M. (2012). Why abused women do not seek professional help. *Scan Journal Caring Science*.

Prozman, G.J., Lo Fo Wong, S., Antoinette, L.M., y Lagro-Janssen, A.L.M. (2013). Why abused women do not seek professional help: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28 (1), 1-9.

Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social, un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa. Disponible en <http://www.didacqueralt.com/pobreza-sp.pdf>

Taft, A.J., Small, R., Hegarty, K.L., Watson, L.F., Gold, L., Lumley, J.A. (2011). Mothers' advocates in the community (MOSAIC) non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health*, 11, 178.

Wang, Q. (2013). Structures and characteristics of effective coaching practice. *The Coaching Psychologist*, 9 (1), 7-17.

Wettersten, K. B., Rudolph, S. E., Faul, K., Gallagher, K., Trangsrud, H. B., Adams, K., Graham, S., y Terrance, C. (2004). Freedom through self-sufficiency: a qualitative examination of the impact of domestic violence on the working lives of women in shelter. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 447-462.



## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

### Resumen

El territorio del Centro de Servicios Sociales Franja Besòs, del Instituto Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, está compuesto por los barrios de Bon Pastor, Baró de Viver y Trinitat Vella. Estos territorios aunque pequeños en número de habitantes tienen unos indicadores de riesgo de exclusión muy elevados. Eso conlleva que un alto porcentaje de sus habitantes sean usuarios/as de Servicios Sociales.

Las características de las familias atendidas por servicios sociales en las que hay múltiples factores de exclusión social (salud mental, precariedad económica, falta de trabajo, infancia en situación de riesgo, violencia de género, ...) han hecho que Servicios Sociales de Franja Besòs se plantee un modelo de trabajo que potencie la prevención desde los tres ejes del trabajo social: atención individual, grupal y comunitaria.

El modelo de atención individual propuesto y que se desarrolla en este artículo se articula en tres grandes ejes: el vínculo como hilo conductor de la intervención; la intervención en el contexto ecológico de la familia/persona; y la intervención familia-red profesional incluyendo a las familias.

### Palabras clave

Servicios Sociales de atención primaria. Atención centrada en la familia. Vínculo. Contexto ecológico. Intervención red profesional-familia. Familias multiproblemáticas. Prevención.

## For a model of care centered in the family in Social Services

### Abstract

The area of scope of the Franja Besòs Social Services Center, which is incardinated in the Social Services Municipal Institute of the Barcelona City Council, it is comprised by three neighbourhoods, Bon Pastor, Baró de Viver and Trinitat Vella. These territories even small in number of inhabitants have a very high risk of exclusion indicators. This entails that a high rate of its inhabitants are Social Services users.

The specific features of the served families by Social Services, in which there are multiple factors of social exclusion (Mental Health, Economic Precariousness, Unemployment, Child in risk situation, Gender Violence, ...) has made that the team of the Social Services Center of Franja Besòs considers a work model that enhances prevention from the three cores of social work: individual, group and community attention.

The proposed individual attention model developed in the present article it is based in three main lines: the emotional bond as a guiding theme of the intervention; the intervention in the Ecological context of the family/person; and the family-professional network intervention including families.

### Keywords

First Care Social Services. Attention focused on the family. Emotional Attachment. Emotional Bond. Ecological Context. Professional-Family intervention network. Multiproblematic families. Prevention.

### Authors/Autores

**Israel Ureña Mallen, Encarna Roldán González, Xavier Molina Cabanillas, Laia Mollón Porta, Patricia Cortés Ocaña, María José Marín González, Carolina Fernández Alejo, Núria Calabria Ferrer, Marta Gracián Anglés, Xavier Serradell Eroles, Lydia Pulido Delgado, Candela Pérez Calvo, Susana Hortas Rico, Silvia Lacasta Lamua, Tania Mesa Fernández, Mariguin Bocanegra Alfaro, Silvia Villegas Garahut.**

**Datos correspondencia:** Israel Ureña Mallen

Trabajador Social del Centro de Servicios Sociales.

Instituto Municipal de Servicios Sociales Ayuntamiento de Barcelona

[iurena@bcn.cat](mailto:iurena@bcn.cat)

RECIBIDO: 19.04.17 | REVISADO: 25.07.17 | ACEPTADO: 17.07.17 | PUBLICADO: 28.08.17

## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

### Introducción

Los Servicios Sociales, así como otros sistemas de protección/promoción de las personas y familias, suelen organizarse en base a dos ejes. Por un lado, disponen de un catálogo de recursos y servicios a prestar a la ciudadanía y, por el otro, lo forman un conjunto de profesionales cuya misión es llevar a la práctica dicho catálogo.

Actualmente, los Centros de Servicios Sociales en su mayoría están pensados y organizados como “servicios dirigidos” hacia las familias y/o personas. Esto supone, en primer lugar, concebir a la familia o a las personas como un objeto de intervención sobre el cual se interviene y se pretenden modificar los aspectos que no funcionan. En segundo lugar, implica que para acceder a los diferentes recursos y servicios, la familia o persona tiene que acudir por ella misma y cumplir con una serie de requisitos. Finalmente, supone que la atención prestada a las familias está organizada en base al funcionamiento del servicio. En consecuencia se fundamenta en una estructura estable de horas de visita y una priorización de la atención en el *contexto de despacho* por delante de otro tipo de intervenciones.

Dichas variables conforman unos Servicios Sociales en una actitud “de espera” y “reactiva” en lugar de unos Servicios Sociales que a nuestro entender deberían tener una actitud más “proactiva” y “preventiva”.

El Centro de Servicios Sociales Franja Besòs de Barcelona posee una alta complejidad, tanto por el volumen de familias atendidas como por la dificultad de las problemáticas que presentan. Los Barrios atendidos están caracterizados por importantes diferencias socio-económicas en relación con el resto de la ciudad. Las características físi-

cas de los mismos, aislados por diferentes conexiones viarias y otras infraestructuras, hacen de ellos pequeñas poblaciones donde los indicadores de exclusión de sus habitantes se ven incrementados. Según los datos obtenidos por el Observatori de Barris de Barcelona obtenemos una media de un 13,9% de población sin estudios (en Barcelona ciudad el porcentaje es 7,6%), un 1,22% de población con una pensión no contributiva por invalidez (en el resto de la ciudad es el 0,54%) y el índice de renta media familiar disponible es del 57,3% respecto al global de la población. Asimismo, durante el año 2015 el Centro de Servicios Sociales de Franja Besòs fue el centro que atendió a más menores en situación de riesgo de Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona, 2016). En la experiencia de nuestro trabajo diario hemos llegado a la convicción de que el modelo de “servicio dirigido” hacia las familias no funciona con la eficacia deseada en este tipo de contextos.

Es por esta razón que nuestra propuesta consiste en promover y poner en práctica un “servicio centrado” en la familia/persona a través de los diferentes niveles de atención: individual, grupal y comunitario.

El modelo anterior se basa en intervenir *sobre* la familia, haciendo que las familias y personas sean receptoras de la intervención, teniendo un papel secundario en el diseño y ejecución de los diferentes planes de trabajo. El modelo que proponemos se centra en intervenir *con* la familia, convirtiéndola en protagonista y co-responsable de la intervención.

Si la actitud del modelo anterior era “de espera” y “reactiva”, nuestra propuesta es ser “proactivos” y potenciar la “prevención” como ejes del trabajo no sólo individual y familiar, sino también grupal y comunitario. Y si los Servicios Sociales estaban



## For a model of care centered in the family in Social Services

pensados para que las familias y personas se adaptaran a la *agenda del servicio*, nuestra propuesta es que los Servicios Sociales se adapten a la *agenda de la familia*. Uno de los ejes diferenciales es que los Servicios Sociales tienen que recuperar la visión de ser generadores de cambio en el territorio.

Este cambio de paradigma en la manera de entender los Servicios Sociales implica tres niveles de cambio que son interdependientes e iguales en importancia.

Estos son:

1. *Un cambio en la organización*: un modelo de atención “centrado” en la familia implica que las instituciones encargadas de prestar los Servicios Sociales de base, en su mayoría ayuntamientos, tienen que promover estructuras organizativas flexibles que permitan la adaptación del servicio a las familias. Actualmente ocurre a la inversa: son las familias las que han de adaptarse a la dinámica del servicio. Este cambio es imposible llevarlo a cabo sin que los responsables de los Servicios Sociales confíen en la labor de sus profesionales. Hemos de entender que “la capacidad de los asistentes sociales para sostener ideas y procedimientos nuevos depende del respaldo que reciban de sus supervisores, como también de un cambio en las políticas de la institución” (Minuchin, Colapinto, Minuchin, 2009, p. 26). Por este motivo, la Dirección tiene que hacer un cambio de mirada hacia el equipo y, desde la confianza que merece el capital humano que gestiona, dar el paso a un co-liderazgo más cercano al coaching que acompañe y potencie al profesional.

Por otra parte, implica que los/las profesionales quieran moverse desde la comodidad y seguridad que les ofrece la estructura rígida de la organización y el *contexto de despacho*. Hace falta atreverse desde la vocación y capacitación profesional a abandonar la seguridad que nos permite el modelo asistencialista, en el cual nos ha arrinconado el sistema de bienestar social y que se rige por prioridades economicistas. Hemos de huir de la intervención en la que otros definen qué se tiene que hacer o dejar de hacer y salir a la calle donde transcurre la vida de la gente y donde podremos encontrar propuestas que nos reencuentren con la idea del empoderamiento ciudadano, técnico y comunitario.

En este proceso también se han de priorizar aspectos relacionados con la adaptación formativa de los profesionales. Por un lado, proporcionar una formación basada en las necesidades del territorio y, por otro, que ésta se adapte a las necesidades de proyección de los/las profesionales.

2. *Un cambio de prioridades*: en todos los modelos referentes en Servicios Sociales se establecen tres niveles de atención: *individual, grupal y comunitaria*. Aunque se establezca trabajar de una manera igualitaria en todos los niveles, debido a la complejidad de la demanda recibida, a la presión del contexto y a la vulnerabilidad de la universalización del servicio, siempre se prioriza la atención individual y se relega para lo último la atención grupal y comunitaria. Desde nuestra propuesta sostenemos que unos Servicios Sociales eficaces son aquellos que pueden desarrollar de forma real los tres niveles de atención. Y no como una declaración de buenas intenciones, sino

## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

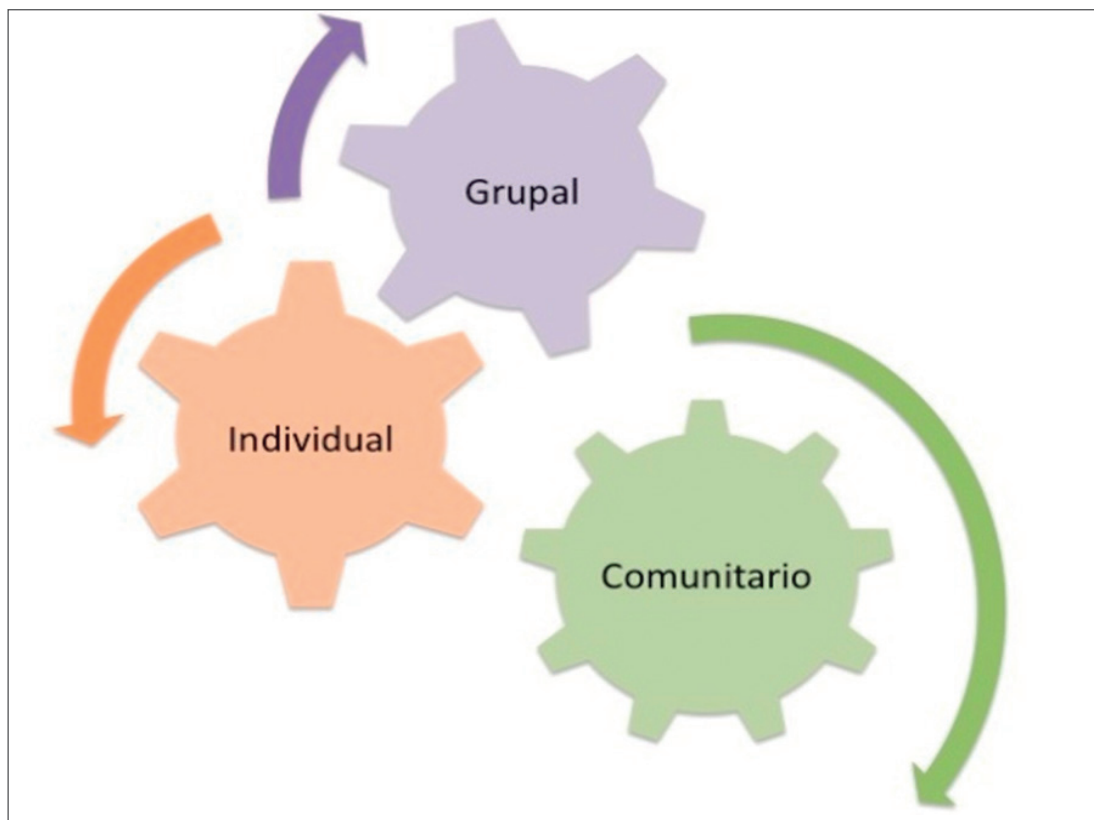


Figura 1: Niveles de atención. Elaboración propia.

como un cambio en las prioridades que sitúe los tres niveles en la misma importancia programática. Hemos observado que la intervención simultánea en los tres niveles produce un efecto de retroalimentación y se transforma en un engranaje con efectos mucho mayores y duraderos en el bienestar de las familias, personas y grupos que atendemos, así como para la comunidad de la cual forman parte. El gráfico de la figura 1 representa cómo se retroalimentan los tres niveles de atención.

Si bien el modelo de atención “centrado” en la familia implica los tres niveles de atención, en el presente artículo nos centraremos en las

propuestas y cambios metodológicos del nivel individual y familiar. El objetivo final sería que las personas se convirtiesen en motor de su propio cambio y fomentar que sean agentes de cambio en su comunidad.

3. *Un cambio en la metodología: a nivel individual y familiar* un modelo de atención centrado en la familia implica revisar y cuestionar el *cómo* intervenimos. En primer lugar, una intervención *con* la familia supone pasar de un modelo basado en conectar a la familia a servicios y recursos a otro modelo basado en que el principal recurso es la relación y el vínculo que establece el profesional con la familia. En

## For a model of care centered in the family in Social Services

segundo lugar, es importante remarcar la importancia de intervenir en el contexto ecológico de la familia y en la red profesional en el cual se desenvuelve, más allá de las paredes de los despachos de Servicios Sociales.

*Un modelo de atención centrado en la familia* supone al profesional pasar de la posición de *experto* a la posición de *aliado*. Y esté *aliado* acompañará a cada uno de los sujetos de intervención en los diferentes contextos que se sucedan. Se trata de pasar de una intervención centrada en el déficit y el problema, a otra centrada en las capacidades y las potencialidades de cada uno de los sujetos dentro de la familia y de la familia como un conjunto.

Esta posición implica que la sabiduría recae en las familias y son ellas mismas las expertas en solucionar sus problemas. En este sentido la intervención implicará: respeto, conexión emocional, curiosidad y mirada positiva (creer en las posibilidades y recursos de la familia).

### 1. El vínculo como hilo conductor de la intervención

Este modelo implica que la mayoría de esfuerzos de los profesionales deben ir destinados a construir una buena alianza de trabajo, pieza fundamental de la intervención y a través de la cual se erigirán todos los planes de intervención con la familia.

Vínculo y alianza son conceptos que tienen una larga trayectoria en la bibliografía de las Ciencias Sociales y la Psicología. Desde Freud a Bordin, son muchos los autores que han reflexionado acerca de estos conceptos y la importancia que tienen en

los tratamientos tanto en el ámbito social como en el clínico. Si en algo coinciden la mayoría de autores es que la construcción de un buen vínculo o alianza entre profesional y familia es predictivo del éxito en la intervención.

Aun así, hemos de tener claro que existen diferentes contextos de intervención en Servicios Sociales, donde la solicitud del paciente, la elección del profesional que le atiende, la confianza o el secreto profesional, vienen cambiados por la ausencia de solicitud o demanda, la imposición profesional, la desconfianza hacia este, la circulación de los contenidos y las informaciones en la red (Cirillo, 2012).

A veces resulta complicado encontrar un marco teórico y, sobre todo, operativo, que sirva a los profesionales a tener una guía a través de la cual construir y evaluar la alianza que establecen en su práctica profesional. Para subsanar esta carencia, Escudero y Friedlanlander (2003) desarrollaron el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o)<sup>1</sup>, una escala de observación del comportamiento de los sujetos en el marco de la terapia familiar conjunta.

#### notas

<sup>1</sup> El modelo del SOATIF-o se basa en cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica:

(1) Enganche en el proceso (los objetivos y las tareas en la intervención son negociadas y compartidas por la familia),

(2) Seguridad (hay que crear espacios en los que las personas se sientan seguras y cómodas. Que sientan que no hay necesidad de estar a la defensiva),

(3) Conexión emocional (la relación se basa en la confianza, el interés y el respeto)

(4) Sentido de compartir el propósito en la familia (construir una meta para la familia, enfatizar lo que tienen en común y promover compromisos entre ellos y con el profesional).

## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

Aunque este modelo fue gestado desde la terapia familiar, valoramos que es perfectamente trasladable a las disciplinas profesionales que intervienen en el contexto de Servicios Sociales y, muy particularmente, es de gran utilidad para la intervención en contextos familiares cronicados multiproblemáticos.

Para sintetizar nuestra propuesta del vínculo como hilo conductor de la intervención y llevarlo a un nivel más práctico, cogeremos prestado el esquema que Escudero (2013) propone para generar un contexto de intervención eficaz en tres pasos:

1. Seguridad para favorecer la conexión emocional.
2. Conexión emocional para favorecer el enganche en el proceso.

3. Enganche para favorecer el compromiso en la familia y la comunidad.

Una vez desgranado el concepto de vínculo y/o alianza, así como de su importancia en el contexto de Servicios Sociales, pasaremos a explicar la importancia que tiene para nosotros tanto la intervención ecológica (contexto social de la familia) como la intervención familia - red profesional.

### 2. Intervención ecológica

Ya hemos comentado anteriormente la importancia que tiene para el *modelo centrado en la familia* poder intervenir *con* la familia más allá de los despachos de Servicios Sociales. Aunque es cierto que este tipo de intervenciones ya existen, nuestra experiencia en Servicios Sociales nos dice que

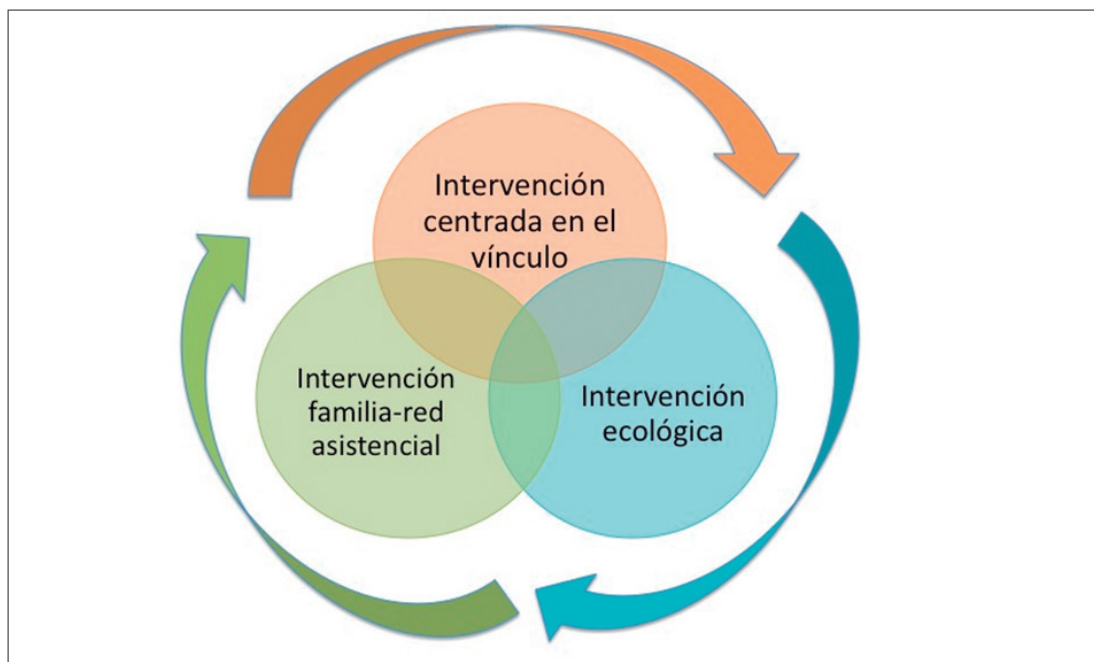


Figura 2. Gráfico resumen modelo. Elaboración propia.

## For a model of care centered in the family in Social Services

estas intervenciones son habitualmente la excepción, ocupando un lugar residual en las agendas de los profesionales.

Nuestra propuesta es que este tipo de intervenciones se convierta en una metodología habitual en la práctica profesional. El gráfico figura 2 resumiría el modelo de intervención que proponemos.

Para comenzar remarcaremos que sea cual sea el contexto de intervención (despacho, contexto ecológico o familia red-profesional) la intervención tiene que tener como objetivo la construcción y/o el refuerzo del vínculo y/o alianza de trabajo, que como hemos dicho debe ser el hilo conductor.

Aunque se podría considerar que dentro del área *intervención ecológica* podría incluirse la *intervención familia- red* profesional, es tal la importancia y trascendencia que tiene la red asistencial en muchas familias, especialmente en las multiproblemáticas, que hemos considerado pertinente tratarla como un área específica de intervención y la desarrollaremos en otro apartado.

Por último y e igual de importante, la intervención en todas las áreas debe ir acompañada de un esfuerzo por parte del profesional en desarrollar y sostener una mirada positiva y apreciativa de la familia y sus posibilidades.

Por intervención ecológica nos referimos a todas aquellas intervenciones que tienen lugar en el contexto social de la familia. Nuestra referencia para la forma de intervenir en este contexto es la *Ayuda Colaborativa* de Madsen (2014). De forma sintetizada, la ayuda colaborativa consistiría en entrar en los problemas, necesidades y rutinas diarias de las personas y familias combinando ayuda práctica

con conversaciones útiles organizadas alrededor de las historias que forman parte de su vida. No es de extrañar entonces que el contexto primordial sea el domicilio, pero también son especialmente relevante todos aquellos acompañamientos con la familia para diferentes gestiones que les suponen una dificultad (trámites con la administración, juzgados, etc...).

En relación con la intervención en el domicilio, es importante subrayar que no se trata de una intervención evaluativa (como valorar la idoneidad de una vivienda para unos menores o para una persona dependiente), sino que se trata de convertir el mismo domicilio y sus cercanías (por ejemplo, el parque enfrente del domicilio) en contextos de intervención. En estos contextos se mantienen conversaciones útiles con las familias que permiten establecer un plan conjunto de intervención. Es básico respetar las normas y rutinas de la familia en su vida cotidiana, buscar puntos en común entre familia y profesional y dirigir los esfuerzos hacia las cosas que desean cambiar.

En relación con los acompañamientos, no se trata de suplantar a la familia en la labor o el cometido que sea, sino de acompañarla para que pueda aprender a manejar estas situaciones por sí misma.

Estos acompañamientos son especialmente útiles por dos motivos: el primero, es que habitualmente con un acompañamiento se resuelven intervenciones llenas de conversaciones inútiles e infructuosas *en el contexto de despacho*, que a veces no hacen más que aumentar el sentimiento de impotencia tanto de la familia como del profesional.

El segundo motivo es que este tipo de intervenciones ayudan a generar vínculo con la familia.

## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

Cuando el profesional va en autobús o por la calle acompañando a una persona o familia a realizar una gestión, muchas veces se acaban teniendo conversaciones que serían mucho más difíciles de tener en el *contexto de despacho*. Estas conversaciones suelen girar en torno a deseos, recursos y capacidades de la familia que habitualmente quedan ocultas por la misma lógica de los contextos más formales. En palabras de Madsen (2014) sería el *walking and talking*.

Otra razón por la cual la intervención ecológica es eficaz en la construcción del vínculo es porque al intervenir en su contexto (en el contexto de la persona-familia) la relación familia-profesional se vuelve más próxima. Acompañada en su contexto social, la familia no percibe al profesional como alguien que está por encima de ella, como si fuera un experto, sino como un aliado, como una persona que está a su lado y a su mismo nivel de autoridad. Sin embargo, la relación nunca llega a ser del todo horizontal ya que es el profesional el responsable de liderar la intervención. De igual modo, este tipo de relación tiene dos efectos, tanto en la persona-familia como en el profesional: en la familia, facilita que ésta se comprometa en la intervención y en el profesional despierta un interés genuino sobre la familia cambiando su mirada sobre sus potencialidades y recursos.

En el viaje que proponemos a través de la intervención ecológica, pararemos en el punto clave de la excelencia de cualquier proyecto social: el/la profesional. Éste es el que implementa y lidera los primeros momentos de la intervención; momentos que, por otro lado, marcarán en gran medida la relación que se establezca entre el profesional y la familia, entre el grupo y la comunidad. Por lo tanto es importante tener disponible la brújula de la metodología, pero en la intervención ecológica igual

importancia tiene el ser de la persona que establecerá conjuntamente con el otro la ruta a seguir.

### 3. Intervención familia-red profesional

Es por todos sobradamente conocido, que la relación que establecen las familias con los profesionales que conforman la red profesional suele no estar exenta de dificultades, malentendidos e incluso miradas confrontadas. No sólo entre la familia y los profesionales sino también entre los profesionales que intervienen con una misma familia. Aunque hay muchas familias que realizan su trayectoria asistencial sin problemas, son también numerosas aquellas que a veces sufren las consecuencias de la falta de coordinación entre profesionales o de planes de intervención divergentes. Es aquí donde el ser *aliado* de la familia mantiene la contención entre los diferentes agentes para llegar a cumplir los objetivos del plan de trabajo. Esto se consigue no solamente estableciendo un trabajo en red de manera coordinada durante el proceso de intervención, sino también trabajando *con* la familia y *con* los diferentes servicios.

Estas dificultades son especialmente evidentes en las denominadas familias multiproblemáticas, que suelen estar muy presentes en los Servicios Sociales. Para poder hacer operativo el concepto, utilizaremos la definición propuesta por Cancrini (1997)<sup>2</sup>.

Para las familias multiproblemáticas, o llamadas también multiasistidas, las relaciones con los diferentes profesionales que las atienden pueden llegar a ser realmente complejas. Como ya alertaba Imber-Black (2000), en las relaciones entre familias y servicios asistenciales se pueden dar



## For a model of care centered in the family in Social Services

pautas problemáticas como escaladas simétricas, relaciones de complementariedad creciente o verse inmersas en triángulos que pueden dejar atrapadas a las familias durante largos períodos, entre otros problemas.

Hay que añadir también los posibles efectos desestructurantes de la red asistencial cuando tenemos en cuenta la fragmentación a la que son sometidas las familias cuando tienen que participar en muchos servicios simultáneamente. Descomponer el sistema familiar en piezas más pequeñas que hay que reparar por separado para luego montar de nuevo suele generar una deformación adicional. Cuanto mayor es el número de servicios que intervienen sobre la familia, mayor es la dificultad de la familia en recuperar los fragmentos de ese proceso y proteger a la familia como una unidad con entidad propia (Colapinto, 1991).

Todas estas ideas quedarían ilustradas en el siguiente ejemplo de Colapinto (1995) de una reunión multiservicios *sin* la familia:

El operador A, actuando en nombre de los niños, sostiene que no deberían ser devueltos nunca a sus padres; el operador B, que presenta a los padres, pide una reunificación inmediata de la familia. Mientras A ataca a B por ingenuo y crédulo por comprar la historia de los padres, B ve a A como excesivamente rígido, punitivo, y que no entiende nada sobre familias. También está el operador C, que interpreta el interés de la madre sola, e insiste en que el padre tiene que dejar la familia y entonces los niños podrán ser devueltos a su madre. Mientras tanto, madre, padre y niños no están procesando entre sí cualquier tipo de ideas conflictivas que puedan tener sobre si tienen que vivir juntos o no. Como los hu-

manos de la mitología griega, cuyos intereses opuestos eran representados por sus dioses y diosas Olímpicos, no pueden hacer nada excepto esperar a la decisión que surgirá de la batalla que por encima de sus cabezas libran los expertos (p. 6).

Ante tal complejidad, hemos querido destacar la *intervención familia – red profesional* como un espacio de intervención con una entidad propia y la hemos querido diferenciar de la *intervención ecológica*.

Nuestra propuesta es sencilla: es cierto que las coordinaciones entre profesionales y las reuniones multiservicios deben seguir existiendo, en el modelo de atención centrado en la familia es precisamente la familia la protagonista y, en este sentido, se deben fomentar las reuniones entre los servicios pero *con* la familia presente.

Aunque puede decirse que esto es una práctica ya existente, como ocurría con la intervención ecológica, la realidad es que este tipo de intervenciones son la excepción y no la norma.

### notas

<sup>2</sup> Entenderemos por familias multiproblemáticas aquellas que cumplan con los siguientes criterios:

(1) Presencia simultánea en 2 o más miembros de la familia de alguna problemática estable en el tiempo y lo bastante grave como para requerir una intervención externa.

(2) Dificultades de los padres (en el caso que haya menores) en desarrollar conductas nutricias para la vida familiar.

(3) Refuerzo recíproco entre 1 y 2.

(4) Existencia de varios profesionales que atienden a estas familias en sus respectivos contextos profesionales.

(5) Estructuración de una relación de dependencia entre la familia y los servicios que la atienden.



## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

Nuestra experiencia nos demuestra cómo con estas intervenciones conjuntas familia- red profesional también se avanza mucho más que con el modelo que margina a la familia, ya que se unifican líneas de intervención y, lo más importante, la familia se empodera y toma con mayor facilidad las riendas de su situación.

Muchos profesionales son reacios a este tipo de intervención conjunta familia- red profesional por diversos motivos. Uno de los más habituales es pensar que la presencia de muchos profesionales en una reunión con la familia puede intimidarla.

Ante esta reticencia surgen dos consideraciones. La primera es que no es necesario que acudan a la reunión todos los profesionales. A veces ocurre que en una reunión multiservicios sin la familia pueden acudir dos o incluso tres profesionales de un mismo servicio, llegando a reuniones con más de diez profesionales. En una reunión conjunta familia- red profesional sólo es necesario que acuda un representante por servicio; y, si aún así son muchos, también puede valorarse que solamente acudan aquellos servicios con una intervención más intensiva en ese momento.

Y la segunda consideración, como resultado de nuestra experiencia profesional con las familias, es que lo que más intimida a la familia es saber que hay un conjunto de profesionales (muchas veces los cuales no son conocidos por todos los miembros de la familia) que se están reuniendo a espaldas suyas sin saber qué van a decir o decidir sobre ellas. Y peor aún, sin posibilidad de dar su opinión.

Por todas estas razones sostenemos que hay que fomentar este tipo de intervenciones para facilitar la comunicación entre familias y la red profesional,

generar confianza y poner en el centro a la familia. Hemos podido comprobar que en este tipo de intervenciones los Servicios Sociales tienen un papel muy relevante, de liderazgo, ya que es un servicio que por su esencia es el que potencialmente mayor mirada global puede llegar a tener sobre un caso. Finalmente, valoramos que este tipo de reuniones deben efectuarse en aquel servicio que sea más *natural* para la familia, como por ejemplo el colegio donde acuden los hijos. Otra opción es que sea la familia quien escoja el mejor lugar de encuentro.

### 4. Nuevas miradas y nuevas conversaciones

Hasta ahora nos hemos dedicado a trazar el “mapa” del modelo de atención centrado en la familia, con sus coordenadas y sus caminos, ahora llega el momento de hablar de la “brújula” que nos tiene que orientar en la intervención.

Por un lado, tenemos lo que denominaríamos como una *nueva mirada*. Esta mirada tiene que ver más con una posición ética y moral respecto a la labor profesional de los Servicios Sociales, una serie de principios sobre los cuales sustentar nuestra intervención y no tanto un recopilatorio de protocolos bien intencionados.

Pasar de un “modelo dirigido” hacia las familias a otro “modelo centrado” en las familias supone asumir un compromiso para adecuar el servicio a la familia, creer en sus posibilidades y basarse en sus propios recursos. Esto implica respeto por el otro (humildad, confianza y responsabilidad), conexión (encontrar temas comunes y construir puentes), curiosidad (apartar los prejuicios, apreciar a la familia y su cultura) y esperanza (ayudar

## For a model of care centered in the family in Social Services

a las personas en que crean en sí mismas. Creer en los recursos y en las posibilidades de cambio (Madsen, 2014).

Esta responsabilidad con respecto a la familia también supone defender a la familia cuando es injustamente tratada o se le pide de manera clara y evidente objetivos imposibles de cambiar por el momento.

Hay que centrarse en lo que *puede* ser y no en lo que *debería* ser. Esto no significa aceptar o permitir cualquier respuesta por parte de las familias. Significa que la responsabilidad con ellas también implica recordarles sus obligaciones y señalar sus errores, pero siempre desde una comunicación transparente y sincera.

Finalmente, el cambio de mirada también conlleva apostar por la familia. Muchas veces las familias que se atienden en Servicios Sociales están impregnadas por una atmósfera de tragedia: “aquí va a pasar algo malo” o “esto acabará mal”, piensan los profesionales, que son los primeros en dejarse contaminar por la desesperanza de las familias y otros profesionales que intervienen en el caso. El cambio de mirada también implica huir de estas historias con aparente final trágico ya escrito y alentarse a que “otro final es posible” o “las cosas pueden mejorar”, siempre desde un enfoque realista, nada ingenuo, especialmente en lo que concierne a las familias multiproblemáticas.

La historia que queramos ver en la familia también influirá en nuestra intervención y en el feedback que recibe la familia.

Por otra parte, encontraríamos todo lo relativo al *nivel conversacional*. Gran parte de nuestras intervenciones son un conjunto de conversaciones en

unos lugares y con unos interlocutores en un momento determinado de la trayectoria asistencial de la familia que no tiene que ser el mismo que la familia tenía hace un tiempo ni el que tendrá más allá de nuestra intervención.

Esto nos obliga a desplazar la intervención al eje presente-futuro de la familia, con especial énfasis en el futuro, sin olvidar lógicamente el pasado. Sería como tener un pie en el pasado, otro en el presente, y las manos y la cabeza en el futuro.

Hablar de lo conversacional invita a preguntarnos de qué hablamos cuando hablamos con las familias. ¿Hablamos de otros temas que no sean siempre las dificultades?, ¿Cómo introducir otros temas que dejen a un lado los problemas?

Estas consideraciones comportan un elemento importante a tener en cuenta que son los temas de conversación. El profesional tiene margen de maniobra tanto a la hora de proponer temas de conversación con las familias o con otros profesionales, así como para escoger el contexto en el cual estos serán hablados.

Y esta reflexión no es una consideración menor, ya que abre un abanico de intervenciones posibles que, utilizadas de forma eficaz, pueden facilitar la construcción de una buena alianza de trabajo y, en consecuencia, un plan de intervención consensuado y elaborado con la familia. Inspirados en el *plan temático* de Ramos (2008; 2015) nos parece muy adecuada la clasificación de temas que propone en las sesiones terapéuticas. Este autor establece 3 tipos de temas: los temas *obligados*, los temas *libres* y los temas *acotados*.

Aunque los Servicios Sociales no es un contexto terapéutico, dicha clasificación, con matices en

## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

base a la propuesta inicial del autor, sobre todo en los temas obligados, nos permite tener una brújula a la hora de saber qué temas hablar en cada contexto de los que hemos ido tratando hasta aquí. Estos son: *contexto de despacho*, *contexto ecológico* y *contexto familia- red profesional*.

En el *contexto de despacho* predominan los temas obligados. Estos son los temas que hay que hablar de manera ineludible. Se daría en situaciones por ejemplo en que la familia tiene la previsión de un desahucio, los adultos no tienen trabajo o les van a cortar la luz y/o se recibe una petición de estudio de la situación de riesgo de menores por parte de Fiscalía. Normalmente los temas obligados los plantean las familias (dificultades económicas, falta de trabajo...), pero también pueden plantearlos los profesionales (estudio de fiscalía).

Los temas libres son aquellos temas más abiertos y que tienen que ver con las aspiraciones de las personas y la dirección que le quieren dar a su vida. También aficiones, aspectos de su historia familiar, etc. Es fácil deducir que el contexto donde es más fácil que aparezcan estos temas es en el *contexto ecológico* ya que se trata de un contexto menos condicionado y coercitivo. Los temas libres enfatizan la *nueva mirada* a la que nos hemos referido anteriormente y, en este sentido, facilitan la construcción de una alianza de trabajo y el compromiso de la familia.

Los temas acotados son los que han sido o están siendo tratados por otros profesionales. Es decir, son temas en los cuales están implicados o sobre los que opinan otros profesionales. Suelen ser temas que activan la alarma en la red profesional como, por ejemplo, la necesidad de tratamiento psicológico para uno de los hijos de la familia, el absentismo escolar, conductas de riesgo de adolescentes, etc.

Al ser temas condicionados por conversaciones paralelas entre profesionales que se dan mientras se interviene con la familia, el mejor contexto para tratarlos es el *contexto familia- red profesional*.

Como puede inferirse de lo anterior son temas planteados normalmente por profesionales y que es útil tratarlos en intervenciones conjuntas con la familia. De esta manera se evita fragmentar la intervención, se unifica criterios y se empodera a las familias en el plan de trabajo.

Aunque esta clasificación es orientativa, sirve para ilustrar la importancia e interdependencia entre los diferentes contextos y las conversaciones en la intervención con familias en Servicios Sociales.

En función del momento en que se encuentre la intervención, si está encallada en algún punto, si se desea fortalecer la alianza de trabajo con la familia o si es necesario unificar líneas de intervención con la red profesional, desde esta clasificación de temas y con las características de cada contexto de intervención que hemos tratado, el profesional dispone de una guía útil para decidir cual es el siguiente paso en la intervención.

Además, considerar en qué contexto intervinimos y de qué temas hablamos, es también útil si queremos poner en práctica un *modelo de atención centrado en la familia* que implique, no sólo un cambio metodológico y organizativo, sino un cambio en la mirada de los profesionales.

### 5. Un caso

El siguiente ejemplo de un caso real viene a ilustrar lo desarrollado hasta ahora. Se trata de una familia monoparental de origen extranjero forma-

## For a model of care centered in the family in Social Services

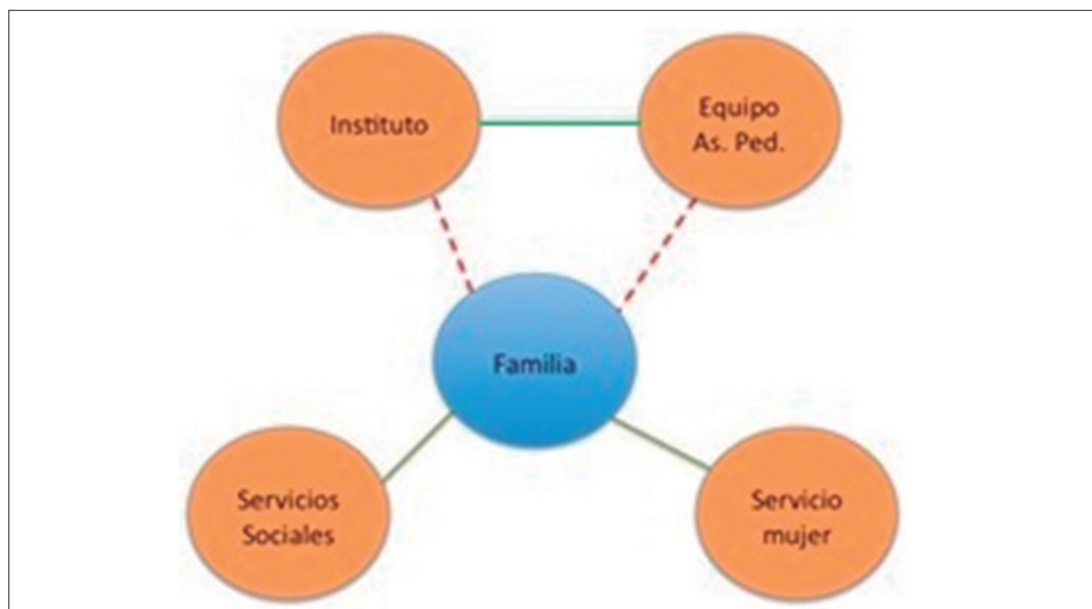


Figura 3. Mapa de red inicio intervención. Elaboración propia.

da por una madre de 40 años y tres hijos menores de edad (dos chicos de diecisiete y de doce años y una niña de siete). El padre de los menores sufrió hace unos años un grave problema de salud mental. Uno meses después se produjo una situación de violencia de género que acabó cuando el padre se marchó a su país con su familia de origen, quedándose la madre sola con los tres menores.

Desde el momento que el padre se marchó, la madre, Diana (nombre ficticio) había entrado en contacto con Servicios Sociales de forma puntual, sobre todo para plantear dificultades a nivel económico y hacer demandas para sus hijos (becas, alimentación, etc...). Diana siempre respondía bien a las orientaciones de los profesionales y rápidamente encontraba diferentes trabajos, provocando que la relación con Servicios Sociales fuera positiva e intermitente. En este período Diana también se vinculó a un Servicio de Atención a la Mujer para poder tratar la violencia sufrida.

Tras estar prácticamente medio año sin contactar con Servicios Sociales, un día Diana se pone en contacto con nosotros y expone la siguiente situación: su hijo de doce años, Carlos (nombre ficticio), hace tres meses que no acude al instituto. Apenas sale del domicilio y está prácticamente todo el día encerrado en su habitación. Pocos días más tarde recibimos el aviso del Equipo de Asesoramiento Pedagógico del ámbito escolar y también de la Dirección del instituto donde está matriculado el chico. El mensaje que recibimos de los dos servicios es que la madre no presta la atención ni se ocupa lo suficiente de sus hijos, está muchas horas fuera de casa y no se implica de manera apropiada ante el absentismo. Ambos servicios están preocupados por las faltas de asistencia y el estado psicológico de Carlos.

El mapa de red de la familia al inicio de esta nueva intervención quedaría representado en el siguiente gráfico de la figura 3.

## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

Las líneas que conectan los círculos son la relación que mantienen los diferentes miembros de la red. Las líneas continuas representan una relación basada en la colaboración y las líneas discontinuas representan relaciones deterioradas o que representan alguna dificultad. Como puede observarse, en el mapa de red del presente caso, la familia mantenía una relación de colaboración con Servicios Sociales y el Servicio de Atención a la Mujer, pero su relación con el instituto y el Equipo de Asesoramiento Pedagógico presentaba dificultades.

Ante esta situación desde Servicios Sociales se tomaron tres líneas de intervención. Por una parte, mejorar la relación entre la madre, el instituto y el Equipo de Asesoramiento Pedagógico. Por otra parte, acompañar a la madre en esta situación, ya que se sentía impotente y sin saber cómo actuar. Y finalmente, intervenir con el chico (Carlos) para intentar saber qué le ocurría.

Lo primero que se hizo fue una reunión conjunta entre la madre, la Dirección del instituto, una profesional del Equipo de Asesoramiento Pedagógico y un profesional de Servicios Sociales. En esta reunión Diana pudo exponer sus dificultades. Ella estaba sola (apenas sin red familiar) y tenía que trabajar más de 10 horas diarias para sacar adelante a su familia, motivo por el cual muchas veces marchaba del domicilio antes que su hijo Carlos se levantara. Aunque tenía una amiga que se ocupaba de llevar a su hija pequeña al colegio, ni ella ni esta amiga eran capaces de convencer a Carlos de acudir al instituto. Por otra parte, la madre estaba dispuesta a dejarse ayudar. Diana también arrastraba un fuerte sentimiento de culpa respecto a la situación que tuvieron que vivir sus hijos por la violencia en casa.

Tras esta reunión se realizaron un par de visitas en el domicilio para conocer al chico. El proble-

ma iba más allá del absentismo ya que apenas salía de la habitación y únicamente salía un rato al parque los fines de semana acompañado por su madre y hermanos. También se pudo conocer su afición por la papiroflexia, en la cual invertía muchas horas al día. En estas intervenciones se le planteó al chico la posibilidad de hacer una reunión en el instituto y acompañarle a la misma con el fin de intentar llegar a un pacto para su regreso. Él accedió.

El siguiente paso fue convocar una nueva reunión en el instituto, esta vez entre la Dirección del instituto, la madre, el chico y el profesional de Servicios Sociales. En lugar de quedar directamente en el instituto, el profesional de Servicios Sociales acompañó a madre e hijo desde el domicilio hasta el instituto (el instituto estaba en otro barrio de la ciudad). En este acompañamiento, en el autobús, surgieron conversaciones en relación con las aspiraciones laborales y proyectos de la madre. También surgió la conversación en torno a la Navidad (era en esa época) y de cómo la madre no había tenido la oportunidad de preparar un plato típico de su tierra para esas fechas desde que emigraron. Se quedó en que ese año lo intentaría remediar.

En esta reunión se pactó un plan de retorno al instituto progresivo. Como Diana tenía que marcharse pronto para ir a trabajar, desde Servicios Sociales se planteó un servicio de Trabajadora Familiar para que pudiera acompañar a Carlos. También se acordó que Carlos comenzaría atención psicológica en el Centro de Atención de Salud Mental Infantil y Juvenil de la zona.

El pacto de regreso tampoco acabó de funcionar y Carlos continuaba sin salir de la habitación y no hacía caso a la Trabajadora Familiar. Y ya eran más

## For a model of care centered in the family in Social Services

de cinco meses que Carlos no acudía al instituto. Finalmente, el servicio de Trabajadora Familiar se suspendió, pero desde Servicios Sociales se continuó con la intervención en el domicilio.

En estas intervenciones se dejó de lado el retorno al instituto y se centraron los esfuerzos en que Carlos retomara el contacto con sus amigos. En este sentido, se negoció con la madre para que dejara unas horas al día el móvil a su hijo (se lo había retirado como consecuencia del absentismo) y que buscara actividades para realizar con su hijo que implicaran salir del domicilio. Y con Carlos se centraron las conversaciones en aquellos momentos que eran la excepción, es decir, aquellos momentos en los que sí que había salido a la calle o había hablado con un amigo. Estas conversaciones giraban en torno a lo que él había hecho diferente y qué había sentido. También se le animó a realizar regalos de papiroflexia a su familia. Poco a poco, Carlos fue retomando

el contacto con sus amigos y también empezó a salir más de su casa.

Paralelamente, la madre consiguió que su hijo comenzara un tratamiento en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. Ella por su parte, dejó el Servicio de Atención a la Mujer, ya que sentía que no le aportaba más en ese momento, y se centró en continuar formándose para mejorar su perfil profesional. También se realizaron entrevistas en el contexto de despacho con la madre para abordar otras problemáticas de carácter económico y laboral.

Durante los ocho meses que duró intervención, se realizaron siete visitas en el domicilio, tres entrevistas en el contexto de despacho, un acompañamiento y dos reuniones familia- red profesional.

Actualmente, después de un año del inicio de esta intervención, Carlos lleva cinco meses con-

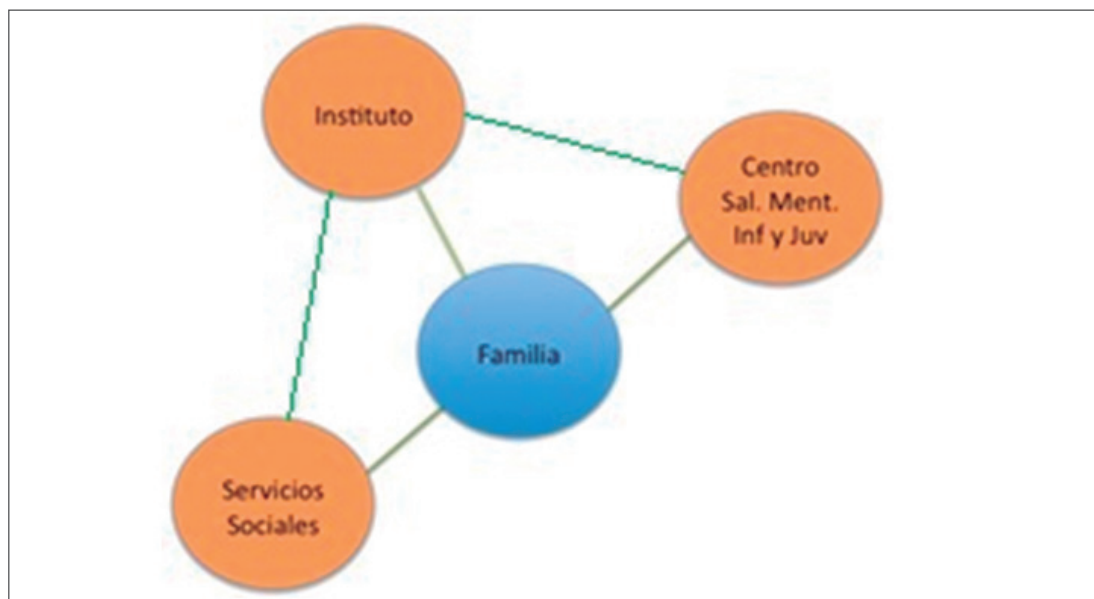


Figura 4. Mapa de red final intervención. Elaboración propia.



## Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales

secutivos asistiendo al instituto y evoluciona favorablemente. Si bien es cierto que no ha aprobado todas las asignaturas del último trimestre, sólo ha faltado tres días y ha retomado el contacto con sus amigos. El seguimiento en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil indica que progresa adecuadamente. La madre mantiene una buena relación con el Instituto y, si surge cualquier problema, la comunicación es fluida. El mapa de red de la familia al final de la intervención quedaría representado en el gráfico de la Figura 4.

Como puede observarse en el mapa de red, ahora predominan las relaciones de cooperación entre la familia y los servicios. Un elemento clave en la intervención de este caso era mejorar la relación entre la familia y el instituto que permitió, junto al resto de intervenciones, que Carlos pudiera volver a la rutina diaria y abandonara su reclusión en la habitación. También han desaparecido servicios del mapa de red y ha aparecido alguno nuevo. Destacaríamos que ahora la red está más equilibrada y es mucho más funcional que antes.

Este ejemplo también permite tomar en consideración, como hemos explicado, la importancia de los contextos de intervención y del tipo de conversaciones que son más fáciles que se den según nos movamos en un contexto o en otro. Así, por ejemplo, en las intervenciones familia-red profesional de este caso, fue más fácil abordar los temas *acotados*, que eran aquellos relacionados con el absentismo y el estado anímico de Carlos. Por otra parte, en las intervenciones en el domicilio o en los acompañamientos, puede observarse como surgieron con mayor facilidad los temas *libres*, como la papiroflexia, los amigos, la comida de Navidad o las aspiraciones laborales de la madre. Por último, la intervención en el contexto de despacho también facilitó que se pudieran tratar los temas

*obligados*, como por ejemplo la situación económica de la familia.

Reflexionar sobre lo qué hacemos, dónde lo hacemos, cuándo lo hacemos y cómo lo hacemos, no es más que una invitación a repensar el modelo de intervención en los Servicios Sociales que queremos ofrecer a las personas y familias.

Como dijo Begoña Román en la apertura del Congreso de Servicios Sociales de 2016 “convivimos con el sufrimiento de la persona en una sociedad indolora. Nuestro deber (el de los profesionales) es crear vínculos para generar/redescubrir capacidades personales y así generar red social”. Y para hacer este camino, hay que tener un bagaje humano y profesional que nos permita mantener el rumbo de la intervención con la ayuda de la brújula de la metodología, despejar la niebla de los problemas y la gestión burocrática, y acompañar a las personas en este viaje para dejar atrás “el desierto del nada que hacer”.



**For a model of care centered in the family in Social Services****BIBLIOGRAFÍA**

Ayuntamiento de Barcelona (2016). *Memoria Infancia y Adolescencia en riesgo 2015*. Barcelona: Instituto Municipal de Servicios Sociales.

Cirilo, S (2012) *Malos padres*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Colapinto, J (1991). *La estructura familiar y los efectos desestructurantes de los servicios sociales*. Recuperado de <http://www.colapinto.com>

Colapinto, J (1995). Dilución del proceso familiar en los servicios sociales. Recuperado de <http://www.colapinto.com>

Cancrini, L (1997). Las familias multiproblemáticas. *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

Escudero, V., & Friedlander, M. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad y aplicaciones del instrumento. *Mosaico* 25, 32-26.

Escudero, V (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León.

Imber-Black, E (2000). *Familias y sistemas amplios: el terapeuta en el laberinto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Madsen, W; Gillespie, K (2014). *Collaborative Helping: A Strengths Framework for Home-Based Services*. Nueva Jersey: Wiley.

Minuchin, P; Colapinto, J; Minuchin, S (2009). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Ramos, R (2008). *Temas para conversar*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Ramos, R (2015). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*. Madrid: Ediciones Morata.



## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

### Resumen

Los servicios de redes sociales virtuales están permitiendo una mayor conectividad social, propiciando comunidades desde las que poder compartir información y conocimiento.

En este artículo se analiza si los profesionales de la intervención social están conectándose entre sí en Facebook, pudiendo dar lugar a comunidades. Se indaga si hay cierto reflejo entre las pautas de conectividad *online* y *offline*.

Desde un modelo experimental y mediante la metodología de análisis de redes sociales se han observado las propiedades relaciones de la estructura que conforman en Facebook® 235 profesionales que trabajan para 52 organizaciones de la provincia de Málaga. Asimismo se ha utilizado el algoritmo de modularidad (Girvan y Newman, 2002) para detectar comunidades en Facebook®, las cuáles se han comparado con la distribución de los profesionales en sus organizaciones.

El análisis de las comunidades detectadas muestra la existencia de analogía entre las relaciones *online* y *offline* en función a ciertas afinidades. Se reflexiona acerca de la oportunidad de incorporar las redes sociales virtuales a la intervención social como fórmula de cooperación y de intercambio de información y conocimiento.

### Palabras clave

Redes Sociales Virtuales. Comunidades. Innovación Social. Análisis de Redes Sociales. Algoritmo de Modularidad.

## Deteccion of communities of social intervention on social network services

### Abstract

Social network services are allowing more social connectivity, the generation of communities and making possible sharing information and knowledge of a different nature.

This article analyses whether professionals related to active social policies who are working at Malaga, Spain and are using social network services to share information and knowledge and if there is a mirror between online and offline relationships. Since an experimental model, through virtual ethnography and via social network analysis methodology, is analyzed the relational structure that sustained 235 professionals from 52 organizations on Facebook®. Moreover, it uses the statistical technique of modularity (Girvan y Newman, 2002) was employed to detect online communities, which were compared with distribution of professionals in their organizations.

The results show how the detected communities reflect existence of analogy between online and offline relationships. It argues about the opportunity to incorporate social network services towards social intervention as a manner of social innovation to improve cooperation and diffusion of information and knowledge.

### Keywords

Social Network Services. Communities. Social Innovation. Social Network Analysis. Modularity Algorithm.

### Author/Autor

**Joaquín Castillo de Mesa**

Doctor en Investigación e Intervención Social y Comunitaria por la Universidad de Málaga. Profesor del Área de Trabajo Social de la Universidad de Málaga  
[jcastillodemesa@uma.es](mailto:jcastillodemesa@uma.es)

RECIBIDO: 12.06.17 | REVISADO: 19.07.17 | ACEPTADO: 26.07.17 | PUBLICADO: 28.08.17

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

### Introducción

Internet se ha convertido en un lugar propicio para generar comunidades que superen las fronteras de espacio y tiempo entre personas con intereses comunes (Baym, 1998; Sproull y Kiesler, 1992; Wellman, 2001). Características de la red como el bajo coste, la alta velocidad y la ubicuidad crean posibilidades sociales prometedoras en términos de producción y alcance de capital social (Wellman et al., 2003). Estas ventajas permiten lo que se define como *conectividad social*: comunicación mediada por ordenador que soporta el desarrollo de lazos personales (sin las constricciones geográficas comunes) y la conexión con grupos más grandes y comunidades de interés (Wellman, 2001). En la actualidad se podría matizar esta definición añadiéndose también como elemento mediador el teléfono inteligente, que además incorpora un incremento de la inmediatez y la ubicuidad (Ling, 2014). Las herramientas tecnológicas para la interacción pueden emular la proximidad (Ellison, Steinfeld y Lampe, 2011). En realidad, se crea un nuevo tipo de proximidad en la cual pesan más los intereses comunes y la afinidad que la proximidad geográfica. Esta similitud entre los componentes de la comunidad es clave. Se suele compartir el interés por algún objetivo o temática e incluso por la identificación con una afinidad común. La sustitución de las comunidades espaciales por redes de afinidad como formas principales de sociabilidad ha conllevado su propia transformación, culminándose un proceso histórico de disociación entre localidad y sociabilidad en la formación de comunidad. Los individuos construyen sus redes, ya sea online u offline, sobre la base de sus intereses, valores, afinidades y proyectos (Wellman, 2001). Las redes *online* se convierten en formas de comunidades especializadas, es decir, formas de sociabilidad construidas

en torno a intereses específicos en un espacio virtual común. Las redes *online*, cuando se estabilizan en la práctica, pueden construir comunidades virtuales, diferentes de las comunidades físicas pero no necesariamente menos intensas o menos efectivas a la hora de unir o movilizar. Cada individuo pertenece a múltiples identidades y redes (Wellman, 2001). Los individuos pertenecen a varias de estas redes a la vez y tienden a diseñar sus propias carteras de sociabilidad invirtiendo diferencialmente, en diversos momentos, en una variedad de redes de fácil entrada y bajos costes de oportunidad.

Con la aparición de las redes sociales virtuales se ha multiplicado la generación de comunidades virtuales. La mayoría de autores coinciden en que una red social virtual es *“un sitio en la red cuya finalidad es permitir a los usuarios relacionarse, comunicarse, compartir contenido y crear comunidades”* (Urueña, Ferrari, Blanco, y Valdecasa, 2011, 12). Si se analiza la manera de conectarnos en estos entornos hay cierto consenso en afirmar que el proceso de agregación de contactos en las redes sociales virtuales suele ser espontáneo y no sujeto a estrategias, al menos no suele ser diferente a la que se pueda dar en entornos no virtuales. Las personas se conectan e interaccionan en torno a elementos comunes que se comparten en la realidad *offline*, ya sea la proximidad geográfica, intereses compartidos, lenguaje común u otros (Ellison, Steinfeld y Lampe, 2006). Esto hace que sus universos *online* y *offline* lleguen a estar al menos parcialmente integrados (Lampe, Ellison y Steinfeld, 2006). En virtud a las relaciones que se generan en las redes sociales virtuales se pertenecen a dos tipos de comunidades, las explícitas y las implícitas. Las comunidades explícitas son aquellas a las que los individuos se adhieren de forma voluntaria mientras las comunidades implí-

## Detección de comunidades de social intervention on social network services

citas son aquellas formadas a partir de nuestras conexiones en las redes sociales virtuales y a las que se pertenece sin llegar a ser conscientes de ello. Visualizar estas redes permite comprender de qué manera se accede al capital social. A partir de esta visualización se pueden trazar estrategias para activar y movilizar el capital social (Lin, 2001).

### 1. Metodología

El objetivo de esta investigación ha sido detectar comunidades en las redes sociales virtuales para averiguar si las pautas de conectividad social en las redes sociales virtuales son un reflejo de la socialización en la realidad *offline*. Se partía de la hipótesis de que los profesionales que desarrollan políticas sociales activas se conectan entre sí a través de las redes sociales virtuales en base a ciertas afinidades que se dan en la realidad *offline*, formando comunidades.

Para el desarrollo de esta experimentación social se eligió Facebook® y un entorno concreto, la provincia de Málaga. Este experimento social se desarrolló en un nivel meso de forma deliberada, buscando que hubiera cierta proximidad territorial que diera lugar a que se conformaran comunidades en el universo *online* en base al factor proximidad. Desde un perfil neutro se creó un grupo virtual en el que se fueron aglutinando hasta 235 profesionales de la intervención social de la provincia de Málaga. Esta colección de profesionales conformó una red desde la que todos los profesionales pudieran conocerse y reconocerse mutuamente y que hacía las veces de una especie de listado de profesionales. Se pretendía comprobar si los distintos profesionales de las diferentes organizaciones, al poder verse y reconocerse en un mismo espacio virtual, se animaban a conectar-

se entre sí. Para el análisis de la información y su posterior transferencia se tuvieron en cuenta las limitaciones que existían en cuanto a la necesaria protección de datos personales de los actores de esta red y la confidencialidad, manteniéndose en todo momento el anonimato de las organizaciones y de los profesionales. Se optó por el enfoque de Solderg (2010) el cual considera que si los investigadores están recogiendo información o interactuando con usuarios en Facebook® entonces hay una obligación ética para informar directa o indirectamente a los usuarios sobre la investigación y proteger su información. Para mantener el anonimato de los profesionales y de las organizaciones se diseñó una tipología de organizaciones basada en las similitudes.

Se trataba de saber si la agregación y mantenimiento de contactos en este sistema de socialización complementario podía seguir ciertas pautas sociales similares a las del mundo *offline*. Conocer si estas pautas podían estar relacionadas con las afinidades comunes entre los miembros. Es decir, saber si se conectaban entre sí por la pertenencia a mismas organizaciones, por compartir mismo tipo de organización (ayuntamiento, ONG, etc.) o incluso por desarrollar su labor con el mismo colectivo de actuación (discapacitados, inmigrantes, etc.), entre otras afinidades analizadas. Esta conectividad social podía devenir en la conformación de comunidades virtuales, en base a estas afinidades. Por tanto, resultaba interesante averiguar cuántas comunidades se podían formar, para después intentar desentrañar el motivo de tal distribución *online*, desde el análisis comparado con la distribución *offline* de los profesionales en las propias organizaciones. Es importante insistir en que la consideración de la realidad *offline* en el presente caso de estudio estuvo basada en la distribución y configuración de los profesionales en

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

sus respectivas organizaciones, con respecto a los colectivos que atendían y con respecto al ámbito territorial en el que desarrollan los servicios.

Para el análisis de la conectividad se ha utilizado la metodología de análisis de redes sociales, que permite detectar de forma realista las propiedades estructurales de los sistemas comunitarios. Como explica Wellman (1997) la metodología de análisis de redes sociales establece marcos para explorar pautas de relación entre actores e identificar elementos clave de interacción social en las comunidades. El análisis de la estructura de comunidades se viene desarrollando en los últimos tiempos especialmente por el incremento de datos a gran escala, del *Big Data* (Manovich, 2011). A partir de ello se constata la necesidad de encontrar métodos que puedan detectar y caracterizar estructuras de comunidad en red. Esto es, grupos formados por nodos densamente conectados con conexiones más dispersas entre los grupos distintos. La identificación de estas comunidades es de crucial importancia para descubrir módulos funcionales desconocidos a priori. Requiere la división de una red en comunidades de nodos altamente conectados y con alta densidad de relaciones respecto a nodos pertenecientes a otras comunidades que están conectados de forma dispersa. Para determinar la calidad del momento de división de la manera más objetiva posible se formuló un algoritmo con una medida denominada *modularidad*, que permite identificar comunidades de práctica (o conglomerados densos de relaciones) en redes sociales amplias (Girvan y Newman, 2002). Su potencia radica en que no necesita de la intuición para poder decidir cuándo es el momento adecuado para parar en la división de comunidades. La modularidad lo hace forma objetiva. Esta medida considera una buena división de una red en comunidades no aquella que tiene pocos lazos entre comunidades sino una en la

que hay menos lazos de los esperados entre comunidades. Si el número de lazos entre dos grupos es solamente lo que se esperaría en base a la elección aleatoria entonces se considera que esto constituye evidencia de significativa estructura de comunidad. Asimismo, si el número de lazos entre grupos es considerablemente menor o equivalente a lo que se esperaría por elección aleatoria entonces resulta razonable concluir que algo interesante está pasando. Esta medida más allá de ser una constante se trata de una medida que computa el número de lazos que caen dentro de los grupos menos el número esperado en una red equivalente con lazos colocados aleatoriamente. El resultado de esta operación puede ser positivo o negativo. El resultado será un valor escalar de una partición que oscila entre -1 y 1 que mide la densidad de lazos dentro de comunidades en comparación a lazos entre comunidades. Si es positivo indica la posible presencia de estructura de comunidad y cuanto mayor sea el valor de la modularidad es más óptima. La evidencia ha sugerido que este enfoque de buscar divisiones con alta modularidad es una forma efectiva de enfrentar el problema. Se ha evidenciado que este método mejoraba todos los otros métodos por amplio margen (Danon, Díaz-Aguilera y Arenas, 2006). Esta es la fórmula que define la medida de la modularidad:

### *Ecuación 1*

$$Q = \frac{1}{2m} \sum_{i,j} E_{ij} [A_{ij} - K_i K_j / 2m] y (C_i, C_j)$$

Este método ha sido desarrollado en la aplicación Gephi (Bastian, Heymann y Jacomy, 2009). Esta aplicación fue lanzada por primera vez en 2008 y se define como una plataforma para la visualización interactiva y la explotación de todo tipo de redes, sistemas complejos y grafos dinámicos y jerárquicos (Bastian et al., 2009). El objetivo de esta aplica-

## Detección de comunidades de social intervention on social network services

ción es importar, exportar, manipular, analizar, filtrar, representar, detectar comunidades y exportar grandes grafos y redes (Bastian *et al.*, 2009).

### 2. Resultados

El ratio de modularidad ha sido 0,39, alcanzando un nivel óptimo suficiente, el cuál está considerado que tiene que estar entre 0,3 y 0,7 (Girvan y Newman, 2002). De partida, como la figura 1 muestra, la medida de modularidad detectó un total de 11 comunidades.

Se puede apreciar una diferencia entre las comunidades que aglutinaron a la mayoría de nodos con respecto a las que aglutinaron a menos. Destacaron 4 comunidades que aglutinaban un total

de 197 nodos, lo cual suponía un 84,18 % del total de nodos. La distribución de profesionales en estas 4 comunidades (59, 53, 50, 35), las cuales se pueden apreciar en la figura 1, se puede confrontar con la menor cantidad de profesionales en la distribución de las otras 7 comunidades (11, 10, 9, 1, 2, 3, 1). Estas 7 comunidades conformaron el restante 15,82 %. Aunque son de menor tamaño relativo convenía no despreciarlas. Especialmente a 3 de ellas que, si bien no alcanzaban la dimensión de las comunidades principales, sí que tenían un tamaño apreciable (11, 10, 9), suponiendo el 81% de los nodos de estas comunidades de menor tamaño. Por tanto, se pudo destacar 7 comunidades con un tamaño significativo (59, 53, 50, 35, 11, 10, 9) que aunaban 227 nodos, lo cual suponía un 97% del total. Un porcentaje que aglutinaba una proporción de nodos muy aceptable.

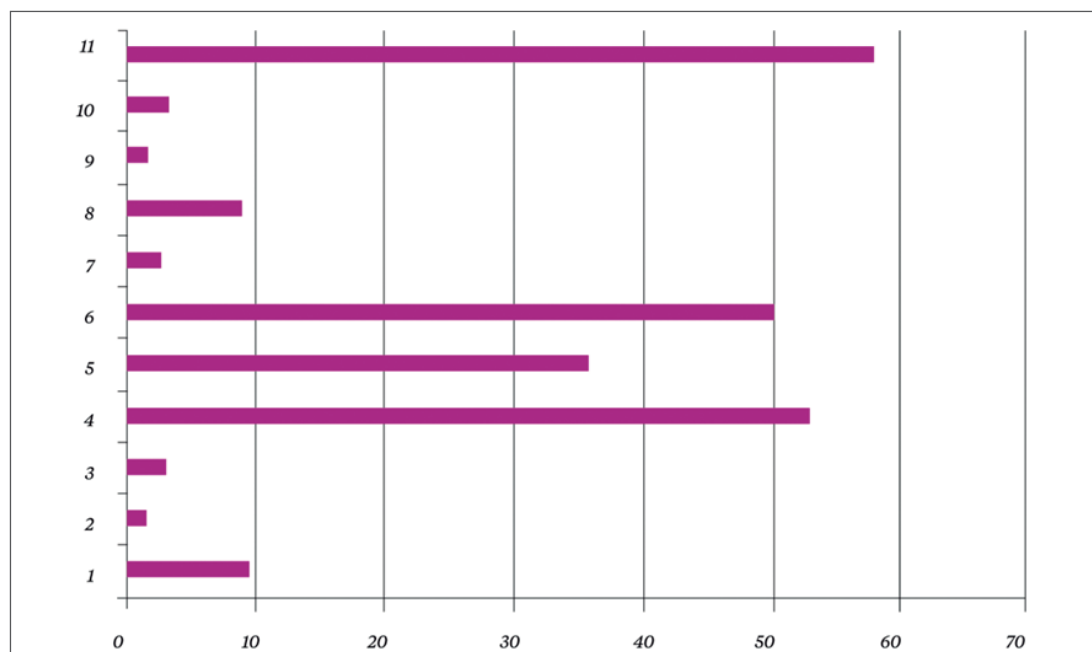


Figura 1. Distribución de tamaño de las comunidades detectadas según modularidad (Girvan y Newman, 2002). Fuente: Datos extraídos de Gephi (Bastian, Heymann y Jacomy, 2009).



## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

Codificación de organizaciones por tipología	
Escala de Códigos	Tipo de Organización
0-14	ONG
15-19	Mancomunidad
20	Ayuntamiento Capital
21-39	Ayuntamientos Provincia
40-49	Afines Administración. Regional
50-52	Sindicatos y Cámara

Tabla 1. *Elaboración propia a partir de las comunidades detectadas según modularidad (Girvan y Newman, 2002).*

En el análisis de las afinidades se ordenó un primer grupo que quedó codificado desde el 0 al 10 y que correspondía a organizaciones no gubernamentales. El segundo grupo fue el formado por organizaciones que desarrollaban su trabajo por la provincia, como por ejemplo los Grupos de Desarrollo Rural y la Diputación. El siguiente grupo estuvo formado por una única organización, el ayuntamiento de la capital, codificado con el número 20 y que, por su amplio despliegue, fue diferenciado del resto de ayuntamientos de la provincia, los cuales compusieron el siguiente grupo, el cuál comprendía desde el 21 al 39. Finalmente, con códigos que comprenden del 40 al 49 se diferenció un grupo de organizaciones afines a la administración regional andaluza. Finalmente, con códigos del 50 al 52 las organizaciones relacionadas con entidades supralocales con delegaciones en el ámbito local, como sindicatos y cámara de comercio. En la tabla 1 se pueden observar las comunidades según tipología de organización. En estas organizaciones trabajaban los profesionales participantes en el grupo virtual.

Hay que destacar que la suma de los porcentajes relativos de las distintas comunidades detectadas, como las referentes a las ONG (5, 0, 9, 6) alcanzaron el 30 %, lo cual reflejó cómo los profesionales

se aglutinaban en base a estas determinadas afinidades.

En la figura 2 se puede observar cómo, en función al algoritmo de modularidad, se alcanzó la división de la red completa en 10 comunidades, diferenciadas por colores. En la figura 3 se ha superpuesto un trazo para destacar los límites entre las comunidades consideradas. A simple vista se puede contemplar que la comunidad de color celeste fue la más cuantiosa, con un 25,11%, como se puede observar en la tabla 2. Le siguieron la fucsia, la morada y la naranja, que entre todas aglutinaron al 84,25% de los miembros de la estructura social analizada. En la tabla 3 se puede comprobar la proporción de miembros de cada comunidad en términos absolutos y relativos.

A continuación se muestra el análisis de estas estructuras de comunidad en base a los modelos teóricos utilizados, en el presente caso aplicados a las redes sociales virtuales, concretamente a Facebook®. El esquema que se va a seguir para explicar las características de cada comunidad comenzará por un análisis de la comunidad en relación al conjunto de la estructura reticular completa, la que conforma el grupo virtual. Se analizarán los focos de afinidad que definen prioritariamente a cada una de las comunidades. También se profundizará en los factores que vinculan a los profesionales con estas comunidades, como pueden ser: pertenencia a la misma organización, mismo tipo de organización, características de la organización, mismo colectivo de atención, mismo ámbito de actuación entre otros. Por otro lado, se profundizará, en la distribución por ejes de trabajo: Emprendimiento, Formación, Orientación e Intermediación. Además se analizará si el territorio de actuación propone algún tipo de vinculación.

## Detección of communities of social intervention on social network services

Comunidad	%	Miembros Comunidad	
10 (celeste)	25,11%	Entidades públicas locales (Ayuntamientos, Diputación Provincial, Mancomunidad y organismos autónomos vinculados) de la provincia de Málaga	59
3 (fucsia)	22,55%	Organizaciones afines a la Administración de Andalucía	53
5 (morada)	21,28%	Organizaciones no gubernamentales de la ciudad de Málaga	50
4 (naranja)	15,32%	Entidad Pública Local de la ciudad de Málaga	36
7 (azul)	4,68%	Organización supranacional que ejecuta a nivel local	11
0 (roja)	4,26%	1 ONG	10
9 (amarilla claro)	3,83%	1 ONG que atiende a colectivo discapacitado físico	9
6 (amarilla)	1,28%	1 ONG que atiende a colectivo discapacitado intelectual	3
2	0,85%	1 Entidad Pública Local de la Provincia	2
1	0,43%	Caso aislado	1
8	0,43%	Caso aislado	1

Tabla 2. Datos comunidades según tipología y proporción. Comunidades analizadas según tamaño y focos de afinidad.

A continuación se analizarán las comunidades siguiendo un orden de mayor a menor tamaño. La comunidad 5 (color morado), la de mayor tamaño, comprende un 21% de la red completa. Cuenta con 50 miembros. El 90% de los miembros de esta comunidad desarrollan su labor en organizaciones no gubernamentales. De estos, 45 profesionales trabajan para estas organizaciones no gubernamentales (90%). El resto de miembros se distribuyeron así: 1 profesional trabaja en el Ayuntamiento de la capital, 2 profesionales en Ayuntamientos de la provincia, 2 profesionales en organizaciones afines a la Junta de Andalucía. En cuanto a los ejes de trabajo: 6 profesionales desempeñan su labor en el eje de Emprendimiento (12%), 9 lo desarrollan en el eje de Formación (18%), 32 en el eje de Orientación (64%) y 3 miembros ejecutan acciones desde el eje de Intermediación (6%). Esta comunidad muestra cierto desequilibrio, el peso del eje de orientación ha sido mucho mayor que en el resto de ejes. Con respecto a la localidad, un 88% de los miembros desarrollan su actividad en

Málaga capital, frente a un 12% que lo hacen en la provincia. Entre los miembros que trabajan en Málaga capital, un 26% de éstos tiene su lugar de trabajo en el distrito centro y el 36% en el distrito nº 4.

La comunidad 4 (color naranja) representa el 15% de la red total. Cuenta con 36 miembros, de los cuales 28 pertenecen a la misma organización. Concretamente un 78% trabaja para el organismo local que gestiona las políticas activas de empleo en el ayuntamiento de la capital. Los tres miembros restantes de esta comunidad pertenecen a ayuntamientos de la provincia y a organizaciones afines a la Junta de Andalucía. En cuanto a los ejes de trabajo: 3 trabajaban en emprendimiento, 17 en formación, 3 en intermediación y 13 en orientación. Así pues, se ha podido observar la preponderancia de los ejes relacionados con la demanda de empleo, es decir, con aquellos servicios que atienden a las personas demandantes de empleo. En contraste hubo menor concentración de recur-

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

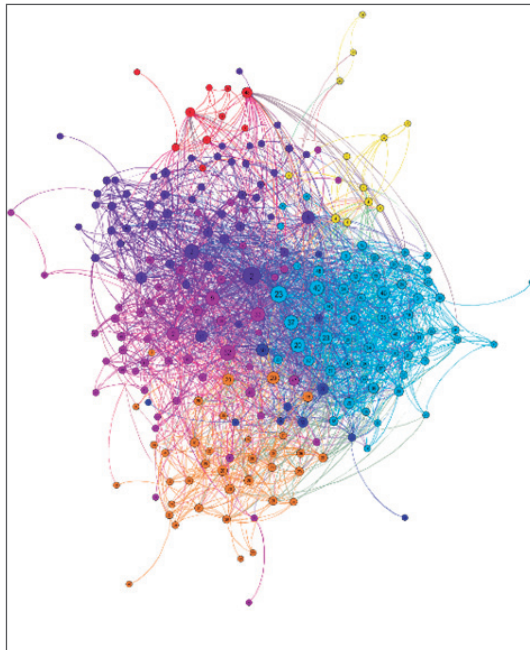


Figura 2. Distribución de comunidades en base al color según modularidad (Girvan y Newman, 2002). Fuente: Gephi (Bastian, Heymann y Jacomy, 2009).

sos humanos en los ejes que prestan servicio a las personas empleadoras y generadoras de empleo. Con respecto a la localidad en la que trabajan, se pudo observar cómo la amplia mayoría de profesionales se localizan en Málaga capital, 33 de los 36 (92%) mientras el 8% restante trabajan en la provincia. Desde esta comunidad se han realizado 120 aportaciones durante el periodo analizado, tan sólo un 3,42% del total de aportaciones realizadas en la red virtual completa.

Por su parte, la comunidad 10 (color celeste) cuenta con 58 miembros y representa un 25% del total de la red. Una amplia mayoría de profesionales (76%) trabajan para entidades públicas locales (ayuntamientos de la provincia, diputación provincial, mancomunidades y organismos autónomos vinculados a ellos). El resto de profesionales de esta comunidad trabaja para organizaciones

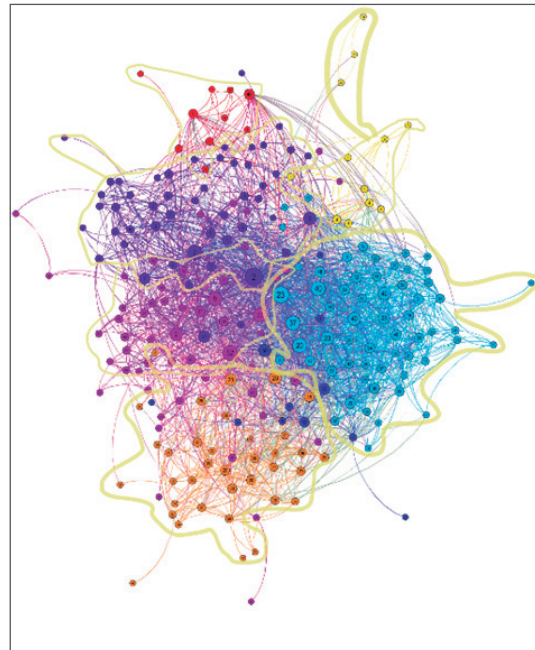


Figura 3. Delineación de comunidades en base al color según modularidad (Girvan y Newman, 2002). Fuente: Gephi (Bastian, Heymann y Jacomy, 2009).

afines a la Junta de Andalucía (15%) y 2 profesionales trabajan para ONG. En cuanto a la proximidad geográfica, un 78% trabajan en el ámbito provincial. Con respecto a los ejes de trabajo, se ha constatado una mayoría del eje de orientación con 51 (88%). El resto de profesionales trabajan en: 4 en formación, 3 en intermediación y ninguno en emprendimiento.

Otra comunidad, la 3 (color fucsia) comprende un 22% de la red total. Cuenta con 53 miembros, de los cuáles: 12 pertenecen al eje de Emprendimiento (23%), 14 pertenecen al eje de Formación (26%), 12 al eje de Intermediación (23%) y 15 al eje de Orientación (28%). Se detecta cierto equilibrio en cuanto a la cantidad de miembros de los distintos ejes. En cuanto al tipo de organización, señalar que la mayor proporción de miembros trabajan en organizaciones afines a la Adminis-

## Detección of communities of social intervention on social network services

tración Regional (70%). El resto se reparte así: ayuntamientos de la provincia (19%), ONG (10%) y 1 del Grupo de Desarrollo. En el análisis de la proximidad geográfica de los miembros de esta comunidad, destaca el claro predominio de profesionales que trabajaban en Málaga capital, con 40 profesionales (75%). El resto de profesionales (25%) trabaja en la provincia, destacando relativamente el territorio de la Comarca de la Axarquía con 7 miembros.

Por su parte, la comunidad 0 (de color rojo) presenta un tamaño reducido, conformando un 4,2% de los profesionales que forman el grupo virtual. Cuenta con un total de 10 miembros, de los cuales 7 pertenecen a la misma organización y 3 de ellos a otras organizaciones. Así pues, un 70% de la comunidad detectada tiene cierta correspondencia con la red formal de una sola organización. Trabajan todos en Málaga capital, y excepto un miembro, el resto trabaja en el mismo eje de trabajo: orientación. Son todos bastante parecidos entre sí en cuanto a cuatro criterios de afinidad en la relación (organización, tipo de organización, eje, localidad).

De otro lado, la comunidad 9 (color amarillo) esta compuesta por 9 miembros, representando un 3,8% del total. Todos los miembros trabajan en el eje de orientación excepto uno que trabaja en intermediación. Todos son profesionales que desarrollan su labor en Málaga capital y trabajaban para la misma organización.

Por su parte, la comunidad 6 (color amarillo claro) está formada por sólo 3 miembros. El servicio para el que trabajan está localizado en la ciudad de Málaga y pertenecen al mismo eje de trabajo: orientación. Lo más curioso es que todos pertenecen a la misma organización, y por tanto, trabajan con el

mismo colectivo en riesgo de exclusión: personas con discapacidad intelectual, lo cual confirma que las pautas de comportamiento de conectividad en las redes sociales virtuales son un fiel reflejo de la conectividad en la vida *offline*.

La comunidad 7 (de color azul) se compone de 11 miembros, suponiendo el 4,7% de la red total. Todos ellos trabajan para la misma organización. En cuanto a los ejes para los que trabajan, preponderan los que atienden a la demanda de empleo (9 de Orientación y 8 de Formación). Todos los miembros trabajan en Málaga Capital. Esta comunidad cuenta con cuatro miembros que superan la media de centralidad de grado de forma apreciable (57, 47, 45, 35).

Las dos comunidades restantes aparecen aisladas y con escasos miembros, por lo tanto se ha estimado que no aportan información relevante para el análisis de afinidades para la conformación de comunidades.

### 3. Discusión

En resumen, en la estructura analizada se han detectado comunidades que son un fiel reflejo de la socialización de los profesionales en la realidad *offline* (Ellison, Steinfeld y Lampe, 2006). Por lo tanto, se puede afirmar que la socialización que se da en torno a la actividad laboral en las organizaciones influye en la manera de establecer los contactos en las redes sociales virtuales, en este caso en Facebook®. También determinadas afinidades profesionales, como la intervención con un determinado colectivo, propician una mayor conectividad. En suma, se observa que cuando los profesionales comparten afinidades en el universo *offline* es muy probable que se reflejen entre sí

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

también en el *online* y a partir de ello se conecten también en este entorno. Esta conectividad en las redes sociales virtuales es muy relevante de cara a poder acceder a información. Por el hecho de estar conectados se accede a información, relacionada también con el ámbito profesional. Sin embargo, el mero acceso a capital social, siendo importante, nunca podrá alcanzar los mismos resultados que si se moviliza de manera estratégica a partir del conocimiento de la conectividad, de las comunidades que existen (Lin, 2001).

Visualizar la redes, ya sea de redes *offline* u *online*, como en este caso, posibilita conocer cómo se conforma la estructura de relaciones, lo cual puede dar ventaja para mejorar la intervención social (Del Fresno, 2015). Es por esto que la metodología de análisis de redes sociales y el *Big Social Data* (Manovich, 2011) proponen ser instrumentos muy útiles para el trabajo social más proactivo, pudiendo a partir de la información obtenida construir y activar capital social de manera estratégica, también en las redes sociales virtuales.

### 4. Conclusiones

Las redes sociales virtuales se han configurado como un medio interesante desde el que complementar la intervención social. Los propios profesionales y las organizaciones deben ser conscientes de ello para poder aplicarlas en su trabajo final con usuarios y familias. Se trata de entender que las relaciones sociales son un recurso crítico para la intervención social (Cottam, 2011) y que las redes sociales virtuales proponen oportunidades para construir y analizar redes de forma estratégica.

En el ámbito de la investigación en Trabajo Social, se trata de un enfoque muy relevante, porque

nos permite analizar tanto el contenido como las pautas de interacción en las redes sociales virtuales, sin distorsionar el campo de investigación, y pudiendo obtener conclusiones en tiempo real (Del Fresno y López, 2014).

La profesión de Trabajo Social ha de asumir los nuevos retos derivados de la transformación digital (López y Díaz, 2017). El Trabajo Social se enfrenta al enorme desafío de adaptarse a los retos de la transformación digital. Las organizaciones y profesionales que desarrollan servicios sociales han de asumir esta mayor complejidad. Surgen nuevas necesidades pero también nuevas oportunidades en virtud de este entorno para la socialización. A nivel internacional se han realizado declaraciones que animan a abordar esta responsabilidad. La *National Association Social Work (NASW)* y la *Association Social Work Board (ASWB)* (2005: 6) han consensuado esta declaración:

Los roles de los trabajadores sociales están cambiando y estos podrían necesitar ajustarse a las nuevas demandas de intervención en la Sociedad de la Información. Los trabajadores sociales deben adquirir habilidades adecuadas para usar las tecnologías apropiadamente, y adaptar los tradicionales protocolos para asegurar unas prácticas competentes y éticas.

**Deteccion of communities of social intervention on social network services****Anexo**

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Localidad</b>	<b>Grupo</b>	<b>Modularidad</b>	<b>Entidad</b>
1	mujer	1	0	7	6
2	mujer	VELEZ MALAGA	0	5	12
3	mujer	4	0	6	20
4	hombre	1	E	5	34
5	hombre	7	0	0	49
6	mujer	8	0	10	47
7	mujer	8	0	7	47
8	mujer	9	E	3	44
9	mujer	COLMENAR	0	10	44
10	mujer	RINCON DE LA V	0	3	50
11	mujer	RONDA	0	10	50
12	mujer	9	F	3	13
13	mujer	6	F	3	41
14	mujer	1	0	5	38
15	mujer	6	0	10	20
16	mujer	1	0	0	22
17	mujer	1	0	4	16
18	mujer	1	0	9	39
19	mujer	1	0	7	40
20	hombre	7	0	10	35
21	hombre	9	E	3	46
22	mujer	6	0	10	39
23	hombre	6	F	5	23
24	mujer	1	0	4	18
25	mujer	4	0	5	19
26	mujer	COIN	I	3	17
27	mujer	1	F	7	17
28	mujer	RINCON DE LA V	E	3	41
29	mujer	1	0	5	45
30	mujer	MARBELLA	0	5	41
31	mujer	CAMPILLOS	0	4	33
32	mujer	1	0	5	41
33	mujer	3	0	7	47
34	mujer	1	0	3	20
35	mujer	PIZARRA	0	10	29
36	mujer	FUENGIROLA	0	10	11
37	mujer	NERJA	0	10	15

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Localidad</b>	<b>Grupo</b>	<b>Modularidad</b>	<b>Entidad</b>
38	mujer	4	F	5	2
39	mujer	5	F	5	40
40	mujer	NERJA	0	10	20
41	mujer	A. DE LA TORRE	0	10	2
42	mujer	4	0	3	40
43	mujer	9	F	3	41
44	mujer	ANTEQUERA	0	10	18
45	mujer	4	0	5	3
46	mujer	1	F	5	3
47	mujer	1	0	7	8
48	mujer	1	0	5	2
49	mujer	MIJAS	F	3	12
50	mujer	9	F	3	36
51	mujer	TORREMOLINOS	0	7	28
52	mujer	ALORA	0	10	15
53	mujer	1	0	3	7
54	mujer	FUENGIROLA	0	5	2
55	mujer	8	0	3	45
56	mujer	6	0	3	18
57	mujer	3	0	5	35
58	mujer	A. DE LA TORRE	0	10	22
59	mujer	MIJAS	F	10	34
60	mujer	1	I	9	37
61	mujer	6	0	10	30
62	mujer	1	F	4	7
63	mujer	1	0	0	2
64	mujer	1	0	0	19
65	mujer	RINCON DE LA V	0	10	20
66	mujer	YUNQUERA	0	5	31
67	mujer	4	0	6	20
68	mujer	9	E	4	26
69	mujer	2	0	5	2
70	mujer	1	F	4	31
71	hombre	MIJAS	0	10	2
72	hombre	11	0	10	40
73	hombre	ANTEQUERA	I	3	44
74	mujer	9	F	3	15
75	hombre	9	0	3	15
76	hombre	9	F	4	20
77	hombre	RINCON DE LA V	0	10	31



**Deteccion of communities of social intervention on social network services**

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Localidad</b>	<b>Grupo</b>	<b>Modularidad</b>	<b>Entidad</b>
78	hombre	4	0	5	5
79	hombre	1	I	4	5
80	hombre	4	I	5	41
81	hombre	11	0	5	21
82	mujer	1	0	9	50
83	mujer	4	0	5	23
84	mujer	5	0	4	8
85	mujer	ANTEQUERA	F	5	4
86	mujer	6	I	3	47
87	mujer	1	0	4	8
88	mujer	YUNQUERA	0	10	24
89	mujer	1	E	4	7
90	mujer	6	0	10	2
91	mujer	YUNQUERA	0	10	8
92	mujer	6	I	3	26
93	mujer	6	F	3	40
94	mujer	6	F	3	43
95	mujer	VELEZ-MALAGA	F	3	6
96	mujer	6	I	3	6
97	mujer	RONDA	F	10	14
98	mujer	ALORA	0	10	32
99	mujer	8	F	4	20
100	hombre	3	0	5	6
101	mujer	4	0	5	8
102	hombre	9	0	0	4
103	hombre	1	0	0	47
104	hombre	FUENGIROLA	F	3	48
105	hombre	1	0	10	24
106	hombre	9	E	3	40
107	hombre	4	E	5	44
108	hombre	1	0	0	40
109	hombre	TORROX	E	3	20
110	hombre	1	F	4	20
111	hombre	3	0	4	28
112	hombre	RINCON DE LA V	E	3	40
113	hombre	1	0	5	51
114	hombre	MIJAS	F	10	40
115	hombre	1	I	3	25
116	hombre	1	0	4	31
117	hombre	MIJAS	E	5	31

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

Código	Sexo	Localidad	Grupo	Modularidad	Entidad
118	mujer	ARCHIDONA	0	2	40
119	mujer	4	F	5	40
120	mujer	6	0	5	2
121	mujer	1	0	4	28
122	mujer	6	F	4	2
123	mujer	NERJA	I	10	43
124	mujer	YUNQUERA	0	10	34
125	mujer	BENALMADENA	0	10	40
126	mujer	1	0	9	20
127	hombre	9	E	1	30
128	mujer	BENALMADENA	0	4	31
129	mujer	3	E	5	52
130	mujer	9	F	3	1
131	mujer	4	F	5	1
132	mujer	9	0	10	8
133	mujer	3	0	5	25
134	hombre	ANTEQUERA	0	10	30
135	mujer	2	F	4	37
136	mujer	1	E	4	20
137	mujer	2	0	10	4
138	mujer	1	0	9	20
139	mujer	5	F	4	26
140	mujer	9	E	3	42
141	mujer	1	0	10	2
142	mujer	9	E	7	20
143	mujer	1	0	9	3
144	mujer	7	0	10	20
145	mujer	4	I	5	40
146	mujer	RINCON DE LA V	I	10	33
147	mujer	9	F	4	36
148	mujer	1	0	5	28
149	mujer	7	0	10	2
150	mujer	1	F	4	20
151	mujer	NERJA	0	10	2
152	mujer	A. DE LA TORRE	0	10	3
153	mujer	6	I	3	26
154	mujer	RONDA	0	10	36
155	mujer	6	0	3	20
156	mujer	MIJAS	0	10	6

**Deteccion of communities of social intervention on social network services**

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Localidad</b>	<b>Grupo</b>	<b>Modularidad</b>	<b>Entidad</b>
157	mujer	TORREMOLINOS	0	10	4
158	mujer	1	0	9	4
159	mujer	6	I	3	36
160	mujer	5	0	5	20
161	mujer	9	0	10	31
162	mujer	7	0	10	15
163	mujer	6	I	3	6
164	mujer	1	0	7	20
165	mujer	1	0	4	23
166	mujer	1	0	5	40
167	mujer	4	0	5	20
168	mujer	BENALMADENA	0	7	37
169	mujer	A DE LA TORRE	0	10	20
170	mujer	1	0	3	20
171	mujer	1	0	4	20
172	mujer	1	0	4	20
173	mujer	1	0	5	9
174	mujer	7	F	4	37
175	hombre	4	E	5	50
176	hombre	1	0	3	20
177	mujer	VELEZ-MALAGA	0	3	20
178	mujer	1	0	8	40
179	mujer	1	0	5	20
180	mujer	1	0	0	43
181	mujer	6	0	3	20
182	mujer	7	E	3	40
183	mujer	1	0	5	40
184	mujer	ARCHIDONA	0	2	20
185	mujer	1	I	4	23
186	mujer	4	0	6	37
187	mujer	1	0	9	2
188	mujer	4	F	5	7
189	mujer	RONDA	0	10	33
190	mujer	COLMENAR	0	10	27
191	mujer	VELEZ-MALAGA	0	10	40
192	mujer	9	F	4	23
193	hombre	TORROX	0	10	8
194	mujer	1	0	9	9
195	mujer	9	E	3	20

## Detección de comunidades de intervención social en las redes sociales virtuales

Código	Sexo	Localidad	Grupo	Modularidad	Entidad
196	mujer	CARTAMA	0	10	51
197	mujer	4	0	5	33
198	hombre	1	0	5	40
199	mujer	MIJAS	F	10	1
200	mujer	BENALMADENA	E	3	40
201	mujer	NERJA	I	10	20
202	mujer	A DE LA TORRE	0	10	9
203	mujer	4	F	3	2
204	mujer	10	F	4	37
205	mujer	6	I	3	48
206	mujer	NERJA	0	10	4
207	mujer	4	0	5	4
208	hombre	6	0	10	20
209	mujer	6	0	10	40
210	mujer	4	0	5	2
211	mujer	2	E	3	48
212	mujer	ANTEQUERA	I	4	8
213	mujer	6	0	10	48
214	mujer	7	0	4	4
215	mujer	FUENGIROLA	0	10	8
216	mujer	6	I	5	4
217	mujer	1	0	3	4
218		3	F	5	48
219	mujer	9	I	3	20
220	mujer	3	0	0	9
221	mujer	RONDA	0	3	37
222	mujer	4	F	4	9
223	mujer	FUENGIROLA	0	10	40
224	hombre	6	0	3	2
225	mujer	2	I	3	9
226	hombre	1	F	4	40
227	mujer	11	F	4	40
228	mujer	4	E	5	40
229	mujer	6	F	3	4
230	Mujer	MIJAS	0	7	10
231	Mujer	3	0	5	40
232	Mujer	1	F	4	7
233	Mujer	1	E	3	3
234	Mujer	1	F	0	2
235	Mujer	VELEZ-MALAGA	F	3	2

## Detección de comunidades de social intervention on social network services

### BIBLIOGRAFÍA

- ASWB, N. (2005). NASW & ASWB Standards for technology and Social Work practice. *Gedownload op*, 14.
- Bastian, M., Heymann, S. y Jacomy, M. (2009). Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks. *ICWSM*, 8, 361-362.
- Baym, N. K. (1998). The emergence of on-line community, Cybersociety 2.0: revisiting computer-mediated communication and community.
- Cottam, H. (2011). Relational welfare. *Soundings*, 48 (1), 134-144.
- Danon, L., Díaz-Guilera, A. y Arenas, A. (2006). The effect of size heterogeneity on community identification in complex networks. *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment*, 2006(11), P11010.
- Del Fresno García, M. (2015). Conectar a los desconectados: Trabajo Social y análisis de redes sociales. Una aproximación metodológica para identificar líderes informales en red. *Arbor*, 191(771), 209.
- Del Fresno García, M., López Peláez, A. (2014). Social work and Netnography: The case of Spain and generic drugs. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 13 (1) 85-107.
- Ellison, N., Steinfield, C., y Lampe, C. (2006). Spatially bounded online social networks and social capital. *International Communication Association*, 36(1-37).
- Ellison, N. B., Steinfield, C., y Lampe, C. (2011). Connection strategies: Social capital implications of Facebook-enabled communication practices. *New media & society*, 1461444810385389.
- Girvan, M., y Newman, M. E. (2002). Community structure in social and biological networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(12), 7821-7826.
- Jariego, I. M. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de psicología*, 22(2), 187-211.
- Lin N. (2001). *Social capital: a theory of social structure and action*. Cambridge: University Press.
- Ling, R. (2004). *The mobile connection: The cell phone's impact on society*. Morgan Kaufmann.
- López Peláez, A., y Díaz, H.L. (2015). Social work challenges in the XXI Century: Citizenship, Technology and E-social work. (pp.29-55). In López Peláez, A. (ed.). *Social work challenges in the XXI century: Perspectives from the USA*. Pamplona: Thomson-Reuters Aranzadi.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.
- Manovich, L. (2011). Trending: The Promises and the Challenges of Big Social Data. *Debates in the Digital Humanities*, 1-10. [https://doi.org/http://www.manovich.net/DOCS/Manovich\\_trending\\_paper.pdf](https://doi.org/http://www.manovich.net/DOCS/Manovich_trending_paper.pdf)
- Putnam, R. (2000). Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community by Robert D. Putnam. *Simon*, 115(4), 618-620. <https://doi.org/10.2307/3089235>
- Solberg, L. B. (2010). Data mining on Facebook: A free space for researchers or an IRB nightmare. *U. Ill. J.L. Tech. & Pol'y*, 311.
- Sproull, L. y Kiesler, S. (1992). *Connections: New ways of working in the networked organization*. MIT press.
- Urueña, A., Ferrari, A., Blanco, D., y Valdecasa, E. (2011). *Las redes sociales en Internet*. ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información).
- Wellman, B. (1997). Structural analysis: From method and metaphor to theory and substance. *Contemporary Studies in Sociology*, 15, 19-61.
- Wellman, B. (2001). Physical place and cyberplace: The rise of personalized networking. *International journal of urban and regional research*, 25(2), 227-252.





En abierto  
Public

Servicios Sociales y Política Social

Trabajo Social:  
Intervención en  
el proceso final  
de la vida

114



## Los Espacios de Soporte y sus porqués



**Isabel Carbonell Bardera**

Diplomada en Trabajo Social por la ICESB.  
Máster en mediación y resolución de conflictos  
por la Universidad Ramón Llull  
[icarbonell@sfsa.es](mailto:icarbonell@sfsa.es)



**Mar Dieguez González**

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad  
de Barcelona. Posgrado en Terapia familiar  
sistémica  
[mdieguez@memora.es](mailto:mdieguez@memora.es)

A partir del Trabajo Social que llevamos a cabo en los Espacios de Soporte consideramos dos innovaciones dentro de nuestro ámbito, dado que se inician a partir de una hoja en blanco, sin haber experiencias previas aquí ni en otros países. Por un lado, el papel del trabajo social dentro de una empresa funeraria desarrollando un proyecto con el que nace un servicio nombrado Espacio de Soporte. Del otro, el proyecto en sí, es decir, trabajar en la comunidad, de forma abierta, sobre el proceso final de vida de las personas, sobre la muerte y sobre el duelo que acompaña la pérdida de un ser querido. Esta abertura comunitaria es el aspecto innovador, dado que no se trata del abordaje que se hace desde un servicio sanitario o residencial, sino que hablamos de trabajar comunitariamente, a pie de calle, con todos los vecinos y vecinas de un territorio. Se pretende recuperar la red de las personas con su comunidad que, ante una situación de pérdida, a menudo resulta agravado un aislamiento social. Se ofrecen herramientas de reflexión y de preparación ante la propia muerte o de la que se acompaña. Se busca recuperar, en definitiva, un espacio de despedida a la vida y para acompañar el duelo, actualmente perdido o no reconocido. También hay otro público, el profesional del mundo sanitario, social o educativo, a quien se dirigen distintas acciones orientadas también a dar apoyo en

todo aquello que hace referencia al proceso final de la vida, campo en el que trabajan, conviven o se encuentran (el ámbito educativo sería un ejemplo) desde su lado más humano, mediante formación, orientación, espacios de reflexión o de acompañamiento.

Proponemos reflexiones sobre la ubicación del trabajo social dentro de la comunidad en el campo del final de la vida, a la vez que sugerimos la promoción en nuestra disciplina, donde el papel del trabajo social sea un eje clave con el fin de recuperar la dimensión social de la muerte, tal y como lo queremos transmitir en este artículo.

Las formas de entender la vida, como la vivimos, como entendemos la muerte y como asumimos esta realidad desde cada uno de nosotros mismos y de nuestro entorno, difiere de unas personas a otras. Las raíces culturales, la historia propia de vida, el marco social y cultural de cada momento, el contexto histórico y geográfico hacen que a lo largo del tiempo vaya cambiando la visión, la forma de actuar y vivir la pérdida de un ser querido.

El porqué de nuestro trabajo radica en muchas cuestiones que nos podemos plantear desde nuestro entorno social más cercano tanto a nivel personal como profesional. La necesidad actual de crear espacios especializados abiertos a cualquier ciudadano y/o profesional, es una realidad que confirmamos desde nuestra experiencia.

El planteamiento llano y directo sobre temas como la enfermedad, las pérdidas, el final de la vida, la muerte o los duelos, son amplias cuestiones tan vitales como obviadas, y a menudo este abordaje crea distancia o rechazo, pero a la vez despierta inquietudes, más o menos acalladas,

## Los Espacios de Soporte y sus porqués

que buscan respuestas, herramientas, formas de transmitir o de generar debate. Tan amplias que cada una de ellas se va multiplicando y se percibe ese afán de compartirlos, de contrastarlos con otras experiencias o con otras inquietudes. En consecuencia todo ello genera un conocimiento. Y son tan vitales precisamente por esa necesidad de abordarlas, de abrir a compartirlas y de crear espacios de reflexión sin tiempos determinados.

La apertura social a estos temas nos lleva a escuchar demandas de servicios, entidades, personas individuales de distintos ámbitos que aplauden la oportunidad de contar con estos espacios de trabajo y reflexión. Buscan apoyos, en el caso de los profesionales, para poder transmitir todas estas reflexiones que pueden conllevar replanteamientos en sus ámbitos laborales, tan irrefutablemente ligados al suyo personal. Así, poco a poco, se va tejiendo una red de apoyo en temas esenciales y vitales que configuran nuestro día a día.

Un ejemplo como el que a continuación explicaremos, da muestra a lo anteriormente expuesto; recientemente, dentro del ámbito educativo, concretamente en el Centro de Recursos Pedagógicos (CRP) de uno de los distritos de la ciudad de Barcelona, se nos consultó sobre la elaboración de una maleta de duelo. La finalidad de la maleta era la recopilación de material bibliográfico y audiovisual, así como actividades, rituales y símbolos. Este material estaría orientado como herramienta para dar apoyo a la comunidad educativa de cualquier centro escolar ante la pérdida que algún alumno pueda sufrir de un ser querido, de un alumno o incluso la de los mismos profesionales o colaboradores del centro (hay que tener en cuenta que hablamos de la asignatura de la vida, de cómo afrontar una pérdida de una persona querida).

Ayudar a la elaboración del duelo es una tarea que pertenece a los propios centros escolares pero que a veces requiere de un apoyo por falta de herramientas. A menudo se debe por el impacto de la situación (una agresión violenta, un suicidio, un accidente o de una muerte súbita), por una previa carencia personal en la elaboración de este tema, o ante otra situación de duelo o de vulnerabilidad que pueda atravesar la persona. Todo ello en un contexto en que la enfermedad, la muerte o el duelo deben ser transmitidas de diferente forma al tratarse de edades cronológicas y de maduración según las características del centro (CEIP, IES).

El trabajo social desde los Espacios de Soporte aporta el apoyo externo, objetivo y de continuidad que necesita la comunidad a través de múltiples herramientas, como por ejemplo, coordinando y conectando los propios recursos del territorio con distintos centros posibilitando espacios intergeneracionales entre niños, jóvenes, adultos y mayores en el abordaje de los temas que nos ocupan.

Otra acción realizada y que queríamos compartir con el fin de complementar con otros ejemplos la constatación de tal necesidad en la comunidad, fue la demanda que se nos hizo desde una Unidad Materno Infantil de un hospital público de nuestro territorio. Nos plantearon la necesidad de abordar la cuestión del duelo gestacional; un tipo de duelo no reconocido, silenciado y ninguneado en nuestra sociedad y que los profesionales sanitarios empezaban a sentir la necesidad de hablar de ello. Se viven diariamente pérdidas intrauterinas, gestacionales o perinatales y los profesionales sanitarios más a menudo de lo que se le supone a una unidad que da la bienvenida a la vida, atienden y acompañan situaciones de pér-

## Los Espacios de Soporte y sus porqués

didá. Nos encontramos, pues, ante la demanda y la oportunidad de abordar y reflexionar sobre dos duelos no reconocidos: el gestacional y el profesional y todas aquellas cuestiones que inquietaban a los profesionales como por ejemplo, el abordaje de una noticia tan inesperada y dolorosa y lo que todo ello removía en uno mismo, cómo manejar los tiempos de duelo, cómo dar valor a la despedida de ese hijo, independientemente del tiempo de gestación en el que se produjera la muerte. Y estos profesionales, desde su lado más humano, pudieron reconocerse sus mecanismos de protección, pero también las emociones que comportan estas situaciones de pérdida.

Fueron dos acciones que reafirman el necesario papel que el trabajo social puede desempeñar en una sociedad que en las últimas décadas ha vivido de espaldas a la muerte pero que empieza a mirarla de reojo, sabiendo que ahí está.







Nos interesa  
On our interest

Servicios Sociales y Política Social

Trabajo Social:  
Intervención en  
el proceso final  
de la vida

1/14

## El CGTS transmite sus demandas a Podemos

*El Consejo fue recibido el 18 de mayo por la diputada Ana Terrón, quien solicitó el encuentro para conocer de primera mano las demandas de la organización*



De izq a dcha., Ana Terrón, Ana I. Lima y Carmen Verde./ CGTS

### CGTS

La presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Ana Lima, y la directora de la revista *Servicios Sociales y Política Social*, Carmen Verde, se reunieron el pasado 18 de mayo en el Congreso de los Diputados con Ana Terrón, diputada por Granada de Unidos Podemos y trabajadora social.

El encuentro, a instancias de Terrón, sirvió para que el Consejo reivindicara medidas y expusiera

las políticas y acciones necesarias para conseguir la igualdad social y defender los derechos sociales de las personas.

La diputada Ana Terrón explicó los motivos de la moción de censura que su grupo ha presentado al Gobierno de Rajoy y explicó que se reúne con el CGTS porque se trata de una iniciativa que requiere del refuerzo social. Según reivindicó, se necesita apoyo social, sin que las



organizaciones de la sociedad civil tengan que posicionarse a favor o en contra. Terrón aseguró que plantean la moción como una alternativa real y quieren presentarla con un “nuevo programa de país”.

El Consejo General del Trabajo Social no se posicionó sobre la moción pero como siempre que se le solicita, expuso su visión de la situación social y sus reivindicaciones.

Ana Lima y Carmen Verde entregaron y explicaron a Ana Terrón el documento de reivindicaciones que el Consejo hace a los partidos políticos.

Lima y Verde denunciaron los recortes sociales y defendieron todos los sistemas de protección. Denunciaron la falta de un sistema de derechos sociales, para fortalecer la red de servicios sociales.

Lima reclamó mayor sensibilidad social. “Cuando más hemos sufrido los efectos de la crisis, al mismo tiempo, se producía un mayor desfaldo de dinero, el robo a la ciudadanía”, denunció.

También expuso el papel del tercer sector, necesario pero complementario, y denunció cómo las políticas del Gobierno ponen por encima de las políticas públicas el banco de alimentos.

Ana Lima también argumentó la oposición del CGTS a la reforma local, paralizada, pero que ha supuesto un estancamiento en la inversión y crecimiento de los servicios sociales.

El CGTS habló también de la reivindicación de un nuevo modelo de servicios sociales. Ante una nueva situación, se necesita un nuevo modelo, que no se base solo en el trabajo. Que sea de máximos, no de mínimos, explicaron Lima y Verde.

## Ana Lima inaugura el Congreso Europeo de Trabajo Social

*La presidenta del Consejo General del Trabajo Social es a su vez la máxima representante de la Federación Europea de la profesión*

V.P.

Como presidenta de la Federación Europea de Trabajo Social, Ana Lima fue una de las personas encargadas de inaugurar el Congreso Europeo de Trabajo Social, que se celebró en Reikiavik (Islandia) los días 28, 29 y 30 de mayo y acogió a más de 500 trabajadores y trabajadoras sociales de 37 países distintos, no solo de Europa.

En la inauguración intervinieron también la presidenta de la Asociación Islandesa de Trabajo Social, María Rúnarsdóttir, organizadora del Congreso, así como el presidente de Islandia, Guðni Thorlacius Jóhannesson y el ministro de Asuntos Sociales islandés, Þorsteinn Víglundsson, que destacó el valor de los trabajadores sociales y su capacidad para promover el cambio.



*El ministro de Asuntos Sociales e Igualdad de Islandia, Þorsteinn Víglundsson, el secretario general de la FITS Mundial, Rory Truell, el presidente de Islandia, Guðni Thorlacius Jóhannesson, la presidenta de la Asociación Islandesa de Trabajo Social, María Rúnarsdóttir, y la presidenta del CGTS y de la FITS-Europa, Ana I. Lima./ CGTS.*



Ana Lima durante su intervención./ CGTS

Por su parte, Ana Lima destacó la importancia de que este congreso tenga el lema “Marginación y Trabajo Social en una sociedad en cambio” y fue desggranando los cambios que están sucediéndose en las sociedades Europeas, así como los retos comunes.

El discurso de Ana Lima se puede consultar en la página web del consejo ([www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)) y, directamente, en este enlace: [goo.gl/3R5ca8](https://goo.gl/3R5ca8)



La presidenta del Consejo, Ana Lima, con los y las congresistas españolas./CGTS

## Significativa participación española en el Congreso Europeo de Trabajo Social

*Colegiadas y colegiados de cinco colegios profesionales de trabajo social presentaron sus iniciativas en el evento*

V.P.

La organización colegial del trabajo social en España estuvo ampliamente representada en el Congreso Europeo de Trabajo Social que se celebró del 28 al 30 de mayo en Reykjavík, Islandia. Una decena de profesionales participaron activamente en el evento, compartiendo sus experiencias con trabajadoras y trabajadores sociales de otros países.

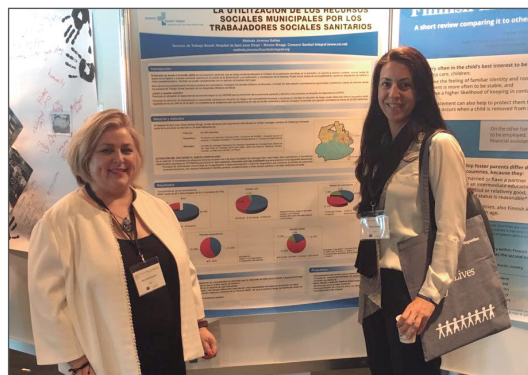
La presidenta del Consejo General del Trabajo Social y a su vez presidenta de la Federación Europea de Trabajo Social (FITS-Europa), Ana Lima, tuvo una participación más allá de lo institucional. Participó en el taller “Agenda Global: ¿Cómo podemos los trabajadores sociales promover la sostenibilidad?”, en la que reflexionó sobre las formas en las que el Trabajo Social contribuye al

cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que marca la ONU, y puso ejemplos de prácticas llevadas a cabo en España.

También hubo dos presentaciones por parte de trabajadoras sociales españolas. Alicia Rubio, trabajadora social del Colegio Oficial de Trabajo Social de Almería habló del “Modelo de intervención profesional con personas en situación de exclusión”. Por su parte, Ángeles Cruz y Adela López, también colegiadas del COTS Almería, expusieron la presentación “El aprendizaje significativo y la creatividad como motor de cambio en el Trabajo Social”.

Por otra parte, otros compañeros de España presentaron pósters.





Blanca Deusdad presentó dos posters: “Cambios en el envejecimiento en entornos urbanos: el caso de la ciudad de Tarragona” y “SoCaTel. plataforma para mejorar el acceso a los servicios sociales”.

Gloria Maria Caravantes y Rubén Masià, colegiados del COTS Valencia: “Análisis comparativo en áreas vulnerables: dos casos en la Comunidad Valenciana”.

Melinda Jiménez, del COTS Catalunya: “La utilización de los recursos sociales municipales por los trabajadores sociales sanitarios”.

Vanessa Santos y José Antonio Álvarez Díaz, colegiados del COTS Cantabria: “El programa de compromiso social desarrollado en las instalaciones del correccional de El Dueso”.



Silvia Adillón y Manuel José Larramona Ballarín, colegiados del COTS Aragón: “Cuidado en el hogar para mejorar las condiciones de vida de los pacientes”.

*La presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Ana Lima, y la directora general del IMSERSO, Carmen Balfagón, acordaron el 9 de junio un protocolo general de actuación entre ambas instituciones*

El convenio se firmó en la sede del Consejo General del Trabajo Social y establece un marco de colaboración de cara a establecer actuaciones conjuntas.

investigación, publicaciones, foros de debate y encuentros profesionales, así como información o seguimiento de las políticas sociales en Europa.

El convenio es fruto de la reunión que Ana Lima mantuvo con Carmen Balfagón, acompañada por la decana del Colegio Profesional de Trabajo Social de Madrid, Mar Ureña, el pasado 31 de enero.





## El Código Deontológico del Trabajo Social cumple 5 años

*El 9 de junio se cumplieron cinco años desde la aprobación del Código Deontológico del Trabajo Social en Asamblea General Extraordinaria. El Código representa nuestro compromiso con la profesión y con la buena praxis profesional*



*Representantes de los Colegios tras la Asamblea General en la que se firmó el Código Deontológico./ CGTS*

O.C.B

El Código Deontológico es clave para el trabajo social. Sus objetivos, entre otros, tienen que ver con la necesidad de acotar responsabilidades profesionales, promover el incremento de los conocimientos científicos y técnicos, definir el correcto comportamiento profesional con las personas atendidas y con otros profesionales, evitar la competencia desleal, mantener el prestigio de la profesión, perseguir el constante perfeccionamiento de las tareas profesionales, atender al servicio a la ciudadanía y a las instituciones, valorar la confianza como factor importante y decisivo en las relaciones públicas y servir de base para las relaciones disciplinarias. El

Código representa nuestro compromiso con la profesión y con la buena praxis profesional.

### Un arduo trabajo

La aprobación del Código llegó tras dos años de un arduo trabajo en red. Para ello, se creó un Comité Deontológico, formado por profesionales (de la talla de Natividad de la Red o Gloria Rubiol entre otras/s) y juristas y magistrados. Este Comité elaboró un borrador que fue remitido a la estructura colegial para que grupos de trabajo y comisiones deontológicas de los colegios realizaran las enmiendas que consideraran oportunas.



El Consejo recibió más de 300 aportaciones que se debatieron en dos Asambleas de Colegios, hasta que finalmente fue aprobado por unanimidad el 9 de junio de 2012, sustituyendo al anterior código, de 1999.

Hasta el momento, el Código Deontológico del Trabajo Social ha sido editado en dos ocasiones: una tras su aprobación en 2012 y otra posterior para incorporar, tal y como se preveía, la definición de Trabajo Social consensuada por la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). Esta organización, representante de la profesión a nivel mundial, llegó a un acuerdo histórico en 2014. Tras más de 11 años de deliberaciones, consensuó una definición de trabajo social apropiada para los y las trabajadoras sociales de todo el mundo. De ahí que incluya conceptos como “conocimientos indígenas”. Se trata de una apuesta por unificar una definición a nivel mundial, de forma que de peso a la profesión y muestre su unidad y fortaleza.

### **El best seller del trabajo social**

A pesar de estar en abierto en todos los portales, páginas web y redes de los Colegios Oficiales de Trabajo Social, el Código Deontológico se ha reimpreso en seis ocasiones, superando la difusión de su predecesor en la mitad de tiempo. Se han realizado varias ediciones bilingües traducidas por los Colegios Profesionales de Trabajo Social con lenguas cooficiales. Hasta el momento, se han distribuido más de 15.000 ejemplares, por lo que podemos afirmar que, al menos en España, es el auténtico best seller del trabajo social.

## **El Consejo se suma al Pacto Político y Social por una Sanidad Pública y Universal**

*La iniciativa surge de la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012, impulsada por organizaciones como Médicos del Mundo, semFYC, la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, la PASUCAT o SESPAS*

### **CGTS/REDER**

El Consejo General del Trabajo Social se ha unido al Pacto Político y Social por una Sanidad Pública y Universal. La red está integrada por más de 300 organizaciones con presencia en 15 comunidades autónomas que luchamos contra la exclusión sanitaria de las personas migrantes en situación irregular así como contra la modificación del modelo sanitario que trajo consigo el Real Decreto-Ley 16/2012.

El gran Pacto Social por una Sanidad Universal y Pública busca aglutinar al mayor número posible de partidos políticos, asociaciones profesionales del ámbito sanitario, sindicatos y organizaciones sociales con el fin de conformar un amplio frente social. En virtud de este Pacto los partidos con representación en el Congreso adquirirían el compromiso de presentar una proposición de ley conjunta que garantice la universalidad del SNS y fortalezca su carácter público.

## El Consejo participa en el Congreso Europeo de Escuelas de Trabajo Social y en el Congreso Europeo de Servicios Sociales

*La presidenta del CGTS, Ana Lima, y la directora de la revista Servicios Sociales y Política Social, Carmen Verde, representaron al CGTS*

### CGTS

El Consejo General del Trabajo Social participó el pasado junio en el Congreso Europeo de la Asociación Europea de Escuelas de Trabajo Social y de la Unión Francesa de Actores de la Educación e investigación en Trabajo Social, que se celebró del 26 al 29 de julio en París.

Bajo el título 'La Educación en Trabajo Social en Europa: Desafiando las fronteras, promoviendo un

futuro sostenible', congregó a profesionales de 39 países, del ámbito de la docencia, la intervención y la investigación en Trabajo Social.

El congreso fue un foro de experiencias (se presentaron 450 comunicaciones) y conocimientos compartidos entre diferentes generaciones de educadores e investigadores del trabajo social, así como con profesionales del trabajo social, estudiantes y usuarios.



*Ana Lima durante una de sus intervenciones./ CGTS*

## Precongreso

Un día antes del comienzo del Congreso, el Consejo General de Trabajo Social participó en la preconferencia ‘¿Qué tienen de especial el trabajo social y los derechos humanos? Retos de los trabajadores sociales en toda Europa’, organizada por la Federación Europea de Trabajadores Sociales. La presidenta del CGTS, Ana Lima, expuso la vinculación de las políticas de austeridad a la vulneración de los Derechos humanos y presentó la Campaña “Derechos sociales por la dignidad” y las acciones por la defensa de los derechos humanos que se han desarrollado por la organización profesional en España.

En la inauguración del Congreso participó Ana Lima, tras ser invitada como presidenta de la Federación Europea de Trabajadores Sociales (FITS Europa). En su discurso destacó que este evento visibiliza “la conexión entre la teoría y la práctica”. “Depende en gran medida de que mejoremos los procesos de transferencia de investigación e innovación, de que haya más presencia de profesionales en las universidades”, destacó, e instó a trabajar juntos: “Nos necesitamos. Debemos ir de la mano, por coherencia, por interés, para nosotros, para las personas y las sociedades con las que trabajamos”.

Carmen Verde, vocal del Consejo, presentó la comunicación ‘El trabajo social comprometido y militante como activista comprometido en España en la garantía de los derechos sociales de la ciudadanía’, donde expuso el importante papel del trabajo social en España como militante, poniéndose en el centro de su acción, la ética como garantía de los derechos de ciudadanía.

Entre los ponentes marco del Congreso, se contó con la presencia de Sara Banks, que en su po-

nencia ‘La ética del trabajo social en un mundo sin ética: cultivando la sabiduría ética en los profesionales del trabajo social’ puso el ejemplo de buena práctica de la lucha de las trabajadoras sociales españolas por la justicia social basada en la ética profesional. “Es necesario dar a conocer la ética profesional a través del trabajo ético, tanto construyendo poderosos discursos actuales como reconstruyendo la relación del trabajo social y su misión como profesión comprometida con la justicia social, a partir de sus fundamentos éticos, tal como lo está haciendo la Marea Naranja en España o la Swan inglesa”, aseguró.

## Congreso de la ESN

El Consejo General también estuvo presente en la 25ª edición del Congreso Europeo de Servicios Sociales, celebrado en La Valeta (Malta) por la Red Social Europea (en inglés, ESN), de la que el CGTS es miembro desde 2015. La Presidencia Maltesa del Consejo de la Unión Europea colaboró en la organización. El lema del Congreso fue ‘La innovación y la tecnología al servicio de los ciudadanos’ y congregó a más de 500 participantes de todo el mundo que han explorado cómo la innovación y la tecnología pueden crear mejores servicios sociales a nivel local para el futuro.

Ana Lima participó en la mesa de debate ‘Factores de cambio para el futuro de los Servicios Sociales’, junto con Michael Farrugia, ministro de Interior y Seguridad Nacional de Malta; Georg Fischer, director de asuntos sociales y DG de Empleo y Asuntos Sociales e Inclusión de la Comisión Europea; Rosa María Mammolito, directora de Programas Sociales Públicos de Edenred y Larissa Reed, directora ejecutiva de Barrios, Comunidades y Vivienda del Ayuntamiento de Brighton (UK). Durante su exposición, la presidenta del CGTS ofre-

ció la opinión de los trabajadores sociales sobre la nueva metodología centrada en la persona y la inclusión de la innovación y las nuevas TIC en la intervención social. Además se reivindicó la financiación del Fondo de Ayuda Europea para los más desfavorecidos (FEAD) para el período 2014-2020, que forma parte de los programas operativos nacionales de la Comisión Europea.

Ana Lima instó a que este tipo de fondos deberían reforzar el Sistema Público de Servicios Sociales, donde se pueden gestionar ayudas destinadas a cubrir las necesidades básicas de las personas respetando los criterios de derecho y dignidad, desde la valoración profesional y evitando su estigmatización.

Durante el cierre del Congreso, se presentó el Congreso de 2018, que tendrá lugar en Sevilla y fue presentada por Manuel Martínez Domene, trabajador social y viceconsejero de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.





# Reseñas

Reviews

Servicios Sociales y Política Social

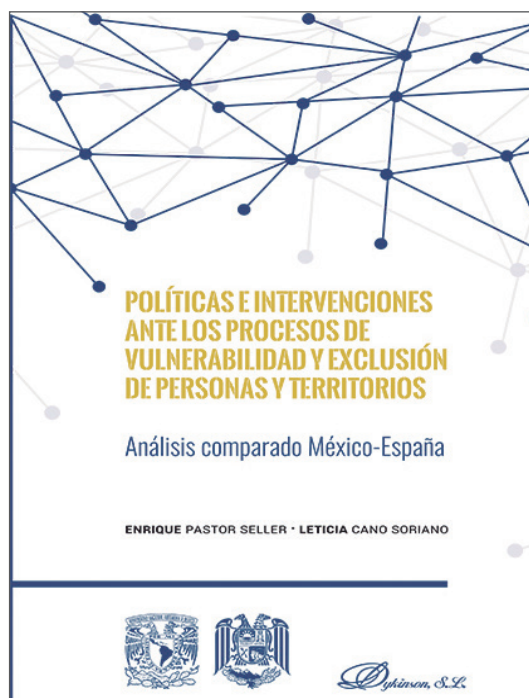
Trabajo Social:  
Intervención en  
el proceso final  
de la vida

114

**Pastor Seller, E. y Cano Soriano, L. (2016)**  
**POLÍTICAS E INTERVENCIONES ANTE LOS PROCESOS DE VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN DE PERSONAS Y TERRITORIOS. ANÁLISIS COMPARADO MÉXICO-ESPAÑA**  
**Lugar: Madrid, Editorial Dykinson, S.L.**  
**ISBN: 978-84-9085-644-4**  
**Págs. 294**

El libro *Políticas e Intervenciones ante los Procesos de Vulnerabilidad y Exclusión de Personas y Territorios. Análisis Comparado México-España* de la Editorial Dykinson presenta una obra evaluada por pares de expertos anónimos. Se trata de un texto analítico que, bajo una perspectiva comparada y considerando al Trabajo Social como el eje e hilo conductor de sus discursos y análisis, nos aproxima las realidades derivadas del contexto de crisis actual en ambos países y, por consiguiente, las políticas e intervenciones sociales llevadas a cabo; así como los desafíos que se nos plantean ante la presente diversidad de problemáticas existentes y el posible camino a seguir a través de innovadoras propuestas que orientan la práctica profesional y nutren de contenido la investigación y formación académica.

Bajo la edición de Enrique Pastor Seller -doctor en sociología, profesor titular de la Universidad de Murcia y vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social de España- y Leticia Cano Soriano -trabajadora social y directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM- en 2016 se nos presenta un libro que recopila 18 capítulos estructurados en dos bloques principales, el primero dedicado al análisis mexicano y el segundo al español, con 9 capítulos cada uno. En su elaboración han participado 36 docentes, investigadores y profesionales procedentes de diferentes universidades, centros de investigación, instituciones públicas y organizaciones sociales.



La primera parte, referente a la contribución de México, se compone de 9 capítulos, elaborados por 11 autores, con una presencia destacada de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

El primer capítulo "*La intervención social: eje medular en el análisis del Trabajo Social en el contexto mexicano actual*", escrito por Silvia Galeana y José Luis Sainz, presenta un análisis de la intervención social en México, país caracterizado por un contexto conflictivo tanto a nivel político como económico y social. En este análisis los autores re-



flexionan sobre las debilidades y vacíos existentes en los referentes teórico metodológicos que fundamentan la intervención y le dan direccionalidad, lo que vendría a repercutir en la utilidad y alcance de la intervención ante las exigencias de la compleja realidad social y, por lo que proponen, una revisión y análisis de la intervención social con el objeto de retroalimentar los procesos de formación profesional y ofrecer propuestas acordes con su realidad.

En el segundo capítulo *“Recuperar las raíces causales para el abordaje de fenómenos sociales: desafíos actuales del Trabajo Social en México”* Leticia Cano y Pedro Isnardo de la Cruz, asumen el Trabajo Social de México como proyecto permanente de científicidad social. Esta visión implica dos desafíos; por una parte, evitar su fragmentación; por la otra, rediseñar sus estructuras de pensamiento social y formación profesional desde nuevas lógicas y procesos que permitan recuperar las raíces causales y ofrecer respuestas a cuestiones y fenómenos sociales contemporáneos. Esto es, el objeto del TS (sujeto-realidad) implica un desafío de conocimiento dialógico, racional, reflexivo; pero, también exige una transformación interna del profesional con respecto a la capacidad de observar y analizar con la mayor objetividad posible la realidad de los otros que permita superar la segmentación disciplinar y profesional, sabiendo enfrentar los cambios estructurales que trae consigo la globalización.

El capítulo tercero *“Paradojas de la formación y práctica del Trabajo Social en Latinoamérica”* de la mano de Teresa Gerarda Zamora nos aproxima la tensión real existente entre ejercicio profesional y formación académica; siendo el objetivo de su ensayo motivar la reflexión. Principalmente, digamos que esta tensión/distanciamiento deriva de

las tendencias críticas -maniqueistas- de los programas académicos al interpretar las realidades y los espacios laborales en términos fatalistas; lo que viene a suponer que los trabajadores sociales de instituciones aplican estrategias tradicionales -mecanicistas- y, por lo tanto, son juzgados como instrumento de la clase dominante y despojados de su libre albedrío para decidir sus acciones. Ahora bien, tal y como nos recuerda la autora, formación académica y ejercicio profesional caminan en paralelo y es necesario hacerlos converger para construir juntos las respuestas a las necesidades y problemas a los que el TS se enfrenta.

*“El constructo histórico de la intervención social en el Trabajo Social mexicano y Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM. (Un ensayo socioantropológico)”* constituye el cuarto capítulo escrito por Guillermo Campos quien nos presenta el constructo histórico, uso, manejo y aplicación de la intervención social como un problema de carácter epistémico y semántico desde la perspectiva de las ciencias sociales y ofrece un análisis del objeto de TS polarizado en México.

En el capítulo V, *“La prisión como un eje de la política neoliberal. Reflexiones sobre el papel del trabajador social penitenciario en México”* Berenice Pérez nos presenta el Trabajo Social como una profesión clave dentro del ámbito penitenciario en México y analiza la función que tiene la prisión dentro del contexto neoliberal, por la que se denuncia que afecta de forma evidente a personas pobres y que posee un fuerte componente étnico-racial y de clase. Entre los retos planteados recoge: desde el punto de vista de la formación, la importancia de reflexionar en torno a los procesos de subjetivación del estudiantado, especialmente en espacios que conllevan violencia y exclusión en formas variadas; por otro lado, la necesidad de

una discusión epistemológica sobre la mirada, la voz y representación que hacemos del otro, más allá de la pedagogía paternal.

Nelia Tello es la autora del capítulo VI *“El cambio en Trabajo Social: intención, rupturas y estrategias”* y nos acerca una serie de reflexiones acerca de la profesión, tales como: la actual pérdida de claridad en relación con el hacer social de trabajo social, con su especificidad y su objeto de trabajo, sin hablar de su objeto de estudio y de sus objetivos particulares. En consecuencia, comenta, esto lleva al TS a ser y hacer todo y nada, dispersión que genera dificultad para acotar el quehacer profesional en lo social; y por la que es fácil caer en situaciones de apoyo para el logro de los objetivos de otras profesiones que impide fortalecer nuestra identidad. Es por ello que, siguiendo a la autora, es necesario el reconocimiento de lo social, de su complejidad y de su sujeto.

El capítulo VII *“Políticas públicas y violencia de género en México”*, producido por Julia del Carmen Chávez, nos acerca una mirada a la situación jurídico-social y política de la violencia de género en México; la cual vendría caracterizada por invisibilidad, normalidad e impunidad, elementos en vinculación directa con la relación de poder/dominación que se identifica con obediencia/sumisión y que la justifican y naturalizan. Ante este panorama, la autora expresa la urgencia de introducir el género como una categoría de desarrollo social; así como, la necesidad de fortalecer un proceso educativo y una cultura de la igualdad de género para lograr incidir en los ámbitos familiares y de vida cotidiana; lo que vendría a permitir un abordaje integral y multidimensional de la problemática y la retroalimentación institucional.

El capítulo VIII *“Condición social de los jóvenes en contextos urbanos en México”*, de Aída Imel-

da Valero, identifica a los jóvenes como un grupo caracterizado por condiciones de vulnerabilidad; digamos que, enfrentan una importante exclusión económica, social, política y cultural que los aleja de la dinámica de la sociedad; y que los coloca en riesgo de sufrir o ejercer violencia o delincuencia, común a las áreas urbanas, al encontrar en ésta la expresión a sus necesidades insatisfechas. Es por ello que la autora sugiere el diseño e implementación de políticas públicas que consideren a los jóvenes desde una perspectiva dual; otorgándoles tanto el papel de destinatarios, como el de actores estratégicos y agentes de cambio, que participen activamente en el desarrollo económico y social de su entorno; así como, modelos y políticas multidimensionales para atender la problemática de la violencia.

En el capítulo IX *“Un acercamiento a las niñas y adolescentes que trabajan: estudio aproximado a la realidad social en las delegaciones Cuahtémoc y Coyoacán de la Ciudad de México 2012”* Víctor Inzua nos hace llegar cómo la incorporación de las niñas y adolescentes a alguna actividad laboral en el sector informal, teniendo como característica relevante la informalidad o ilegalidad, se traduce en ausencia de derechos, ingresos inseguros e inexistentes, carencia de protección social y exposición a malos tratos físicos y verbales; además de caracterizarse por la falta de capacitación, empleo inestable y salarios marginales. Ante ello sugiere la necesidad de diseñar una eficiente política social, a favor de estas menores, para garantizar sus derechos a la educación, a la atención de los servicios de salud y a su pleno desarrollo humano. Así como, acciones encaminadas a proteger y dar atención a las niñas trabajadoras que sufren abusos por parte de empresas, patrones y personal; además de proponer alternativas o acciones para mejorar su situación.

La segunda parte del libro, presenta la aportación realizada por España a través de 9 capítulos presentados por 25 autores procedentes del ámbito universitario, investigador y profesional; y para la que se cuenta con la participación de 7 universidades españolas, del Consejo General del Trabajo Social, así como, del Centro Penitenciario Madrid VI Aranjuez y entidades como Fundación ONCE y FEDER.

El capítulo X *“El nuevo paradigma de la accesibilidad social. Rompiendo barreras invisibles”*, tratado por Yolanda M<sup>a</sup> de la Fuente, M<sup>a</sup> del Carmen Martín y Jesús Hernández, pone sobre la mesa la igualdad de oportunidades y diseño para todas las personas como valores del nuevo paradigma de accesibilidad social que la guían hacia una nueva cultura de satisfacción igualitaria de necesidades; dejando a un lado la tradicional concepción de discapacidad y asumiendo la diversidad como norma. Además se expresa la importancia de visibilizar desde el Trabajo Social las barreras ocultas existentes con intención de desarrollar un cambio de actitudes, al considerar que las transformaciones y adaptaciones deben llevarse a cabo sobre el contexto y no sobre la persona, y al tener en cuenta los derechos de las personas con discapacidad como una cuestión de ciudadanía y no de solidaridad.

En el capítulo XI *“Merecer derechos o demostrar merecerlos: workfare y Trabajo Social en la renta mínima de inserción”* Fernando de Lucas, Emilia Pérez y Silvia Patricia Cury expresan cómo el sustrato ideológico de los regímenes de bienestar puede inclinarse hacia la necesidad de políticas públicas para todos y todas (*welfare*); o bien lo contrario, la desconfianza de la actividad estatal en cuanto dinamizadora de derechos sociales que deberían ser conquistados y merecidos

por el esfuerzo individual (*workfare*). Es decir, la desigualdad vista como resultado de situaciones y dinámicas estructurales o de decisiones libres e individuales. Dicotomía que puede encontrarse en la aplicación de aspectos concretos de las políticas sociales, servicios sociales y trabajo social; como ocurre en la gestión de las rentas mínimas de inserción. Es por ello que revisan el concepto del *workfare* y su traslación a Europa mediante el apoyo en entrevistas a trabajadores sociales de la RMI de Madrid para establecer sus argumentos y conclusiones.

En el capítulo XII *“El Trabajo Social en los Servicios Sociales en España”* Ana Isabel Lima, Carmen Verde-Diego y Enrique Pastor nos aproximan, por un lado, la importancia de la profesión y de la estructura colegial en la creación, implantación y desarrollo del sistema público de servicios sociales; por otra parte, la evolución hacia la universalización de prestaciones y servicios que configura al sistema público de servicios sociales como el IV Pilar del Estado del Bienestar. Además se realiza un análisis crítico centrado en el impacto que en los SS.SS. han provocado las políticas de austeridad implementadas a raíz de la crisis (2008), por el que se evidencia la modificación de la demanda y población atendida y por el que se incide en la lucha contra la desmantelación del sistema.

El capítulo XIII *“Exclusión social y Trabajo Social: diseño de un instrumento de diagnóstico para su uso en los servicios sociales de atención primaria en España”* redactado por Víctor M. Giménez, Yolanda Doménech y Miguel Ángel Mateo, describe el diseño, desarrollo y validación de un instrumento de valoración de la exclusión social para su uso por trabajadores sociales en Atención Primaria; con el objetivo de orientar las prioridades de acción de las políticas y SS.SS. municipales, ya que determinar

los factores de la exclusión y analizar la prevalencia de sus consecuencias es indispensable en el trabajo por la inclusión activa de las personas.

Eva María Sotomayor y M<sup>a</sup> Luisa Grande tratan la evolución y análisis de las políticas sociales y cambios legislativos producidos en torno a la atención a personas en situación de dependencia en el capítulo XIV titulado *“Trayectoria del sistema de atención a la dependencia en España: efectos y consecuencias en las personas demandantes y beneficiarias”*. Exponen que a pesar de que la Ley de dependencia se configura como un instrumento garantizador de los derechos de la ciudadanía, considerada innovadora en el marco europeo, no ha conseguido responder a las expectativas que generó observándose un importante deterioro en su desarrollo; motivo por el cual investigan sus posibles causas y los detonantes de su decadencia.

En el capítulo XV *“La población reclusa en España”* Enrique Pastor y Manuela Torres presentan un análisis descriptivo, comprensivo y causal de la realidad de la población penitenciaria en España, basado en la investigación de diferentes fuentes estadísticas; lo que les permite disponer de una radiografía de la población reclusa desde una perspectiva longitudinal y transversal. Entre sus principales hallazgos se presenta la no correspondencia del aumento de la población reclusa con el de la población e índices de criminalidad; explicación que apoyan en el endurecimiento de la legislación penal y en la tipificación de delitos anteriormente no contemplados.

El capítulo XVI *“Trabajo Social e intervención social en vivienda social”*, de Octavio Vázquez, Manuela A. Fernández, Fernando Relinque y Pablo Álvarez, nos habla de la realidad de la vivienda social en España y más en concreto de Andalucía. Los

autores reflexionan sobre las principales actuaciones que deben gestionar los trabajadores sociales en este campo y abordan sus funciones y cometidos. Además presentan desafíos y retos para el Trabajo Social desde la intervención social en vivienda pública como son dar respuestas creativas, científicas e innovadoras o incrementar proyectos y acciones que sigan la lógica de la Pedagogía del Hábitat, por la que se contemplan pautas de integración, acompañamiento, aprendizaje social y comunitario.

En el capítulo XVII *“Feminicidio y violencia extrema contra las mujeres: ¿es posible construir un espacio de protección social? El caso español”* Patricia López, Antonio López y Sagrario Segado manifiestan, desde una perspectiva vinculada con la sociología jurídica, algunas modificaciones legales introducidas en España relativas a los casos de extrema violencia contra las mujeres; lo que les permite entender cómo se ha ido configurando un discurso colectivo contra la violencia de género y establecer retos, tales como el desarrollo de acciones integrales y coordinadas o el control efectivo de su aplicación real.

Finalmente, el capítulo XVIII *“La realidad de las enfermedades raras en España”* de Juan Carrión y Enrique Pastor presentan un diagnóstico de la situación de pacientes y familiares afectados por las enfermedades raras que, desde la perspectiva médica, se caracterizan por el gran número y la amplia diversidad de desórdenes y síntomas que varían no sólo de enfermedad a enfermedad sino también dentro de la misma patología. Es por ello que, el verdadero reto de la investigación es avanzar en el descubrimiento de tratamientos y en la detección de nuevas enfermedades y por lo que presentan medidas y propuestas para mejorar el bienestar de pacientes y familiares.

En mi opinión, el contenido de este libro resulta innovador en el sentido de que aborda asuntos de interés e impacto social, escasamente explorados, en la actualidad de ambos países y propone alternativas de cambio. Uno de sus puntos fuertes, precisamente, es la visión comparada México-España; ya que nos aporta una amplia mirada sobre cómo el Trabajo Social interviene en diferentes contextos y plantea los desafíos que se le presentan, desde lo general a lo particular; lo que nos permite discernir las necesidades a las que la profesión debe dar respuesta con carácter global y en situaciones concretas. Desde esta perspectiva resulta un texto muy interesante, creativo y de lectura amena; totalmente recomendable para profesionales, alumnado y personal docente e investigador de la rama de las Ciencias Sociales y, en concreto, del Trabajo Social.

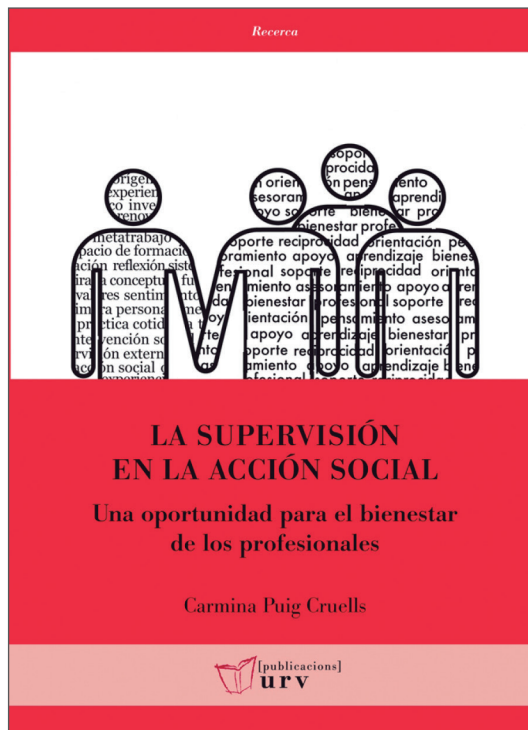
*Tamara Fernández Barreira*

**Garmina Puig Cruells (2015)**  
**LA SUPERVISIÓN EN LA ACCIÓN SOCIAL.**  
**UNA OPORTUNIDAD PARA EL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES**  
 Publicacions Universitat Rovira i Virgili  
 ISBN: 978-84-8424-405-9  
 Págs. 161 págs

El libro de la profesora Carmina Puig Cruells de la Universitat Rovira i Virgili titulado: *“La supervisión en la acción social. Una oportunidad para el bienestar de los profesionales”* presenta los resultados de una dilatada investigación sobre la materia cuyos orígenes dieron como primer resultado su tesis doctoral titulada: *“La supervisión en la intervención social un instrumento para la calidad de los servicios y el bienestar de los profesionales”*.

El libro que se presenta va más allá de una mera investigación sobre la supervisión, supone un producto de verdadera transferencia de resultados y buenas prácticas derivadas de la extraordinaria experiencia de su autora como profesional, académica e investigadora de varias décadas. Una obra que integra lo académico y profesional y que da respuestas valiosas y concretas a inquietudes y necesidades que se presentan en los procesos de supervisión en la acción social tanto en los espacios académicos y profesionales. Una obra que genera conocimiento a partir de las percepciones de las personas supervisadas, supervisores y contratantes de supervisión; dotando de valor a los participantes de los procesos de supervisión desde una perspectiva cualitativa.

Como bien señala la autora la supervisión es una temática escasamente estudiada y “explorada” especialmente en su proyección profesional, siendo una función del Trabajo Social (aunque no exclusivamente claro). Pero más allá de ésta clave profesional es conveniente considerar la supervi-



sión como espacios que permiten mejorar la calidad de las instituciones y organizaciones sociales en las que nos encontramos inmersos dadas sus innumerables fortalezas y ventajas en los procesos de formación, autonomía, corresponsabilidad, calidad, participación, ética, etc., que genera. Se podría entender que la supervisión es un elemento transversal en los procesos de trabajo que mejora la calidad de la intervención profesional pero también de la proyección interna y externa de las organizaciones e instituciones. Aquí encontramos



otro valor de esta obra: visibilizar las oportunidades y fortalezas que genera la incorporación de los procesos de supervisión para la mejora de la calidad de las intervenciones profesionales y el desarrollo estratégico de las instituciones.

El libro se estructura en siete capítulos, anexos y bibliografía. En el primero se presentan los orígenes y desarrollos de la supervisión, así como los contextos objeto de supervisión, concretamente los sistemas de servicios de atención a las personas. El segundo, describe los referentes conceptuales, significados, funciones y fundamentos de la supervisión de profesionales, destacando el análisis de los contextos presentes en la supervisión, concretamente el sistema institucional, actores implicados y profesional supervisor. Este recorrido nos permite tomar conciencia de la importancia de la supervisión en sus diferentes dimensiones (histórica, cultural, organizativa, contextual). El tercer capítulo analiza, desde una perspectiva comprensiva, las distintas posiciones existentes al respecto desde diferentes autores, sistematizando conceptos, finalidades, funciones y principios que estructuran su práctica. Así mismo, se analizan los sistemas y contextos presentes en la supervisión, y se detallan contenidos y procesos de supervisión. En el cuarto se analizan los cinco dominios de indagación de la supervisión, concretamente: la construcción del saber, integración sujeto-profesional, reflexividad y autonomía, de la acción a la práctica reflexión y del cuidar al autocuidado para cuidar. En el siguiente capítulo, se describe la relación entre la supervisión y el ejercicio de la intervención social desde una posición de bienestar de sus profesionales. En el sexto se analiza la práctica supervisora, poniendo voz a las experiencias, identificando contribuciones y analizando resultados de experiencias, presentado dos historias, una centrado en la supervisión de equipo y otra indivi-

dual. El último, sistematiza las conclusiones y propuestas que la autora alcanza tras la investigación realizada, finalizando con una amplia bibliografía, legislación y fuentes documentadas.

En definitiva, un libro que contribuye, sin lugar a dudas, al conocimiento y debate sobre la supervisión de profesionales de la intervención social, donde encontramos: referentes teóricos que sustentan los procesos de supervisión; propuestas de supervisión; modos y prácticas de supervisión; percepciones de los supervisados; descripción de condiciones óptimas para su ejercicio, en definitiva un texto de alto interés para profesionales de la intervención social y académicos vinculados con la supervisión.

*Enrique Pastor Seller*  
Profesor Titular de Universidad.  
Universidad de Murcia (España).



**Karla Sáenz López, Enrique Pastor Seller y Gerardo Tamez González (2016)**

**HUMAN DEVELOPMENT IN FRAGMENTED SOCIETIES**

**EDITORIAL: Aranzadi**

**ISBN: 978-84-9152-085-6**

**Págs. 128 págs**

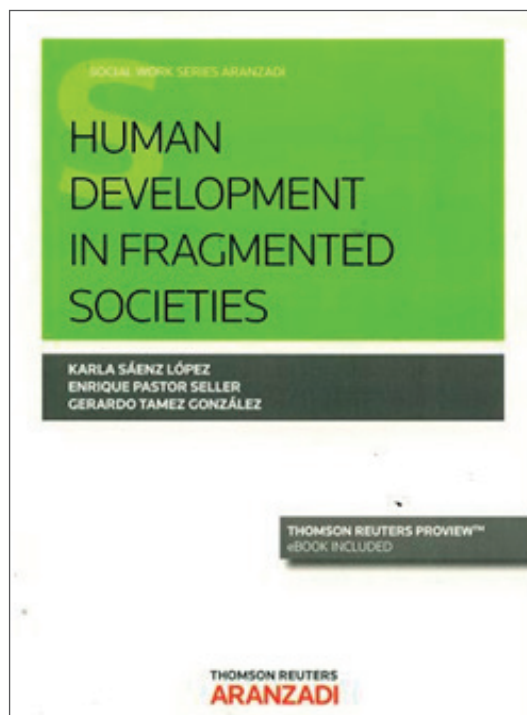
El libro *Human Development in Fragmented Societies* analiza la complejidad de la sociedad actual desde una perspectiva universal. Examina la crisis humanitaria global y nos cuestiona cómo aproximarnos a ésta desde las políticas actuales, debiendo ser para ello conocedores de las carencias de la nueva sociedad mediante un acercamiento humano y compasivo.

Se reflexiona a lo largo de los seis capítulos sobre cómo la sociedad tiene el desafío histórico de tomar el control de su entorno y cómo debemos desempeñar un nuevo rol como ciudadanos, donde el centro de la actividad humana vuelve a ser la persona.

Hasta la década de los 70 existió un crecimiento económico basado en mejorar las infraestructuras y los beneficios, pero con el paso del tiempo el desarrollo se enfocó en el medio ambiente y en mejorar los estándares de vida de la ciudadanía, centrándose en la actualidad en el desarrollo local sustentable basado en el mantenimiento y revitalización de los recursos endógenos.

Desde el inicio del nuevo milenio hasta la actualidad, el crecimiento se basa en el desarrollo local, sostenible, humano y democrático, mediante la promoción de nuevos mecanismos de ciudadanía o mejores prácticas en igualdad de oportunidades, entre otros.

El intenso ritmo de cambios de nuestra sociedad está dando lugar a profundas transformaciones en



las políticas de reorganización del Estado de Bienestar. En las dos últimas décadas el tercer sector ha experimentado una eclosión en las sociedades occidentales, creando un plural, atomizado y heterogéneo grupo de entes que sustentan la acción voluntaria. Los gobiernos deben mostrar su compromiso de adaptarse a este escenario social, mostrando las formas en que es posible responder a través de políticas que cumplan criterios de cooperación, cuidado del medio ambiente y liderazgo innovador para el desarrollo local con comunidades saludables y felices y con una visión colectiva del futuro.

Las características de las nuevas políticas se concentran en el desarrollo con una visión territorial, organizadas en pequeños y numerosos empresarios, siendo nuevos actores locales los que promueven el desarrollo de la comunidad frente a las tradicionales políticas en las cuales los recursos pertenecían a los gobiernos.

Se hace hincapié en el desarrollo con rostro humano, la posibilidad para los individuos de tener oportunidades y contextos que mejoren la expansión y aplicación para sus capacidades en todos los ámbitos, asignando prioridades para luchar contra la exclusión social y la violencia estructural entre otras.

En el libro se nos cuestiona si una sociedad que se ha visto obligada a tomar una nueva identidad basada en el conflicto, cómo puede reconstruir la identidad colectiva sin conflicto sin que aumente la fragmentación de dicha sociedad, con el fin de que cada individuo tenga el derecho de vivir en paz y armonía con el resto de miembros.

La cultura de la paz es una opción para luchar contra la violencia, mediante una sociedad integrada, respetuosa y que apoye la diversidad cultural y los diferentes estilos de vida con un equilibrado sistema social. Un desarrollo basado en la satisfacción de las necesidades, la promoción cultural, igualdad de oportunidades y empoderamiento de las comunidades, es decir, un desarrollo de, para y por la gente. Éste desarrollo humano sólo es posible en un contexto de derechos y en la igualdad real de oportunidades, trabajando no sólo para la población actual, sino para las generaciones futuras. La paz no debe ser vista como un objetivo, sino como condición sine qua non de todo sistema jurídico y de cualquier norma que rija el comportamiento humano. Para ello necesitamos


trabajar en una cultura que incluya el respeto hacia las personas y los límites como herramientas de paz.

Se pone de manifiesto el desarrollo humano como eje transversal para las transformaciones sociales estableciendo que si sólo se promueve un crecimiento económico sería un crecimiento sin desarrollo.

El desarrollo real requiere de un tratamiento holístico promoviendo las sinergias y evaluando los potenciales recursos, el impulso de las micro iniciativas, centrarse en el desarrollo de los recursos humanos siendo imprescindible la implicación de las personas y los grupos a los que pertenece y siendo constructor de entornos innovadores.

Los/as ciudadanos/as deben ser los/as agentes principales del proceso de cambio con sus características, posibilidades y dificultades vinculadas al territorio, así como conocer que el ambiente y las particulares geográficas desempeñan un papel fundamental en las intervenciones comunitarias.

El sujeto sólo accede a la ciudadanía plena si es capaz de crear, redefinir, descubrir y reconstruir los derechos, deberes y alternativas. Es preciso promover políticas y medidas dirigidas a construir una ciudadanía universal, al mismo tiempo que distinguida, evitando limitaciones por edad, estatus legal u otras categorías que únicamente causan supuestos para que los/as ciudadanos/as no puedan participar democráticamente en el proceso vital que les impacta. La autodeterminación, independencia y la autonomía son, los tres valores que guían el desarrollo desde la perspectiva participativa y capaz. Mediante la participación los ciudadanos adquieren conocimientos y habilidades necesarias para ser independientes y autónomos.



Este libro nos recuerda que grandes cambios empiezan con una pequeña transformación dentro de la persona, y, ese cambio basado en los sentimientos individuales se refleja en los actos que se tienen con el entorno próximo, no obviando que debemos pensar y actuar tanto local como globalmente.

*Violeta Pérez Lahoz*  
*Docente en la Universidad de Vigo*

**Fernández i Barrera, J. (coord) (2016)**  
**INTERVENCIÓN CON FAMILIAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL**  
**Madrid: Grupo 5**  
**ISBN: 978-84-946059-0-1**  
**Págs. 260 págs**

Desde la perspectiva del Trabajo Social, es necesario afrontar los principales retos a los que se enfrentan las personas y las familias en nuestro contexto (Collins, Jordan y Coleman, 2007) con una triple finalidad: asegurar las fortalezas familiares, facilitar estrategias de afrontamiento y consolidar cambios concretos en el modelo de funcionamiento de unidad familiar (Segado, 2011, p.33).

En el momento en el que nos encontramos, dada la situación de crisis económica generalizada y el acelerado cambio en las estructuras y dinámicas sociales, el Trabajo Social con familias se hace imprescindible y su efectividad dependerá en gran medida de un uso adecuado de los modelos y las metodologías de intervención por parte de los trabajadores/as de este ámbito.

Desde este planteamiento, Fernández i Barrera nos invita a conocer mediante *Intervención con Familias desde el Trabajo Social* la opinión de los trabajadores y trabajadoras sociales que realizan estas intervenciones y de las familias receptoras de las mismas, en un contexto determinado como es, en este caso, Catalunya.

Haciéndose eco de las voces de los protagonistas de esta realidad, este estudio visibiliza los problemas cotidianos que entorpecen y ralentizan las intervenciones familiares llevadas a cabo por los/as trabajadores sociales colegiados de la comunidad catalana y las demandas de mejora que se reclaman desde la *praxis* profesional para que estas dificultades sean eliminadas.



La estructuración de este libro consta de cinco capítulos en los que se describe en profundidad el proceso de investigación realizado y se realiza una admirable interpretación reflexiva acerca de los significados aportados por el análisis de datos.

Para comenzar, tras una breve presentación de la investigación, se realiza un amplio repaso teórico acerca del Trabajo Social con familias desde distintas perspectivas siguiendo una cronología histórica.

Nos parece de gran interés en este apartado el contraste que muestra en el significado social de familia, empleando el surgido en los años 70 con la *muerte* de la familia descrita por Cooper y la reconceptualización del mismo referida por Soronellas en la *crisis en los modelos familiares*, hace tan solo un lustro.

Dedica también una especial referencia hacia las políticas sociales y su influencia en los modelos de intervención adoptados por los/as profesionales del Trabajo Social, señalando el modelo de política familiar no intervencionista como el más utilizado en la región española.

Por otra parte, alude a los métodos y modelos de intervención, enfatizando en el sistémico en base a la gran acogida que a este modelo se le está otorgando desde varias esferas del Trabajo Social. Al respecto, reseña la influencia que las políticas de ajuste económico ejercen sobre las posibilidades de aplicación de los distintos modelos de intervención y en la aparición de un nuevo colectivo demandante de Servicios Sociales, constituido por la *clase media actual*.

El tercer y cuarto capítulo están dedicados a explicar los distintos elementos y el proceso llevado a cabo en la investigación, haciendo una destacable mención a los esfuerzos destinados a la salvaguarda de la ética y al principio de confidencialidad en el tratamiento de datos de carácter personal.

El que, consideramos constituye capítulo nuclear de la obra, sería el capítulo quinto en el cual se analizan los resultados de investigación y se extraen conclusiones de esta interpretación.

Los principales ejes temáticos analizados serían las construcciones sociales de la familia y de sus

funciones, las políticas sociales en la materia y el propio trabajo social con familias junto con los elementos que la conforman.

Fernández i Barrera, da a conocer con esta investigación, el prisma desde el que una parte de la sociedad concibe a la familia. El hilo discursivo de la mayoría de participantes disminuye el valor tradicionalmente otorgado a los lazos de consanguinidad, incrementando el correspondiente a la existencia de vínculos emocionales.

Este cambio, se explica teniendo en cuenta la aparición de nuevos modelos de familia como son las tranacionales o las reconstituídas; los cuales modifican tanto la definición que la sociedad le atribuye a la familia, como las funciones que la misma le asigna. Entre éstas, se reconoce una creciente identificación con las de apoyo y ayuda, que, a nuestro modo de ver, pueden tener una clara relación con una mayor dependencia de las familias hacia las redes de apoyo social, originada por la crisis.

La intervención con este colectivo, basándose en las opiniones aportadas por la mayoría de los participantes de la investigación, se identifica desde el marco del Trabajo Social con trabajo sobre potencialidades. En esta línea se abre paso el dilema que se plantean varios de los profesionales acerca de la amplitud de oportunidades que ofrecen las, escasamente utilizadas, metodologías de intervención grupal y comunitarias.

Es preciso señalar que, tal y como se infiere de esta obra, para posibilitar la realización de este tipo de intervenciones sería imprescindible atender a las demandas que realizan los trabajadores y familias, tales como: la mejora en los espacios y recursos otorgados para la realización de su labor,

“desburocratización” de las funciones asignadas al trabajador social, coherencia y ajuste entre la legislación en materia de familia y las necesidades reales de este colectivo, etc.

Todas estas cuestiones requieren una nueva reorientación de las políticas sociales de intervención familiar, en la cual, siguiendo a Fernández i Barrera, el papel compartido por los trabajadores sociales y las familias como impulsores de cambio, juega una labor fundamental.

Todo ello puede encontrarse en los diferentes capítulos del libro:

- En el Capítulo 2 (Marco teórico) especialmente en el apartado sobre “El efecto de la crisis en los perfiles de los usuarios y en la práctica profesional”.
- A lo largo del Capítulo 5 (Análisis de resultados) en distintos apartados : El contexto de intervención; El proceso metodológico; Las técnicas e instrumentos utilizados en la intervención; Políticas sociales; Impacto de la crisis; Dificultades y Propuestas de mejora.
- A modo de cierre, en las conclusiones del Capítulo 6, Fernández i Barrera subraya de nuevo la necesidad de cambio y la explicita mediante demandas de mejora precisas para una intervención profesional de calidad en el ámbito de familias: “Para aumentar la calidad de las intervenciones sociales hace falta una mejora de los espacios donde las familias son atendidas y que los trabajadores sociales dispongan de más tiempo y de un mayor grado de autonomía (...) y recuperar el papel de la supervisión en la actividad profesional como una herramienta de apoyo en la mejora de la

intervención de familias, conducida por trabajadores sociales expertos.”

A modo de conclusión final consideramos que este libro puede ser de gran utilidad, además de para los profesionales del trabajo social y otros técnicos intervinientes con la familia, para investigadores en esta materia y, en especial, para estudiantes de doctorado cuya tesis verse sobre Trabajo Social con familias, dado que aporta una radiografía de la interacción que se produce entre los distintos agentes participantes de la intervención familiar en el contexto concreto de la comunidad catalana. También coincidimos con Fernández i Barrera en señalar que sería provechoso que en futuras investigaciones que pudiesen continuar con esta línea, se ampliase la muestra y la zona de actuación sobre la que investigar.

*Alba Moraña Boullosa*

**A.C. Herreros y D. Tornero (2017)**

**LOS CUENTOS DEL ERIZO Y OTROS CUENTOS DE LAS MUJERES DEL SÁHARA**

**Madrid: Libros de las Malas Compañías**

**ISBN: 978.84.945888.3.9**

**Págs. 90 págs**

Esta publicación relata las historias que las mujeres saharauis cuentan a sus hijos e hijas en los campos de refugiados de Tindouf, ciudad militar situada en el sur de Argelia. Sus habitantes tuvieron que migrar a la fuerza de sus tierras a mediados de los años setenta, huyendo de la invasión militar promovida por el entonces Rey de Marruecos.

El Pueblo Saharaui improvisó campos de refugiados con carácter temporal y en ellos llevan más de cuatro décadas esperando un referéndum de autodeterminación que no llega, a pesar de las continuas promesas de las Naciones Unidas.

La antigua colonia española fue abandonada a su suerte, pasando a depender del Reino de Marruecos después 16 años de duros enfrentamientos armados. Quedaron separados por un muro kilométrico dos territorios: por un lado, miles de familias en los territorios dominados por Marruecos, y por otro los aproximadamente doscientos mil saharauis que viven confinadas en cinco campamentos de refugiados en la desértica ciudad argelina de Tindouf.

*“Los cuentos del erizo y otros cuentos de las mujeres del Sáhara”* es un libro que recoge decenas de cuentos tradicionales saharauis. Los autores, A.C. Herreros y D. Tornero, han hecho una importantísima labor de recopilación y traducción de estos cuentos tradicionales que han ido pasando de padres a hijos en hassaniyya, un dialecto del árabe que sigue siendo el idioma oficial del pueblo saharauí.



Este magnífico libro de cuentos, que intenta ser desenfadado y llegar tanto a los más pequeños como a los que ya no lo son tanto, viene acompañado de una infinidad de preciosas ilustraciones. Dibujos artísticos realizados por niñas y niños saharauis. Sus composiciones fueron dibujadas durante el mes de octubre de 2016 en escuelas y bibliotecas de los campamentos, utilizando una técnica pictográfica un poco inusual contando con la colaboración de mujeres saharauis: la henna. El prólogo del libro ha sido redactado por Kjadija Hamdi, ministra de Cultura de la R.A.S.D. (República Árabe Saharaui Democrática).



Los autores justifican la creación de este ilusionante proyecto en dar “voz a quienes no la tienen”, añadiendo que, *“el Pueblo Saharaui es constantemente silenciado porque su voz clama por la restitución de la justicia a quienes han sido expulsados de su tierra”*<sup>4</sup> (El País, 2017).

Ha sido una emocionante sorpresa encontrar recopilados los cuentos que me contaba mi padre en las noches de verano del desierto. Agradezco a los autores y a la editorial la gran labor que han realizado. Han puesto su granito de arena para que el Pueblo Saharaui, mi pueblo, sea escuchado en la reivindicación de sus derechos y no caiga en el olvido.

*Aman Hamoudi*  
*Trabajador Social*

## notas

<sup>4</sup> Disponible: <http://blogs.elpais.com/donde-queda-el-sahara/2017/04/los-cuentos-del-erizo-y-otros-cuentos-de-las-mujeres-del-sahara.html>

## BASES DE DATOS, PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN, REPOSITARIOS Y CATÁLOGOS

### BASES DE DATOS/DATABASE

**ISOC.** Base de Datos Bibliográficos de Ciencias Sociales y Humanidades del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): <http://bddoc.csic.es:8080/>

**Latindex (Catálogo y directorio).** Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <http://www.latindex.unam.mx/>

**PSICODOC:** <http://www.psycodoc.org/>

**DIALNET:** <http://dialnet.unirioja.es/>

**COMPLUDOC.** Base de datos de artículos de Revistas: <http://www.ucm.es/BUCM/complu/menu.htm>

### PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS/ PLATAFORMAS

**Ulrich's Periodicals (CSA).** <http://ulrichsweb.serialssolutions.com/login>

**DICE.** Difusión y calidad editorial de las revistas españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas: <http://dice.cindoc.csic.es/index.php>

**CIRC.** Clasificación Integrada de Revistas Científicas: <http://epuc.cchs.csic.es/circ/>

**RESH.** Revistas Españolas de Ciencias Sociales y Humanas: <http://epuc.cchs.csic.es/resh/>

**MIAR.** Matriu d'Informació d'Avaluació de Revistes: <http://miar.ub.es/>

**ERIHPlus.** The European Science Foundation (ESF): <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/erihplus/>

**CARHUS Plus+ 2014.** Revistas científicas de ciencias sociales y humanidades: <http://agaur.gencat.cat/es/avaluacio/carhus/carhus-plus-2014/>

### REPOSITARIOS/REPOSITORIES

**Hispana.** Directorio y recolector de recursos digitales del Ministerio de Educación: <http://hispana.mcu.es/>

**OpenDOAR.** The Directory of Open Access Repositories: <http://www.openoar.org/>

**Google Académico:** <http://scholar.google.es/>

### CATÁLOGOS DE BIBLIOTECAS UNIVERSITARIAS/CATALOGUES

**Catálogo de la Universidad de Alicante:** <http://gaudi.ua.es/>

**Catálogo de la Red de Bibliotecas Universitarias españolas (REBIUN):** <http://www.rebiun.org/>

**Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya (CCUC):** <http://ccuc.cbuc.cat>

**Catálogo del Consorcio de Bibliotecas Universitarias de Andalucía (CBUA):** <http://cbua.cica.es/>

**Catálogo Universidad Complutense de Madrid (UCM):** [http://cisne.sim.ucm.es/record=b1769787~S6\\*sp](http://cisne.sim.ucm.es/record=b1769787~S6*sp)

**Catálogo de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud:** <http://absysnet.isciii.es/opac/abnetcl.exe/07009/ID718d2388?ACC=161>

**Red de Bibliotecas del CSIC:** [http://bvirtual.bibliotecas.csic.es/primo\\_library/libweb/action/dlSearch.do?vid=csic&institution=csic&query=any%2Ccontains%2CCSIC000101286](http://bvirtual.bibliotecas.csic.es/primo_library/libweb/action/dlSearch.do?vid=csic&institution=csic&query=any%2Ccontains%2CCSIC000101286)

**Universidad Ramón LLul:** [http://cataleg.url.edu/search~S11\\*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385&searchscope=1](http://cataleg.url.edu/search~S11*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385&searchscope=1)

**Universidad Rovira i Virgili:** [http://cataleg.urv.cat/search\\*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385](http://cataleg.urv.cat/search*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385)

**Universidad Jaén:** [http://avalos.ujaen.es/record=b1154317\\*sp](http://avalos.ujaen.es/record=b1154317*sp)

**Universidad de Lleida:** [http://cataleg.udl.cat/search~S11\\*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385](http://cataleg.udl.cat/search~S11*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385)

**Universidad de Barcelona:** [http://cataleg.ub.edu/search\\*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385](http://cataleg.ub.edu/search*cat/?searchtype=o&searcharg=b20610385)

**Universidad de Alcalá:** [http://biblio.uah.es/uhtbin/cgisirsi/LTr/C-EXPERIM/0/5?user\\_id=WEBSEVER&searchdata1=1130-7633](http://biblio.uah.es/uhtbin/cgisirsi/LTr/C-EXPERIM/0/5?user_id=WEBSEVER&searchdata1=1130-7633)

**Universidad Castilla la Mancha:** <https://catalogobiblioteca.uclm.es/cgi-bin/abnetopac/07076/IDe91c4735?ACC=161>

**Universidad de la Laguna:** <http://absysnetweb.bbtik.uil.es/cgi-bin/abnetopac/07117/ID611e2f28?ACC=161>

**Universidad de las Palmas de Gran Canaria:** <https://opac.ulpgc.es/cgi-bin/abnetopac/07004/ID0e2e6e27?ACC=161>

**Universidad de Murcia:** <https://alejandria.um.es/cgi-bin/abnetcl/07032/ID44a0e671?ACC=161>

**Universidad de La Rioja:** <http://catalogo.unirioja.es/cgi-bin/abnetopac/07054/ID0d584ba9?ACC=161>

**Universidad de Zaragoza:** [http://roble.unizar.es/record=b1374446\\*sp](http://roble.unizar.es/record=b1374446*sp)

**Universidad de Málaga:** [http://jabega.uma.es/search\\*sp/,?SEARCH=b1320285](http://jabega.uma.es/search*sp/,?SEARCH=b1320285)

**Universidad de Cádiz:** [http://diana.uca.es/record=b3503674\\*sp](http://diana.uca.es/record=b3503674*sp)

**Universidad de Huelva:** [http://150.214.167.10/search\\*sp/,?SEARCH=b1348739](http://150.214.167.10/search*sp/,?SEARCH=b1348739)

**Universidad de A Coruña:** [http://kmetlot.biblioteca.udc.es/record=b1179161\\*sp](http://kmetlot.biblioteca.udc.es/record=b1179161*sp)

**Universidad de Salamanca:**

[http://brumario.usal.es/record=b1372782\\*spi#.VOSPPmd0zIU](http://brumario.usal.es/record=b1372782*spi#.VOSPPmd0zIU)

**Universidad de las Islas Baleares:** [http://encore.uib.es/iii/encore/record/C\\_\\_Rb1188113;jsessionid=C7439699DCE47D93CBFCFE9345BB6A9A?lang=cat](http://encore.uib.es/iii/encore/record/C__Rb1188113;jsessionid=C7439699DCE47D93CBFCFE9345BB6A9A?lang=cat)

**Universidad Pablo Olavide:** [http://athenea.upo.es/record=b1003773\\*spi](http://athenea.upo.es/record=b1003773*spi)

**Universidad del País Vasco:** [http://millennium.ehu.es/record=b1657892\\*spi](http://millennium.ehu.es/record=b1657892*spi)

**Universidad de Sevilla:** [http://fama.us.es/search\\*spi/,?SEARCH=b1249117](http://fama.us.es/search*spi/,?SEARCH=b1249117)

**Universidad de Deusto:** <http://catalogo.biblioteca.deusto.es/BibliotecaDeusto/faces/enlace?&lang=es&T1=000000401895&S1=15>

**Universidad de Valencia:** [http://trobes.uv.es/record=b2353643\\*spi](http://trobes.uv.es/record=b2353643*spi)

**Universidad de Vigo:**

[http://www.perseo.biblioteca.uvigo.es/record=b1043134\\*spi](http://www.perseo.biblioteca.uvigo.es/record=b1043134*spi)

**Universidad de Granada:** [http://adrastea.ugr.es/record=b1158787\\*spi](http://adrastea.ugr.es/record=b1158787*spi)

**Universidad Pontificia de Salamanca:**

<http://koha.upsa.es/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=38357>

**Universidad de Valladolid:** <http://almena.uva.es/>

[record=b1226482\\*spi](http://record=b1226482*spi) Universidad Pública de Navarra: <https://biblioteca.unavarra.es/abnetopac/abnetcl.cgi/07143/ID7da60780?ACC=161>

**Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de León:**

[http://www4.unileon.es/trabajo\\_social/catalogo.htm](http://www4.unileon.es/trabajo_social/catalogo.htm)

## INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN DE LA REVISTA

### INFORMACIÓN ESTADÍSTICA N°114

<b>Número de trabajos aceptados (%)</b> Total number of submissions accepted (%)	N° 113 - 12/12 (100%) <b>N° 114 - 7/9 (77.7%)</b>
<b>% de trabajos rechazados</b> % of submissions rejected	N° 113 - 0/12 (0%) <b>N° 114 - 2/9 (22.2%)</b>
<b>Número de trabajos anuales recibidos</b> Annual submissions received	Final de año
<b>Número de trabajos anuales publicados</b> Annual submissions published	Final de año
<b>Número de trabajos sección EN ABIERTO</b> Annual submissions received in section "EN ABIERTO"	1
<b>Número medio de revisores por artículos</b> Average number of reviewers per article	2
<b>Demora media recepción-revisión</b> Average time reception-review	N° 113 - 41.15 DÍAS <b>N° 114 - 36,42 DÍAS</b>
<b>Demora media aceptación-publicación</b> Average time acceptance-publication	N° 113 - 3.38 DÍAS <b>N° 114 - 36 DÍAS</b>
<b>Demora media recepción-publicación</b> Average time reception-publication	N° 113 - 50.23 DÍAS <b>N° 114 - 51.14 DÍAS</b>
<b>% de trabajos que comunican resultados de investigación originales</b> % works reporting results of original research	N° 113 - 4/8 (50%) <b>N° 114 - 5/7 (71.4%)</b>
<b>% de autores externos a los Consejos Editoriales</b> Más del 80% % of external authors (Editorial Board)	N° 113 - 11/13 (84.6%) <b>N° 114 - 6/7 (85.7%)</b>

**% de autores externos a la organización editora de la revista**

Más del 80%

% of external authors (Publishing Organisation)

Nº 113 - 11/13 (84.6%)

**Nº 114 - 6/7 (85.7%)**

**% de autores internacionales**

% Foreign authors

Más del 15%

Nº 113 - 7/13 (53.8%)

**Nº 114 - 0/7 (0%)**

**% de trabajos financiados por organismos públicos o privados de investigación**

% works funded by public/private research organisation

Nº 113 - 2/8 (28.57%)

**Nº 114 - 1/7 (14.28%)**

## NORMAS DE PUBLICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

### CALL FOR PAPERS

**Servicios Sociales y Política Social**, con ISSN 1130-7633, es una publicación del Consejo General del Trabajo Social, editada ininterrumpidamente desde el año 1984 y con periodicidad cuatrimestral desde el año 2013. Se edita en versión impresa y en versión electrónica.

Está dirigida a los profesionales del trabajo social y de la intervención social, así como a investigadores y expertos del ámbito político, jurídico, económico y social cuyo interés se centre en el trabajo social, los servicios sociales, la política social y la intervención social. La revista tiene por objeto principal contribuir a la difusión de aportaciones científicas, reflexiones y noticias de interés sobre el trabajo social, los servicios sociales, la política social y la intervención social que se realicen en España y en el ámbito internacional, desde una mirada multidisciplinar, y con el objeto de incrementar el conocimiento científico en las ciencias jurídico-sociales y, en especial, en la disciplina de trabajo social.

*Servicios Sociales y Política Social* es una revista arbitrada que usa el sistema de revisión externa realizado por, al menos, dos evaluadores expertos de forma confidencial y anónima (peer-review). Del proceso de revisión resultará la aceptación, rechazo o propuesta de revisión del original.

La revista acepta para su publicación **artículos de carácter científico originales e inéditos, en español e inglés, resultado de:**

1. Investigaciones/Revisiones analíticas, críticas y teóricas sobre el trabajo social, los servicios sociales, la política social y la intervención social
2. Sistematizaciones de la práctica profesional del trabajo social y la intervención social
3. Experiencias profesionales innovadoras y buenas prácticas por parte de profesionales de lo social

Además publica:

4. Resúmenes de investigaciones específicas de Titulados en Trabajo Social (tesis, trabajos de fin de máster, etc.)
5. Reseñas bibliográficas de publicaciones recientes
6. Noticias de interés para los lectores a los que se dirige la revista: blogs relevantes, nuevos materiales didácticos, audiovisuales de carácter social, etc.

Estas diversas aportaciones serán publicadas en las diferentes

#### Secciones de la revista:

1. Artículos/ Articles (apdo. 1, 2 y 3)
2. En abierto/ Public (apdo. 3,4)

3. Nos interesa/ On our interest (apdo. 6)

4. Reseñas/ Reviews (apdo. 5)

Los artículos propuestos para su publicación tendrán una extensión máxima de 7000 palabras escritas en formato Word, a doble espacio, letra Times New Roman, cuerpo 12, y todos los márgenes a 3 cm. Podrán acompañarse, en archivo aparte, un máximo de 4 figuras (tablas, gráficos e imágenes/fotos), correctamente identificadas (nº, título expresivo, fuente) indicando en qué lugar del texto deben ser insertados. Se recomienda que ninguna de las figuras ocupe más de una página Din A-4.

Los artículos tendrán la siguiente **estructura**: Título del artículo; resumen (entre 150-200 palabras); palabras clave (3-6); Abstract y Keywords en inglés. Le seguirán: Introducción, Metodología; Resultados y Discusión (modelo de redacción IMR y D). Se completarán, de existir, con Conclusiones, Agradecimientos (si es el caso) y las Referencias bibliográficas. En aquellos artículos derivados de proyectos de investigación financiados se harán constar en la primera nota a pie de página, los datos identificativos del mismo (al menos: investigador/a principal, organismo financiador, referencia identificativa y período concesión).

Las **reseñas y otras noticias de interés** tendrán una extensión máxima de 2000 palabras, escritas en formato Word, a doble espacio, letra Times New Roman, cuerpo 12 y todos los márgenes a 3 cm. Podrán acompañarse en archivo aparte, de un máximo de 1 figura (tabla, gráfico o imagen/foto) correctamente identificada (nº, título expresivo, fuente) indicando en qué lugar del texto deben ser insertados. Las reseñas, en todo caso, deberán incluir: autor, año, título, lugar, editorial, número de páginas e ISBN. Ejemplo:

Jane Addams (2014). *Hull House: el valor de un centro social*. Madrid: Paraninfo y Consejo General del trabajo social. Págs.88. ISBN: 978-84-283-3525-6.

*Servicios Sociales y Política Social* utiliza las normas de publicación establecidas por la *American Psychological Association* (APA, 3ª edición en español, 2010; 6ª edición en inglés, 2009) de obligado cumplimiento para la publicación ([www.apa.org](http://www.apa.org)) y de las cuales se ofrecen algunos ejemplos:

#### Cita en el cuerpo del texto:

(Las Heras y Cortajarena, 2014). Indica el libro al que nos referimos.

(Las Heras y Cortajarena, 2014, p.56). Señala una cita literal en el cuerpo del texto que remite a una publicación referenciada por completo en la Bibliografía del artículo.

## Referencias bibliográficas:

### a. Libro/monografía de un autor:

Aguilar Idáñez, M<sup>a</sup>.J. (2013). *Trabajo social. Concepto y Metodología*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social/Paraninfo.

### b. Libro/monografía Editado o Coordinado:

Rondón García, M. y Taboada González, M<sup>a</sup>.L. (Coord.) (2013). *Voces para la Ética del trabajo social en tiempos trémulos*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social/Paraninfo.

### c. Si el autor es una Institución u Organismo:

Consejo General del Trabajo Social (2015). *Código deontológico de Trabajo social* (2<sup>a</sup> Ed.). Madrid: Autor

### d. Libros traducidos:

Richmond, M.E. (2008). *Diagnóstico social* (2<sup>a</sup> Ed.). Madrid: S.XXI y Consejo General del Trabajo Social (Orig. 1917).

### f. Capítulo de libro/monografía o compilación:

Lima Fernández, A.I. y Verde Diego, C. (2014). Perfil profesional, funciones, espacios profesionales y población destinataria del trabajo social. En Enrique Pastor Seller (Coord.) *Prácticas y supervisión en trabajo social: metodología, organización e instrumentos de supervisión de la práctica profesional* (pp.105-139). Murcia: Diego Marín.

### g. Artículo en publicación periódica:

Lima A. (2015). La lucha contra la falacia: los y las trabajadores/as sociales saben que el desarrollo social no es incompatible con el desarrollo económico. *Servicios Sociales y Política Social*, XXXII (108), 23-47.

### h. Comunicaciones a congresos:

Aguar Fernández, F.J. y Fernández Rodicio, C.I. (2013, noviembre). El aprendizaje-servicio en la defensa de los derechos sociales: una propuesta para el trabajo conjunto entre estudiantes de trabajo y la comunidad. Comunicación presentada al XII Congreso Estatal del Trabajo Social. Marbella- Málaga.

### i. Recursos electrónicos:

CGPJ. Consejo General del Poder Judicial (2013). *Una aproximación a la conciliación de los datos sobre ejecuciones hipotecarias y desahucios*. Boletín de información estadística nº 35, de junio de 2013. Recuperado 21.12.2015. <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Analisis-estadistico/Datos-de-la-Justicia/Conciliacion-de-datos-sobre-ejecuciones-hipotecarias-y-desahucios--N-35--junio-2013>

En cumplimiento de criterios de calidad científica, se ruega a los autores que no usen la autocitación superflua en el artículo remitido.

El envío de los originales deberá ser remitido a [revista@cgtrabajosocial.es](mailto:revista@cgtrabajosocial.es)

El autor o autores deberán enviar, además del archivo con el original -y en su caso el archivo con figuras- otro con los siguientes datos: Nombre completo. Grado académico. Profesión. Lugar de trabajo. Dirección postal. Correo electrónico. Teléfono de contacto. Foto. Declaración jurada de no haber publicado el original en otro lugar (ya que no está permitida la publicación duplicada), y de no haberlo enviado a otra entidad para su publicación en el mismo período en el que se realizará la evaluación. Así mismo declararán haber cometido plagio ni haber falseado datos. Deberá indicar, además, si autoriza la inclusión de su foto y su correo electrónico de contacto, en caso de que su artículo sea seleccionado para la publicación.

Todos los autores recibirán notificación de la recepción de sus trabajos y del proceso de evaluación al que se someterán sus originales. De ser publicado su original recibirán tres ejemplares del nº de la revista, y si lo solicitasen certificado de autoría.



## CÓDIGO ÉTICO DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

### Social Services and Social Policy Code of ethics

El presente Código está aprobado por la Junta de Gobierno del Consejo General del Trabajo Social de fecha de 7 de noviembre de 2015. Está basado en los Principios de transparencia y buenas prácticas en publicaciones académicas del Comité de Ética de Publicaciones COPE (Committee on Publication Ethics: <http://publicationethics.org/>) y en el Código de Buenas Prácticas del CESIC: [http://www.bioetica.unican.es/cbe\\_docs/cbp\\_CSIC.pdf](http://www.bioetica.unican.es/cbe_docs/cbp_CSIC.pdf)

### PRINCIPIOS DE TRANSPARENCIA Y COMPROMISO EDITORIAL

- 1. Órganos de Gobierno.** *Servicios Sociales y Política Social* tiene unos órganos de gobierno –Dirección, Administración-Coordinación, Consejo de Redacción– integrados por profesionales con experiencia reconocida en el ámbito académico y profesional. Sus nombres y filiación profesional se pueden consultar en la cubierta interior de la revista y la página web de la misma. El Consejo Científico Asesor nacional e internacional, por su parte, asesora en el desarrollo de la publicación. El nombramiento, cese, las funciones y obligaciones de estos órganos están recogidos en el *Reglamento Interno de la Revista*, aprobado por la Junta General del Trabajo Social en 2013.
- 2. Equilibrio entre la Disciplina y la profesión de Trabajo Social.** *Servicios Sociales y Política Social* tiene, en esta etapa de su historia, vocación por ser una revista de carácter mixto académico-profesional. Una publicación que edite Investigaciones/Revisiones analíticas, críticas y teóricas sobre asuntos de interés (teórico o prácticos) del trabajo social, los servicios sociales, la política social y la intervención social, así como sistematizaciones de la práctica profesional del trabajo social y la intervención social y Experiencias profesionales innovadoras y buenas prácticas por parte de profesionales de lo social, sin que esta pluralidad venga pre-determinada por la procedencia académica o profesional de la autoría de los artículos. En todo caso, la revista, por su dependencia orgánica del Consejo General del Trabajo Social promoverá la publicación de sistematizaciones de la práctica profesional.
- 3. Rigor científico e intelectual.** Los trabajos serán evaluados de manera objetiva sobre la base del mérito científico de los contenidos, sin mediar discriminación alguna de género, edad, origen étnico, nacionalidad, religión, orientación sexual, u opinión política.
- 4. Proceso peer-review y decisión editorial.** El proceso de revisión de artículos se realiza por pares. El procedimiento facilita a las personas revisoras la utilización de un protocolo sistemático de valoración científica, con criterios de evaluación públicos y transparentes, realizado conforme a modelos estandarizados elaborados por organismos nacionales e internacionales acreditados al efecto (FECYT, Latindex, etc.) y publicados en cada número de la revista (así como en su web) tendentes, en su caso, a las mejoras de los trabajos presentados. Para la revisión, se utiliza un mínimo de dos personas revisoras buscando siempre que las mismas estén cualificadas y especializadas en la materia del artículo propuesto, con el objeto de que la decisión editorial sea lo más crítica, experta y objetiva posible. En caso de contradicción entre las valoraciones, el artículo es remitido a una tercera persona valoradora.
- 5. Tiempos del proceso editorial.** Los números de *Servicios Sociales y Política Social* están programados por el Consejo de Redacción en torno a un tema o dossier. Los artículos ajenos a esta temática que lleguen a la revista tratarán de encajarse en el número en curso dependiendo del número de páginas del mismo o en los siguientes. El Consejo de Redacción se compromete a cumplir los siguientes tiempos para la revisión y publicación de los artículos aceptados. Tiempos máximos: (1) estimación/deseestimación por parte de la Dirección, Coordinación técnica y/o Coordinación científica de los trabajos recibidos: 30 días. (2) Proceso de revisión científica peer-review: 90 días. (3) Lista de espera de trabajos aceptados ajenos al dossier de cada nº: serán publicados en los números siguientes, por orden cronológico de llegada.
- 6. Lucha contra el fraude.** La ciencia, entendida como la búsqueda constante del conocimiento es la antítesis del fraude. La revista *Servicios Sociales y Política Social* en la medida de sus posibilidades tenderá a evitar desviaciones fraudulentas de la actividad investigadora como: interpretación abusiva de datos; falsificación de datos o pruebas; fabulación de datos o de descubrimientos; plagio de trabajos ajenos; autocitación superflua. Para ello y como medidas para combatirlo *Servicios Sociales y Política Social* implementa en el proceso: Declaración jurada de no haber publicado el original en otro lugar (ya que no está permitida la publicación duplicada), de no haberlo enviado a otra entidad para su publicación en el mismo período en el que se realizará la evaluación, así como de no haber cometido plagio ni haber falseado datos; contraste de los resultados por parte de la revisión por pares; coordinación con los agentes editores para evitar y denunciar el fraude; medios técnicos anti plagio.
- 7. Cumplimiento deontológico.** El Consejo de Redacción se compromete a la no publicación de textos que incumplan los preceptos del Código deontológico de la profesión que recoge los Principios Éticos de la profesión o que atenten de alguna forma contra los derechos y libertades fundamentales recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- 8. Cumplimiento del Procedimiento.** Todos los órganos de gobierno se comprometen a cumplir el procedimiento establecido para el funcionamiento de revista recogido en el documento: *Pro-*

*toloco Interno.* La defensa y cumplimiento del procedimiento es garante del buen funcionamiento del proceso y tiende a evitar situaciones anómalas que afecten al funcionamiento de la revista.

9. **Paridad de género.** Ha sido un objetivo de *Servicios Sociales y Política Social*, que cada uno de sus órganos de gobierno tenga paridad de género. Así mismo, el Consejo de Redacción, consciente de la feminización del trabajo social, tiene como directriz que la misma quede reflejada en la participación de la revista.
10. **Confidencialidad.** Toda la información relacionada con los trabajos recibidos para su publicación será tratada de manera confidencial y no será divulgada a personas ajenas al Consejo de Redacción o al proceso de revisión. Todas las personas implicadas tendrán obligación de secreto conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. No obstante se garantizará, en todo el proceso de evaluación y revisión editorial, el anonimato de las autoras/es de los trabajos remitiendo los documentos de forma dissociada. En cumplimiento de la normativa de protección de datos no se utilizarán la información para fines distintos a los que fue recabada y los autores podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero que es el Consejo General del Trabajo Social.
11. **Propiedad intelectual.** Las personas implicadas en el proceso de revisión y publicación se comprometen a no utilizar en sus investigaciones el contenido de los artículos recibidos para su publicación sin el previo consentimiento expreso de sus autores o autoras. De igual forma el Consejo General del Trabajo Social se reserva el derecho de distribución y explotación de los textos publicados en *Servicios Sociales y Política Social*. Los artículos son de acceso libre y propiedad de sus autores y/o editores salvo embargo de tres números (un año) de acceso sólo a suscriptores.  
  
Por tanto, cualquier acto de reproducción, distribución, comunicación pública y/o transformación total o parcial requiere el consentimiento expreso y escrito de autores y editor. Cualquier enlace al texto completo de los artículos de la revista debe efectuarse a la URL oficial del Consejo General del Trabajo Social.
12. **Errores en artículos publicados.** Cualquier error o inexactitud relevante cometida por la revista será subsanada a través de una Fe de erratas en un número siguiente de la revista.

## PRINCIPIOS PARA REVISORAS Y REVISORES

1. **Principio de calidad.** Las personas que asumen el compromiso de evaluar los trabajos recibidos en *Servicios Sociales y Política Social* deben realizar una revisión crítica, constructiva y sin sesgos, con el fin de garantizar la calidad científica y literaria en su área de conocimiento. En todo caso podrán renunciar a la valoración de los artículos si consideran que existe algún conflicto de interés, la temática no es objeto de su competencia, o existe imposibilidad material o temporal para realizarla.

2. **Principio de Verificación.** Las personas evaluadoras se comprometen a que el texto remitido cumpla con las normas científicas de publicación de artículos de la revista *Servicios Sociales y Política Social* en sus aspectos formales: estructura, formato, citación en el cuerpo del texto y referencias bibliográficas.
3. **Objetividad.** La revisión será lo más objetiva posible, sin mediar en ella prejuicios personales de los revisores/as sobre lo expresado en ellos. Todas las valoraciones habrán de estar justificadas en la ficha: *Protocolo de Evaluación para Revisores Externos* que se remitirán a la sede electrónica de la Administración-Coordinación de la revista. Este informe deberá ser lo más exhaustivo posible de modo que permita a los autores/as comprender claramente las modificaciones o correcciones sugeridas, o, en caso de que el trabajo sea rechazado, comprender los motivos de dicha decisión. Esta ficha podrá ser remitida completa al autor/a garantizando siempre el anonimato de los/as revisores/as.
4. **Confidencialidad y Divulgación.** Si bien los trabajos son remitidos con datos de autoría dissociados, podría deducirse la misma por asociación de varios datos inconexos, por referencias bibliográficas, materiales citados en el texto, etc. En este caso, el/la revisor/a deberá comunicarlo de inmediato a la Coordinación de la revista a través de los canales formales establecidos para reenviar dicho trabajo a otro valorador subsanando de alguna manera esta conexión. Así mismo, el contenido de los artículos también habrá de ser confidencial, es decir, no se deben discutir con otras personas sin haber recabado el consentimiento expreso de sus autores/as. Esto supone la expresa prohibición de su divulgación. La información, confidencial o no, obtenida durante el proceso de revisión no debe ser empleada para fines particulares.
5. **Gestión del tiempo.** Pese a que *Servicios Sociales y Política Social* establece un tiempo máximo para el proceso de revisión, los trabajos deben ser evaluados en el menor tiempo posible con el fin de optimizar la gestión editorial.
6. **Referencias bibliográficas.** La revisión debe prestar atención a la ausencia de referencias de otros autores/as que se considere relevante incluir. En todo caso las personas valoradoras tendrán en cuenta: las citas de las revistas científicas nombradas evitando la citación superflua, el exceso de auto-citas, y las citas pre-prints (en prensa), así como un número excesivo y superfluo de citas al editor, es decir, a la propia revista (sobre todo a aquellas que sean en un periodo de menos de dos años).

## PRINCIPIOS PARA AUTORES Y AUTORAS

1. **Originalidad y plagio.** Todos los trabajos enviados para su publicación han de ser originales e inéditos, exigiéndose a las autoras y autores que declaren que los datos y resultados expuestos en el trabajo son originales y no existe plagio, ni distorsión o manipulación de los datos empíricos para corroborar las hipótesis o conjeturas. La revista se reserva publicar excepcionalmente al-

guna traducción que por la relevancia de sus contenidos no haya sido suficientemente difundida en España, tras los pertinentes permisos de autor y editor. Los autores se comprometen a publicar los datos de sus investigaciones de forma abierta, honesta, transparente y exacta.

2. **Ética en la metodología.** Los artículos resultado de investigaciones deberán haber utilizado una metodología consecuente con el respeto a la dignidad de las personas. Entre los principales principios del Código de conducta del investigador/a elaborado por la *American Psychological Association* (APA), destacamos los siguientes: discusión de los límites de la confidencialidad y resguardo de la misma; minimización de la intrusión e invasividad en la vida privada; conservación de registros, y consentimiento informado para investigar, registrar o filmar la investigación.
3. **Acceso y retención de datos.** El Consejo de Redacción puede requerir a los autores/as los datos o las fuentes en que se basa la investigación, pudiendo conservarlos durante un tiempo razonable tras la publicación. En todo caso, para este fin, todos los datos habrán de ser minuciosamente disociados.
4. **Citas y referencias.** Siempre se han de mencionar las fuentes citadas y aportar el listado de referencias bibliográficas de las mismas.
5. **Atención a la diversidad, al género y a la inclusión.** Los trabajos deberán tener un enfoque que considere la diversidad de identidades, necesidades y capacidades de las personas, evitando al mismo tiempo cualquier sesgo de discriminación. Así mismo, se evitará el sexismo lingüístico, mediante la utilización de un lenguaje incluyente.
6. **Conflicto de intereses y divulgación.** Es preciso declarar explícitamente que no median conflictos de intereses en torno a los resultados obtenidos o las interpretaciones propuestas. Junto a los autores deberán citarse las instituciones, organismos, a los que pertenecen o pertenecían así como las subvenciones o ayudas financieras recibidas para realizar la investigación que tendrá que ser referenciada en el artículo.
7. **Coherencia con los principios del trabajo social.** Los artículos deberán ser coherentes con los Principios Éticos del Trabajo Social en materia de derechos humanos, dignidad humana y justicia social, establecidos en el código deontológico de la profesión ([http://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](http://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)) y en el documento: *Ética en el trabajo social, declaración de principios* aprobados por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales FITS y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida, Australia, Octubre de 2004 (<http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>)
8. **Compromiso de exclusividad.** Los trabajos enviados a *Servicios Sociales y Política Social* no pueden haber sido presentados simultáneamente a otra revista para su selección.

9. **Autoría.** En los artículos en que han contribuido más de una persona, se deberá jerarquizar la autoría en función de la responsabilidad e implicación en su elaboración. Igualmente, se debe garantizar la inclusión de todas las personas que hayan realizado aportes significativos de carácter científico e intelectual en el desarrollo de la investigación y en la redacción del artículo.

10. **Responsabilidad.** Todas las personas que remiten un manuscrito a *Servicios Sociales y Política Social* deberán aceptar la responsabilidad de lo que han escrito, que habrá de estar respaldado por un análisis profundo de la literatura científica más actual y relevante de la materia, y su discusión.

11. **Errores en artículos publicados.** Cualquier error o inexactitud relevante en los contenidos del artículo habrá de ser comunicada al equipo editorial para que este pueda realizar las correcciones necesarias en la publicación online.

## POLÍTICA DE DERECHOS

Servicios Sociales y Política Social es una revista de acceso abierto con un embargo de tres números de acceso a suscriptores. A medida que se publica un número automáticamente se abre el acceso de otro ofreciéndose todo el contenido de forma gratuita. Los lectores de Servicios Sociales y Política Social pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar los textos completos de los artículos citando la fuente de origen. Así, salvo indicación en contrario, todos los contenidos de la edición electrónica se distribuyen bajo una licencia de uso y distribución: Reconocimiento-NoComercial Internacional 4.0 de Creative Commons.

En el siguiente enlace puede consultarse un resumen y el texto legal completo: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Los autores podrán difundir la versión definitiva del editor a través de los repositorios institucionales, académicos y temáticos de manera gratuita y de acceso libre indicando la fuente, URL correspondiente y utilizando el número DOI si estuviera especificado.



## PROTOCOLO DE REVISORES/AS EXTERNOS

### EVALUATION PROTOCOL TO EXTERNAL REVIEWERS

Estimado/a revisor/a.- El modelo que se adjunta pretende ser una ayuda orientada para la realización de su valoración y no una limitación a la misma. A este protocolo el evaluador/a puede añadir aquellos aspectos que considere oportunos, a ser posible, en la línea de uno de los fundamentos del Peer Review (Revisión por Pares), esto es, mejorar la presentación formal y los contenidos científicos del manuscrito cuando este le merezca una valoración favorable.

Junto a este protocolo, se le remiten la instrucción a Autores de la Revista.

Remitir vía correo electrónico una vez realizada la evaluación a [revista@cgtabajosocial.es](mailto:revista@cgtabajosocial.es)

#### SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

Directora: Carmen Verde

Manuscrito Nº Ref.:

Título Manuscrito:

Sección del trabajo a evaluar:

Evaluador/a:

Fecha envío:

Fecha devolución:

#### INSTRUCCIONES PARA EL EVALUADOR/A

#### Acepto / Rechazo

(Antes de proceder a la evaluación acepto o rechazo la misma teniendo en cuenta las siguientes consideraciones)

1. Tener conocimiento y estar capacitado como experto/a para evaluar el asunto tratado en el manuscrito
2. Seguir el protocolo adjunto como guía para elaborar el contenido, estilo y formato de la revisión, aspectos específicos de los originales que debo evaluar y cuales ignorar, guardando siempre respeto a los autores
3. Devolver el manuscrito una vez leído y emitido el informe
4. Remitir el informe en un plazo máximo de quince días
5. Declarar cualquier conflicto de intereses personales, académicos, de investigación, económicos o financieros en relación con el manuscrito
6. Mantener la confidencialidad en cuanto al manuscrito y la revisión
7. Conocer que no recibe compensación económica

#### Decisión final de Aceptación / Rechazo

(Cumplimentar como conclusión final de la evaluación)

#### 1.- RECOMENDACIÓN:

- Aceptar
- Aceptar con correcciones menores
- Aceptar con correcciones mayores (Nuevo proceso de revisión)
- Rechazar
- Prioridad de publicación

#### 2.- VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DEL TRABAJO

- Máxima
- Buena
- Media
- Baja

#### 3.- VALORACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RELEVANCIA

(respecto de la información científica que contiene el artículo: -nueva y valiosa, -resultados ya conocidos, - irrelevante)

- Máxima
- Media
- Baja

#### 4.- ASPECTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS

##### 4.1 ESTRUCTURA Y ESTILO

	SI	NO	Mejorar o Cambiar
Título adecuado (claro, conciso e informativo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Español	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Inglés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Resumen y palabras clave correctos (es claro. Si se trata de una investigación se incluye los objetivos, diseño, los métodos, las variables consideradas, principales resultados y las conclusiones más relevantes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Español	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Inglés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	SI	NO	Mejorar o Cambiar
La estructura del discurso es adecuada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
El estilo es apropiado (claro, conciso y sigue una secuencia lógica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>4.2 FUNDAMENTACIÓN, METODOLOGÍA, RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>			
El tema, asunto o problema general ¿se identifica de forma inmediata y clara?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
El tema(s), asunto o problema específico ¿se delimita y define con claridad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
La revisión bibliográfica ¿tiene en cuenta los trabajos más importantes y actualizados relacionados con el tema de estudio?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Aparecen nitidamente expuestos los objetivos del trabajo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es adecuada la metodología o las técnicas propuestas para alcanzar el objetivo(s) del estudio?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Los datos, materiales, fuentes, etc., aportados ¿son suficientes para poder replicar el estudio?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En su caso, ¿las pruebas estadísticas utilizadas son apropiadas para las variables de análisis utilizadas y para responder a las hipótesis formuladas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En su caso, ¿es adecuada la muestra, número de casos contemplados y/o seguimiento de las pruebas o ensayos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Los resultados ¿son adecuados y se corresponden con los datos obtenidos en el trabajo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Los resultados ¿aportan información pertinente en relación con los objetivos del estudio?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Las referencias bibliográficas son suficientes, apropiadas y actualizadas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Las conclusiones interpretan y se corresponden con los resultados obtenidos en el trabajo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ilustraciones (figuras, fotografías, etc.) y tablas			
- Son suficientes y apropiadas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Son excesivas y redundantes. Suprimir las nº	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Son mejorables en presentación e interpretación las nº	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### COMENTARIOS CONFIDENCIALES

CONFIDENCIALES (Comentarios sólo con respecto a la aceptabilidad del manuscrito, sólo para el Editor)

He revisado el artículo y declaro: que no tengo interés financiero ni intelectual, ni personal en relación con este artículo y que no difundiré la información obtenida a través de la revisión del artículo previamente a su publicación.

Nombre:

Lugar y fecha:

Fdo. (PONER NOMBRE COMPLETO)

Hojas adicionales

El revisor/a tendrá en cuenta que existen apartados específicos para artículos de investigación, por lo que procederá o no a su cumplimentación según el tipo de artículo objeto de evaluación

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos:

- Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado, denominado REVISTA, cuyo responsable es el Consejo General de Trabajo Social.
- La recogida de datos tiene como finalidad la gestión, publicación e información de las actividades del Consejo y del envío de la revista, *Servicios Sociales y Política Social* a sus suscriptores profesionales y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la intervención social.
- La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tiene como destinatarios, además del propio responsable del fichero, los gestores del envío postal.

En todo caso tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección:

**Consejo General del Trabajo Social**  
**San Roque, 4**  
**28004 Madrid**  
**Teléfonos: 91 541 57 76/77**  
**[consejo@cgtrabajosocial.es](mailto:consejo@cgtrabajosocial.es)**  
**[revista@cgtrabajosocial.es](mailto:revista@cgtrabajosocial.es)**

**Servicios Sociales y Política Social / Social Services and Social Policy**  
**Boletín de Suscripción año 2017 (nº113, 114 y 115)**  
Magazine subscription year 2017 (nº113, 114 and 115)

**Tarifa anual:**

<input type="checkbox"/> Colegiados/as o estudiantes*	29,00 €	}	Gastos de envío 2,50 €*  * Los gastos de envío a nivel internacional dependerán de las tarifas de correos.
<input type="checkbox"/> Resto	36,00 €		
<input type="checkbox"/> Extranjero	39,00 €		

\* Aportar fotocopia acreditativa.

**Suscripción**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**Forma de pago:**

☐ Suscripción on-line desde nuestra plataforma de pago: [http://www.cgtrabajosocial.com/revista\\_digital\\_registro\\_particulares](http://www.cgtrabajosocial.com/revista_digital_registro_particulares) o enviando mail a [suscripciones@cgtrabajosocial.es](mailto:suscripciones@cgtrabajosocial.es)

☐ Transferencia a Banco Popular C.C.C: 0075-0126-93-0601284373 (adjuntar comprobante).

☐ Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros:

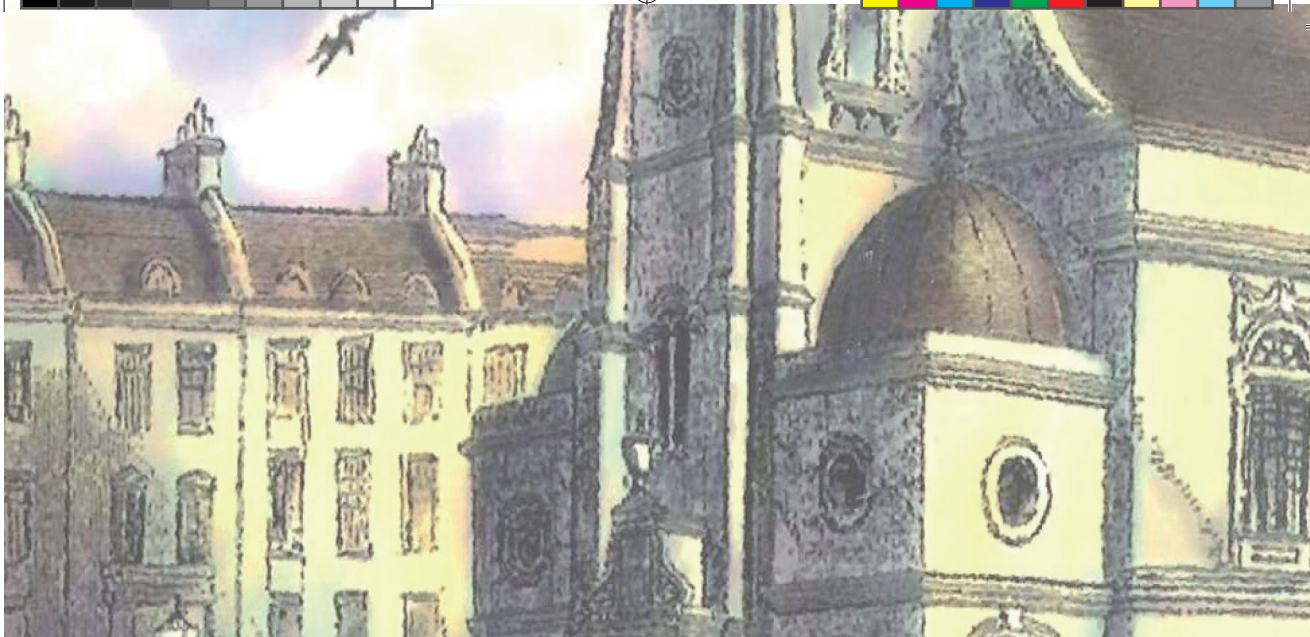
Banco:

Titular de la cuenta:

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº de cuenta



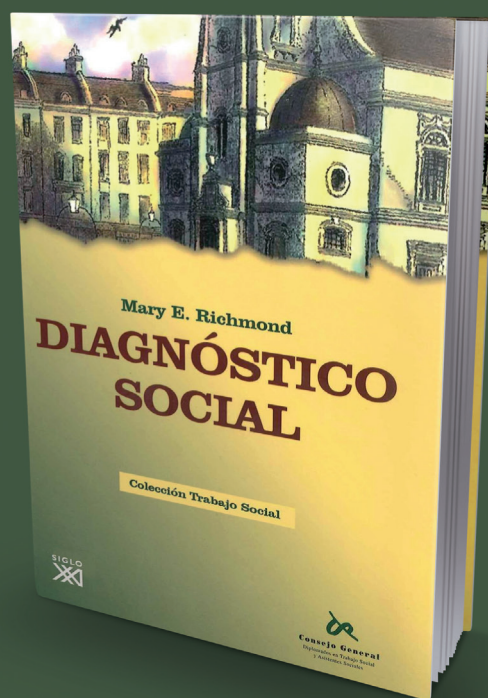




## Diagnóstico social de Mary E. Richmond

“Conocer a esta autora es, sin duda,  
un requisito básico para conocer  
el trabajo social, su historia,  
teoría y práctica profesional”

Ana Lima,  
Presidenta del Consejo General  
del Trabajo Social



**Centenario de Diagnóstico Social 1917-2017**

A la venta en [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)







**XIII Congreso Estatal y  
I Congreso Iberoamericano de Trabajo Social**

**XIII Congresso Estadual e  
I Congresso Ibero-Americano de Serviço Social**



**e**onstruyendo  
**e**comunidades  
**S**ostenibles

*dilemas y retos*

## Mérida (Badajoz)

19, 20 y 21 de octubre  
**2017**

Palacio de Congresos de Mérida  
Av. del Río s/n 06800  
Mérida - Badajoz

— Organiza —

**S** Consejo General  
del Trabajo Social

— Coorganiza —

Colegio de Trabajo Social de Badajoz

— Patrocinador institucional —

**JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

— Colabora —

Colegio de Trabajo Social de Cáceres

[www.congresotrabajosocial.es](http://www.congresotrabajosocial.es)

#CongresoTS



**Proximamente**  
en [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)





**Proximamente**  
en [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)



**ABORDAJE DESDE  
EL TRABAJO  
SOCIAL DE  
NECESIDADES  
SOCIALES  
EN PERSONAS  
CON CÁNCER AL  
FINAL DE LA VIDA  
Y SUS FAMILIARES**

 **aecc**  
*Contra el Cáncer*  
 Consejo General  
del Trabajo Social

**INVESTIGACIONES  
E INFORMES DEL  
CONSEJO GENERAL  
DEL TRABAJO SOCIAL**

**3**



