

Enfoque sistémico familiar: necesidad de formación para los profesionales de la salud

Ana Canga Armayor, Navidad Canga Armayor, Cristina García-Vivar

I. INTRODUCCIÓN

La necesidad de asistencia y de cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre, aunque ciertamente su dimensión, su importancia y su naturaleza han cambiado en las últimas décadas debido, sobre todo, al creciente número de personas mayores en la población, así como a la prevalencia de los procesos crónicos¹. Estos escenarios tienen un peso determinante en la configuración del nivel de dependencia y discapacidad², requiriendo en la mayoría de los casos servicios socio-sanitarios que promuevan el cuidado y el mantenimiento de la autonomía familiar³.

Esta situación supone e implica nuevos compromisos de protección y de financiación, y hace que la dependencia sea a la vez una responsabilidad familiar y socio-política. Por esta razón, la dependencia ha dejado de verse como un problema exclusivamente familiar para percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto⁴. En respuesta a esta realidad, España ha aprobado y desarrollado la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia⁵. Esta ley reconoce el esfuerzo que realizan las familias y plantea acciones de apoyo a las personas dependientes y a sus familias, según el grado y nivel de dependencia. Sin embargo, aún requiere de una visión más inclusiva del cuidado familiar. El fin es que el contexto familiar se encuentre suficientemente representado⁶.

¹ A. GRACIANI, J.R. BANEGAS, E. LÓPEZ-GARCÍA y F. RODRÍGUEZ-ARTALEJO, "Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study", *Maturitas* 48, no. 4, 2004, pp. 381-392.

² MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, *Libro Blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, 2005.

³ R.G. EVANS, K.M. MCGRIL, S.G. MORGAN, M.L. BARER y C. HERTZMAN, "Apocalypse no: population aging and the future of health care systems", *Canadian Journal on Aging* 20, no. S1, 2001, pp. 160-191; R. GISPERT MAGAROLAS, G. CLOT-RAZQUIN, A. RIVERO FERNÁNDEZ, A. FREITAS RAMÍREZ, M. RUÍZ-RAMOS, C. RUÍZ LUQUE, E. BUSQUETS BOU y J. ARGIMÓN PALLÀS, "El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999", *Revista Española de Salud Pública* 82, no. 6, 2008, pp. 653-665.

⁴ MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, *Libro Blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, 2005; C. VILAPLANA, S. JIMÉNEZ-MARTÍN y P. GARCÍA GÓMEZ, "Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa", *Gaceta Sanitaria* 25, 2011, pp. 115-124.

⁵ ESPAÑA, "Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado* 299, 2006, pp. 44142-44156.

⁶ A. CANGA ARMAYOR y C. GARCÍA VIVAR, "La familia como ámbito de cuidado en la dependencia", *El cuidado de las personas dependientes ante la crisis del estado de bienestar*, Madrid, Tirant lo Blanch, 2013, pp. 235-250.

El cuidado de una persona dependiente, generalmente una actividad extensa y duradera en el tiempo, conlleva cambios en el contexto próximo de la persona y de los cuidadores familiares, llegando a producir grandes modificaciones en la salud y en las dinámicas familiares⁷. Estudios recientes han puesto de manifiesto el profundo impacto que la dependencia de un familiar adulto tiene sobre todos los miembros de la familia, y la necesidad de ayuda que tiene esta a la hora de manejar su bienestar emocional, físico, relacional y espiritual⁸.

Esta realidad justifica la necesidad de implantar una atención centrada en la familia, valorando cuidadosa y metódicamente sus experiencias para poder desarrollar intervenciones que les ayuden a afrontar esta situación⁹. La evolución y los cambios que afectan a un miembro de la familia conllevan a su vez evolución y cambios en cada uno de los restantes miembros¹⁰. Respecto a esta afirmación, en el año 2006, la Alianza de Cuidadores Familiares de los Estados Unidos de América propuso dos recomendaciones: (1) la valoración de los cuidadores ha de hacerse desde una perspectiva centrada en la familia según la cual la unidad de cuidado, o cliente de los servicios asistenciales, es el conjunto formado por la persona cuidada, el cuidador y el resto de las personas que componen la unidad familiar; (2) además, la valoración debe ser realizada por profesionales cualificados y con formación especializada en el ámbito del cuidado familiar de personas dependientes, siendo reconocida e incluida como una competencia y función de los profesionales de atención sanitaria y social a la población dependiente¹¹.

A pesar de que los profesionales sanitarios reconocen la importancia del cuidado dirigido a la familia, la realidad es que rara vez se adopta en la educación y en la

⁷ A. CANGA ARMAYOR, *Experiencias de la familia cuidadora en la transición a la dependencia de un familiar anciano*, Tesis doctoral inédita, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Navarra, 2011; M. GARCÍA CALVENTE, M.R. LOZANO y J. MARCOS, “Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España”, *Gaceta Sanitaria* 25, 2011, pp. 100-107; R. PUYOL y A. ABELLÁN, *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*, Madrid, Mondial Assistance, 2006; A. PÉREZ PEÑARADA, L. GARCÍA ORTIZ, E. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A. LOSADA BALTAR, N. PORRAS SANTOS y M.Á. GÓMEZ MARCOS, “Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia”, *Atención Primaria* 41, no. 11, 2009, pp. 621-628.

⁸ A. CANGA ARMAYOR y C. GARCÍA VIVAR, *Op. cit.*; M.A. LIEBERMAN y L. FISHER, “The impact of chronic illness on the health and well-being of family members”, *The Gerontologist* 35, no. 1, 1995, pp. 94-102; J. MAY, “Rebalancing the mobile: the impact of chronic illness/disability on the family”, *The Journal of Rheumatology* S33, 1992, pp. 2-5; E. SVANBERG, A. SPECTOR y J. STOTT, “The impact of young onset dementia on the family: a literature review”, *International Psychogeriatrics* 23, no. 3, 2011, pp. 356-371.

⁹ A. CANGA ARMAYOR, C. GARCÍA VIVAR y C. NAVAL DURÁN, “Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 34, no. 3, 2011, pp. 463-469.

¹⁰ A. LOSADABALTAR, C. PEÑACOBIA PUENTE, M. MÁRQUEZ GONZÁLEZ y M. CIGARÁN, *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*, Madrid, Ediciones Encuentro, 2008.

¹¹ FAMILY CAREGIVER ALLIANCE, *Caregiver assessment: Principles, guidelines and strategies for change. Informe sobre la National Consensus Development Conference*, San Francisco, Family Caregiver Alliance, 2006.

práctica profesional una perspectiva de tipo sistémica familiar¹². En el contexto de la Atención Primaria de Salud, así como en la Atención Especializada de población dependiente (por ejemplo personas mayores, personas con problemas de salud mental, procesos degenerativos, etc.), se está trabajando en la dirección de considerar a los cuidadores familiares como personas que necesitan ayuda, y no como un mero recurso que proporciona una solución en la atención a la dependencia¹³. Pero el cuidado centrado en la familia no se ha puesto todavía en práctica de una forma sistematizada, y sigue existiendo un enfoque más individualista centrado en el paciente¹⁴. Esto puede deberse, entre otras razones, a la falta de formación de los profesionales de la salud (de conocimientos y destrezas) en modelos con un enfoque de familia. Estos permiten abordar los problemas de salud en su contexto psicosocial, es decir, teniendo en cuenta las interacciones entre el problema de salud, las creencias de los familiares, la dinámica de la familia, y las relaciones con los profesionales de la salud¹⁵.

Cabe señalar que las intervenciones con un enfoque sistémico familiar tienen un impacto positivo sobre la salud y el bienestar tanto del paciente como de los cuidadores¹⁶. Asimismo, los profesionales indican que la práctica clínica bajo este modelo es para ellos gratificante tanto personal como profesionalmente¹⁷, pues se desarrolla en un proceso relacional entre el profesional y la familia¹⁸. La satisfacción personal y profesional aumenta en la medida en que los profesionales se involucran en conversaciones terapéuticas con el paciente y la familia, pues en esos momentos perciben ser de gran ayuda para la familia¹⁹. De este modo, una formación específica dirigida a capacitar a los profesionales en el trabajo con familias en situación de

¹² U. LEHR, "Solidaridad entre generaciones: ayuda no estatal para los mayores. El cuidado familiar: posibilidades y limitaciones", *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*, Jaén, Universidad Internacional de Andalucía, 1995, pp. 145-164.

¹³ M. PINQUART y S. SÖRENSEN, "Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?", *International Psychogeriatrics* 18, no. 4, 2006, pp. 577-595.

¹⁴ J.M. BELL, "Family systems nursing re-examined", *Journal of Family Nursing* 15, no. 2, 2009, pp. 123-129.

¹⁵ L.M. WRIGHT y J.M. BELL, *Beliefs and illness: A model for healing*, Calgary, Floor Press, 2009; L.M. WRIGHT y J.M. LEAHEY, *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 5º ed., Philadelphia, FA Davis Company, 2009.

¹⁶ C.A. CHESLA, "Do family interventions improve health?", *Journal of Family Nursing* 16, no. 4, 2010, pp. 355-377; L.M. MARTIRE, A.P. LUSTIG, R. SCHULZ, G.E. MILLER y V.S. HELGESON, "Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness", *Health Psychology* 23, no. 6, 2004, pp. 599-611; M. HARTMANN, E. BÄZNER, B. WILD, I. EISLER y W. HERZOG, "Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis", *Psychotherapy and Psychosomatics* 79, no. 3, 2010, pp. 136-148.

¹⁷ M. ALDERSON, "La santé au travail des infirmières en unités de soins de longue durée: L'apport de la psychodynamique du travail", *Infirmière Canadienne* 5, no. 1, 2004, pp. 5-11; V.F. BRAUN y C. FOSTER, "Family nursing: Walking the talk", *Nursing Forum* 46, no. 1, 2011, pp. 11-21; E.K. SVAVARSDOTTIR et al., "The process of translating family nursing knowledge into clinical practice", *Journal of Nursing Scholarship* 47, no. 1, 2015, pp. 5-15.

¹⁸ G.H. DOANE y C. VARCOE, *Family nursing as relational inquiry*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

¹⁹ M. ALDERSON, *Op. cit.*; V.F. BRAUN y C. FOSTER, *Op. cit.*; E.K. SVAVARSDOTTIR et al., *Op. cit.*

dependencia, ayudaría a mejorar la calidad asistencial y con ello la situación de la familia y del propio dependiente.

II. FORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

La Enfermería de Familia (EF), conocida internacionalmente como “Family Nursing”, se centra en la familia como unidad de cuidado, abordando las necesidades de esta en respuesta a la enfermedad o amenaza a la vida de uno de sus miembros²⁰. Su filosofía se sustenta en la atención a los miembros de la familia, ayudándoles a reconocer sus problemas y a movilizar sus propios recursos de afrontamiento a través de intervenciones familiares. Un entendimiento de las necesidades de la familia, de cómo se comunican y funcionan, y de la capacidad para realizar una valoración familiar, es un conocimiento necesario y fundamental para ayudarlas en los cambios que están experimentado como consecuencia de la enfermedad o dependencia²¹. St John y Flowers²² han destacado la necesidad de preparar a los profesionales, criterio que coincide con las propias enfermeras que subrayan la falta de formación en este marco²³.

A pesar de que cada vez son más los programas educativos y las estrategias de educación innovadoras en EF, se ha detectado escasa evidencia sobre la efectividad de estas²⁴, si bien la investigación desarrollada muestra que esta formación tiene un impacto en la capacitación de los profesionales y consecuentemente en la implantación de este modelo en la práctica clínica²⁵.

Respecto a la capacitación de los profesionales, un estudio cuasiexperimental identificó el cambio de actitud de las enfermeras en su práctica clínica, constatándose una mayor implicación de estos profesionales con las familias²⁶. A pesar de la calidad metodológica del estudio, mostró limitaciones a causa de su reducido tamaño muestral, la falta de aleatorización y de grupo control. En esta misma línea, un programa formativo basado en los Modelos de Calgary de Valoración e Intervención Familiar dirigido a enfermeras del área de salud mental fue descrito como exitoso al

²⁰ L.M. WRIGHT y J.M. LEAHEY, *Op. cit.*

²¹ M.M. FRIEDMAN, V.R. BOWDEN y E.G. JONES, *Family nursing. Research, theory and practice*, New Jersey, Prentice Hall, 2003.

²² W. ST JOHN y K. FLOWERS, “Working with families: from theory to clinical nursing practice”, *Collegian* 16, no. 2, 2009, pp. 131-138.

²³ F. DUHAMEL, F. DUPUIS, J. GOUDREAU et al., *Implementing family systems nursing in clinical practice: An insight on the process of knowledge utilization*, Paper presented at the 9th International Family Nursing Conference, Reykjavik, Iceland, 2009.

²⁴ J.M. BELL, “Family nursing education: faster, higher, stronger”, *Journal of Family Nursing* 16, no. 2, 2010, pp. 35-45.

²⁵ F. DUHAMEL, F. DUPUIS, A. TURCOTTE, A-M. MARTÍNEZ y J. GOUDREAU, “Integrating the Illness Beliefs Model in Clinical Practice: A Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model”, *Journal of Family Nursing* 21, no. 2, 2015, pp. 322-348.

²⁶ E.K. SVEINBJARNARDOTTIR, E.K. SVAVARSDOTTIR y B.I. SAVEMAN, “Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, no. 10, 2011, pp. 895-903.

considerar que las enfermeras tenían mayor seguridad para realizar intervenciones familiares, y para participar en reuniones interdisciplinarias con familias²⁷. Sin embargo, de nuevo los resultados de este estudio cuasiexperimental no pueden generalizarse por el escaso tamaño muestral (6 participantes). Otro estudio descriptivo pretest-postest, con una muestra de 110 enfermeras de salud mental, evidenció el impacto que un programa formativo en EF tuvo en la capacitación de los profesionales²⁸. Estos revelaron mayores conocimientos, mayor seguridad para la valoración e intervención familiar, y un cambio de actitud hacia un enfoque familiar en su práctica clínica. También se ha puesto de manifiesto el impacto que tiene la educación en EF en el área de las urgencias hospitalarias, al comprobar una mejora en la práctica clínica de enfermería²⁹. Según Duhamel y cols., conforme los profesionales de enfermería van adquiriendo mayores conocimientos y competencias para cuidar de la familia, tienden a creer en la utilidad del modelo sistémico familiar para el desarrollo de su práctica. Del mismo modo, a medida que experimentan los beneficios de este enfoque, aprecian su utilidad y se involucran más en superar los desafíos que pueden surgir en su aprendizaje e integración clínica³⁰.

En cuanto a la aplicabilidad del modelo en la práctica de enfermería, un estudio cualitativo identificó los siguientes hallazgos: durante la formación las enfermeras comenzaban a relacionar algunos de los conceptos teóricos con su experiencia personal. Además, consideraban crucial, para facilitar el proceso de implementación, la necesidad de un *practicum* supervisado y de algún tipo de apoyo –como el mentorazgo– en el contexto clínico. Asimismo, tendían a integrar de modo progresivo la enfermería con un enfoque sistémico familiar en su práctica. Finalmente, el reconocimiento de otros colegas, la utilidad de sus intervenciones y la mejora de la situación familiar aumentaban su satisfacción laboral³¹.

También se ha constatado que aquellas enfermeras que tienen formación en EF asumen a menudo roles de liderazgo en su práctica clínica³² y muestran una satisfacción elevada en el desempeño de su trabajo³³. Del mismo modo, otras investigaciones realizadas con estudiantes de cursos superiores de Grado en

²⁷ J. GOUDREAU, F. DUHAMEL y N. RICARD, “The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: a pilot study”, *Journal of Family Nursing* 12, no. 3, 2006, pp. 292-306.

²⁸ P. SIMPSON y W.K. WAH, “Family Systems Nursing A Guide to Mental Health Care in Hong Kong”, *Journal of Family Nursing* 12, no. 3, 2006, pp. 276-291.

²⁹ M. LEAHEY y E.K. SVAVARSDOTTIR, “Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice?”, *Journal of Family Nursing* 15, 2009, pp. 445-60.

³⁰ F. DUHAMEL, F. DUPUIS, A. TURCOTTE, A-M. MARTÍNEZ y J. GOUDREAU, *Op. cit.*

³¹ F. DUHAMEL, “Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing”, *Journal of Family Nursing* 16, no. 1, 2010, pp. 8-25.

³² W. ST JOHN y K. FLOWERS, *Op. cit.*

³³ K. LEGROW y B.E. ROSSEN, “Development of professional practice based on a family systems nursing framework: nurses’ and families’ experiences”, *Journal of Family Nursing* 11, no. 1, 2005, pp. 38-58.

Enfermería han revelado una mayor competencia de los estudiantes para trabajar con familias en sus prácticas clínicas³⁴.

No obstante, observamos que la calidad metodológica de los estudios revisados es cuestionable, debido principalmente al reducido tamaño de la muestra y a los diseños empleados. La mayoría de los estudios han utilizado un diseño descriptivo pretest-postest sin grupo control, o un diseño cuasiexperimental, diseños con desventajas frente a los diseños experimentales. Los estudios descriptivos no permiten atribuir correctamente la efectividad de un programa de formación, dado que no se dispone de un grupo control para la comparabilidad de los efectos del programa sobre los participantes. En el caso de los estudios cuasiexperimentales, tienen el inconveniente de que la falta de aleatorización supone un menor control sobre los factores de confusión, que pueden interferir en el resultado final del análisis. Por lo tanto, no podemos afirmar que la mejora de las competencias de los profesionales de enfermería para trabajar con familias se atribuye directamente a la efectividad de un programa de formación en EF, ya que han podido influir otros factores. Por otro lado, la mayoría de los estudios identificados son de carácter transversal, por lo que no es posible estudiar el impacto que tiene un programa formativo en EF a largo plazo.

Considerando lo expuesto, se justifica el desarrollo de estudios experimentales de carácter longitudinal, que permitan determinar la efectividad de un programa de formación diseñado para capacitar a profesionales de enfermería para trabajar con familias que se enfrentan al fenómeno de la dependencia. Además, si tenemos en cuenta que en el contexto español no existen programas específicos de formación con un enfoque sistémico familiar, es recomendable diseñar programas basados en experiencias de grupos internacionales que trabajan en esta área.

III. GRUPOS INTERNACIONALES QUE TRABAJAN EL ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR

A continuación, se presentan algunos grupos que trabajan con la familia como unidad de cuidado, y que han conseguido un desarrollo y reconocimiento a nivel internacional.

La Unidad de Enfermería de Familia de Calgary, Alberta, Canadá, fue establecida en 1982 como el primer centro especializado, bajo la dirección de Lorraine M. Wright, para el estudio y tratamiento de familias con problemas de salud. Buscaba la integración de la investigación, la educación y la práctica clínica, así como la

³⁴ A.C. LEE, S.S. LEUNG y Y.W. MAK, "The application of family-nursing assessment skills: From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong", *Nurse Education Today* 32, no. 1, 2012, pp. 78-84; N.J. MOULES y H. JOHNSTONE, "Commendations, conversations, and life-changing realizations: teaching and practicing family nursing", *Journal of Family Nursing* 16, no. 2, 2010, pp. 146-60; A.C. LEE, S.O. LEUNG, P.S. LINGCHAN y J.O.K. CHUNG, "Perceived level of knowledge and difficulty in applying family assessment among senior undergraduate nursing students", *Journal of Family Nursing* 16, no. 2, 2010, pp. 177-195.

expertía de otros miembros de la Facultad de Enfermería. Ofrecía ayuda a la familia cuando uno o más de sus miembros estaban experimentando dificultades con un problema de salud. Esta unidad ha estado en funcionamiento hasta el año 2007. El equipo de investigadores de este centro desarrolló dos modelos para la práctica clínica; en concreto, el Modelo Calgary de Valoración Familiar y el Modelo Calgary de Intervención Familiar, que han sido y siguen siendo utilizados a nivel mundial³⁵.

Por otro lado, el Centro de Excelencia en Enfermería de Familia de la Universidad de Montreal, Quebec, Canadá, siguiendo el modelo de la Unidad de Enfermería de Familia de la Universidad de Calgary, estableció una Unidad de Enfermería de Familia en 1991 con fines educativos, clínicos y de investigación. Esta unidad, dentro del contexto franco-canadiense, se llamó “Unidad de Enfermería de Familia Denyse-Latourelle”. Sus tres objetivos principales se centran en: el intercambio de conocimiento –al proporcionar un contexto de formación para el desarrollo de destrezas en las enfermeras que se especializan en Enfermería de Sistemas de Familia–, un lugar de investigación para el desarrollo de nuevo conocimiento, y un ámbito de curación familiar para apoyar a las familias que experimentan dificultades de salud. Debido al creciente número de estudiantes de postgrado que desean cursar la Enfermería de Sistemas de Familia, se proyectó la expansión de la Unidad de Enfermería de Familia Denyse-Latourelle, comenzando en enero de 2010 con el Centro de Excelencia en Enfermería de Familia. Este centro se basa en una sociedad entre las comunidades académicas y asistenciales.

Por último, basado en la trayectoria de las Universidades de Calgary y de Montreal, el modelo de formación y práctica de la EF se está extendiendo a Europa, especialmente a Gran Bretaña y a los países nórdicos como Finlandia, Noruega, Islandia o Suecia³⁶. En 2004, en Suecia se puso en marcha la Unidad de Familia de la Universidad de Kalmar donde se promueve la práctica, la docencia y la investigación con familias. También recientemente se está extendiendo a Asia, especialmente a Japón y Tailandia³⁷, y al sur de Europa, en concreto en España, donde en la Universidad de Navarra se está investigando en la mejora de la calidad de vida de las familias que conviven con un proceso crónico o una situación de dependencia.

IV. CONCLUSIONES

La evidencia muestra que la formación en EF mejora la competencia –conocimientos, habilidades y destrezas– de los profesionales de enfermería para trabajar con familias, y que esta formación tiene un impacto positivo en la práctica clínica, mejorando la calidad de los cuidados dirigidos al paciente y a su familia. No

³⁵ L.M. WRIGHT y J.M. LEAHEY, *Op. cit.*

³⁶ J.M. BELL, *Op. cit.*

³⁷ J.M. BELL, *Op. cit.*

cabe duda de que los resultados de las investigaciones contribuyen a justificar la necesidad de formación en Enfermería de Sistemas de Familia.

Por ello, se deben impulsar programas de intervención formativos basados en el marco de la enfermería de familia y dirigidos a capacitar a profesionales para trabajar con familias cuidadoras. Para llevar a cabo esta formación en nuestro contexto, recomendamos que el diseño de dichos programas esté basado en los conocimientos y experiencias de grupos internacionales con reconocida trayectoria en este campo.