



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

DE PUERTAS ADENTRO: UN ANÁLISIS  
SOBRE LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN  
ESPAÑA DESDE EL TRABAJO SOCIAL  
EN LOS CONTEXTOS DE SERVICIOS  
SOCIALES, SANIDAD Y EDUCACIÓN.  
CONSTRUCTO Y PROPUESTA  
METODOLÓGICA

José Emiliano Ramírez García

Tesis **Doctorales**

UNIVERSIDAD de ALICANTE

Unitat de Digitalització UA

Unidad de Digitalización UA



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**

**DE PUERTAS ADENTRO: UN ANÁLISIS SOBRE LAS VISITAS  
DOMICILIARIAS EN ESPAÑA DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN LOS  
CONTEXTOS DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y EDUCACIÓN.  
CONSTRUCTO Y PROPUESTA METODOLÓGICA.**

**JOSÉ EMILIANO RAMÍREZ GARCÍA**

**Tesis presentada para aspirar al grado de**

**DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE**

**PROGRAMA DE EMPRESA, ECONOMÍA Y SOCIEDAD**

**Dirigida por:**

**YOLANDA DE LOS ÁNGELES DOMENECH LÓPEZ**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>TÍTULO I: MARCO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>27</b>
Capítulo I: Antecedentes de la visita domiciliaria actual.....	27
1.- Etapa Diletante.....	27
2.- Etapa Profesionalizante .....	36
3.- Etapa de desarrollo del conocimiento. ....	46
Capítulo II: Estado de la cuestión. ....	55
1.- Cuestiones Generales: .....	56
1.1.- Diferencias entre la intervención realizada en el despacho y en el domicilio: .....	56
1.2.- Concertar la visita previamente: contexto profesional y ética. .	58
1.3.- La visita a domicilio como técnica, herramienta, instrumento. .	60
1.4.- Los animales en las visitas a domicilio.....	63
1.5.- Categorías secundarias en la visita a domicilio.....	66
2.- Visitas a Domicilio desde Servicios Sociales:.....	72
3.- Visitas a Domicilio desde Sanidad:.....	77
4.- Visitas a domicilio desde Educación: .....	84
5.- Percepción de las personas usuarias sobre las visitas a domicilio: .	91
6.- La Visita a domicilio como instrumento de diagnóstico en la intervención comunitaria y en el establecimiento de redes. ....	95
7.- Visita a domicilio y Tecnología.....	98
Capítulo III: Marco Teórico y Conceptual. ....	105
1.- Marco teórico. ....	105
1.1.- Construccinismo social. ....	106
1.2.- Epistemología de la visita a domicilio en trabajo social. ....	109
1.2.1.- Hermenéutica.....	110
1.2.2.- Teoría General de los Sistemas. ....	111
1.2.3.- Cibernética de Segundo Orden. ....	113
1.2.4.- Pensamiento Complejo.....	115
1.2.5.- Modelo Sistémico. ....	117



2.- Marco Conceptual: Dimensiones de la visita domiciliaria. ....	123
2.1.- Dimensión Ética. ....	124
2.2.- Dimensión de la Relación de Ayuda. ....	137
2.2.1.- Relación de Ayuda.....	139
2.2.2.- Alianza de Trabajo. ....	143
2.2.3.- La Relación de Ayuda en la práctica. ....	146
2.3.- Dimensión del Espacio. ....	150
2.3.1.- Territorio: Espacio Público. ....	150
2.3.2.- Espacio Privado. ....	154
2.3.3.- Espacio Virtual.....	159
2.4.- Dimensión de las Competencias.....	161
2.4.1.- Competencias Socio-Personales: ....	167
2.4.2.- Competencias Técnico-Profesionales: ....	169
2.5.- Contextos de Intervención Profesional. ....	173
<b>TÍTULO II: METODOLOGÍA.....</b>	<b>183</b>
1.- Justificación de la Metodología. ....	183
Viabilidad.....	183
Enfoque Integrador. ....	185
Fases realizadas.....	185
Paradigma Predominante.....	186
2.- Formulación de los Objetivos e Hipótesis: ....	188
3.- Investigación Documental. ....	192
3.1.- Inicial.....	192
3.2.- Segunda investigación documental. ....	194
3.3.- Almacenamiento.....	195
4.- Metodología del Proceso Cualitativo. ....	195
4.1.- Objetivos investigación cualitativa. ....	196
4.2.- Formación de la muestra.....	196
4.3.- Muestra y perfil. ....	197
4.4.- Constitución de los Grupos Focales. ....	199
4.5.- Materiales. ....	201
4.6.- Sesiones. ....	201
4.7.- Transcripción y codificación de las sesiones.....	203
4.8.- Evaluación de los participantes. ....	205
5.- Metodología del Proceso Cuantitativo. ....	206

5.1.- Objetivos de la investigación cuantitativa. ....	206
5.2.- Muestra. ....	207
5.3.- Encuesta online: Técnica de Investigación. ....	209
5.4.- Validez del Cuestionario.....	213
5.5.- Difusión y publicidad de la encuesta.....	215
6.- Perspectiva de Género. ....	216
7.- Consideraciones Éticas.....	218
8.- Huella medioambiental. ....	220
<b>TÍTULO III: RESULTADOS .....</b>	<b>225</b>
<b>1.- Resultados sociodemográficos: .....</b>	<b>228</b>
1.1. Sexo. ....	228
1.2. Edad. ....	228
1.3. Formación académica.....	229
1.4. Experiencia profesional como trabajador/a social. ....	230
1.5. Comunidad Autónoma.....	231
1.6. Diversidad Funcional.....	232
1.7. Profesionales con cargo de responsabilidad.....	233
1.8. Contexto Institucional. ....	233
1.9. Modo de acceso y marca temporal a la encuesta.....	234
<b>2.- Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1):.....</b>	<b>235</b>
2.1. Diferencias entre la intervención realizada en el despacho y en el domicilio.....	236
2.2. Propósito Profesional.....	238
2.3. Informes Sociales. ....	248
2.4. Autonomía. ....	253
2.5. Principios de la Profesión. ....	254
2.6. Número de visitas.....	255
2.7. Protocolos. ....	259
2.8. Medios de transporte. Medios personales.....	260
2.9. Influencia del sexo en la visita a domicilio. ....	262
2.10. Información institucional de la visita a domicilio.....	264
2.11. Objetivo de la visita a una persona usuaria o familia a la que no conocemos.....	266
2.12. La incomodidad en la visita a domicilio. ....	267

2.13. Visita domiciliaria intergeneracional. ....269

**3.- Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2):.....270**

3.1. Resultados del constructo según la dimensión ética.....270

3.1.1. Principios éticos/Código Deontológico. ....271

3.1.2. Gestión de la información. ....272

3.1.3. Objetividad en las intervenciones.....274

3.1.4. Autonomía. ....275

3.1.5. Conflictos éticos.....276

3.1.6. Gestión de los recursos. ....279

3.1.7. Actos de hospitalidad. ....280

3.1.8. El acto de moverse por el domicilio. ....281

3.1.9. Informar a la persona usuaria del motivo de la visita. ....282

3.2. Resultados del constructo según la dimensión de relación de ayuda.  
.....283

3.2.1. Relación de ayuda. ....284

3.2.3. Emociones y sentimientos.....285

3.2.4. Espacio de seguridad. ....288

3.2.5. Vínculo. ....290

3.2.7. Respeto de los ritmos. ....293

3.2.8. Compartir el propósito de la visita con la persona usuaria. ...294

3.2.9. Empatía.....295

3.2.10. Autoconocimiento personal. ....296

3.2.11. Distancia/Cercanía.....297

3.2.12. Cultura. ....298

3.3. Resultados del constructo según la dimensión del espacio. ....299

3.3.1. Objetos. ....300

3.3.2. Espacio de seguridad. ....303

3.3.3. Obstáculos dentro de la vivienda. ....307

3.3.4. Acceso a la vivienda. ....309

3.3.5. Ciclo vital/Crisis. ....310

3.3.6. Obstáculos en el trayecto. ....313

3.3.7. Diferencias entre las visitas en espacio urbano o rural.....315

3.3.8. Condiciones de la vivienda. ....317

3.3.9. Cultura.....318

3.3.10. Entorno comunitario. ....	318
3.4. Resultados del constructo según la dimensión de las competencias. .....	319
3.4.1. Diferencias en las visitas según los distintos contextos de intervención. ....	321
3.4.2. Competencias Técnico-Profesionales.....	327
3.4.3. Competencias Socio-Personales. ....	331
3.4.4. Cultura. ....	338
<b>4.- Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3). ....</b>	<b>340</b>
4.1. Recibimiento. ....	341
4.2. Actuaciones dentro de la casa. ....	343
4.3 Observación del espacio. ....	345
4.4. Objetividad en la intervención. ....	349
4.5. Resolución de conflictos. ....	351
4.6. Competencias Técnico-Profesionales. ....	353
4.7. Posición simétrica. ....	355
4.8. Agendar. ....	356
4.9. Manejo de la información. ....	358
4.10. La visita como espacio multiprofesional.....	360
4.11. Competencias Socio-Personales.....	366
4.12. Compartir el propósito. Deslizamientos. ....	367
4.13. Proyección. ....	367
4.14. Acceso Digital.....	368
<b>5.- Resultados del contraste de la hipótesis. ....</b>	<b>369</b>
1.- ¿Se concierta la visita con la persona usuaria? .....	369
2.- ¿Se agenda un día específico para la realización de visitas domiciliarias?.....	372
3.- ¿Se prepara la visita antes de realizarla?.....	373
4. ¿Cuál es la fórmula de presentación que se utiliza? .....	375
5.- ¿Nos aseguramos de que la familia conozca el motivo o propósito de la visita? .....	376
6.- ¿Acudimos a la visita con datos de carácter personal? .....	378
7.- ¿Invertimos tiempo en vincular con la persona usuaria cuando realizamos una visita? .....	380



8.- ¿Cómo nos desplazamos por la casa? .....	382
9.- Número de visitas por contextos. ....	384
10.- ¿Se está sustituyendo la visita domiciliaria por otras formas de intervención?.....	385
11.- Epílogo contraste de hipótesis: .....	388
<b>TÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS. ....</b>	<b>393</b>
1.- Perfil sociodemográfico. ....	393
2.- Discusión de los resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1): .....	396
3.- Discusión de los resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2):.....	405
3.1. Discusión de los resultados del constructo según la dimensión ética. ....	406
3.2. Discusión de resultados del constructo según la dimensión de relación de ayuda. ....	413
3.3. Discusión de los resultados del constructo según la dimensión del espacio. ....	422
3.4. Discusión de los resultados del constructo según la dimensión de las competencias.....	433
4.- Discusión de los resultados de la metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3). ....	448
5.- Discusión de los resultados del contraste de la hipótesis.....	459
<b>TÍTULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROPUESTA DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>463</b>
1.- Conclusiones. ....	463
2.- Limitaciones del estudio. ....	468
3.- Propuesta de líneas de investigación. ....	469
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>471</b>
<b>Referencias legislativas .....</b>	<b>488</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>489</b>
ANEXO I Carta presentación de la investigación a los colegios oficiales .....	491
ANEXO II Carta invitación a participar en la investigación a los colegiados .....	492

ANEXO III Consentimiento informado.....	493
ANEXO IV Certificación ética del COTSA.....	494
ANEXO V Guía de preparación, observación, registro y reflexión de las visitas domiciliarias .....	497
I. PREVIO A LA VISITA .....	497
II. EN EL TRAYECTO .....	500
III. EN LA VISITA .....	502
IV. EVALUACIÓN DE LA VISITA.....	507



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Esquema de la Historia Clínica en sanidad .....	80
<b>Tabla 2</b> Objetivos de la visita domiciliaria desde el contexto educativo .....	87
<b>Tabla 3</b> Modelos Teóricos en Trabajo Social .....	105
<b>Tabla 4</b> Esquema de las críticas al construccionismo .....	109
<b>Tabla 5</b> Instrumentos de ubicación geográfica .....	151
<b>Tabla 6</b> Clases de competencias divididas entre socio-personales y técnico-profesionales .....	166
<b>Tabla 7</b> Contextos profesionales desde el enfoque comunicacional y sistémico .....	173
<b>Tabla 8</b> Justificación del uso del método mixto en la investigación .....	187
<b>Tabla 9</b> Muestra de los grupos focales atendiendo a su contexto institucional	199
<b>Tabla 10</b> Participación por grupos de provincia y contextos institucionales ....	200
<b>Tabla 11</b> Valoración de las sesiones focales por los participantes.....	205
<b>Tabla 12</b> Estructura de la encuesta por bloques temáticos .....	211
<b>Tabla 13</b> Selección de la muestra grupo experimental .....	214
<b>Tabla 14</b> Alegaciones a la encuesta por el grupo experto de control.....	214
<b>Tabla 15</b> Comentarios del grupo experto de control sobre la encuesta .....	215
<b>Tabla 16</b> Elementos contaminantes en el proceso de esta investigación .....	221
<b>Tabla 17</b> Leyenda citas textuales de las transcripciones de los grupos focales .....	226
<b>Tabla 18</b> Sexo de las personas participantes.....	228
<b>Tabla 19</b> Edad de las personas participantes expresada en intervalos de años .....	229
<b>Tabla 20</b> Formación académica de las personas encuestadas.....	230
<b>Tabla 21</b> Años de ejercicio profesional como Trabajador/a social.....	230
<b>Tabla 22</b> Distribución territorial de la participación en la encuesta .....	231
<b>Tabla 23</b> Profesional del trabajo social con diversidad funcional y en ejercicio .....	232
<b>Tabla 24</b> Datos de puestos de responsabilidad cruzados con el sexo del profesional .....	233
<b>Tabla 25</b> Participación en la encuesta según el contexto institucional .....	233



<b>Tabla 26</b> Modo de acceso a la encuesta por parte de los participantes en la muestra.....	234
<b>Tabla 27</b> Diferencias observadas entre las intervenciones en el despacho y en la visita domiciliaria .....	238
<b>Tabla 28</b> Propósito profesional por el que la trabajadora social acude a realizar una visita domiciliaria .....	245
<b>Tabla 29</b> Los motivos por los que realizan visitas domiciliarias las trabajadoras sociales de servicios sociales.....	246
<b>Tabla 30</b> Los motivos por los que realizan visitas domiciliarias las trabajadoras sociales de sanidad.....	247
<b>Tabla 31</b> Los motivos por los que realizan visitas domiciliarias las trabajadoras sociales de educación.....	248
<b>Tabla 32</b> Resultados del motivo y contenido de los informes sociales tras realizar visitas a domicilio .....	251
<b>Tabla 33</b> Resultados sobre la importancia que tiene en los informes sociales el apego al lugar de residencia.....	252
<b>Tabla 34</b> Resultados sobre el reflejo que se hace en los informes sociales que remitimos al sistema judicial sobre datos de la vivienda.....	253
<b>Tabla 35</b> Autonomía del profesional en la elección de sus intervenciones.....	254
<b>Tabla 36</b> Porcentajes del número de visitas a domicilio que realizan los profesionales del total de la muestra .....	257
<b>Tabla 37</b> Porcentajes del número de visitas a domicilio que realizan los profesionales por contextos del total de la muestra.....	257
<b>Tabla 38</b> Número de visitas a domicilio desde el contexto de servicios sociales según la muestra .....	258
<b>Tabla 39</b> Número de visitas a domicilio desde el contexto de sanidad según la muestra.....	258
<b>Tabla 40</b> Número de visitas a domicilio desde el contexto de educación según la muestra.....	259
<b>Tabla 41</b> Medias sobre las visitas a domicilio que se realizan según el contexto institucional de los participantes en la muestra y su desviación típica.....	259
<b>Tabla 42</b> Resultados del uso de protocolos estandarizados en la visita domiciliaria .....	260
<b>Tabla 43</b> Uso mayoritario de medios de transporte y medios personales en las visitas a domicilio .....	261

<b>Tabla 44</b> Medios personales que utilizan las trabajadoras sociales de la muestra en las visitas domiciliarias.....	262
<b>Tabla 45</b> Opinión de las participantes en la encuesta sobre la influencia que tiene el sexo del trabajador social en la visita a domicilio.....	263
<b>Tabla 46</b> Opinión de las participantes sobre si influye el sexo del profesional en las visitas a domicilio .....	263
<b>Tabla 47</b> Relación entre el sexo del encuestado y su consideración de si influye o no el sexo a la hora de hacer una visita a domicilio .....	264
<b>Tabla 48</b> Sobre la decisión de comunicar que vamos a realizar una visita a domicilio determinado por el sexo y la relación entre ambas variables .....	265
<b>Tabla 49</b> Prueba Chi-cuadrado que relaciona la decisión de informar a la institución a la hora de realizar la visita según el sexo del profesional .....	266
<b>Tabla 50</b> La consideración de los trabajadores sociales el realizar una visita a domicilio a una persona o familia a la que no conocen .....	267
<b>Tabla 51</b> Refleja la incomodidad que se puede sentir en las visitas a domicilio .....	269
<b>Tabla 52</b> Respuestas para identificar la intervención en el domicilio transgeneracional.....	270
<b>Tabla 53</b> Autonomía del trabajador en las visitas a domicilio .....	276
<b>Tabla 54</b> Conflictos éticos detectados en las visitas a domicilio .....	278
<b>Tabla 55</b> Solicitar información a los vecinos.....	279
<b>Tabla 56</b> Emociones que experimentan las profesionales en las visitas a domicilio .....	286
<b>Tabla 57</b> Espacios para la conexión emocional .....	288
<b>Tabla 58</b> Elementos que obstaculizan o facilitan el domicilio como un espacio seguro.....	290
<b>Tabla 59</b> Opiniones sobre el establecimiento del vínculo de confianza en las visitas a domicilio .....	291
<b>Tabla 60</b> Elementos determinantes en el establecimiento del vínculo .....	292
<b>Tabla 61</b> Actuaciones que facilitan la relación de ayuda en el domicilio.....	293
<b>Tabla 62</b> Elementos a tener en cuenta para adecuar el ritmo de la intervención en la visita domiciliaria.....	294
<b>Tabla 63</b> Elementos para el establecimiento de una buena relación de ayuda en visitas a personas de otras culturas.....	299

<b>Tabla 64</b> Porcentaje de uso o no de objetos para realizar preguntas relacionales .....	301
<b>Tabla 65</b> Agresiones sufridas por los trabajadores sociales en el ejercicio de la profesión .....	304
<b>Tabla 66</b> Agresiones sufridas por los trabajadores sociales en el ejercicio de la profesión dividida por contextos .....	305
<b>Tabla 67</b> Prueba Chi-cuadrado para comprobar si existen diferencias en cuanto a las agresiones sufridas por contextos.....	306
<b>Tabla 68</b> Porcentajes de las agresiones sufridas por espacios y sexos .....	307
<b>Tabla 69</b> Obstáculos dentro del domicilio .....	309
<b>Tabla 70</b> Observaciones del espacio habitacional según el ciclo de vida o crisis .....	312
<b>Tabla 71</b> Obstáculos en el trayecto al domicilio .....	315
<b>Tabla 72</b> Observaciones de las visitas en el ámbito rural según las profesionales de los grupos focales .....	317
<b>Tabla 73</b> Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto de control.....	323
<b>Tabla 74</b> Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto asistencial.....	324
<b>Tabla 75</b> Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto terapéutico.....	325
<b>Tabla 76</b> Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto evaluativo .....	326
<b>Tabla 77</b> Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto informativo .....	327
<b>Tabla 78</b> Competencias técnico-profesionales que se ejercitan principalmente para las visitas domiciliarias.....	331
<b>Tabla 79</b> Emociones o sentimientos que dicen haber experimentado los encuestados en las visitas a domicilio .....	334
<b>Tabla 80</b> Objetivos en el uso de las competencias socio-personales y elementos que las complementan .....	337
<b>Tabla 81</b> Vinculación de las competencias técnico-profesionales y socio-personales en el código de cultura .....	339
<b>Tabla 82</b> Observaciones en el recibiendo según circunstancias y premisas a tener en cuenta antes de la visita .....	343

<b>Tabla 83</b>	Posibles actuaciones dentro de la casa .....	345
<b>Tabla 84</b>	Observación del espacio público y privado en la visita .....	348
<b>Tabla 85</b>	Acciones que refuerzan la objetividad en la visita a domicilio .....	350
<b>Tabla 86</b>	Propuestas de resolución del conflicto de encontrar a persona/s no convivientes en el momento de la visita .....	353
<b>Tabla 87</b>	Competencias técnico-profesionales en la visita a domicilio .....	355
<b>Tabla 88</b>	Acciones previas a la realización de la visita domiciliaria .....	355
<b>Tabla 89</b>	Se tiene un día específico para realizar visitas a domicilio .....	358
<b>Tabla 90</b>	Elementos a tener en cuenta sobre el manejo de la información en las visitas a domicilio .....	359
<b>Tabla 91</b>	Visitas domiciliarias con datos sensibles o personales de las personas usuarias.....	360
<b>Tabla 92</b>	Profesionales más comunes con los que realizan visitas domiciliarias los trabajadores sociales del ámbito de servicios sociales.....	363
<b>Tabla 93</b>	Profesionales más comunes con los que realizan visitas domiciliarias los trabajadores sociales del ámbito sanitario .....	364
<b>Tabla 94</b>	Profesionales más comunes con los que realizan visitas domiciliarias los trabajadores sociales del ámbito educativo .....	364
<b>Tabla 95</b>	Resultados sobre la realización de visitas sola o en compañía dividido por sexos.....	365
<b>Tabla 96</b>	Resultado prueba Chi-cuadrado relación sexo y hacer la visita solo o en compañía.....	365
<b>Tabla 97</b>	Metodología de uso de las competencias socio-personales en la visita .....	366
<b>Tabla 98</b>	Frecuencias y porcentajes sobre las respuestas de los profesionales ante el hecho de informar antes de realizar la visita domiciliaria .....	370
<b>Tabla 99</b>	Prueba de contraste Chi-cuadrado y Fisher entre las variables de informar antes de hacer la visita y su relación con el contexto institucional....	371
<b>Tabla 100</b>	Prueba V de Cramer para calcular el tamaño de la relación entre el hecho de concertar la visita antes de realizarla y el contexto institucional.....	371
<b>Tabla 101</b>	Distribución de respuestas por contextos donde informan si tienen un día específico para realizar las visitas a domicilio .....	372
<b>Tabla 102</b>	Frecuencias y porcentajes sobre el hecho de preparar la visita antes de realizarla por contextos.....	374



<b>Tabla 103</b> Prueba de Chi-cuadrado y Fisher para comprobar la relación entre preparar la visita domiciliaria según el contexto .....	374
<b>Tabla 104</b> Resultado del modo de presentación que realiza el trabajador social en una visita a domicilio .....	375
<b>Tabla 105</b> Respuestas sobre el conocimiento que tiene la familia sobre el objetivo de la familia según contextos .....	376
<b>Tabla 106</b> Prueba exacta de Fisher para comprobar la independencia entre las variables de asegurar que se conoce el motivo de la visita según el contexto institucional.....	377
<b>Tabla 107</b> Prueba V de Cramer para calcular el tamaño de la independencia de las variables de asegurar el propósito de la visita según el contexto .....	378
<b>Tabla 108</b> Resultado de acudir a las visitas con datos de carácter personal según contextos.....	379
<b>Tabla 109</b> Vinculación con la persona o familia en la visita domiciliaria según contextos.....	380
<b>Tabla 110</b> Cálculo de Chi-cuadrado y V de Cramer para establecer la existencia de relación y su fortaleza de la vinculación por contextos.....	381
<b>Tabla 111</b> Frecuencias y porcentajes sobre la forma de desplazarnos por el domicilio en la visita según el contexto .....	382
<b>Tabla 112</b> Cálculo V de Cramer para establecer la fortaleza de la diferencia metodológica del desplazamiento por el domicilio según el contexto .....	383
<b>Tabla 113</b> Resultados del cálculo del nivel de significancia de las visitas a domicilio por contextos (ANOVA) .....	384
<b>Tabla 114</b> Comparación de medias del número de visitas según contextos institucional.....	385
<b>Tabla 115</b> Test HSD Tukey sobre la variable del número de visitas por contextos .....	385
<b>Tabla 116</b> Frecuencias y porcentajes de relación entre las respuestas de sustitución de la visita domiciliaria por otro tipo de intervención según el contexto .....	386
<b>Tabla 117</b> Resultado Chi-cuadrado de relación entre la sustitución de la visita por otro tipo de intervención y el contexto institucional.....	387
<b>Tabla 118</b> Cuadro resumen del contraste de hipótesis.....	389
<b>Tabla 119</b> Cuadro resumen del análisis actual de la visita domiciliaria en España desde la profesión de trabajo social.....	404

<b>Tabla 120</b> Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión de ética	412
<b>Tabla 121</b> Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión de la relación de ayuda .....	421
<b>Tabla 122</b> Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión del espacio .....	431
<b>Tabla 123</b> Relación de competencias según el contexto de intervención .....	437
<b>Tabla 124</b> Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión de las competencias .....	445



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Esquema de la Etapa diletante como antecedente de la visita domiciliaria .....	35
<b>Figura 2</b> Esquema de la Etapa Profesionalizante como antecedente de la visita domiciliaria .....	45
<b>Figura 3</b> Esquema de la Etapa de desarrollo del conocimiento como antecedente de la visita domiciliaria .....	53
<b>Figura 4</b> Cuestiones generales del Estado de la Cuestión .....	71
<b>Figura 5</b> Visitas a domicilio desde la bibliografía de servicios sociales, sanidad y educación .....	90
<b>Figura 6</b> Resumen de la percepción de las personas usuarias, del diagnóstico comunitario y de redes y del uso de la tecnología en la visita domiciliaria .....	104
<b>Figura 7</b> Diagrama del marco teórico.....	122
<b>Figura 8</b> Marco conceptual: esquema dimensión ética .....	136
<b>Figura 9</b> Marco conceptual: esquema de la dimensión de la relación de ayuda .....	149
<b>Figura 10</b> Marco conceptual: esquema de la dimensión del espacio .....	160
<b>Figura 11</b> Marco conceptual: esquema de la dimensión de las competencias.....	172
<b>Figura 12</b> Esquema de los contextos de intervención .....	179
<b>Figura 13</b> Representación gráfica de los objetivos y la hipótesis de investigación .....	191
<b>Figura 14</b> Representación de la investigación bibliográfica según las fases.....	194
<b>Figura 15</b> Concepto central y propuesta de constructos que lo conforman ....	195
<b>Figura 16</b> Resumen de citas que contiene la Unidad Hermenéutica de Atlas.ti creada para el análisis de la investigación .....	226
<b>Figura 17</b> Familias de códigos utilizados en la investigación .....	227
<b>Figura 18</b> Observación de las medidas centrales de la edad de las participantes .....	229
<b>Figura 19</b> Mapa con la distribución territorial de la participación en la encuesta .....	232
<b>Figura 20</b> Marca temporal de acceso a la encuesta de todos los participantes.....	235
<b>Figura 21</b> Listado de códigos extraídos de Atlas.ti vinculados al OG1 .....	235
<b>Figura 22</b> Códigos vinculados al constructo de la visita a domicilio desde su dimensión ética.....	271



<b>Figura 23</b> Códigos de citas vinculadas a la dimensión de la relación de ayuda en la visita domiciliaria .....	284
<b>Figura 24</b> Códigos de citas vinculadas a la dimensión del espacio en la visita domiciliaria .....	300
<b>Figura 25</b> Códigos de citas vinculadas a la dimensión de las competencias en la visita domiciliaria .....	321
<b>Figura 26</b> Códigos que recogen la metodología seguida en las visitas a domicilio por los participantes en la investigación .....	340
<b>Figura 27</b> Representación gráfica por contextos de si se concierta la visita antes de realizarla .....	372
<b>Figura 28</b> Incluir un día de visitas dentro de la metodología habitual según el contexto .....	373
<b>Figura 29</b> Gráfico sobre acciones a realizar antes de la visita por contextos ..	375
<b>Figura 30</b> Forma de presentación cuando se llega al domicilio .....	376
<b>Figura 31</b> Información sobre el propósito de la visita a la familia según contextos .....	378
<b>Figura 32</b> Datos personales en la visita según contextos .....	379
<b>Figura 33</b> Gráfico que representa la relación del vínculo por contextos.....	381
<b>Figura 34</b> Representación gráfica del modo de desplazarse por la vivienda según el contexto .....	383
<b>Figura 35</b> Gráfica de la sustitución de la visita por otras formas de relación ..	387
<b>Figura 36</b> Esquema metodológico de la visita domiciliaria en trabajo social...458	

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Desde las *friendly visitors* (1899) de Mary Richmond hasta nuestros días las visitas domiciliarias han marcado una parte importante de la identidad profesional de las trabajadoras sociales.

La guía que se nos presenta en esta obra mantiene una actualidad inusitada por la distancia temporal y geográfica que existe, pero Richmond la contextualiza únicamente desde las agencias de los servicios sociales, haciendo eso sí, una referencia clara a la necesaria intervención en los casos de familia desde sanidad y educación.

Actualmente cuando los trabajadores sociales quieren realizar una visita domiciliaria, se ven abocados a formarse a través de artículos de corte profesional, tratando la visita como una variable secundaria de su propósito. Se constata, por tanto, que hay una escasa bibliografía sobre la visita domiciliaria en trabajo social, tal y como expresan González (2016) o Ferguson (2018), por citar dos autores de gran relevancia sobre el tema. Estos artículos tienen una gran base empírica, pero en la mayoría de los casos, sobre todo en España, no están respaldados con evidencia científica.

Por otro lado, en estos momentos los trabajadores sociales realizan visitas desde varios ámbitos públicos y privados, y desde diferentes contextos institucionales, por lo que se desconoce si las visitas tienen para todos los profesionales el mismo significado y si utilizan la misma metodología.

Esta evidencia de heterogeneidad puede llevar a realizar visitas a domicilio poco eficaces por la falta de concreción sobre lo que se espera de ellas o la falta de una metodología determinada.

Desde esta investigación, y con la intención de delimitar el campo de estudio, se elige la administración pública en sus contextos de servicios sociales, sanidad y educación para analizar las visitas que en estos momentos se están realizando en España, proponer un constructo que englobe a las mismas y realizar una propuesta metodológica.

Se puede decir que el objetivo que engloba lo expuesto en el párrafo anterior es dotar de evidencia científica ese análisis de la visita domiciliaria, su propuesta de constructo y metodología.

Aunque al introducir tres contextos institucionales diferentes, el planteamiento de la hipótesis vendrá a corroborar si esa metodología se da por igual o se visita de una manera diferente.

Y es que el trabajo que se realiza en las visitas a domicilio encierra una discrepancia entre autores ya que unos piensan que es extensión del que se realiza en el despacho y otros que tiene sus propias características, de ahí la necesidad de su estudio y comparación.

Necesidad que es compartida, Ferguson (2018) destaca del trabajo de Sara Pink "(Pink, 2004; Pink et al., 2015; Pink y Leder-Mackley, 2016), el hogar y las prácticas que se desarrollan en él merecen un análisis empírico y teórico detallado" (p. 67); convirtiéndose, por tanto, en el eje central de esta investigación.

Sobre las fuentes bibliográficas revisadas, fundamentalmente han sido artículos y tesis donde se hace referencia a las visitas a domicilio desde el trabajo social, aunque también se han consultado artículos escritos por profesionales de otras disciplinas. Aunque ninguna de ellas contempla un estudio en profundidad sobre el análisis, constructo y metodología de la visita domiciliaria en todo el territorio español.

En este sentido, se debe señalar la Tesis de González (2016) que versa sobre la visita domiciliaria en trabajo social comparando la práctica que se realiza en los servicios sociales de Bogotá, Valparaíso y Sevilla. Este autor, realiza un análisis comparado de esta práctica en estas tres ciudades y deja abierta la posibilidad de ampliar su estudio a los campos de educación y sanidad.

Muchos de los artículos escritos por profesionales del trabajo social en España hacen alusión a diferentes variables que se deberían tener en cuenta a la hora de realizar una visita a domicilio. La propuesta de esta Tesis es analizarlas a modo de dimensiones y analizar por separado la influencia de la ética, la relación de ayuda, el espacio y las competencias del profesional en la visita a domicilio.

Por tanto, se considera importante contar con un documento que aúne todas estas variables en uno solo y en el que se puedan ver representados la mayoría de ellos. Esto sería con independencia de la comunidad autónoma donde se ejerza la profesión y con independencia del contexto institucional en el que estén insertos, dentro de los límites que la propia investigación ha establecido.

Si tomamos como base lo dicho hasta ahora, se apuesta por un método mixto de investigación, triangulando los datos de la revisión bibliográfica, las narraciones extraídas de los grupos focales y los resultados de una encuesta administrada a nivel nacional.

De esta manera se llevará a cabo una investigación cualitativa en primera instancia para tener una visión amplia del constructo de la visita a domicilio y

posteriormente y con una metodología cuantitativa se estudiará la relación que existe entre las variables y el contraste de la hipótesis.

Finalmente, y como producto del análisis de los datos que se han mencionado, se propone una guía de actuaciones a tener en cuenta antes y después de realizar la visita domiciliaria por parte de los profesionales del trabajo social.

Sobre la presentación:

La redacción de la Tesis se realiza utilizando el femenino y el masculino indistintamente, pero no a la vez, para facilitar la lectura, pero también visibilizando con mayor frecuencia a las mujeres por ser estructuralmente el sexo predominante en trabajo social.

La redacción de "trabajo social" se mantendrá en minúsculas siguiendo la recomendación ortográfica de la Real Academia de la Lengua que solo permite su uso en mayúsculas cuando se haga mención a los estudios reglados o asignaturas con vinculación académica (Grado en Trabajo Social), no obstante y por respeto a los autores citados, se mantiene la mayúscula cuando en su cita textual así conste, ya que muchos de ellos utilizan esta fórmula para referirse al trabajo social como disciplina. También aparecerá en mayúsculas al referirnos al Consejo General o al Código Deontológico.

Para permitir una mejor contextualización de los contenidos del marco de la investigación, resultados y discusión de estos, se intercalan figuras a modo de resumen, al finalizar algunos de los puntos que mayor concentración de datos han tenido.

Todas las tablas y figuras que se presentan son de autoría propia, aquellas que han sido inspiradas en otras fuentes, queda reflejado en las propias notas de las tablas tal y como establece la guía oficial de estilo APA 7ª edición.

Palabras clave.

Trabajo social, visitas domiciliarias, visitas, domicilio, servicios sociales, sanidad, educación.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

# **TÍTULO I**

## **MARCO DE LA INVESTIGACIÓN**

**Capítulo I: Antecedentes de la visita domiciliaria actual**

**Capítulo II: Estado de la cuestión**

**Capítulo III: Marco teórico y conceptual**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **TÍTULO I: MARCO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Capítulo I: Antecedentes de la visita domiciliaria actual**

El análisis de la visita a domicilio realizada por parte de trabajadores sociales en la actualidad no puede ser entendida sin una revisión con retrospectiva histórica. Por ello, se va a dedicar un capítulo para exponer, aunque de manera sucinta, dada la extensión del tema, un compendio de las aportaciones que se han considerado imprescindibles en el estudio de este antecedente.

Es preciso saber de dónde se viene para entender dónde nos encontramos en el momento actual como profesionales, y por qué la visita a los domicilios forma parte de la propia idiosincrasia del trabajo social.

El esquema que se va a presentar en este capítulo expone tres momentos diferentes de la acción social vinculados a las visitas a domicilio: una primera etapa que será la diletante, una segunda que profesionalizante y una tercera en la que se expondrá el desarrollo del conocimiento de la práctica profesional vinculado específicamente a las visitas a domicilio.

#### **1.- Etapa Diletante**

Esta etapa muestra como el ejercicio de la acción social se revela a modo de camino en el que según Ramírez (1987), se encuentran las bases del trabajo social y que "siendo muy respetable, no es profesional, ni intenta serlo" (p. 75). Sin embargo, estas bases ayudan a entender de manera global los orígenes de la profesión y de la visita a domicilio en particular.

Sería un error creer que los trabajadores sociales fueron los primeros o los únicos en el uso de la visita a domiciliaria, ya que como recuerdan Lacalzada y Vilas (2012), hay "una gran producción científica sobre el tema, pero fundamentalmente por autores del campo de las Ciencias de la Salud especialmente desde la enfermería y medicina" (p. 274).

El objetivo de este punto es simplemente reflejar cómo mujeres (mayoritariamente) y hombres, se interesaron en ayudar a otras personas acercándose hasta sus domicilios y desde diferentes perspectivas: religiosa, humanitaria, desinteresada, egoísta, por bondad, caridad o miedo al castigo divino.

Para ello nos serviremos de algunas de las fuentes escritas por autoras y autores que de una manera más dilatada han reflejado estas acciones en artículos de revisión obligatoria para cualquier trabajador social estudiante, en ejercicio,



retirado o académico. Se seguirá parcialmente el índice que propone la Universidad de Huelva en su obra *Pioneros del Trabajo Social*, una apuesta por descubrirlos (2004), haciendo referencia a Juan Luis Vives, Vicente de Paúl, Luisa de Marillac y Concepción Arenal:

**a) Juan Luis Vives:** en su obra más afín con el tema de investigación, el Tratado del *Socorro de los pobres* (1781), explica que las ayudas que se brinda a la población más vulnerable no deben ser solo materiales. Por lo que con este Tratado se plantea realizar un acercamiento desde las Casas de Misericordia u Hospitales a los domicilios de las propias personas, de ahí la importancia de este autor para comenzar a explicar nuestro recorrido.

El propio Vives (1781) sugiere establecer un registro de personas pobres y redacta la forma en la que se debe realizar (p. 166), ya que según él se podrían encontrar en los hospitales, mendigando por las calles o en sus casas. Para llevar a cabo este registro sugiere que se realice una visita al domicilio para que se anoten sus necesidades, cómo vivieron antes y cómo llegaron al actual estado de pobreza (p. 164). Alienta a preguntar entre los vecinos, siempre y cuando no sean pobres también, para saber qué tipo de persona era y qué estilo de vida y costumbres tenía (p. 167). También propone para este tipo de pobres, a los que pueden encontrar en casa y tienen necesidades, que el gobierno les emplee en obras públicas u hospitales y que, si con su salario no fuese suficiente para cubrir esas necesidades y lo pudieran demostrar, sugiere que se le añada a modo de ayuda, lo que se considere oportuno. De alguna manera viene a establecer lo que serían unas ayudas económicas compensatorias estipulando una cantidad a razón de su situación individual y teniendo que estar esta justificada, lo que supuso una novedad en la gestión del presupuesto público.

Si bien por el contexto histórico, de marcado carácter religioso, se llegaba a establecer que las personas eran las responsables de su situación de pobreza, Vives propone una intervención estatal, que consistía en apoyar a los más necesitados a sobreponerse, sobre todo a través del trabajo (p. 184). Así como también, propone que la administración regule y controle el gasto de las ayudas (limosnas) para evitar picarescas y que el destino de estas se destine para lo que se han estipulado. Esto es lo que vendría a ser en estos momentos, como se ha mencionado anteriormente, el control del gasto público y el destino de las partidas presupuestarias evitando la prevaricación (p. 185).

Es cierto que Vives no propone una intervención concreta en el domicilio, aunque sí que hace una aproximación de indicadores a tener en cuenta a la hora de analizar las circunstancias personales de la persona. También propone el acercamiento al domicilio y la intervención pública para disminuir la pobreza.

**b) Vicente de Paúl:** este religioso tenía una visión diferente a la de Juan Luis Vives. Fundó en 1617 las primeras Cofradías de la Caridad en Francia, tenía como objetivo organizar los recursos de ayuda a los más necesitados desde una aportación más centrada en la caridad privada. Creía firmemente en los beneficios de la visita a domicilio, en contra del internamiento forzoso en asilos y más en la atención voluntaria de quién por su propio convencimiento se quiera dejar ayudar.

Capilla y Villadóniga (2004) en la obra *Pioneros del Trabajo Social*, a la que ya se ha hecho referencia, cita textualmente sobre este autor.

Francia en el siglo XVII, se encuentra terriblemente azotada por el pauperismo, la mendicidad vergonzante o el vagabundeo, que provocará en unos, el reclamo de la represión por ser considerados como peligrosos para la sociedad y por otro lado, propiciará a modo de revulsivo un cambio en la mentalidad, viéndose prioritario la asistencia social y la organización de la caridad. (p. 63).

Dentro de los reglamentos que regularon estas cofradías de la Caridad, tenían transcritas órdenes que el propio Vicente de Paúl había establecido para la realización de las visitas a los domicilios particulares de enfermos y desfavorecidos. Un ejemplo de ello es que se realizaran de dos en dos y siempre con permiso de algún superior (Maloney, 2019). Pero estas directrices no eran simples recomendaciones, el religioso estaba convencido, no solo de la necesidad de hacer visitas a domicilio, sino también de que estas se hicieran correctamente, por lo que escribió unas instrucciones detalladas para llevarlas a cabo.

En el Repositorio Institucional de la Universidad De Paúl se puede encontrar digitalizado el Tomo X de las Obras Completas de San Vicente, donde queda escrita una de las reglas que redactó en 1617 para la primera Cofradía de la Caridad en Châtillon. En este caso concreto, quería trasladar el respeto que se debía tener por parte de las visitadoras a la hora de entrar en las casas de los pobres:

...; luego, después de haberles preparado la comida, se la llevarán, a eso de las nueve: el potaje y la carne en un pote, el pan en una servilleta blanca, y el vino en una botella, haciendo lo mismo para la cena, que les llevarán hacia las cuatro de la tarde.

Al entrar en casa del enfermo, le saludarán amablemente; [...].

(De Paúl, 1982, p. 619).

Más adelante, en 1633 y junto con Luisa de Marillac, fundaron la Compañía de las Hijas de la Caridad.

Era una idea revolucionaria, ya que hasta ese momento casi todas las hermanas tenían que vivir en conventos de clausura y Vicente logró obtener la aprobación eclesiástica para que las Hijas sirvieran en la calle, en las escuelas y en los hospitales. Les dijo que su convento debía ser el hogar de los enfermos. Puso gran énfasis en las visitas a los enfermos pobres. Dichas visitas se encontraban entre las características más llamativas de esta nueva comunidad de hermanas. (Malory, 2019, p. 2).

La importancia del trabajo realizado tanto por Vicente de Paúl como por Luisa de Marillac en esta investigación sobre las visitas a domicilio se justifica por la gran repercusión que ha tenido tanto en España, como a nivel mundial. También por la forma que tuvieron de acercarse a los necesitados yendo a sus casas al entender que era la mejor forma de poder prestar la ayuda de una manera más efectiva.

**c) Luisa de Marillac:** en todas las biografías consultadas sobre esta autora, se destaca su inteligencia y sensibilidad, pero solo en algunas se evidencia la poca predisposición inicial que existió por parte de Vicente de Paúl y de ella misma a conocerse y entablar relación. Según la biografía publicada por el padre Rojas (2019), sobre Marillac, esta falta de interés era recíproca por parte de ambos, pero al parecer, la sucesión de encuentros entre los dos construyó su relación de colaboración. Esta era fuerte y complementaria, ya que Vicente encontró en Luisa a alguien en quien confiar los proyectos que él mismo ya había puesto en marcha y ella encontró en este proyecto una manera de satisfacer esa necesidad de entregarse a la causa divina, a través de la atención al pobre, necesitado y marginado.

Como ya se ha dicho, en 1633 Vicente de Paúl y Luisa de Marillac fundaron la Compañía de las Hijas de la Caridad, la cual se extendió rápidamente por toda Francia y posteriormente por todo el mundo.

La idea de esta fundación viene dada por el rechazo que recibió Marillac (la Señorita Le Gras) de De Paúl al querer fundar una orden religiosa con las jóvenes caritativas que prestaban ese servicio en los domicilios. Lo explica Martínez (1991) cuando redacta el inicio de la colaboración entre ambos:

La relación de estas chicas con Luisa se hizo estrecha y amistosa. Un día le asaltó la idea de cumplir el voto que hizo, siendo joven, de entrar en un convento y pensó que había llegado el momento de fundar con ellas una Congregación religiosa y, hasta parece, que las reunió en algún lugar. San Vicente lo rechazó de plano, pues serían religiosas con clausura, y con la clausura se acabó el servicio. (Martínez, 1991, p. 27).

Por tanto, Marillac y las Hijas de la Caridad comenzaron a prestar la atención al pobre en los propios domicilios de las personas necesitadas y posteriormente fueron ampliando sus misiones a escuelas, hospitales, hospicios, ... Pero no desde una orden religiosa, sino como seglares, ya que de otro modo no hubieran podido realizar estas visitas a las casas de las personas necesitadas, tal y como pronosticó De Paúl.

Del ejercicio de la caridad en las casas que visitaban, tanto De Paúl como Marillac, dejaron testimonio en reglamentos, normas, escritos, ... Martínez (1991) escribe sobre esto:

Los mandamientos, las Reglas y los pobres:

A diferencia de San Vicente. Santa Luisa no habla de los mandamientos ni de las Reglas como expresión de la voluntad de Dios. De los mandamientos habla poco: que se los inculquen a los enfermos convalecientes que volverán a la sociedad como cumplimiento obligatorio. De las Reglas habla muchísimo: necesarias para agradar a Dios, para vivir unidas en comunidad, para servir dignamente a los pobres, para edificar a los seglares.

Si en sus cartas logramos descubrir las reglas como voluntad divina, no es una voluntad inamovible, es una guía amorosa, subordinada a otro signo más seguro: la necesidad de los pobres. (Martínez, 1991, p. 64).

Queremos destacar este hecho porque tanto Vicente de Paúl, como Luisa de Marillac, una de las cosas que consideraron como necesarias para el mejor desarrollo de su labor fue escribir tanto aquello que funcionaba o cómo habían salvado determinados obstáculos. De esta manera las Congregaciones en las que ejercían su labor, tenían a su disposición unas guías o manuales para consultar y poder reproducir con cierta similitud la labor que se llevaba a cabo en todas ellas, sin llegar a estar en contacto continuo (imposible para la época).

Se puede concluir que Luisa de Marillac, percibió la importancia de describir una metodología de trabajo y transmitirla para normalizar procesos bajo

parámetros que ella entendía que aumentaban la calidad de la ayuda que prestaban.

**d) Concepción Arenal:** fue muy prolífica en sus escritos, ya que como hace constar la Universidad de Huelva a través de Capilla y Villadóniga (2004), Arenal ejerció la beneficencia en las cárceles, fue secretaria de la asociación de la Cruz Roja, fue Hermana de la Caridad en la Guerra Civil, ... (p. 84).

Pero la relevancia en este trabajo de investigación viene dada por su manual, *El visitador del pobre* (1894), del que reflejamos algunas de las ideas más relevantes dentro de la visita a domicilio.

Para empezar, y dentro de esta etapa diletante encontramos a Concepción Arenal, la cual no escribe para profesionales o futuros profesionales de las visitas a domicilio, sino que lo hace para personas coetáneas, muchas de ellas, Hermanas de la Caridad, que estaban o iban a visitar a los más necesitados.

Expone desde el inicio del manual, la necesidad del conocimiento previo antes de realizar la visita de uno mismo y del que se va a visitar, para favorecer esa relación de ayuda "¿Qué es el dolor? ¿Qué es el pobre? ¿Qué somos nosotros? Si damos a cada una de estas preguntas su verdadera respuesta; si la meditamos y nos identificamos con ella entraremos a visitar al pobre en tal situación de espíritu, que ocuparemos siempre el lugar que nos corresponde, y haremos todo el bien que debemos hacer" (pp. 7-8).

Tal es la importancia que le da a ese conocimiento que dedica todo el Capítulo II a la parte del autoconocimiento y el Capítulo III, a exponer qué se tiene que saber de la persona a la que se va a hacer la visita, a la vez que desmonta mitos sobre la pobreza o como desculpabilizar al pobre por el mero hecho de serlo.

El Capítulo IV versa sobre la manera más adecuada que ella recomienda para realizar una visita a domicilio, que sintetizando viene a decir que no se ha de vestir de manera ostentosa porque esto será un obstáculo para establecer la relación y que nuestro discurso suene coherente. Escribe sobre la importancia de la conducta en la casa, intentando que se muestren cómodos por muchos obstáculos que se aprecien (hedor, suciedad, incomodidades, ...) También escribe sobre la necesaria cordialidad que se debe mostrar no solo con la persona que se va a visitar, sino también con el resto de las personas que se encuentren en la casa en ese momento.

Dedica el siguiente capítulo a las competencias que Concepción Arenal define como las necesarias para poder ejercer esa misión, las cuales, si analizamos en estos momentos con el sesgo temporal y religioso inevitable que existe, se podrían traducir como:

- El inicio de la relación de ayuda y la necesaria empatía para llevarla a cabo.
- La firmeza por el establecimiento de límites.
- La rigurosidad en el acompañamiento.
- Integridad y respeto por la persona, su participación y su libre determinación.
- El celo del que habla como principios.
- La perseverancia como motivación.
- Humildad.

En el último capítulo se hace alusión al diálogo que se ha de mantener con la persona o familia a la que se realiza la visita, donde, y como ya hemos indicado anteriormente, salvando la distancia temporal, podemos extraer algunas orientaciones. Éstas están relacionadas con la necesidad de la escucha a la persona vulnerable, con mostrar interés real por su historia, con no interrumpir, ni mostrar prisa o impaciencia, con no visitar por cumplimentar un cupo, sino porque se cree necesario establecer un vínculo de confianza y desde ahí, proporcionar una mejor ayuda.

La importancia de la obra de Arenal es todavía más destacable cuando estudiamos investigaciones actuales sobre la relación de ayuda o vínculo, a la que le dedicaremos un capítulo más adelante y comprobamos similitudes entre determinados argumentos que ya propugnaba por entonces la autora en su obra.

e) Por último, queremos hacer mención a **Marian C. Putnam**, visitadora amistosa norteamericana, término que según Tannenbaum y Reisch (2001), podríamos definir como:

Trabajadores proto-sociales no capacitados, conocidos como "visitantes amistosos", buscaban ayudar a los pobres mediante la persuasión moral y el ejemplo personal. Organizaciones como la Asociación para la Mejora de la Condición de los Pobres y la Sociedad de Ayuda a la

Infancia comenzaron a investigar las condiciones sociales en áreas como las casas de vecindad<sup>1</sup> y el bienestar infantil. (p. 7).

Putnam estaba vinculada a la Charity Organization Society (COS) y escribe un discurso sobre la "teoría y el valor de las visitas amistosas en comparación con otras formas de trabajo caritativo" para la presentación de la Reunión Anual de la Conferencia Nacional de Caridades y Corrección (1887). De esta alocución queremos destacar las siguientes ideas: la primera es el cuestionamiento que plantea en voz de otros, sobre la necesaria intervención en las comunidades de las zonas más deprimidas socialmente, no pudiendo esto ser óbice para trabajar en paralelo en los domicilios de una manera más personal. Este planteamiento era compartido con Mary H. Richmond y sobre él hablaremos en el próximo punto.

La segunda idea es la enorme convicción que tiene sobre las posibilidades de cambio que ofrece el trabajo en las visitas a domicilio, clasificándolas como "reforma social". La tercera sostiene la importancia que le da a la confianza y al conocimiento que debe tener la visitadora de la familia para poder "mirar la vida desde el punto de vista de ellos".

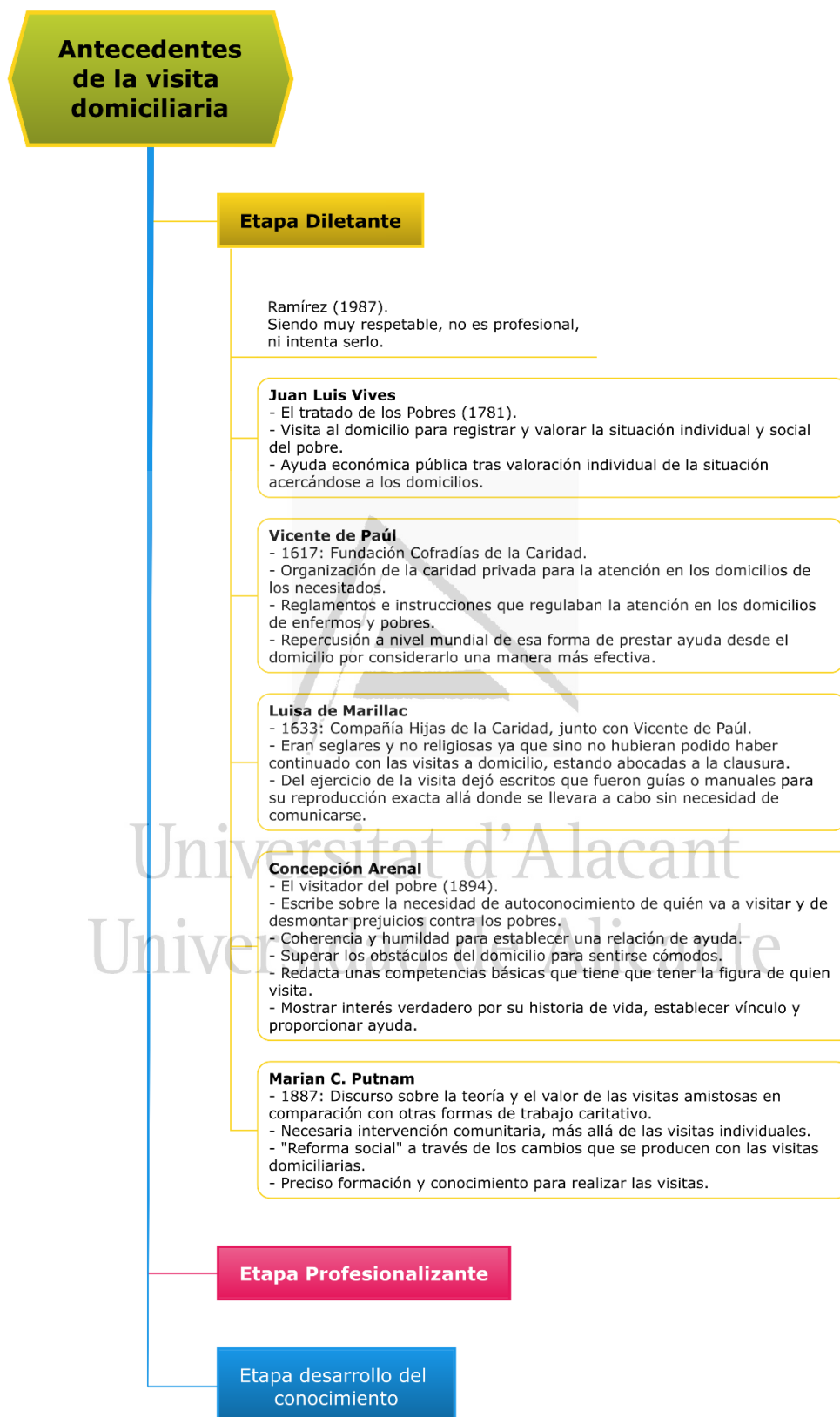
La siguiente es un recordatorio sobre el daño que podemos infringir con una acción imprudente, aumentando de esta manera las dificultades de la familia. La quinta y última idea que queremos destacar está vinculada al conocimiento legislativo que entiende que deben tener los visitantes amistosos para saber cómo proceder en los momentos más difíciles, queriendo evocar, por ejemplo, los momentos en los que tienen que proponer la separación de un niño de su familia.

---

<sup>1</sup> Viviendas unifamiliares que se dividieron en apartamentos, y algunos de ellos en habitaciones múltiples, en régimen de alquiler que se adaptaron para albergar a la población más desfavorecida que acudía a la ciudad en busca de trabajo. Espacios hacinados e insalubres.

**Figura 1**

*Esquema de la Etapa diletante como antecedente de la visita domiciliaria*





## 2.- Etapa Profesionalizante

En esta Etapa se quiere reflejar las aportaciones de estas pioneras que se han valorado significativas por sus aportaciones al trabajo social como profesión.

Estas autoras están enmarcadas en este apartado por haber contribuido con sus experiencias y sus acciones, dentro del ámbito de la ayuda organizada pública y privada, así como a asentar las bases del conocimiento y del pragmatismo de la disciplina y de la profesión.

Debemos tener en cuenta que también forman parte de la historia del trabajo social por pertenecer a organizaciones que se nutrían de voluntarias, pero que abogaban por el ejercicio de una ayuda profesional. Sin duda la sistematización de la práctica que han llevado a cabo a través de las visitas a domicilio ha sido un generador de conocimiento que llega hasta nuestros días.

De estas aportaciones destacaremos únicamente las relacionadas con el objeto de estudio, significando el vínculo entre las raíces de la profesión y la visita a domicilio, por lo que se hace imprescindible mencionar a Octavia Hill, Mary E. Richmond y Alice Salomon. También se justifica la presencia de las dos primeras autoras en este apartado, porque no es posible hablar del trabajo social de hoy en día a nivel mundial, sin hacer mención al trabajo social en las instituciones caritativas, religiosas, laicas o filantrópicas, tanto de Inglaterra como de los Estados Unidos de finales del siglo XIX. Sobre la tercera autora, por los esfuerzos en transmitir y situar el trabajo social en Europa desde una parte más académica, técnica y metodológica.

Esta etapa coincide con una época de reformas sociales, industriales, económicas, ..., que se daban sobre todo en las grandes ciudades como Chicago, por ejemplo. Se refiere a esto mismo Faucett (1961), al hacer una revisión sobre la visita a domicilio:

... residentes voluntarios que representan las artes, los oficios y los negocios se reunieron bajo el liderazgo de Jane Addams con el propósito de ayudar "en la solución de los problemas sociales e industriales que son engendrados por las condiciones modernas de la vida en una gran ciudad". Las soluciones propuestas por la señorita Addams y sus compañeros de trabajo surgieron tanto de sus visitas a las casas de las familias del vecindario, como de sus contactos en el settlement. (p. 439)

Jane Addams, a pesar de trabajar desde el modelo de los settlements, reconocía la importancia de la visita a domicilio de las familias con las que se quería

intervenir o a las que se quería ayudar, en el mismo sentido que las autoras a las que a continuación hacemos referencia:

**a) Octavia Hill:** ella fue una de las creadoras de la COS y una de las fuentes de inspiración de Mary E. Richmond sobre el trabajo que se realizaba en los domicilios. Según Reyes (2019), al escribir sobre Hill, comenta que en esa época (finales del siglo XIX), se operativizaban las visitas, porque esta era la manera en la que ella entendía que se tenía que prestar la ayuda, no con limosnas sino con la presencia en los hogares, de ahí la frase “no limosna, sino un amigo”. Según De la Red (1993), ella creía que el cambio en la situación de la persona necesitada “había que conseguirse mediante el experto empleo de la relación personal entre “el visitador amistoso” y el visitado.” (p. 47).

Hill comprendió que ayudar no solo era dar techo a quien no lo tenía, sino que por medio de las visitas sistémicas y de estrategias de investigación, como la observación participante y la escucha, lograría acercarse a la cotidianidad, siendo imprescindible entender a los sujetos a partir de sus historias y experiencias cotidianas, desarrollando un camino metodológico basado en indagaciones sociales, la comprensión de las individualidades, contextos y la definición de programas eficientes. (Bastidas Luna, V. et al., 2020, p. 219).

Esto formó parte de un proceso de aprendizaje en el que mujeres, que todavía no eran trabajadoras sociales, pusieron de manifiesto la necesidad de una formación más precisa y profesional, ya que actuaban como si lo fueran, pero sin una formación concreta.

Explica De la Red (1993), que el trabajo social de casos puso de relieve esta necesidad de formación, cuestión que denunciaron no solo Octavia Hill, sino también Charles Stewart Loch, secretario general de la COS desde 1875 a 1913 y Josephine Shaw Lowell, fundadora de la COS en Nueva York (1882) y autora del libro *Socorro Público y caridad privada* (1884). De la Red rescata este párrafo del libro.

«Hay que buscar, hasta encontrarla, la causa de la necesidad, y ocuparse de ella o dejar solos a los necesitados, porque únicamente daño puede resultar de una imprudente e ignorante interferencia».

Esto provocó que la COS instituyera para sus visitadores y trabajadores sociales un plan de formación mediante conferencias y clases. (Red Vega, 1993, p. 50-51).

Por ello, Hill se plantea comenzar con la instrucción de estas visitadoras y en 1887 se funda el primer asentamiento universitario de mujeres en Southwark, tal y como indican las autoras Bastidas Luna, V. et al. (2020).

**b) Mary Ellen Richmond:** Todo este trabajo que se realiza en los domicilios, a través de las visitas, se recoge en la obra *Friendly Visiting among the Poor. A Handbook for Charity Workers* (1899), que reúne los dos elementos que hemos comentado anteriormente: la raíz de la profesión y el objeto de estudio. En esta obra podemos observar cómo hay cuatro variables que más adelante señalaremos como las dimensiones que dan contenido y estructura a la visita a domicilio y podríamos destacar las siguientes referencias.

Lo primero que destaca Richmond en su Capítulo I, y que hemos señalado como la primera idea del discurso de Putman (1887), es la complementariedad que debe existir entre el trabajo individual que se realiza en la visita a domicilio y la intervención que debe darse en el contexto social más inmediato de las personas vulnerables:

Es imposible tratar al pobre individualmente sin afectar la condición de sus semejantes para bien o para mal, y es imposible lidiar con las condiciones sociales sin afectar las unidades que componen la sociedad. Los problemas de la pobreza deben ser atacados desde ambos lados, por lo tanto, y aunque me extenderé particularmente sobre el servicio individual en estas páginas, debemos recordar que, a menos que este servicio sea complementado por el trabajo de buenos ciudadanos, que se esforzarán por hacer de nuestras ciudades más saludable y libre de tentaciones, nuestro sistema escolar más completo y práctico, y nuestras organizaciones benéficas públicas más efectivas, a menos que esta obra pública también sea impulsada, nuestro trabajo individual en los hogares de los pobres será en gran medida en vano. (Richmond, 1899, pp. 7-8).

Por tanto, no tiene sentido el mejor de los diseños de intervención en un caso o en una familia, por muchas entrevistas o visitas a domicilio que realicemos si no se producen cambios en otros niveles del contexto a un nivel mesosistémico, exosistémico y macrosistémico, utilizando los conceptos que desarrolla Bronfenbrenner, U. (1987) en su Modelo Ecológico ochenta y ocho años después.

Tanto es así, que Richmond cree que la labor de quien visita va más allá del objetivo de la cobertura de necesidades materiales (actuación a nivel microsistémico). En ocasiones deben de actuar desde una participación más activa

en las soluciones de los problemas de la industria y de sus relaciones con el proletariado, que, al fin y al cabo, será quien puede ayudar a salir de la pobreza a muchas de las familias con las que ellos/ellas interactúan. Desde ahí realizan planteamientos tales como sindicarse o no aceptar un trabajo si éste es para realizar una sustitución de un trabajador en huelga, aunque eso suponga un beneficio económico para su familia.

También observa Richmond, en este mismo capítulo, que las visitas a domicilio eficaces precisan de tres variables ineludibles: la primera es la imposibilidad de realizar visitas sistemáticas con un gran número de familias, la segunda es la no duplicidad de funciones por diferentes instituciones y la tercera, la formación de los agentes que las realizan:

Un visitante así debe tener el coraje y el autocontrol para confiar su trabajo a unas pocas familias, porque es imposible conocer bien a muchas, comprender todas sus tentaciones y dificultades y así ayudarlas con eficacia. Proporcionar un amigo a cada familia necesitada puede parecer un ideal imposible, pero si todos los que hoy están deshaciendo el trabajo de los demás haciéndolo dos veces, y si todos los que ahora pierden su tiempo en organizaciones benéficas innecesarias, se pusieran en serio en formación, y limitaran su trabajo al tratamiento minucioso de unas pocas familias, el problema de cómo ayudar a los pobres quedaría resuelto. (Richmond, 1899, p. 14).

En el segundo capítulo realiza un planteamiento que sigue siendo aplicable a las intervenciones de hoy en día, ya que expone como se olvida por parte de los agentes sociales, la necesaria intervención con todos los elementos del sistema conyugal, cuando hay más de un miembro. En este capítulo, que ella titula "The Breadwinner" que podríamos traducir como "El cabeza de Familia" o "El sostén de la Familia", (Richmond alude a que esto suena anticuado y conservador, pero que es lo más usual en su época).

Relata, entre otras cuestiones, como agentes que realizan visitas a domicilio, llevan a cabo intervenciones en el propio hogar de la familia durante años sin llegar a conocer al que ostenta este rol de sustentador principal. Richmond escribe sobre la necesidad de relacionarse con él por motivos varios, significando el hecho de que pertenece a la familia con la que se interviene. Pero también, porque puede existir, en un momento dado, la necesidad de asesorarlo

en sus relaciones laborales, como vecino, como ciudadano y como votante. Más adelante, vuelve a este sustentador principal, desde el rol que ejerce en el hogar.

El planteamiento que realiza la autora es tratar a la familia desde una perspectiva holística, ya que es común la intervención de muchos agentes (profesionales o no) que actúan con miembros determinados de la familia, pero no con la familia al completo. La visita a domicilio nos permite esta interacción más completa.

No es raro que, por ejemplo, los miembros de una familia pobre entren en contacto con decenas de personas caritativas que representan muchas formas de actividad caritativa, y que ninguna de ellas haya considerado jamás a la familia como un todo. (Richmond, 1899, p. 45).

Pero durante todo el capítulo se muestra muy contundente con la idea de trabajar con el cabeza de familia si éste no cumple con las funciones preestablecidas que se le asignan, como el cuidado material de la familia. Cuando se realiza una visita a domicilio y se observa una imposibilidad de realizar estas funciones de aporte material, nutrición o de cuidados básicos debido a problemas de alcoholismo, propone Richmond realizar un trabajo sistemático con el hombre. El objetivo inicial será conseguir que se deshabitúe, pero si esto no es posible, propone trabajar con la mujer para redirigir el objetivo hacia la separación de la pareja, pudiendo de esta manera ayudar a una parte de la familia (mujer e hijos).

Dedica un espacio para escribir sobre las intervenciones con menores de estas visitadoras amistosas, ampliando la mirada en la información que se debe tener para el análisis exhaustivo de un caso. Comienza este análisis sobre las necesidades que deben estar cubiertas, desde un nivel de protección de los niños, de cuidado material por parte de los padres, pero también incluye el cuidado que debe de llevarse a cabo desde el ámbito sanitario y la importancia de la información del ámbito escolar. Este capítulo es fundamental en el planteamiento que se realiza en esta Tesis sobre los tres contextos a analizar teniendo en cuenta la variable común que es la visita a domicilio.

Avanza en su libro dejando entrever la importancia de no invadir los espacios privados de la casa, "cuando los niños tosen es muy sencillo preguntar por el sótano, e incluso conseguir permiso para verlo." (p. 98). De la importancia del humor para establecer una buena relación, "Un sentido del humor defectuoso en el visitante es un gran obstáculo para un trabajo exitoso: la gente pobre no ama a la gente lúgubre más que el resto de nosotros." (p. 130). Expone algunos

obstáculos que pueden darse en la visita como “El entrometerse, la falta de tacto, la impaciencia por los resultados, el descuido en el cumplimiento de compromisos y promesas, serán tan fatales aquí como en cualquier otro lugar” (p. 182).

También reconoce que “las visitas profesionales nunca pueden ser amistosas.” (p. 181), y no porque creamos que Richmond descartase la importancia del vínculo entre la familia y el profesional (que de hecho, lo desarrolla un poco más adelante y lo analizaremos con la importancia que se merece), sino porque entendía de la necesidad de profesionalizar la visitas y no invadir los espacios privados con personas que no tenían ningún tipo de formación, objetivo principal de este libro. Es decir, entendía que la caridad tenía una misión con estas visitas amistosas y que debían de contar con una mínima instrucción y, por otra parte, alentaba a que las visitas se realizaran por profesionales con formación, idea sobre la que vuelve a hablar más adelante sobre el registro y la entrevista minuciosa.

Para terminar con este análisis nos centraremos de manera específica en la persona que realiza la visita y que expone en su Capítulo XI en forma de principios: el primero, y relacionándolo con el párrafo anterior, hace referencia a la necesaria relación y vínculo que hay que establecer con la familia, “El visitante amistoso debe familiarizarse bien con todos los miembros de la familia sin tratar de forzar su confianza.” (p. 183). Escribe sobre las variables a tener en consideración para crear este vínculo como el respeto del tiempo para forjarlo, la confianza, la paciencia, ...

También llama la atención al escribir que “Hay familias tan claramente sobre visitadas que debería persuadirse a todos los que se interesen caritativamente en ellas para que las dejen en paz por un tiempo.” (p. 185).

El segundo principio que desarrolla es la envergadura que tiene “un conocimiento bastante exacto de los principales hechos de la historia familiar.” (p. 187), y no se refiere solo a lo que nos pueden contar en la visita, sino a las interacciones que se pueden realizar con los diferentes miembros de la familia y la sistematización de toda esta información.

También hace alusión al conocimiento que debemos tener sobre sus esperanzas y planes y vuelve a plantear la diferencia entre las acciones caritativas y las profesionales por la capacitación que se presupone en este último.

El tercer principio nos traslada a la prudencia en la fase de estudio del caso y el cuarto sobre la necesaria cooperación que se debe dar entre todos los agentes

implicados en la intervención de una familia. El quinto habla de la intervención más allá de conseguir la autosuficiencia de la familia y el sexto principio es un ruego para que no se desprecie a los anteriores visitantes que se acercaban a los hogares de los pobres, ruego al que nos sumamos al hacer esta Tesis y exponer las ideas de Mary E. Richmond, las cuales como se dijo al principio de este punto, deben de ser entendidas desde el espacio temporal que nos separa y desde el contexto social en el que se desarrollan.

Cuando Richmond escribe *Social Diagnosis* (1917), vuelve a describir la importancia de la primera entrevista en el domicilio entre el trabajador social y el cliente (haciendo uso del mismo término que utiliza ella), no siendo algo prescriptivo para todos los casos, sino invitando a la reflexión de cuál sería el mejor espacio para este primer encuentro, oficina o domicilio, respondiendo ella misma que dependerá de la naturaleza del origen del encuentro o de la tarea a abordar.

Para concluir este apartado, resumimos los argumentos que mantiene Richmond en el citado libro, a favor de mantener la primera entrevista en el domicilio (p. 107):

(a) Se obliga al trabajador social a entablar desde el primer momento una relación humana, aunque se corre el riesgo de fracasar.

(b) Muchas preguntas obtienen respuesta sin preguntar. Para un observador experto los objetos como las fotografías de la pared, revelan las relaciones de los miembros de la familia.

(c) Se entiende como el inicio natural de un intercambio verdadero de experiencias.

(d) Se hace más hincapié en el aspecto personal.

**c) Alice Salomon:** Sobre esta autora podemos decir siguiendo a Iradeta (2012), que perteneció a ese grupo de visitadoras profesionales que se ocupaban puramente de la cuestión social.

Sus líneas de trabajo van a estar marcadas por la denuncia de lo intolerable: la pobreza, la miseria y por otro realizar un Trabajo Social impregnado de ética social como característica. Para ella esto significaba tratar de obtener más justicia social para satisfacer las reivindicaciones de los más desfavorecidos, teniendo en cuenta sus necesidades, así como llegar a tener una influencia en la elaboración de la política social. Desplegó una gran actividad poniendo en marcha diversas instituciones: un hogar

para chicas trabajadoras, un club para chicas en el que disponían de biblioteca y en donde se impartían conferencias. (Miranda Aranda, 2005, p. 378).

Salomon, junto con "otras mujeres de clase media del movimiento feminista crearon, a principios del siglo XX, las primeras escuelas femeninas de trabajadoras sociales de Alemania." (Puhl, 2011, p. 71).

La formación que aquí se recibía se nutría de un marco referencial amplio: "economía, ciencias naturales y sociales, política nacional y mundial, dimensiones filosóficas y religiosas. Muy adelantada a su tiempo, destacó la naturaleza "habilitadora" de la enseñanza y la importancia de alentar a los estudiantes a pensar y juzgar por sí mismos." (Wieler, 1999). Pero ella pensaba que la profesión de trabajo social a través de su práctica podía aportar conocimiento propio, y una de las fuentes serían las propias visitas a domicilio, pasando poco a poco del saber de la profesión al conocimiento de la disciplina.

El desarrollo de esta disciplina y de esta nueva profesión llegó más por necesidad que por elección. Las que la practicaban, como fue el caso de Salomon, tenían un conocimiento de primera mano adquirido prácticamente por visitas domiciliarias, por el conocimiento de los múltiples problemas que afectaban a las personas, a las familias, a los grupos y a determinados segmentos de la población. (Wieler, 1997, p. 13 como se citó en Capilla Pérez y Villadóniga Gómez, 2010, p. 256).

La biografía de Salomon es especialmente importante desde una perspectiva personal y profesional, por lo que queremos mencionar algún dato desde las aportaciones extraídas de la Tesis que realiza el Doctor Wieler sobre ella, y que están publicadas en la web Jewish Women's Archive. Alice Salomon pertenecía a una familia judía en el Berlín de 1933, cuando Hitler accede al poder. Pero antes de eso, ingresó en la universidad de económicas y escribió una disertación en la que analizaba las causas de las desigualdades salariales en el trabajo entre hombres y mujeres. Este Doctorado no estuvo exento de polémica, por el hecho de defenderlo una mujer y por estar escrito desde una mirada feminista.

En 1914 publicó un artículo en el que propone un concepto de formación profesional interdisciplinar sustentada en bases científicas, critica que la lucha de las mujeres por conseguir acceder a la educación haya dejado pendientes las cuestiones sociales y plantea que, una vez



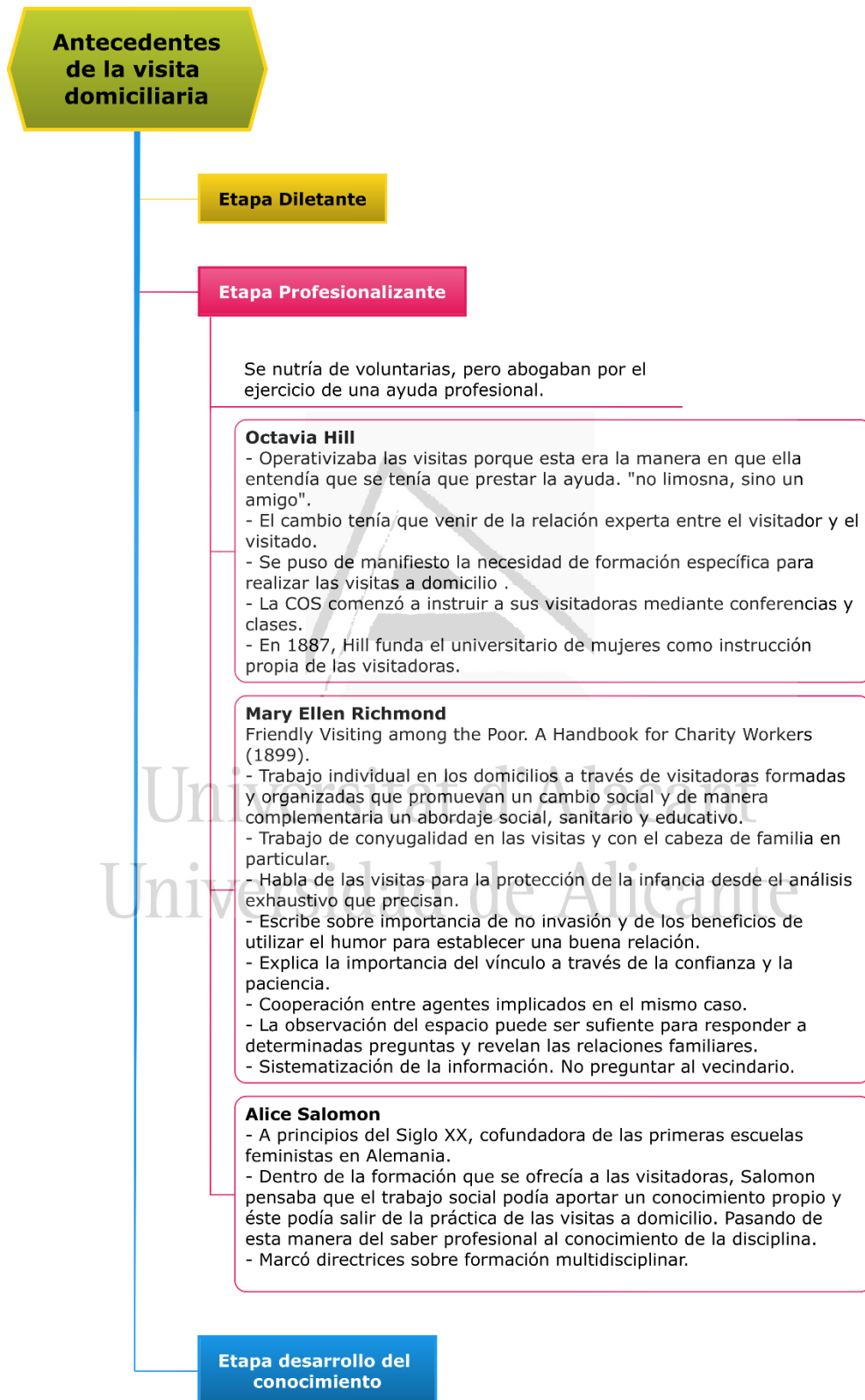
conseguido ese derecho, las mujeres con estudios deberían comprometerse en la lucha contra la miseria y poner sus conocimientos científicos al servicio de los objetivos del Trabajo Social. (Miranda Aranda, 2005, p. 381).

Fue nombrada presidenta de la Conferencia de Escuelas de Trabajo Social en Alemania (1916) y, junto con otras personas, crean la Academia Alemana para el Trabajo Social y Educativo de la Mujer (1925). "En 1929 funda lo que en la actualidad se conoce como Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW)" (Iradeta, 2012, p. 132) y fue su primera presidenta. Antes de su expulsión del territorio alemán por los nazis por su origen judío, ayudó a escapar a muchas personas judías liberándolas del destino de los campos de concentración. En 1937 tuvo que abandonar Alemania para afincarse permanentemente en Estados Unidos, consolidando en este país su esfuerzo y aportación a la enseñanza del trabajo social. Muere en Nueva York en el año 1948.

La influencia de Salomon sigue plenamente vigente en Alemania y sus directrices en cuanto a la formación multidisciplinar, la unión entre la teoría y la práctica, los vínculos con la Pedagogía y la preocupación por los asuntos internacionales se dejan notar en los planes de estudios de las diferentes Escuelas. Labonté-Roset señala que su influencia había llegado a Japón en la década de los treinta y que dicha influencia resultó decisiva en los comienzos del Trabajo Social en aquel país; sus libros y numerosos artículos fueron traducidos al japonés muy tempranamente. También influyó en otros países dada su continua presencia, prácticamente hasta su muerte, en organismos internacionales relacionados con la docencia del Trabajo Social. (Miranda Aranda, 2005, p. 388).

## Figura 2

### Esquema de la Etapa Profesionalizante como antecedente de la visita domiciliaria



### **3.- Etapa de desarrollo del conocimiento.**

Esta Etapa coincide con la descrita por De la Red (1993), siguiendo a Lima (1983) con la llamada prolongación de la Etapa Técnica o Etapa Precientífica, que podríamos situar entre los años 1930 y 1960, y el inicio de la Etapa de Profesionalización definitiva y Científica, que la situaríamos entre 1960 y 1980 aproximadamente. Ambos autores escriben sobre la tendencia que existía en esta época en trabajo social llamada "aséptica", donde los profesionales mostraron mucho interés en el desarrollo y aplicación de técnicas que aumentaban el carácter científico de la profesión, pero sin pronunciamiento ideológico, ni denuncia política.

No obstante, y aun siendo conocedores del rigor de estas publicaciones, vamos a evitar usar estos términos. El motivo es que hay autores que, por el contrario, consideran que la etapa Científica del trabajo social comienza en Estados Unidos con Jane Addams y Mary Richmond. En este sentido tampoco hay un acuerdo generalizado sobre estas etapas, ni en sus contenidos, ni en sus fechas ya que la asistencia social tuvo un desarrollo diferente según el país tal y como explica Barahona (2016).

Por su parte, Munuera (2011) y más en consonancia con lo que escribe De la Red sobre esta Etapa, considera que Richmond aplica principios científicos que hacen que aumente la calidad de la intervención, pero no habla de ella como una Etapa Científica genuina.

Afirmaba que las organizaciones de caridad formaban parte de un proyecto de caridad científica, donde debían aplicarse principios científicos en las actuaciones realizadas desde el principio, con la obtención de los datos para la elaboración de hipótesis hasta terminar con la demostración de que los resultados obtenidos eran los adecuados. Contexto que dio lugar al comienzo de un trabajo social profesional, iniciándose en ella la motivación de dar calidad científica a la intervención profesional. (Munuera Gómez, 2011, p. 10).

Con respecto a las fechas y por motivos obvios, en España su desarrollo debemos de plantearlo más tarde, De la Red (1993) llamó a esta época Avances del Trabajo Social, y la sitúa en la década de los ochenta. Considera que, en esta etapa, el factor decisivo fue el avance en el "nuevo marco de derechos y deberes para el ciudadano en un sistema político más adecuado a las realidades y necesidades sociales" (p. 76). Centrando los esfuerzos entorno a estos tres ejes:

- a) El reconocimiento de los estudios de Formación de Trabajo Social como estudios universitarios de primer ciclo.
- b) La ampliación de las funciones de los trabajadores sociales en el ámbito de la Administración Central y Local.
- c) La incorporación de trabajadores sociales a niveles de Planificación y Dirección de los Programas de Acción Social. (p. 77).

Sin embargo, sí que hay más consenso al plantear que el desarrollo del conocimiento profesional se extiende desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, donde el trabajo social extiende la influencia que tenía de la psiquiatría a la sociología y la psicología, hasta el fin de la década de los ochenta.

Concretamente y refiriéndonos a las visitas a domicilio, esta primera parte en que el trabajo social estuvo influenciado por el psicoanálisis, es visto por algunos autores como un retroceso en la práctica de las visitas. Sobre esto, Faucett (1961) piensa que "Cayó en desgracia (...) cuando el trabajo social se alineó con la psiquiatría y cambió su praxis de las tensiones ambientales del cliente a sus tensiones internas." (p. 439). También Arias (2022) realiza un recorrido sobre los orígenes y el desarrollo del trabajo social donde hace mención a la influencia de la disciplina del trabajo social por la sociología, psicología y la psiquiatría y por las ideas psicoanalíticas y de cómo esto ha influido en la práctica hasta el día de hoy.

De nuevo citamos a Faucett, porque al referirse a ese segundo momento en el que el trabajo social está más influenciado por la psicología y la sociología, expresa:

Como resultado del renovado interés de los trabajadores de casos en los fenómenos sociales, la visita domiciliaria ha reaparecido como una herramienta importante tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y se está utilizando para complementar la entrevista de la oficina. Cabe señalar que el uso casi exclusivo de la entrevista en el despacho se limitó a agencias y servicios que ofrecían asesoramiento personal y ayuda psicológica. Las visitas domiciliarias continuaron siendo un procedimiento común en muchos programas, como el cuidado infantil, la asistencia pública, el cuidado posterior de pacientes psiquiátricos y la libertad condicional. (p. 439).

Años después en la década de los sesenta, comienzan a publicarse gran cantidad de artículos vinculados con el desarrollo de la profesión, expresando el

resultado del uso de técnicas específicas y, por tanto, aumentando la cantidad literaria de esta Etapa y que, en relación con la anterior, a la que hemos llamado profesionalizante, son menores, aunque de vital relevancia para asentar esas bases científicas en la profesión.

Precisamente, Behrens y Ackerman (1956), siguiendo con la exposición del desarrollo profesional, vinculan las visitas a domicilio de los trabajadores sociales con el aporte que realizan al diagnóstico y a la terapia familiar. Curiosamente, ninguno de los dos autores eran trabajadores sociales, pero el contenido de su artículo merece ser nombrado en esta investigación, sobre todo, por la relevancia del segundo autor, Nathan W. Ackerman, dentro de la terapia familiar y por la exposición que ambos realizan de las funciones de los profesionales dentro de la visita a domicilio en el área de la salud mental infantil.

Estos autores describen como las visitas que realizaban los trabajadores sociales se consideraban un complemento de las intervenciones de psicólogos o psiquiatras, pudiendo de esta manera tener una mayor comprensión del funcionamiento de la familia. Favorece este tipo de prácticas el cambio de mirada que se produce en esta época, del estudio intrapsíquico del individuo a estudiarlo teniendo en cuenta su contexto, su entorno más próximo, su familia.

Los propios trabajadores sociales se suman a estos cambios, volvemos a la esencia de lo social, que por la influencia del psicoanálisis se había visto resentida, nos recuerda Barahona (2016), que esto fue así hasta el punto que "Se cambió el lenguaje por paciente, trastorno, terapia, inconsciente, intrapsíquico, ... la intervención se psicologiza y como consecuencia pierde posición lo social" (p. 32).

La visita se considera una herramienta adecuada por considerarla el mejor modo para observar al individuo en su grupo natural. La observación de la familia en su propio hogar es un medio por el cual se puede lograr una delimitación más rápida y precisa del entorno familiar y de las relaciones interpersonales. (Behrens y Ackerman, 1956, p. 12).

Estos autores llegan a poner incluso el ejemplo de Erik H. Erikson que, en un momento determinado, no atendía a ningún paciente sin que antes le permitiera acudir a una comida en su casa, ya que su principal Teoría fue el desarrollo psicosocial del individuo, por lo que le era preciso observar al paciente en su grupo natural.

Definen en este artículo un Plan de Observación vinculado con la visita a domicilio. Éste se iniciaba con la observación de los patrones de interacción de las

relaciones entre los cónyuges, después patrones de interacción entre todos los elementos del grupo familiar y después de la familia con su entorno, comunidad. La visita se realizaba de una manera desestructurada, informal y no se podían tomar notas, todos los miembros debían estar presente y duraba unas tres horas aproximadamente. Norris-Shortle y Cohen (1987), alertan sobre esto en palabras de Hollis: "las visitas domiciliarias pueden ser útiles bajo ciertas condiciones, pero advirtió que (...) debe considerarse cuidadosamente a la luz de las limitaciones de tiempo de los trabajadores sociales." (p. 54).

El contenido de la observación que plantean Behrens y Ackerman (1956) se redactaba al día siguiente, aun siendo conscientes de los sesgos que podían darse, pero seguían valorando esta pauta como favorable, por los logros conseguidos con su puesta en práctica.

El contenido de la observación debía recoger todas estas variables:

- Aspecto físico del hogar (orden, limpieza, olor, ...).
- Ambiente del hogar (ruidos, agradable, cálido, ...).
- Interacción conyugal.
- Interacción parental.
- Interacción filial.
- Interacción filio-parental.
- Interacción de la familia con otras personas.
- Interacción con el visitante (aceptación o exclusión, comodidad o incomodidad, ...).
- Patrones de interacción del grupo familiar.

La visita no se debía entender como una entrevista o como una terapia y, de hecho, en su investigación descartan la idea de que supusiera para la familia una intromisión. Explican la importancia de que la familia entienda la visita como una parte de la terapia, donde se necesita estudiar la interacción del niño en su entorno y con sus familiares más cercanos, y que esto diluía dudas o suspicacias sobre la misma por parte de los padres, siempre que se consiga ese entendimiento del visitante como parte del equipo terapéutico.

Poco a poco, en la década de los sesenta, la visita a domicilio volvió a tener de nuevo una relevancia importante, esta etapa es a la que Arias (2022) se refiere en España como de transición desde la práctica caritativa a la teórica y profesional y habla de cómo empiezan a surgir las primeras escuelas de trabajo social con la idea de "proporcionar formación y conocimientos teóricos a las hasta entonces

visitadoras de los pobres" (p. 160) y cómo dentro de la formación que se ofrecía, en los planes de estudios se encontraban, dentro de las áreas prácticas las visitas a domicilio. Los trabajadores sociales vuelven a utilizar la visita como parte de la metodología de intervención en los distintos programas que llevaban a cabo de una manera más sistemática, aunque como describe el autor la situación en España tuvo un desarrollo diferente al que se estaba dando en el marco internacional.

Repasaremos algunos de estos programas teniendo como guía a Faucett (1961), quién a través de un artículo que publica en la prestigiosa revista *Social Caseworker*, realiza una reevaluación de la práctica de las visitas domiciliarias durante esos años.

Explica el uso de las visitas en los programas para prevenir la delincuencia juvenil llevados a cabo en Nueva York. Se puso en marcha un seguimiento regular y sistemático de jóvenes considerados "agresivos" y que hasta el momento ni siquiera se les consideraba "tratables". Puesto que un factor que describen en el diagnóstico de estos jóvenes es la dificultad para mantener relaciones, el trabajador social a través de la visita a domicilio mantiene el vínculo con el joven y refuerza el de la familia sirviendo como modelo de identificación.

También dentro de un programa de salud materna y protección infantil, se estudiaron las ventajas de las visitas a domicilio en la intervención, considerándose como un apoyo en las nuevas experiencias que estas madres tenían dentro de las diferentes etapas de la crianza.

Estos programas tenían en común que su población pertenecía a grupos desfavorecidos socialmente y en su mayoría, vulnerables económicamente, pero también se realizaban programas en los que la población pertenecía a esa clase media, que sí que era cliente de ciertas clínicas o institutos terapéuticos, como los descritos al inicio de este punto y donde los objetivos estaban más vinculados al diagnóstico y tratamiento de salud mental. Estas intervenciones tenían por estudio las observaciones realizadas en el hogar para calificar tanto a los niños, como a la calidad de las interacciones familiares.

Las variables que se registraban de la observación de estas visitas no difieren mucho de las presentadas por Behrens y Ackerman, aunque sí que incluyen una que de alguna manera hacía evaluar la relación entre el profesional y la familia, y era el registro de los propios sentimientos y respuestas del propio trabajador social.

También incluye Faucett (1961) en la visita a domicilio, los momentos de crisis que desestabilizan el sistema familiar, tanto de los miembros convivientes, como de los que no lo son. Se refiere a los momentos en los que las personas mayores adultas requieren de una atención más continua o existe alguna incapacidad de alguno de los adultos de la familia. En ocasiones estas crisis suelen conllevar en alguno de los miembros un necesario cambio de rol, una adaptación o aceptación que, en ocasiones, al no producirse, genera o aumenta la inestabilidad del sistema. Pueden aflorar conflictos o rivalidades entre los miembros de la familia que estaban latentes y es probable que se den reacciones de culpa, hostilidad y ansiedad.

Las visitas a domicilio se realizaban con varias finalidades diferentes: valorar el servicio o recurso que demanda la familia, apoyar en la resolución de los conflictos que se han hecho patentes o proporcionar a los miembros de la familia una experiencia distinta que les ayude a crecer en este momento de estrés. Vuelve a expresar la idea, en estos servicios, de usar la visita para elaborar el diagnóstico de los patrones familiares, para conocer ante esta situación, quién puede estar utilizando mecanismos defensivos y comprender para qué. Se analizarán las fortalezas de la familia para hacer frente a esta planificación u organización en torno de la persona que requiere el cuidado y, por último, para ver cómo se organizan ante la muerte, si fuera el caso, porque esto instaurará patrones de funcionamiento relacional ante las crisis en las nuevas generaciones.

La autora otorga una importancia especial a estas visitas a domicilio cuando se dan en personas adultas mayores, ya que muchas veces la intervención del trabajador social tiene como cometido facilitar la comunicación entre la familia y la persona mayor. Esta observación sensible del profesional puede ayudar en la construcción de una planificación de la atención de una manera más sólida.

Más tarde, en la década de los setenta y de los ochenta, donde la Teoría General de los Sistemas comenzó a aplicarse al trabajo con las familias, se consolida todavía más la idea del estudio de la familia en su propio entorno, pero también el hecho de que la prestación de la ayuda puede prestarse en ese mismo medio.

Menciona la autora el trabajo de Stanton y Todd (s.f) con población con conductas adictivas donde "encontraron que la desintoxicación de un adicto era mucho más exitosa y duradera cuando se planificaba estratégicamente y se llevaba a cabo en el hogar con el apoyo de la familia." (p. 55).



En estos momentos los trabajadores sociales apuestan por un uso más estratégico de la visita que permita realizar un mejor reencuadre de la situación y movimientos de cambio a nivel familiar.

A medida que el trabajador social de mentalidad estratégica ingresa en un sistema familiar, él o ella busca formas de cambiar los comportamientos familiares que rodean y perpetúan los síntomas. La información recopilada de una evaluación del hogar se utiliza para replantear o proporcionar una explicación alternativa para el dilema actual y el papel de cada miembro de la familia. Esta nueva visión del problema puede permitir a los miembros de la familia responder a los problemas de una manera más flexible. El trabajador social ha iniciado un cambio de perspectiva. (Bloch en Norris-Shortle y Cohen, 1987, p. 55).

En relación con los miembros más reacios a acudir al despacho o sujetos involuntarios, las autoras plantean estrategias para contactar con ellos y concertar una entrevista en el domicilio, al que se acercaran para contactar personalmente y descartando cualquier tono de reproche, al contrario, acuden con la intención de solicitar la ayuda para el miembro de la familia con problemas.

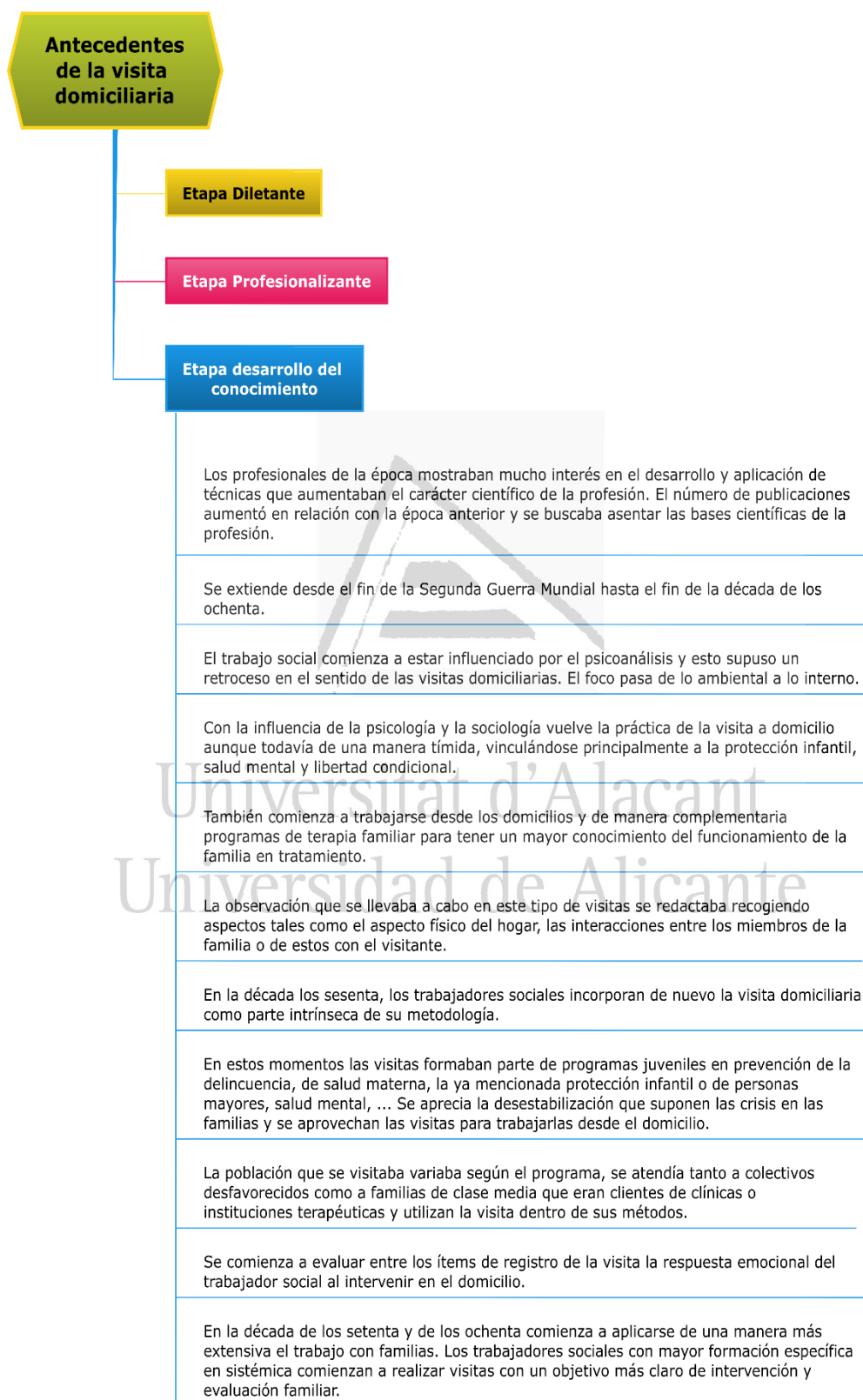
Otra de las funciones que otorgan las autoras a las visitas, es la posibilidad de realizar una connotación positiva, es decir, utilizar este acercamiento al hogar con un fin de celebración para enmarcar algún éxito de la intervención; así como por el contrario, también para poner de manifiesto algún punto de gravedad en la intervención. En estos momentos hay un cambio de rol y "representa a una autoridad que supervisa y es testigo de las actividades de la familia para definir el problema con mayor claridad" (p. 57).

A modo de resumen cerraremos este punto con las conclusiones de Norris-Shortle y Cohen (1987), por considerar que engloban gran parte de su contenido:

Los trabajadores sociales siempre han sido expertos utilizando las técnicas de intervención de las visitas domiciliarias para evaluar a la familia, llegar al cliente no voluntario e intervenir en crisis. Como iniciadores del cambio, los trabajadores sociales ahora pueden extender esta técnica de tratamiento aún más para replantear el contexto dentro del cual opera la familia, involucrar a los miembros de la familia que no están predispuestos al tratamiento y puntuar el cambio que ayuda a estabilizar un sistema familiar más saludable. (p. 58).

### Figura 3

*Esquema de la Etapa de desarrollo del conocimiento como antecedente de la visita domiciliaria*





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **Capítulo II: Estado de la cuestión.**

Como se ha mencionado al plantear el objeto de estudio no hay mucha literatura sobre la visita a domicilio escrita por trabajadores sociales que deriven de procesos de investigación. El propio Ferguson (2018), académico muy vinculado a la investigación de las visitas a domicilio en Inglaterra escribe "Aunque el hogar es el lugar más común donde se realiza el trabajo social, la investigación ha ignorado en gran medida la visita a domicilio". Posición con lo que también coinciden Saltiel y Lakey (2020):

El trabajo social ha sido descrito como un oficio invisible, y uno de sus espacios más privados e invisibles es la visita domiciliaria.

A pesar de ser una actividad central establecida desde hace mucho tiempo en el trabajo social y un sitio importante para el juicio y la toma de decisiones del trabajo social, la visita domiciliaria a menudo se ha dado por sentada, dejándola poco investigada y teorizada. (p. 37)

Se propone analizar estos artículos por ámbitos y no por conceptos motivado fundamentalmente por dos preceptos: el primero es que el propio González (2016) redacta en su Tesis los conceptos de la visita a domicilio tal y como la definieron autores y autoras de la importancia de Campanini y Luppi (1991), Quiroz (1994), Ander-Egg (1995), Hernández, Gómez y Zapata (1996), Salazar (1999), Montoya, Zapata y Cardona (2002), además de otras conceptualizaciones extraídas de blogs o páginas web (pp. 72-73), por tanto la aportación en conceptos en este punto sería redundante y no supondría ninguna aportación significativa.

Sin embargo, el segundo motivo nos lo propone el propio autor como una nueva línea de investigación al referir que su Tesis no tenía como objetivo, ni estaba diseñada para el estudio de las diferencias que puedan darse entre los contextos institucionales de servicios sociales, educación y sanidad (p. 339), y es precisamente esta comparativa la que nos parece atractiva por entender que esto sí que supondría un aportación más relevante en el estudio de las visitas a domicilio en trabajo social y desde ahí analizar si sus intervenciones son semejantes o no.

Pero antes de avanzar en este análisis por contextos, se hace preciso exponer la consideración que realiza Ferguson (2018), ya que es la principal idea sobre la que gira esta Tesis: "las visitas domiciliarias no implican simplemente una extensión de la organización, las políticas y los procedimientos del trabajo social

al ámbito doméstico, sino que el hogar constituye una esfera distinta de práctica y de experiencia por derecho propio.” (p. 65).

Por tanto, en este Capítulo vamos a intentar presentar elementos que diferencian la intervención del trabajador social a través de una visita a domicilio, de la realizada en los despachos u oficinas y vista desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación.

### **1.- Cuestiones Generales:**

Podemos adelantar determinadas variables vinculadas a las visitas a domicilio que suelen formar parte, aunque no de una manera incisiva, del contenido de la mayoría de las publicaciones sobre la materia. Abordaremos algunas de ellas desde una perspectiva de exposición, ya que han servido para la construcción de los contenidos de los instrumentos, tanto cualitativos, como cuantitativos, de la investigación de este estudio.

#### **1.1.- Diferencias entre la intervención realizada en el despacho y en el domicilio:**

La distinción, como ya hemos señalado anteriormente entre el ejercicio del trabajo social en el despacho o en la oficina, frente al que supone una visita a domicilio, se encuentra muy significado en las distintas publicaciones analizadas en esta investigación, como ejemplo, citaremos las que hacen Fernández y Ponce de León (2019) expresándose así:

La visita domiciliaria presenta algunas características distintas a la entrevista realizada en el despacho, por ello, se deben tener cuenta las siguientes consideraciones (Wasik Bant, 2000; Fernández, 2011: 133):

- Saludar y esperar que la persona invite a pasar al domicilio.
- Mantener respeto, cortesía y una distancia apropiada.
- No confundir la visita a domicilio con una visita amistosa a personas conocidas, porque es una entrevista profesional, en la que se debería mantener un tono de conversación serio, pero a la vez empático.
- Será el usuario quien guíe al profesional por la casa.
- El usuario decide el lugar de la casa que ocupará el profesional durante la visita.
- En principio se rechazará cualquier ofrecimiento de comida o bebida.
- La observación de la casa se realizará con discreción y sin que el usuario se percate de ello.

- Se facilitará la empatía y la comprensión durante la conversación. No se tomarán notas, porque la familia puede sentirse intimidada, juzgada o valorada.
- No se extenderá el tiempo de la visita, intentando que su duración sea menor que la del despacho.
- No se emitirá ningún juicio de valor sobre la casa, ni sus miembros. Se expondrán los motivos de la visita y se explicarán detalladamente
- Concluidos los objetivos de la visita, se producirá la despedida, y el profesional esperará a que la persona le indique la salida. (p. 319).

Y dentro de las distinciones, se encuentra la que dicta Toledano (2010) al considerar que el despacho nos ofrece una protección que nos resta visión:

Entrar en la casa de otro nos permite observar la situación desde un prisma diferente. Para empezar, salimos de la barrera prestigiosa y protectora del despacho y nos situamos al otro lado, el del usuario, donde permanecemos un tiempo compartiendo su espacio y su intimidad sin la coraza protectora que nos brinda la mesa y el sillón. (p. 82).

También Ferguson (2010) escribe sobre ello dando importancia a la necesidad de moverse fuera de los límites del despacho como acto crucial en el trabajo social:

Si bien los trabajadores sociales tienen que pasar una gran cantidad de tiempo sentados en sus oficinas realizando tareas administrativas, el trabajo social es, en aspectos cruciales, una vida profesional en movimiento. Si se quiere ver y trabajar con niños y adultos, la práctica diaria requiere que los trabajadores abandonen sus despachos, ... (p. 1101).

Fernández y Ponce de León (2019) ponen el acento de la diferencia en la propia información que se recoge afirmando que "La información recogida utilizando esta técnica permite verificar la situación real del caso, ya que los datos facilitados en las entrevistas del despacho, pueden diferir de los recogidos en el domicilio." (p. 318). Pero también hacen referencia a la diferencia de cómo se siente la persona usuaria en un espacio u otro: "La principal ventaja con respecto a la primera entrevista es que la persona se encuentra en su medio natural, con lo cual su tranquilidad será mayor" (p. 171).

Mara (2020) también traslada diferencias entre el despacho y el domicilio, pero ella lo hace refiriéndose a las entrevistas al manifestar que "La entrevista en contexto de visita domiciliaria adquiere una dimensión particular, una textura

diferencial. Y aquí instalamos otra discusión, pensamos en términos de entrevista en domicilio o de visita domiciliaria.” (p. 7). Campanini (2012) señala igualmente esta diferencia

... el contexto en el que se desarrolla la comunicación es un elemento fundamental para la comprensión y la decodificación de los mensajes, por lo que es evidente que la entrevista a domicilio presentará diferencias con respecto a la realizada en la oficina. (p. 198).

### **1.2.- Concertar la visita previamente: contexto profesional y ética.**

No hay un acuerdo en la literatura profesional que nos lleve a pensar en una actuación correcta o inadecuada si realizamos una visita a domicilio sin acordarla con la persona o familia. Aunque sí que existen dos variables que están presentes en todos los razonamientos: el primero hace referencia a la ética y el segundo al contexto profesional desde el que se está interviniendo.

Este tema lo abordó González (2016) en lo que él llama una tentativa de decálogo de buenas prácticas en la visita a domicilio. El autor recomienda “anticipar, avisar y acordar conjuntamente con los usuarios/familias el momento concreto de la visita y la duración estimada de la misma.” (p. 168). Se comparte desde esta investigación la importancia de estudiar esta discusión ya que no existe aval científico que nos haga pensar que el realizar una visita sin avisar, pueda formar parte de una buena o mala metodología de intervención.

Parece que hay más consenso al vincular el tema de avisar sobre la visita con el contexto de intervención o profesional.

... conocer la realidad del caso tal cual se presenta en una situación cotidiana natural no alterada. El trabajador/a social que la realiza, entiende que advertir previamente de la visita, podría dar tiempo y opción a que el/los visitado/s modifiquen el entorno doméstico y/o su propia dinámica transformándolo, adecuándose o preparándolo para enmascarar la situación supuestamente dada, o para adaptarlo a las también supuestas exigencias del/la trabajador/a social y/o del servicio, distorsionando presuntamente con ello la percepción del trabajador/a social. (p. 171-172).

Aunque, expresa su convicción de que llevarla a cabo tiene “implicaciones éticas, metodológicas, logísticas, relacionales, e incluso podrían ser hasta legales.” (p. 171).

En este mismo sentido Razeto-Pavez (2020), concluye de su estudio que los motivos por los que muchos trabajadores sociales no anunciaban la visita eran los siguientes:

Las razones que sustentarían esta práctica serían disminuir la probabilidad de rechazo de la visita por parte de las familias (que no abran la puerta o que no estén), lo que podría reflejar que los entrevistados opinan que esta no es vista como una instancia grata o constructiva por parte de las familias. También señalan que otra de las razones es evitar que las familias construyan una realidad artificial, ocultando información relevante para la comprensión del caso, especialmente sensible en casos de vulneración de derechos de los niños. (p. 14).

Y también, la mayor parte de las trabajadoras sociales que participaron en el estudio realizado por Casallas et al. (2006), recomiendan:

... hacer una visita informal, tener unos parámetros establecidos para recoger la información, no avisar la hora exacta de la visita y llegar de improviso, dar sugerencias, observar, y por último establecer el diálogo con las personas de la vivienda. (p. 39).

Sin embargo, como se expresaba al principio de este punto, la variable del contexto profesional es un determinante, y parece que en los contextos de control es donde más se extiende esta práctica, aunque repetimos que no hay acuerdo sobre el mismo.

Como nota histórica, Faucett (1961), expone un trabajo realizado en Cleveland (EE. UU.), por la trabajadora social Charlottee Henry sobre niños que presentaban problemas escolares, relata como las visitas a domicilio que realizó sin anunciar, "no despertó resentimiento en los padres y le dio al trabajador social la oportunidad de observar toda la vida familiar en acción". (p. 442).

El Consejo General de Trabajo Social en España, editó en 2012, la *BlogoTSefera*, una revista digital que recogía voces de profesionales del trabajo social que se expresaban a través de blogs libres en el espacio digital.

Entre ellas, Navarro (2016) se expresaba así, en contra de las visitas: El domicilio es, como decía más arriba, un espacio demasiado íntimo como para tomármelo tan a la ligera. Muchas veces comentamos mis compañeros y yo cómo nos sentiríamos si un trabajador social acudiese a nuestro domicilio de la forma en la que muchas veces lo hacemos: a horas intempestivas (familias con cuchara en mano), sin avisar, casi sin pedir



permiso para entrar, recorriendo la casa a toda velocidad, no quiero ni siquiera pensar en la posibilidad de abrir un frigorífico. Mi compañera conserje, que es muy rajá suele decir iyo te mandarí a la mierda! Y haría bien. (pp. 43-44).

Aunque estas críticas no son nuevas, Behrens y Ackerman en su artículo, al que ya hemos hecho referencia, publicado en 1956, al referirse a la historia de la visita domiciliaria escribían "A veces ha sido el único modo de contacto con familias en problemas; en otros ha sido criticado por constituir una transgresión de la privacidad" (p. 11). Y es que efectivamente, la visita no solo ha tenido seguidores, sino también en muchos casos detractores.

Otra de las circunstancias que no beneficiaron la práctica de las visitas a domicilio fue que,

... el trabajador social muchas veces partía de la premisa que la familia tiene cosas que ocultar, materiales, afectivas, relacionales, por ejemplo, por lo que su norte en la visita domiciliaria debía ser el descubrimiento de esa verdad, y por otro, las personas supusieron que era mejor mostrar una "otra" realidad, intentando persuadir al clínico de la urgencia de su verdad, ya fuera para la obtención de un determinado beneficio, para su evaluación como familia o simplemente para mostrar una imagen mejorada de ellos mismos. De ese modo el cliente muchas veces construyó una realidad solo para que fuera observada por la Visitadora Social. (Méndez Guzmán, 2015, p. 152).

Por último, queremos exponer la aportación que hace Molleda (2012) sobre las visitas a domicilio no concertadas, la idea del modelo panóptico y la sensación de control que crean estas visitas. Ella explica que siguiendo a varios autores el modelo panóptico sirve de torre vigía para el control del trabajador social sobre los casos que visita. Que estas familias nos perciben como una amenaza que les pone límites, pero que cuando la amenaza se marcha el límite desaparece, por lo que recomienda realizar las visitas de manera consensuada y con una cita previamente concertada.

### **1.3.- La visita a domicilio como técnica, herramienta, instrumento.**

Es preciso señalar la importancia de este punto por la diversidad de tratamientos conceptuales que recibe la visita a domicilio dentro de la literatura escrita por las propias académicas y profesionales del trabajo social, pero al igual que en otros puntos de este mismo capítulo, no se cuenta con una postura

unánime, es más, algunos llegan a referirse de una manera u otra en el mismo texto. Por citar un ejemplo, Cazorla y Fernández (2007), en cuanto a los fines del uso de la visita se refieren a ella en el mismo párrafo como *técnica* y como *herramienta*:

... llama la atención que gran parte de las definiciones revisadas centran el fin de la visita domiciliaria en la investigación diagnóstica, restando cabida a la intervención profesional o inclusive interdisciplinaria, lo que impide concebir la total riqueza de esta técnica en el campo de las Ciencias Sociales. Si bien es una herramienta de investigación clásica, no es menos cierto que la posibilidad de investigar e intervenir de manera paralela o diferida es factible en la cotidianidad y su conceptualización debe incluir esta posibilidad. (p. 75).

No obstante, estas autoras a lo largo del artículo defienden su condición de técnica y, es más, consideran que este concepto debe reservarse para el uso de la visita por parte de profesionales, ya que si se lleva a cabo por parte de personal voluntario tendría más bien la consideración de *acto*. Cuando se realiza por más profesionales y/o técnicos dentro del marco de la transdisciplinariedad resta exclusividad al trabajo social, según argumentan. (pp. 3-4).

Rodríguez (2012) al escribir sobre la importancia de la familia en el ejercicio del trabajo social y sobre la manera de llevarlo a cabo, comparte que para ello se utiliza una *estrategia* profesional de los trabajadores sociales denominada Visita Domiciliaria. Esta nueva forma amplía las denominaciones que se utilizan para referirnos a ella. Sin embargo, cuando Cazorla y Fernández (2007) hablan de estrategias, lo utilizan en el sentido de diferentes acciones que puede darse en el contexto domiciliario para llevar a cabo la intervención.

En la investigación sobre la caracterización de la visita a domicilio llevada a cabo con trabajadoras sociales en el ámbito de la salud, Casallas et al. (2006) concluyen sobre la visita que "un porcentaje de la población entrevistada no reconoce una evolución de una técnica de intervención y es vista de una manera instrumentalista, concibiéndola como una herramienta más para la elaboración de un diagnóstico." (p. 57).

Coincide Toledano (2010) desde el propio título de su artículo al proponer la visita como un instrumento de diagnóstico, de seguimiento y de aprendizaje. Aunque ella entiende que la visita nos posiciona en un lugar privilegiado para observar la realidad in situ y desde ahí realizar propuestas de cambios o reorientar

las actuaciones o medidas propuestas (esta parte estaría vinculada al seguimiento del caso). Al expresar la oportunidad de aprendizaje lo hace desde la doble vertiente: profesional y personal. En la profesional, las propias visitas te proporcionan un bagaje que no te da el aprendizaje teórico. En la personal, te acerca a la visualización y empatía de la situación objeto de la visita en la que, dentro de unos años, esa situación podría ser la de cualquier ciudadano (sus visitas están dentro del marco de personas mayores que requieren de un servicio de ayuda a domicilio).

Illescas (2016) que también define la visita como técnica, al escribir sobre los antecedentes lo hace así: "La visita domiciliaria fue una herramienta metodológica fundamental en la fase de estudio y valoración del caso." (p.28).

Esto nos puede llevar a pensar que técnica y herramienta son lo mismo, pero no, existe suficiente análisis sobre estos conceptos, que sin ser objeto de esta investigación sí que merece una explicación aclaratoria que sirva para evidenciar las diferencias existentes entre los conceptos que estamos manejando en este punto, aunque profesionales y académicos en muchas ocasiones los utilizan indistintamente.

Al realizar un repaso por los fundamentos teóricos metodológicos del trabajo social, Ávila (2017) menciona que estos están compuestos por teorías, metodologías, técnicas e instrumentos y diferencia concretamente estos dos últimos:

**Instrumentos/herramientas:** constituyen las vías tangibles y palpables que faciliten y sean un vehículo para una mejor intervención-acción a nivel micro y macrosocial, por ejemplo el diario de campo, los expedientes, manuales de procedimientos.

**Técnicas/Medios:** conjunto de procedimientos intangibles los cuales se apoyan de los instrumentos para el análisis societal integral y holístico, algunos ejemplos de estos son la observación, la visita domiciliaria y el rapport. (Ávila Cedillo, 2017, p. 1).

La propia autora califica la visita domiciliaria como técnica y además explica que "es la acción de dirigirse a un domicilio determinado con el objetivo [*sic*] conseguir información, detectar necesidades y valorar la situación de la persona/usuario" (p. 7).

González (2016) por su parte, que también se plantea esta cuestión, propone la idea de la visita como una macrotécnica por ser contenedora de otras

técnicas, y justifica su consideración de catalogarla como técnica de intervención al verificar que cumple con los criterios que diferentes autores y autoras usan para definir lo que entendemos por técnica.

#### **1.4.- Los animales en las visitas a domicilio.**

En las visitas a domicilio nos encontramos con dos tipos de animales: aquellos que podemos considerar como mascotas (mayoritariamente perros, gatos, pájaros) y, por otro lado, a aquellos que forman parte del entorno rural o de las visitas que geográficamente se realizan fuera del entorno urbano más próximo (gallinas, cabras, vacas, ..., y también perros, pero a los que se les puede atribuir además de la función de compañía, la de protección).

Cada vez son más los estudios que reportan conclusiones sobre el beneficio de los animales domésticos en las vidas cotidianas de las personas, independientemente de su ciclo vital. El convivir con mascotas hace inevitable que estas interfieran en las funciones, reglas, patrones de la propia dinámica familiar, aun cuando la convivencia sea tan solo de una persona con su mascota.

Díaz (2015) realiza un recorrido por los diferentes ciclos vitales de las familias, donde nos sugiere diferentes variables de observación para cuando realizamos las visitas a domicilio: en un joven adulto, por ejemplo, podríamos verificar si cumple una función socializadora. En una pareja joven sin hijos, analizaremos si los cuidados que le están dando nutricios, afectivos, imposición de límites o la vinculación emocional, son funcionales a manera de ensayo de lo que sería con un hijo o hija. En una visita al domicilio de una familia con hijos pequeños, podríamos observar cómo se han desarrollado las relaciones de los niños con la mascota. Con niñas escolares, se podría comprobar las responsabilidades que se les da con respecto a sus mascotas. Si los hijos son adolescentes, se podría analizar si las mascotas les están siendo de ayuda en su proceso de diferenciación. Cuando las hijas se marchan del hogar, podremos observar si esa función de cuidado se traslada a la mascota de una manera sana. En ocasiones la pareja que vuelve a reencontrarse triangula con la mascota y en los hogares de los adultos mayores, al realizar la visita se hace muy evidente como las mascotas ayudan a disminuir la sensación de abandono, soledad, contribuyen a la distracción y pueden ser una buena manera de seguir dando afecto.

El autor concluye:

Incorporar a las mascotas en nuestras evaluaciones e intervenciones sistémicas puede permitirnos considerar nuevos recursos y posibilidades

que enriquezcan nuestro trabajo con las familias. Así también, considerar a los integrantes no humanos en el estudio del sistema familiar puede permitirnos una conceptualización más compleja de la totalidad del sistema. (Díaz Videla, 2015, pp. 95).

Los trabajadores sociales que realizan valoraciones de dependencia o de cualquier otra índole, deben estar preparados no solo para ser recibidos por mascotas, sino también para realizar sus entrevistas de valoración junto a ellas. Muchas de estas mascotas están de manera continua en la misma estancia de la persona que se va a valorar. Un relato que describe esta situación aparece publicado en la anteriormente citada revista del Consejo General del Trabajo Social, Blogosfera, donde García (2012), expone la interacción que observa en una visita al domicilio de una persona dependiente y su perra "Moly":

Salgo de la vivienda pensando en la humanidad de Moly y decido encuadrarla en el apartado de cuidadores oficiales de José. Ella y otras muchas "molys" que se encuentran en los hogares de gran número de personas en situación de dependencia nos transportan al mundo de la verdadera generosidad y fidelidad en la atención. (García Álvarez, 2012).

Pero no todas las visitas son iguales, no se viven de la misma manera cuando interviene la variable animal, Ferguson (2010), nos ofrece otra visión donde nos advierte de los peligros potenciales:

Caminar por los tipos de lugares públicos típicamente desfavorecidos a los que los trabajadores sociales tienen que ir habitualmente implica tener que negociar condiciones que asaltan los sentidos: olores desagradables, poca iluminación, perros agresivos, excrementos humanos y animales, así como amenazas reales de los usuarios del servicio y/u de otros residentes. (p. 1106).

Esta realidad nos presenta dos tipos de situaciones, animales que están sueltos en las fincas, casas de campo, ..., y no nos permiten el acceso hasta la puerta de casa, y situaciones que se dan una vez que estás dentro del domicilio. Estas últimas pueden hacer difícil el mantener una entrevista de calidad por la imposibilidad de escuchar con atención a la persona que se entrevista o por sentir amenazada la integridad física.

Sobre este tipo de experiencias escribe Ferguson (2018), donde relata dificultades a las que están expuestos trabajadores sociales en las visitas a domicilio, "los perros ladran, gruñen, exigen atención u otras distracciones como

adultos" (p.69). En situaciones de maltrato "Tan pronto como el trabajador social entró en la casa, el perro estaba saltando para tratar de escapar afuera y Lisa le gritó y golpeó para intentar detenerlo." (p.69). También situando al trabajador social en situaciones de riesgo "Cuando salimos de la sala de estar por la puerta, que no tenía una puerta real, dos perros enormes saltaron desde detrás de una media puerta en la cocina. El padre llegó a casa simultáneamente y él y la Sra. Jones comentaron afectuosamente sobre los perros: diciendo lo inofensivos que eran. Esto no fue convincente." (p.73).

Tan real puede ser la incomodidad de esta situación, que Illescas (2016) propone a la hora de hacer entrevistas domiciliarias, valorar la capacidad que tiene la familia "para establecer una relación adecuada con los profesionales (pequeños detalles como controlar a las mascotas, ..." (p.38).

Pero lo cierto es que las líneas más innovadoras, sí que están a favor de tener en cuenta a los animales en nuestras intervenciones, valoraciones y propuestas, de hecho, Caravaca (2020) propone su inclusión en el informe social. Las perspectivas son varias: por una parte, porque desarrolla la idea, y coincidimos con ella, de que en un hogar donde hay maltrato hacia las personas es muy probable que se ejerza también sobre los animales y por otro lado, porque propone indicadores específicos a tener en cuenta en las evaluaciones e intervenciones del trabajador social:

Indagar sobre las responsabilidades de los miembros de la familia para/con el animal o mascota, así como considerar su estadio de evolución en el núcleo familiar. Es decir, cómo llegó al hogar, quién o quiénes se encargan de cubrir sus necesidades, qué espacios, límites y cuidados tiene, así como si alguien la agrede o amenaza (...)

También es importante no minimizar la violencia hacia los animales y conocer la legislación actual en defensa y protección de los animales en España, así como los posibles recursos de ayuda y asistencia (...)

Los/as menores que hayan presenciado agresiones o amenazas hacia sus animales o mascotas deben ser atendidos/as desde servicios especializados donde se trabajen la gestión de las emociones y la empatía que impidan que dichas escenas de agresión sean entendidas por los/as menores como algo normal. No obstante, aparte del tratamiento para los/as menores víctimas de estas situaciones, también es importante la

prevención, sobre todo mediante la educación en valores y patrones éticos de comportamiento. (...)

Lo fundamental es recordar que el informe social no sólo aporta datos, inferencias o impresiones, sino que contribuye a detectar las necesidades y a planificar la acción profesional. Por ello, una vez más, se deben tener en cuenta a los animales no humanos de la familia. (Caravaca Llamas, 2020, pp. 62-63).

Necesariamente, esta información se desprende únicamente de una visita al domicilio, ya que es muy difícil que en una entrevista realizada en el despacho se haga referencia a las mascotas.

Mucha más investigación también sitúa a los animales dentro de las terapias asistidas, pero no son objeto de esta investigación.

### **1.5.- Categorías secundarias en la visita a domicilio.**

En este último apartado intentaremos señalar aquellas categorías que también influyen en el momento de realizar la visita a domicilio y que son mencionadas en los artículos revisados, pero no hay un desarrollo extenso sobre las mismas. Podríamos interpretarlas como categorías secundarias, pero que están muy presentes e incluso pueden impedir que la visita se llegue a realizar.

De hecho, iniciamos este punto precisamente por la inaccesibilidad que en ocasiones se puede producir ante el hecho de poder acceder a la vivienda o si esto puede comportar una situación de riesgo: "las familias ya no lo reciben a uno, por la inseguridad, a veces se niegan, a veces lo reciben a uno en la puerta de la casa" (Casallas et al., 2006, p. 55).

Una etapa de preparación para una visita domiciliaria segura incluye aprender sobre la violencia en la familia, saber quién es probable que esté en el hogar y decidir si dos personas deben hacer la visita domiciliaria o si el contacto debe realizarse en un entorno neutral ... (Allen & Tracy, 2004, p. 205).

Y esta sensación se extiende también al barrio por el que se accede y por donde se transita hasta llegar al domicilio. En el estudio realizado por Razeto (2018) o en la descripción que acabamos de hacer de Ferguson (2010) sobre el acceso por la comunidad, esta dificultad aparece como una de las principales limitaciones que establecen los trabajadores sociales a la hora de realizar las visitas y que ilustraremos mejor en el punto dedicado a la dimensión del espacio.

Y aunque esta sensación de inseguridad no parece que sea el comportamiento más extendido, por lo general, en la mayoría de los artículos revisados, los autores describen la posibilidad de acceder con mayor o menor dificultad.

Pero antes de entrar en el domicilio, tenemos la posibilidad de explorar el entorno y comenzar a recoger los primeros datos como proponen Allen & Tracy (2004) "Las visitas domiciliarias brindan al profesional información clave para evaluar las fortalezas familiares en el contexto del entorno físico del vecindario y el hogar, las interacciones familiares y los recursos familiares." (p. 202).

Una vez dentro de la casa y antes de empezar la entrevista existen variables a tener en cuenta como la existencia de otras personas ajenas a la familia en el domicilio o ruidos en la vivienda que dificulten la comunicación:

Fue justamente este ámbito uno de los más dificultosos de trabajar en las visitas domiciliarias a las que se asistió, resaltando la presencia de otro familiar como incomodidad para conversar, habiendo ocasionado en algunos casos ruidos molestos. (Chamorro Montes, 2016, p. 36).

Por otro lado, y desde lo observacional, tenemos numerosos objetos que nos sirven como instrumentos de diagnóstico, objetos cotidianos que al profesional con práctica le proporciona información:

En un estilo autoritario podemos encontrar una necesidad de mantener la casa como lista para cualquier revista, con los espacios de los miembros muy definidos y limitados, con cerraduras en algunas puertas o armarios, incluso en la nevera, como forma de control. (Illescas Taboada, 2016, p. 37).

... la distribución de espacios, los muebles, la decoración y todos los enseres existentes, dan cuenta de relaciones, conversaciones, negociaciones y discusiones, entre los sujetos que viven en dicho lugar y en consecuencia las personas se comportan, viven y se recrean, dándole sentido a sus vidas. (Fierro & Salcedo, 2003, p. 156).

En estas categorías secundarias se quiere destacar también otro tema muy controvertido. Estamos haciendo referencia al hecho de revisar el contenido de la nevera, de los armarios, entrar en todas las habitaciones o sólo en las precisas, ... No se puede realizar su análisis sin tener en cuenta las dos variables a las que hacíamos referencia ante el dilema de avisar o no avisar antes de realizar la visita:



la ética y el contexto. De hecho, ha sido un punto tan discutido que inevitablemente ha sido propuesto como objeto de estudio en esta investigación.

En cuanto al uso de determinados instrumentos de diagnóstico como el genograma, cobran mayor significado al hacerlo en casa y tener la oportunidad de identificar a través de las fotografías a los sujetos.

También podemos hacer uso del ecomapa de manera conjunta con la familia y con los datos que ya tenemos del barrio por el que se ha accedido hasta llegar a la vivienda. En este gráfico se identificarán los recursos, instituciones o lugares de interés para la intervención en general. De hecho, Munuera (2011) cuando habla de la vigencia que actualmente siguen teniendo algunas de las aportaciones de Mary Richmond, señala estas precisamente:

Iniciar la labor del estudio y análisis del estudio de la familia nuclear y extensa. Contenidos desarrollados actualmente por autores de la terapia familiar sistémica. Información presentada a través del uso de técnicas como el genograma y el ecomapa. (p. 17).

Estos datos recogidos en las visitas tienen su lugar de exposición en los informes sociales, donde Munuera (2012) propone: que el genograma completo se diseñe en el informe social y dentro del apartado de "Situación actual de la familia". En cuanto a los datos extraídos del ecomapa, deben estar en la sección de Entorno Social y contener los siguientes datos:

- Tipo de barrio: equipamientos, servicios, etc.
- Relaciones sociales y vecinales, nivel de participación en su entorno (asociaciones de vecinos, APA, etc.).
- Utilización del tiempo libre, etc.
- Si procede o se ha solicitado por un profesional, se puede adjuntar un ecomapa donde se puede ver gráficamente las relaciones que se mantienen con las instituciones y familia extensa. (p. 167).

En relación con los datos sobre la vivienda que deben constar en el informe social proponer lo siguientes:

- Tipo de vivienda: piso, chalé, chabola, etc.
- Año de construcción.
- Características de la vivienda: metros cuadrados, número de habitaciones. etc.
- Régimen de tenencia: propia totalmente pagada, propia con hipoteca, alquilada, etc.

- Condiciones de habitabilidad: salubridad, agua corriente, ventilación, humedad, iluminación, etc.
- Servicios: electrodomésticos, calefacción, internet, luz, teléfono, etc.
- Condiciones de accesibilidad a la vivienda en casos de personas con discapacidad o mayores, ascensor, tipo de escaleras, rampas, barreras arquitectónicas, etc.
- Ubicación de la vivienda respecto a los recursos de la zona. (Munuera Gómez, 2012, p. 166).

Con frecuencia también se refleja en los artículos de los trabajadores sociales que en muchas ocasiones las visitas se realizan en compañía de otros profesionales. En ocasiones son profesionales del mismo contexto institucional como educadores en servicios sociales o enfermeras en sanidad. También pueden ser profesionales de otros contextos como trabajadores sociales de servicios sociales acompañando en las visitas que realizan los trabajadores sociales de educación o sanidad.

Educación: ... conviene sea realizada en compañía o presencia de otro profesional de los servicios de la red –funcionando también como testigo-. (Fernández Fernández, 2012, p.56).

Sanidad Atención Domiciliaria (AD): La Atención Sanitaria integral debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios y de trabajo social, y de igual manera debe acontecer en el caso de la AD. (Ramírez Puerta, 2005, p. 24).

La valoración social en la visita domiciliaria conjunta con el/la enfermero/a de gestión de casos del Centro de Salud, donde aportamos dicha valoración indicando si cumple criterios de inclusión/exclusión en el programa de gestión de casos. (Agulló Porras et al., 2012, p. 280).

Servicios Sociales: ... realizar la visita entre dos o tres profesionales y/o técnicos. Con ello se resta exclusividad al Trabajo Social, ya que paulatinamente es posible observar visitas desarrolladas por duplas o tríos biopsicosociales, propiciando una transdisciplinariedad en el quehacer diagnóstico y de intervención.

El continuo multidisciplinariedad – interdisciplinariedad – transdisciplinariedad, explica que el primer término se basa en una sumatoria de saberes disciplinarios con límites rígidos y sin complementariedad; a su vez el segundo concepto, apunta a una relación

entre disciplines con límites claros y funcionales; y el tercer término se refiere a una interacción con límites difusos, dando como resultado una intercomunicación altamente permeable. (Cazorla Becerra & Fernández Hornachea, 2007, pp. 4-5).

Por último, no podemos olvidar el tratamiento de la protección de datos cuando hacemos visitas a domicilio, ya que en algunos artículos se muestra la preocupación que esto tiene para los trabajadores sociales.

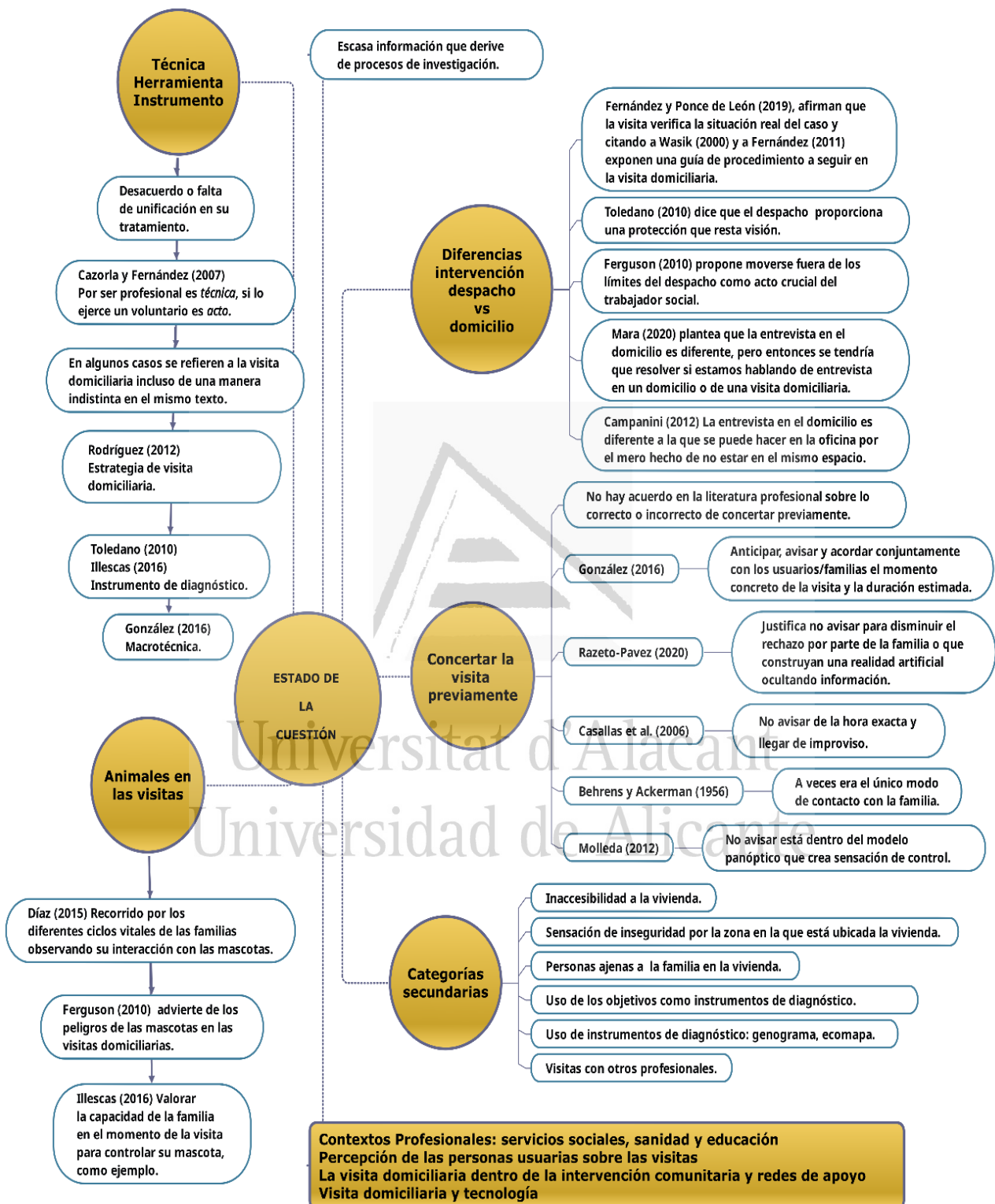
Todas estas variables se han considerado interesantes para la investigación y se estima que es necesario ampliar su información, por lo que se propone dentro de las preguntas de este estudio.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 4**

*Cuestiones generales del Estado de la Cuestión*



## **2.- Visitas a Domicilio desde Servicios Sociales:**

Para introducir el contexto de los servicios sociales en España nos serviremos del artículo de Lima, Verde y Pastor (2016), de cuyo texto queremos resaltar las siguientes ideas:

El Sistema público de servicios sociales se configura en el Estado español con la proclamación de su Constitución en 1978 tras cuarenta años de dictadura. (...) carente de un marco organizativo general, con un importante peso del sector privado religioso, ... (p.174).

La construcción del Sistema público de Servicios sociales no vino acompañada de una *Ley "General" de servicios sociales*. Serán finalmente las Comunidades Autónomas quienes desarrollen el marco legislativo y de ejecución en materia de asistencia social en sus respectivos territorios, aprobando entre 1982 y 1987, las llamadas *Leyes de primera generación de servicios sociales*. (p. 178).

La Ley 7/85, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen local, en su artículo 25.2.k, establece "la prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social". En 1988, se aprueba el Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales con el fin de garantizar las prestaciones básicas en el ámbito local. Este Plan concertado supuso la creación, de entre otros equipamientos, el de los centros sociales, sirviendo de plataforma institucional para el desarrollo de las prestaciones básicas desde diferentes niveles de atención.

Los niveles de atención de los servicios sociales se establecieron en función del territorio, la complejidad de la problemática a atender, su intensidad y la especificidad de las prestaciones. En base a estos criterios se determinó la existencia de un nivel de atención primaria y un nivel de atención secundaria que dieron lugar respectivamente a los Servicios Sociales de Atención Primaria (también llamados generales, de base, comunitarios) y los Servicios Sociales Especializados. (p. 179).

A partir de los noventa comenzaron en España a modificarse algunas de las leyes de Servicios Sociales autonómicas apareciendo las *Leyes de segunda generación*. La actualización legislativa conllevó un debate sobre la finalidad del sistema: las problemáticas de los usuarios no debían ser consideradas *sustantivas* de las personas sino situaciones *adjetivas* expresadas en un período de sus biografías. Debía abandonarse la

concepción de unos servicios sociales sectoriales dirigidos a un determinado "tipo de usuarios" (en el imaginario colectivo "pobre" y "marginal"). (p. 180).

En 2006, se publica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, cuya novedad es el reconocimiento al derecho subjetivo de las prestaciones del sistema.

En el mismo período aparece en España la tercera generación de leyes de servicios sociales, actualmente en vigor. En este caso se caracteriza, entre otras cuestiones, por su carácter normalizador; el reconocimiento del derecho subjetivo de las personas a las prestaciones en la propia elaboración de catálogos o carteras de servicios; la ampliación y consolidación de derechos y deberes de las personas usuarias; la importancia de la calidad en el sistema (entre la que figura el derecho de la persona atendida a tener un/a trabajador social como profesional de referencia en el sistema). (p. 181).

De entre estas leyes, queremos poner como ejemplo la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, por establecer en su artículo 11.e), el "facilitar la visita a domicilio cuando sea necesario", sin pronunciarnos sobre lo acertado o no que ha sido establecer la visita a domicilio, dentro del articulado de "Deberes de las personas usuarias".

También aparece como función inspectora en el artículo 131. b) Visitar el domicilio de las personas beneficiarias de prestaciones para verificar la calidad de la asistencia y la atención prestada, y poder comprobar los requisitos y las condiciones necesarias, con la solicitud previa de permiso y con el consentimiento de sus titulares. Sin embargo, ante la negativa del permiso mencionado para acceder al domicilio, el personal inspector podrá posponer la visita de inspección y, si prevalece la negativa sin causa justificada, podrá considerarse también como obstrucción a la labor inspectora.

Y es que cuando hablamos de las visitas a domicilio que se realizan desde los Servicios Sociales municipales se abre un gran espectro de líneas diferentes, difícil de abarcar en su totalidad, por lo que intentaremos recoger algunos de los artículos que los propios profesionales del trabajo social han escrito para que nos sirva de punto de partida y guía para la propia investigación.

En la búsqueda de bibliografía sobre la visita a domicilio realizada desde el contexto de los servicios sociales, observamos que la mayoría ha sido escrita desde el ámbito de protección a la infancia. Esto puede deberse en el caso de España, entre otros motivos, al mayor número de entidades asociativas en defensa de los derechos fundamentales de la infancia (521), frente a la de jóvenes (276), personas mayores (354), familia (364), bienestar personal (52) o desarrollo comunitario (317), entre otras, tal y como desvela en España el informe Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2020. (Ministerios del Interior, 2021, p. 26).

También existen otras variables que pueden apoyar esta mayor prevalencia de literatura sobre protección a la infancia, frente a otros ámbitos de los servicios sociales. Un ejemplo sería el III Informe sobre servicios sociales realizado por el Consejo General de Trabajo Social (2019). Este Informe nos muestra que la percepción que se tiene sobre la contribución que realizan los servicios sociales dentro del Pilar europeo de derechos sociales es mayoritariamente en la asistencia y apoyo a la infancia, contando con el porcentaje más elevado (68%) y encontrándose éste muy por encima del resto de marcadores. (p. 63).

Por tanto, de acuerdo con este motivo principal, para Illescas (2016) por ejemplo, realizar una visita a domicilio en el ámbito de la protección a la infancia lo considera pertinente por las siguientes razones:

La visita domiciliaria proporciona una atención adaptada e individualizada a la familia ya que permite conocer e implicar a todos sus miembros (progenitores, hijos...) en alcanzar los objetivos de la intervención, conocer el hábitat o entorno natural de la familia, observar sus rutinas, costumbres e interacciones sociales, y consensuar y proponer las actividades en las que puede colaborar la familia adaptándose a los recursos del hogar y a las características de sus miembros.

[...] nos acerca al mundo personal del niño, niña o adolescente, nos hace partícipes de su propia visión cotidiana y nos da claves para entender e interaccionar con su contexto familiar y social, orientando nuestro quehacer hacia la promoción de su bienestar y protección. (Illescas Taboada, 2016, pp. 40-41).

La autora en este artículo hace todo un recorrido por los factores que deberíamos observar y registrar en estas visitas exponiendo a modo de resumen aquellos que nos aportan datos sobre el propio hábitat (entorno, vivienda,

contexto social y económico); factores asociados a las necesidades de la infancia, factores asociados a la dinámica relacional y factores asociados a las capacidades y habilidades parentales. Estas variables las expone a modo de guía de observación, pero también como datos relevantes en el registro de un caso.

Ampliando la perspectiva a los Programas de Familia y Convivencia de los Servicios Sociales, Díaz en Fernández y Alemán (2003), hacen un análisis sobre los ámbitos de intervención del trabajo social y sobre las funciones que se tienen y se desarrollan en cada uno de ellos, escribe:

La situación socioeconómica, educativo laboral, de la vivienda y de las bases relacionales de la familia son observadas a través de entrevistas y visitas domiciliarias para poder establecer el diagnóstico en el que se determinen los problemas considerados principales jerarquizándolos e indicando las relaciones de causalidad entre los mismos para establecer las hipótesis y posibilidades de intervención. (p. 17).

Pero sin embargo Ferguson (2010), es mucho más contundente con la participación de los trabajadores sociales en los ámbitos de desprotección, afirmando que "Los trabajadores sociales han luchado por prevenir los casos de mortalidad de niños desde que la protección infantil existe. Y sus experiencias y aportaciones tanto a las puertas como dentro de los hogares han sido cruciales para los resultados." (p. 1104). Continúa aludiendo no sólo a la parte de estudio o diagnóstico del caso, sino también a la capacidad de intervención en aras de esa protección en las visitas domiciliarias. Expresa el autor que para poder llevar a cabo ese trabajo, el profesional debe "caminar en un ambiente de tensión y, a veces, de amenaza, invadida por la incertidumbre, la ansiedad, el miedo y la aventura." (p. 1106), es evidente que para Ferguson las capacidades y habilidades profesionales y personales juegan un papel preponderante en el manejo de estas situaciones.

Por otra parte, Toledano (2010) nos muestra su visión sobre la visita centrándose en el Servicio de Ayuda a Domicilio con personas mayores. Nos presenta la visita como un instrumento de diagnóstico y tratamiento, así como una forma de hacer el seguimiento del servicio y una oportunidad de aprendizaje.

Cuando la autora nombra la entrevista como una de nuestras herramientas básicas en la intervención en el hogar, expone como cuestión particular los objetivos que se dan específicamente en este tipo de visitas. A modo de resumen serían:



- Conocer *in situ* la situación real de la persona mayor que ha solicitado el servicio.
- Revisión de documentación.
- Informar y explicar cuestiones concretas como en qué consiste el servicio, sus objetivos, límites, derechos y obligaciones de las partes, ...

Todo lo que se observa en el domicilio es una fuente de información y, por lo tanto, nos muestra cuestiones pasadas o presentes de la persona y/o familia que habita esa casa, pero para poder llegar a ese nivel de comprensión, la autora apunta que se requiere práctica, habilidad, pudor y discreción.

Desde el ámbito de la diversidad funcional en los servicios sociales, Mara (2020), apuesta por las visitas aludiendo a que la construcción de respuestas generales no sirve para los casos particulares, por lo que reflexiona sobre la necesidad de conocer el contexto de los usuarios para ajustar los recursos a las demandas reales:

El sinsentido de la visita, desde dispositivos que construyen una totalidad de respuesta a la persona con discapacidad no es incongruente. La visita nos habilita a conocer otras escenas, otros tópicos en los que el sujeto despliega prácticas, pensando en trayectorias sociales mixtas, no sólo en dispositivos especializados. Se torna fundamental conocer las características urbanísticas, de accesibilidad, la red social vecinal, los recursos comunitarios, las barreras sociales y edilicias. Al fin y al cabo, la visita se inscribe en la idea de territorio. (Mara Danel, 2020, p. 8).

De una manera más genérica, Campanini (2012) propone para cuando los usuarios son los que solicitan que el trabajador social realice una visita a su domicilio, evaluar los siguientes indicadores:

- si la solicitud es para un primer contacto;
- si fue hecha directamente por el usuario o si proviene de otra persona;
- si surge de la imposibilidad del usuario de trasladarse al servicio (anciano en condiciones precarias, discapacitados, situaciones de inaccesibilidad de los servicios en relación con determinados lugares, etc.);
- cuáles son las implicaciones de la solicitud, no sólo para el usuario o para el servicio, sino para sus relaciones. (pp. 198-199).

### **3.- Visitas a Domicilio desde Sanidad:**

Es interesante comenzar este punto exponiendo la relación que la visita guarda desde sus inicios con el campo de la salud mental, tal y como ya hemos mostrado en la etapa de desarrollo del conocimiento.

Esto no es nuevo, ni originario de España, ya que como relata Colom (2010), el Doctor Cabot pone en marcha en 1903, en Estados Unidos, el programa de atención domiciliaria a pacientes, ocupando esta plaza Garnet Isabel Pelton, trabajadora social médica. Esto ocurre después de conocer el programa del Doctor Olser donde estudiantes de medicina realizaban visitas a los domicilios de sus pacientes para interesarse por las condiciones sociales en las que vivían. Expresa la autora:

El trabajo social sanitario había empezado su desarrollo imparable. A partir de este momento, los principales hospitales de Estado Unidos, entre ellos el Mount Sinai Medical Center de Nueva York y el Hospital de Bellevue, también en Nueva York, empezaron a crear plazas y departamentos con servicios de trabajo social sanitario especializado y participaban en la National Conference on Social Welfare, que se celebraba todos los años. (Colom Masfret, 2010, p. 115).

El Doctor Cabot no solo "vio la importancia de este programa de visitas a domicilio y su valor en la mejora de la eficacia de sus tratamientos" como expresa Colom, sino que también vio lo adecuado de que estas visitas se llevaran a cabo por trabajadores sociales.

Y siguiendo en Estados Unidos y vinculado a la psiquiatría, Garcés (2010), aporta más información:

En los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; este autor consideraba que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental. (Garcés Trullenque, 2010, p. 334).

Centrándonos ahora en nuestro ámbito nacional, el estudio de Banda (2017) hace referencia a las primeras escuelas de trabajo social en España, donde claramente se refleja como la visita a domicilio se asocia desde sus inicios al trabajo social, antes asistencia social, y a la salud mental:

En 1951 la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona pone en marcha la Escuela de Visitadoras Sociales por iniciativa del Dr. Ramón Sarró, en colaboración con la Sección Femenina de Falange Española y de la JONS, teniendo su sede en dicha Facultad. Más tarde adoptaría el nombre de Visitadoras Sociales Psicológicas. En 1964, cuando se reconoce oficialmente la profesión, el nombre de visitadora se asocia al de asistente social. Al ser reconocida por el Ministerio de Educación y Ciencia, en 1966, pasa a denominarse Escuela de Formación Psicosocial "Santa Teresa". Posteriormente tomaría el nombre de Escuela Superior de Asistentes Sociales (Porcel 1980, 88). (Banda Gallego, 2017, p. 143).

Esta aportación, debemos de ampliarla con las notas de Garcés (2010):

En Barcelona, el Dr. Sarró creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España dependiente de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, como influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. Es en esta Escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales. (p. 334).

Actualmente los trabajadores sociales del contexto sanitario público ejercen su labor desde distintas instituciones, derivando de ello funciones diferentes según el ámbito. De manera genérica para delimitar este contexto sanitario las dividiremos en dos: atención primaria y atención especializada.

La atención primaria se ejerce desde los centros de salud y los trabajadores sociales forman parte de sus equipos según el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Posteriormente se desarrollan los servicios a través del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, del cual queremos destacar el punto 3 de su Anexo II. Este punto establece que determinadas actividades que se lleven a cabo

en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria, podrán ejercerse en el domicilio, entre otros espacios, y alude a:

3.2 Atención familiar: Comprende la atención individual considerando el contexto familiar de los pacientes con problemas en los que se sospecha un componente familiar. Incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar. (R.D. 1030/2006, Anexo II, 3).

En relación con la atención especializada, señalaremos las vinculadas con la salud mental y el ámbito de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, por venir así recogidas en el Real Decreto y contar con la visita a domicilio como una actividad común dentro de sus funciones.

Concretamente acerca de la salud mental Garcés (2010) establece como funciones propias del trabajo social en atención directa las siguientes:

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.

El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social. (Garcés Trullenque, 2010, p. 341).

Será la visita a domicilio, la técnica escogida para realizar la valoración e intervención del paciente, de la familia y del entorno. Todo ello debe registrarse en la Historia clínica electrónica del paciente: antecedentes sociales, datos laborales, nivel educativo y socioeconómico, núcleo familiar, características de la vivienda y relación con el entorno.

**Tabla 1***Esquema de la Historia Clínica en sanidad*

VARIABLE	Información que la completa
Antecedentes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecha.</li> <li>- Motivo.</li> <li>- Prestación/recurso.</li> <li>- Situación actual.</li> <li>- Diagnóstico social.</li> </ul>
Historia Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación laboral actual.</li> <li>- Historial laboral: Ocupación, inicio y fin de la actividad.</li> <li>- Exposición a tóxicos laborales: exposición, tipo de producto, protección, edad de inicio y fin.</li> <li>- Nivel Educativo.</li> <li>- Datos Socioeconómicos: nivel de ingresos individuales, de la unidad de convivencia, número total de miembros, ingresos medios y grado de estabilidad económica.</li> </ul>
Datos Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación con el entorno: se registra si se tiene buena relación con la familia extensa, el uso de los recursos comunitarios (asociaciones culturales, vecinos o asociación de padres/madres) y si ha habido cambio de domicilio en pacientes adultos mayores.</li> <li>- Vivienda: tipo de vivienda, régimen de tenencia, número de habitaciones y de habitantes en ella. Metros de la vivienda y condiciones atendiendo a falta de higiene, barreras arquitectónicas, falta de ventilación, agua corriente, agua caliente, amenaza de ruina, electrodomésticos básicos y luz corriente.</li> </ul>

*Nota: Fuente extraída de la plataforma de registro del sistema sanitario Abucasis de la Comunidad Valenciana (2023).*

En cuanto a las funciones, aunque estas difieran dentro del ámbito sanitario según se esté designado a la atención primaria o especializada, podemos establecer una estructura dentro de las visitas, siguiendo la propuesta de Chamorro (2016), que se realizan desde el ámbito de salud por parte de las/os trabajadoras/es sociales. Esta estructura se puede dividir en tres etapas y podríamos resumirlas así:

1.- La primera sería la etapa previa, donde los contenidos más importantes serían: agendar la visita con el paciente, revisión del caso antes de realizar la visita, consentimiento informado si la visita se realiza con alguien diferente al trabajador social, instrumentos a utilizar en la entrevista (genograma y/o

ecomapa), materiales (cuaderno, lápiz, mapa, ...), vestimenta adecuada y forma de realizar el traslado al domicilio.

2.- Etapa de ejecución de la visita domiciliaria: engloba todo el tiempo que el trabajador social permanece en el domicilio. Comienza con la presentación y acomodo en la casa (normalmente comedor), continua con la exposición del motivo por el que se encuentra en el domicilio y aquí comienza un desarrollo de técnicas e instrumentos: observación, genograma, ecomapa, preguntas de protocolo y administración de alguna prueba (escala) si fuera el caso. Al final de la visita se realiza un acto de cierre, con una despedida cuya forma depende del profesional y se revisan los acuerdos a los que han llegado para continuar con la intervención. Establece una duración de 30 a 60 minutos desde la salida de la oficina, teniendo en cuenta que los traslados se realizan con unos límites entre 3 y 10 minutos.

3.- Etapa posterior a su realización: "se lleva a cabo una evaluación y reflexión de la visita realizada, obteniendo de ello; dificultades y fortalezas de la estrategia, valoración del cumplimiento del objetivo propuesto y conclusiones respecto de algún diagnóstico y/o plan de trabajo a seguir" (p. 35).

Relacionado con la Etapa de ejecución queremos profundizar en dos aspectos: el primero es sobre las escalas y el segundo sobre el registro que se realiza.

Para identificar los índices o escalas que se utilizan, nos guiaremos por lo publicado en el portal web oficial de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (2012). En este espacio digital hablan de los distintos instrumentos y del grupo de población al que se le administra.

Para los casos de violencia de género se propone el cuestionario del Apgar familiar, con el que se pretende evaluar la funcionalidad de los miembros del sistema familiar: para determinar la movilidad de las personas en sus actividades de la vida diaria utilizan la escala Barthel, para el deterioro cognitivo la escala Pfeiffer, la escala Lawton y Brody para valorar la capacidad funcional, la escala Gijón para medir el grado de satisfacción o bienestar de la persona mayor sobre su entorno, la escala de Rankin modificada para medir la capacidad funcional de una persona tras sufrir un ictus, las escalas de Cruz Roja para medir la incapacidad física o mental y el índice o escala de Katz para medir la capacidad funcional, también en las actividades de la vida diaria.

De manera general en la Guía publicada de intervención del trabajador social sanitario en atención primaria (2012), para la atención domiciliaria establece que la visita a domicilio tendrá como objetivo “valorar la situación individual y familiar, así como las condiciones de habitabilidad de la vivienda, hábitos, higiene, etc.”

De manera más concreta, en sus propios protocolos se recoge la visita a domicilio como una de las técnicas a utilizar con los siguientes objetivos: colaborar en la captación de mujeres víctimas de violencia de género, conocer y estudiar la problemática de estas mujeres, intervenir socialmente ante estas situaciones. Detectar factores de riesgo en mujeres embarazadas que pertenecen a determinados grupos vulnerables o pueden requerir apoyo. Acerca de la población inmigrante para conocer los posibles factores de riesgo y diseñar la intervención en base al diagnóstico. Para las personas mayores con el objetivo de conocer su nivel de autonomía o dependencia en las rutinas diarias y/o realizar la valoración sociofamiliar. Detectar posibles situaciones de maltrato en población de personas mayores, infancia o adolescencia. Realizar seguimiento en los casos de salud mental que se requiera y atención a la población drogodependiente o con otras conductas adictivas.

También proponen que en ocasiones estas visitas se realicen juntamente con otras profesionales para tener una valoración interdisciplinar (trabajo social con enfermería, por ejemplo) o interdepartamentales (sanidad con servicios sociales), tal y como hemos señalado en el apartado anterior al referirnos a otro tipo de variables que influyen y conforman el propio constructo de la visita a domicilio.

El segundo aspecto que queremos desarrollar dentro de esta etapa de ejecución es una acción imprescindible, para la que se hace uso de otro de los instrumentos primordiales del trabajo social y es el registro de lo tratado en la visita.

Martos et al. (2017), entienden que al no haber un instrumento normalizado, cada profesional recoge la información de una manera y atendiendo a diferentes criterios, lo que hace que el grado de subjetividad sea considerable. Esto lleva, según los autores “a algunos profesionales a ajustarse estrictamente a instrumentos específicos de recogida de datos y, a veces, a dejar de lado aspectos significativos pero susceptibles de generar distintas interpretaciones, o bien a ignorar determinados signos culturales como indicadores relevantes”. (p. 4).

Del estudio que hacen se construye una herramienta de registro dentro del trabajo social en el ámbito sanitario y que recoge los siguientes ítems:

Datos de identificación: incluir sexo y edad; si está en situación de dependencia, especificar el grado y la fecha de resolución. Añadir también datos del tutor o representante legal (caso de menores o pacientes que estén judicialmente incapacitados). Persona que nos recibe en el domicilio y número de personas presentes durante la entrevista. Programa al que asiste.

Objetivo de la visita: este es un apartado que los profesionales consideran muy importante. La visita en sí es un instrumento para nuestra profesión y no se deben hacer visitas por hacer. Otros profesionales piensan que es un derecho de la profesión entrar en el domicilio, sin tener en cuenta la privacidad de la familia. Debemos plantear la visita en función de lo que queramos observar y conseguir.

Datos del entorno: especificar la relación que tiene la persona con sus vecinos y comunidad.

Datos de la vivienda: añadir si hay internet, y también se considera importante observar el número de camas por habitaciones; en ocasiones es difícil establecer el número de personas que realmente conviven en el domicilio.

Datos de la unidad de convivencia: la relación de parentesco con los familiares que conviven.

Dinámica familiar: algunos profesionales recogen la idea de poder explicar la dinámica que el propio trabajador social observa.

Integración social: apartado señalado también como muy importante. Es necesario conocer cómo es su relación con compañeros de trabajo, si asiste a actividades de otros servicios. Observaciones.

Evaluación: este apartado dependerá del objetivo de la visita.

Responsable técnico: la sugerencia es poner directamente, trabajador/a social. (Martos et al., 2017, p. 8).

Cada uno de estos apartados cuenta con otros ítems más específicos de cada punto que hace que el registro contenga una información muy pormenorizada de la visita.

Para finalizar con este punto, no podemos perder la oportunidad de constatar la importancia de la figura del trabajo social en el ámbito sanitario. La



salud no es ausencia de enfermedad y las actuaciones en este ámbito no se circunscriben a las realizadas por el personal sanitario, olvidando la dimensión social que tiene la promoción de la salud individual, familiar o comunitaria.

#### **4.- Visitas a domicilio desde Educación:**

En cuanto al contexto educativo, podemos decir que el trabajo social escolar está vinculado a las visitas a domicilio directamente, pues su origen lo relaciona directamente. Lo explica Fernández (2011):

El Trabajo Social, en lo que posteriormente vamos a definir como el sector educativo efectivo-funcional-práctico, se puede decir que empezó a desarrollarse –de alguna forma- en Estados Unidos en torno al año 1906. Los maestros constataban la falta de conexión entre la vida familiar y escolar de sus alumnos, lo que dificultaba su tarea y consideraban necesaria un acercamiento, aproximación, conocimiento mutuo y colaboración.

Ante esta realidad y con esta perspectiva se fueron sustituyendo progresivamente a lo que inicialmente fueron “los maestros visitantes” por otros profesionales –con un perfil más específico ya que, sin esta colaboración, los objetivos educativos de los maestros eran neutralizados por las familias y el entorno social.

El sucesivo desarrollo del papel de esos otros profesionales, la ampliación de sus tareas y la práctica del Trabajo Social, también en otros países, ha permitido ir delimitando como objetivos básicos de la disciplina en este ámbito –los sectores educativos de actuación- y siempre para favorecer los procesos de enseñanza-aprendizaje de los alumnos, (...). (pp. 153-154).

En España se vincula al contexto educativo a través de dos grandes núcleos de población, el primero es la infancia en riesgo y el segundo el alumnado que presenta necesidades específicas de apoyo educativo por sus propias características personales.

... en la configuración del Sistema Educativo y específicamente de la población escolar a partir del año 70, provocó que se iniciara la incorporación de nuevos perfiles profesionales –personal no docente-, para atender las necesidades de la nueva población escolar, entre ellos los Trabajadores Sociales, pudiéndose afirmar a nivel general, que los Diplomados en Trabajo Social llegaron al Sistema Educativo, en una parte, para la protección-ayuda a la infancia y, en otra, para la población que

precisaba atención especial y/o presentaba necesidades educativas especiales. (Fernández Fernández, 2011, p.56).

Actualmente Razeto desde Chile (2018), amplía estas demandas en "inasistencia, maltrato, abandono o vulneración de derechos en general." (p. 400) y en el estudio que realiza más tarde (2020), se ofrecen los siguientes resultados porcentuales:

Una de las principales situaciones socioeducativas que motivan la realización de las visitas domiciliarias es el ausentismo escolar, con un 64% de las visitas observadas. Esta cifra está muy por encima de otras situaciones, tales como problemas familiares de violencia u otros (14%), problemas socioeconómicos (11%) o de disciplina en la sala de clases (11%). (p. 11).

En España, Puyol y Hernández (2009) circunscribieron el objeto del trabajo social desde el sistema educativo y aunque la publicación no es actual, justificamos su utilidad por cómo de una manera tan sintetizada, recoge tantos indicadores de intervención y que a la vez siguen estando completamente en vigor:

En lo que se refiere a los centros educativos, el Trabajo Social tiene un papel importante en la investigación y en la intervención preventiva y asistencial en temas como el absentismo y el fracaso educativo, la integración de inmigrantes y colectivos desfavorecidos, la detección temprana de malos tratos en el ámbito familiar, la mejora del clima de convivencia escolar, la intervención en situaciones de acoso escolar o la estimulación a la participación de los ciudadanos. (p. 99).

Dentro del ámbito de estas funciones se contempla la visita domiciliaria como una práctica común dentro de este ámbito escolar:

Es importante señalar que además de las entrevistas, una valiosa y específica herramienta del Trabajo Social es o puede ser para la intervención socio familiar la visita a domicilio que, en el marco del Sistema Educativo, adquiere un carácter concreto, con frecuencia excepcional ... (Fernández Fernández, 2011, pp. 110-111).

Los trabajadores sociales escolares son un vínculo clave entre la escuela y el hogar, ya que promueven la participación de la familia en la educación del niño y ayudan al personal escolar a comprender y

relacionarse con la diversidad de formas familiares, estilos de vida y antecedentes. (Allen & Tracy, 2004, p. 198).

Estas últimas autoras a las que acabamos de hacer referencia plantean que las visitas a domicilio pueden contribuir, entre otras cuestiones, a fomentar la participación de los padres en el contexto escolar y también como mecanismo para afrontar la diversidad escolar.

Con relación a la participación exponen:

Las visitas domiciliarias pueden ser útiles para resolver las barreras a la participación de los padres en la educación. Las barreras incluyen la falta de tiempo para asistir a reuniones o para leer materiales enviados a casa, no sentirse valorado y bienvenido en la escuela, no entender el sistema escolar y el idioma y el transporte. La capacidad del trabajador social de la escuela para escuchar las necesidades de la familia, vincular a las familias con los recursos necesarios y coordinar actividades en el entorno del hogar y la escuela contribuye a la participación de los padres. (Allen & Tracy, 2004, 200).

Y sobre la diversidad escolar:

Las visitas domiciliarias proporcionan un mecanismo para responder a la diversidad familiar de manera positiva y proactiva. (...) Las visitas domiciliarias pueden ayudar a educar al personal de la escuela sobre temas de diversidad y comunicar el trabajo de la escuela a las familias. (Allen & Tracy, 2004, pp. 200-201).

Revisando estas dos propuestas de intervención desde el contexto escolar, pareciera que la prevención sería una de las apuestas mayores de las funciones de los trabajadores sociales en este ámbito, pero sin embargo los autores plantean dudas sobre esto:

Las situaciones que dan origen a la visita suelen corresponder a problemáticas que ya están instaladas en los estudiantes y sus familias, lo que significa que la visita no se está utilizando como una estrategia de prevención social, sino de tratamiento, como respuesta tardía a un problema que está ocurriendo desde hace un tiempo y que ha generado efectos evidentes en el bienestar del estudiante y su proceso de aprendizaje, percibidos por los profesionales.

No obstante, sí que hay una propuesta que podría desarrollar un discurso más integrador ante el estudio de los motivos de las visitas a domicilio desde el

contexto escolar. La propuesta de Allen y Tracy (2004), divide las funciones de las visitas a domicilio en aquellas que se centran en el proceso, las que se centran en los recursos y las que se centran en el riesgo:

Visitas domiciliarias centradas en el proceso, que fomentan el desarrollo de características que están vinculadas a la competencia, usan estrategias para apoyar las fortalezas familiares y mejoran el entorno de aprendizaje en el hogar. Las estrategias centradas en los recursos añaden o mejoran el acceso a los recursos ambientales para “contrarrestar el riesgo” (Masten & Coatsworth). Las visitas domiciliarias con el objetivo de potenciar los recursos ambientales se enfocan en apoyar contactos familiares que amplíen sus redes sociales formales e informales, incluyendo el fortalecimiento de vínculos con la escuela. Las visitas domiciliarias centradas en el riesgo tienen como objetivo eliminar o prevenir los factores de riesgo o mejorar los efectos después de que hayan ocurrido las dificultades. Esto incluye visitas domiciliarias a familias de niños en riesgo de problemas sociales o académicos o que actualmente presentan problemas sociales o académicos. (p.198).

Los objetivos que se desprenden de la visita domiciliaria en educación los muestra Razeto (2018) en la siguiente tabla:

**Tabla 2** *Objetivos de la visita domiciliaria desde el contexto educativo*

Objetivos de la visita domiciliaria en educación

Corroborar información familiar
Observar qué está pasando en la familia
Verificar en el terreno la situación del estudiante
Contrastar realidades entre el hogar y la escuela
Conocer más en detalle o profundizar la situación familiar
Estudiar a la familia y su ambiente
Entender el hábitat o contexto del estudiante

*Nota: Tabla elaborada partiendo de Razeto Pavez (2018, p. 400).*

Sin embargo, en este contexto llama la atención la apreciación que los propios trabajadores sociales tienen de sus funciones tildándolas de difusas, a diferencia de lo que ocurre en los ámbitos de servicios sociales o sanidad, donde parece que el rol profesional está mejor delimitado. En el contexto educativo la aportación que realiza Razeto (2018) es la siguiente:

(...) hubo consenso en catalogar su rol como difuso, en tanto los desempeños esperados son poco conocidos y las funciones que asumen dependen de la cultura institucional del establecimiento educacional. (p. 401).

En cuanto a la oportunidad o fortalezas que ofrece la visita en educación destacamos las siguientes, siguiendo el estudio de esta misma autora:

- Posibilita espacios de conversación más profundos y genera vínculos afectivos y de confianza entre profesional-padres, padres-estudiante, adulto responsable-estudiante.
- Permite desahogar las opiniones y sentimientos de los padres que carecen de redes de apoyo para resolver sus problemas.
- Genera instancias de acercamientos con las familias previos a reuniones o entrevistas con otros actores de los establecimientos educacionales.
- Ayuda a favorecer los resultados educativos de los estudiantes, a través del incentivo de la asistencia a clases.

En cuanto a las limitaciones aporta las siguientes conclusiones en un estudio que realizó con posterioridad:

Son dos las principales dificultades o limitaciones que los entrevistados encontraron en la realización de visitas domiciliarias. La primera de ellas es la desconfianza que tienen las familias acerca de las intenciones del agente visitador, las cuales interpretarían como vinculadas con el control y la denuncia o con la comunicación de noticias negativas sobre el estudiante.

[...]

La segunda de las limitaciones sería la incapacidad de la visita domiciliaria así como es implementada por ellos— para poder producir cambios en familias que tienen problemáticas muy complejas y que demuestran poco compromiso con el proceso educativo del estudiante. De este modo, la coordinación con otras instituciones de apoyo, como las del

ámbito de la salud, y el trabajo intersectorial serían fundamentales para hacer frente a ese tipo de situaciones. (Razeto-Pavez, 2020, pp. 17-18).

Por último, relacionado con la confidencialidad y protección de datos, desde el ámbito escolar hay ocasiones en las que se pueden dar situaciones comprometidas tal y como exponemos a continuación:

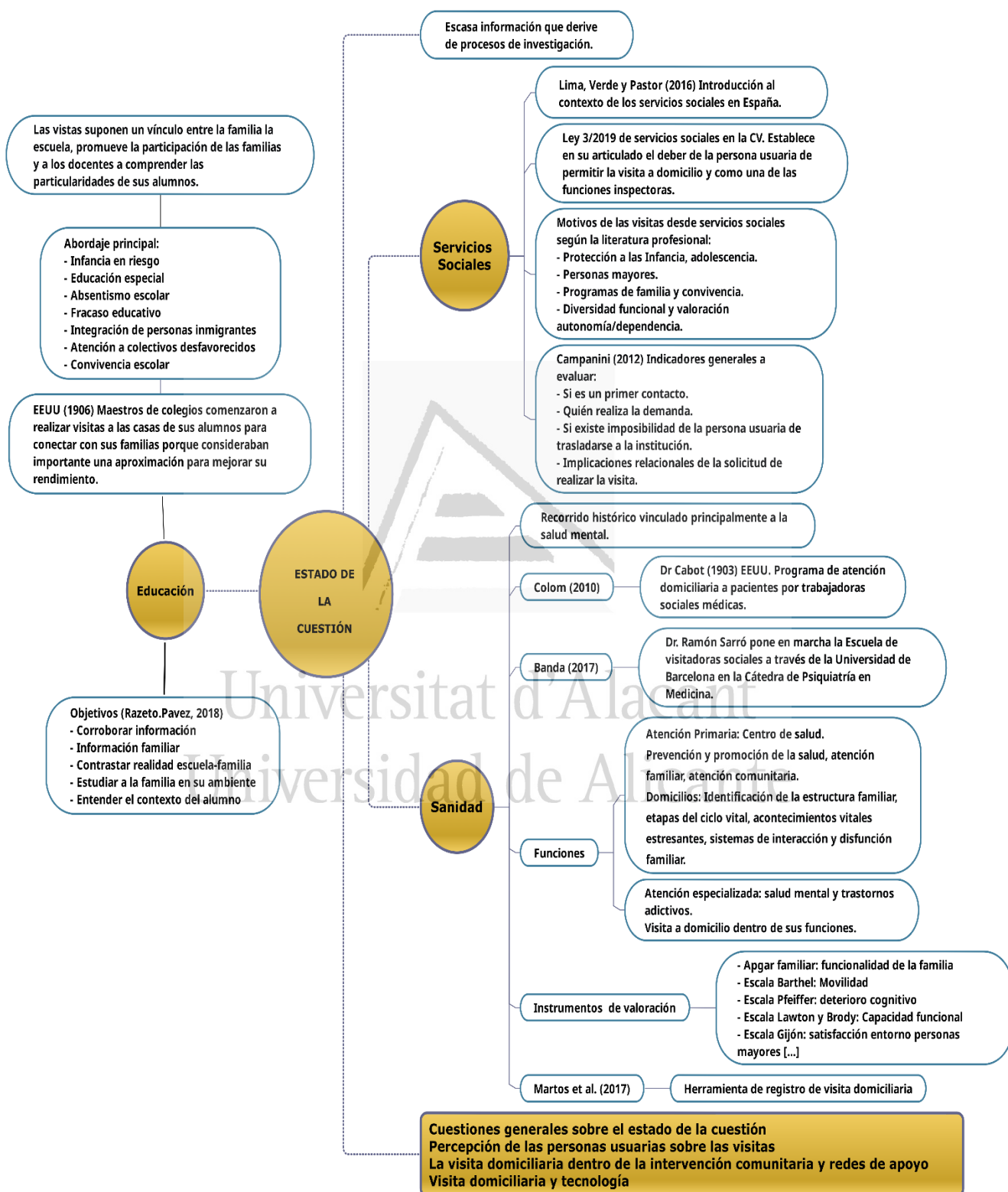
Los maestros pueden presionar al trabajador social de la escuela para obtener más información sobre la situación familiar o del hogar. Los visitantes domiciliarios pueden sentirse obligados a compartir demasiada información o información irrelevante en un esfuerzo por ser vistos como parte del equipo escolar. El visitador domiciliario debe cumplir con el Código de ética (NASW, 2000) y revelar sólo la información necesaria para ayudar al niño. El visitador del hogar necesita decidir qué compartir con quién y con qué propósito. (Allen & Tracy, 2004, p. 204).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 5**

*Visitas a domicilio desde la bibliografía de servicios sociales, sanidad y educación*



## **5.- Percepción de las personas usuarias sobre las visitas a domicilio:**

Durante estos dos Capítulos, en alguna ocasión se ha manifestado la idea de la escasa bibliografía específica que hay publicada sobre la visita a domicilio, pero de esta revisión de literatura relacionada con la profesión, con la disciplina, con la práctica e incluso con los diferentes ámbitos institucionales o profesionales, se ha podido recoger información valiosa que aporta variables interesantes al constructo y metodología de la visita a domicilio en trabajo social.

Ahora bien, sobre la percepción de las personas usuarias encontramos valoraciones que los propios profesionales realizan sobre lo que piensan, sienten o hacen las personas usuarias cuando realizamos visitas a domicilio, pero en muy pocas ocasiones desde la voz de los propios ciudadanos.

Podemos poner el ejemplo del estudio realizado por los trabajadores sociales del Instituto Canario de la Vivienda, donde recogen las impresiones de los usuarios entrevistados en sus propios domicilios y cuyo resultado final fue este:

Las personas entrevistadas, en su totalidad afirman que las trabajadoras sociales del Instituto Canario de la Vivienda de Tenerife han contribuido a mejorar su calidad de vida, en general destacan de estos profesionales, la profesionalidad, adecuada información, saber escuchar, implicación, apoyo y buen trato. (Barranco-Expósito et al., 2010, p. 109).

Y también lo que refleja el estudio realizado por Razeto (2018), donde se muestra la vulnerabilidad en la que en ocasiones se encuentran nuestros clientes:

... de acuerdo con las observaciones realizadas, en un 89% de los casos el agente visitador no portaba ni credencial ni uniforme que le permitiera a la familia identificarlo en el momento de su arribo al hogar, lo que puede tener implicaciones que debiliten la percepción de seguridad del usuario, al no poder identificar con certeza quién es la persona que ingresará al hogar. (p. 16).

Toledano (2010) presenta inicialmente una conversión de emociones ante la visita en las que hace coincidir las del profesional con las de la persona que recibe la visita:

Al acudir al hogar del otro se enfrentan -se ponen frente a frente- dos realidades bien diferentes, dos biografías personales lejanas, dos universos culturales en ocasiones distantes años-luz. En principio, y pese a que cada una de las partes tiene claro cuál es el motivo de la visita, existen ciertos momentos de incertidumbre, ciertos espacios de penumbra, que



pueden generar en ambos un estado de ansiedad y de temor ante lo desconocido nada despreciables, de expectativas que pueden llegar a ocasionar malestar físico, pues el cuerpo aumenta la segregación de adrenalina en previsión de una situación de peligro y lo pone en guardia. (p. 82).

A continuación, describe lo que ella considera que siente el usuario:

Cuando entramos en un domicilio, en principio, estamos invadiendo su intimidad, aunque sea de forma prevista, consentida y necesaria. Y eso, qué duda cabe, provoca tensión. No tenemos más que pensar en las situaciones en que nosotros mismos lo hemos vivido. Es igual que se refiera a visitas de técnicos, o del médico: un desconocido va a violar ese espacio para nosotros sagrado, aunque sea un profesional. (p. 82).

De una manera más general, podemos analizar tres estudios sobre la calidad de los servicios sociales, por tener en común la consideración de las personas usuarias y de ahí poder extraer algunas de sus percepciones.

En primer lugar, compararemos los resultados de Medina Tornero y Medina Ruiz (2011) y De la Peña (2014) por haber utilizado ambos el SERVQUAL como instrumento de medición. Uno y otro concluyen que las dimensiones más valoradas por los usuarios, con respecto a la atención recibida por los profesionales de los servicios sociales han sido: la seguridad, la confianza y la empatía.

De la Peña (2014) añade además:

Las dimensiones que mejor han sido valoradas han sido las relacionadas con las capacidades del profesional: su disposición al trabajo, su cualificación, su capacidad para inspirar confianza o cumplir los plazos, entre otras. Las peor valoradas, por su parte, han sido las ajenas a la labor del profesional, los elementos tangibles, los referidos al aspecto y las funciones del centro, y a la capacidad de respuesta, que son aquellas variables que miden la rapidez con que se realiza el servicio, o la disponibilidad de los trabajadores, entre otras. (p. 97).

En este último sentido, destaca la autora que las tareas peor calificadas son las que requieren cierta prontitud, y en ellas está la visita a domicilio: "la dimensión con una calidad percibida más baja es la relacionada con realizar las tareas con prontitud, ya sea una cita por teléfono, una visita o una entrevista." (p. 97).

En el estudio realizado por Giménez y Doménech (2012) los usuarios destacan dentro de tres dimensiones los ítems que más valoran, a saber:

Los resultados muestran que profesionales y usuarios de los Servicios Sociales de Atención Primaria, a pesar de su diferente posición, rol y experiencia en los mismos, comparten su visión acerca de las principales habilidades profesionales necesarias para el trabajo en este contexto. Las habilidades de comunicación interpersonal son claves en la construcción de una relación entre profesional y usuario satisfactoria y de calidad, en coherencia con las características de este contexto laboral, en el que la interacción interpersonal, el trato interpersonal, es el principal instrumento para la producción de los servicios. Entre estas habilidades coinciden en destacar la escucha activa, la empatía y la transmisión de la información de una forma clara, en definitiva, el buen trato del profesional respecto a la persona usuaria.

A ello se añade que los profesionales y los usuarios también concuerdan en identificar las actitudes profesionales que garantizan una buena práctica y un servicio profesional de calidad. Estas actitudes hacen referencia, por un lado, al respeto a los usuarios y a las actitudes de apoyo a los mismos; y por otro lado, señalan cómo se ha de mostrar el profesional en una buena interacción, es decir, ha de ser: accesible, cercano y flexible. [...]

Los usuarios destacan que determinadas cualidades personales contribuyen a aumentar la calidad del servicio profesional. De un modo explícito no hacen referencia a la necesidad de formación y entrenamiento profesional, aunque sí lo hacen implícitamente, cuando señalan la importancia de habilidades y actitudes para la práctica profesional o manifiestan que el profesional se muestra simultáneamente como persona y como profesional. (pp. 446-447).

Estos estudios y otros consultados, aunque significativos, tienen en cuenta la percepción de los usuarios sobre la intervención del trabajador social, sobre los servicios sociales o sobre la atención recibida en muchos supuestos, pero no en su propio domicilio a través de la visita profesional.

En la investigación de Lillo (2019b) aparecen sentimientos que expresan los usuarios ante diversas situaciones que se dan en los servicios sociales y que la autora divide en dimensiones y subdimensiones:

Primera dimensión. Enganche en el proceso de ayuda: El usuario manifiesta sentir miedo, desconfianza, inseguridad e incertidumbre, pero también esperanza.

Las personas usuarias señalan en sus narraciones la importancia del recibimiento, la acogida y el trato bueno desde el primer encuentro con el trabajador social, que se muestra cercano y cordial. Podemos destacar que las personas usuarias se sienten acompañadas y se escucha con atención su demanda, destacan la manera que tienen de mostrarse con ellos los profesionales, dicen que saben utilizar la mirada como signo de proximidad y expresan sus sentimientos adecuadamente a través del rostro y de movimientos corporales oportunos. (p. 100).

Segunda dimensión. Conexión emocional en el proceso de ayuda: perciben que aumenta su confianza, se sienten más reforzados y especiales, comprendidas, bien atendidas e involucradas en la atención.

Los discursos de los participantes destacan en esta segunda dimensión, la importancia de sentir que los profesionales les respetan y los valoran como personas, son más importantes ellos que los problemas que presentan.

Los profesionales se comportan mostrando un interés activo por la persona y por su mejoría a través de la comprensión de lo que les sucede. Además, los discursos expresan las sensaciones que reciben del profesional, explicitan cómo sienten que él o la profesional sienten lo que ellos están sintiendo. (p. 102).

Tercera dimensión. Seguridad dentro del sistema de ayuda: aluden a la sensación de sentirse bien, de sentirse ayudadas, integradas, seguras, valoradas y apreciadas.

Los participantes detectan que se les estima por los valores que tienen, sin compararle con otros y se le reconocen las cualidades, incluso las no desarrolladas y se le estimula a desarrollar las capacidades propias, reconociendo los avances que van logrando e impulsándolos para que no se contente con ser menos de lo que puede ser. Además, señalan que no hay discriminación en el trato. (p. 104).

Cuarta dimensión. sentido de compartir el propósito de la relación de ayuda (mantenimiento de la alianza de ayuda): los usuarios sienten que los profesionales intentan ponerse en su lugar y que se les presta atención.

Esta dimensión recoge las citas que evidencian la diferencia que las personas usuarias hacen entre el gesto de escucha que perciben cuando son recibidas en los primeros encuentros y cuando se construye una relación de reciprocidad positiva, donde el sentimiento de considerar al otro a través de entender sus vivencias y sincerarse, es la forma que tienen de explicitar como el profesional se interesa por ellos y reconocen sus esfuerzos por cambiar. (p. 106).

Es posible que esta percepción que tienen los usuarios en la intervención de los trabajadores sociales pueda ser interpretada de una manera general, ya que se hace alusiones a las conversaciones y emociones que se han dado en los centros de atención, pero en la propia Tesis que desarrolla esta idea también queda claro que estas impresiones se hacen extensibles a los domicilios. Se pueden encontrar expresiones por parte de los usuarios tales como: "Ella conoce mi casa, mi situación, conoce a mi hijo ..." o "... ellas mismas te dicen: "a ver cómo están los nenes, voy a pasar por casa, ..." (Lillo Beneyto, 2019b, pp. 174-175).

Se quiere destacar que ni siquiera se comparte un criterio único para referirnos a los ciudadanos que atendemos, ya que depende del contexto institucional en el que nos situemos se les nombra de una manera o de otra. Por ejemplo, la mayoría de los servicios sociales usan la expresión de *usuarios*, *beneficiarios*; en sanidad, y por extensión del cuerpo médico los trabajadores sociales utilizan la expresión de *paciente* y en educación *alumnado* o *la familia del alumnado*.

## **6.- La Visita a domicilio como instrumento de diagnóstico en la intervención comunitaria y en el establecimiento de redes.**

Realizar una visita a domicilio constituye una oportunidad para identificar las necesidades que presenta la unidad familiar e incluso como propone González (2003), una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. Pero muchas visitas a domicilio realizadas a una población determinada, en el mismo espacio geográfico, pongamos por caso un barrio y en el mismo espacio de tiempo, nos servirá de base para comenzar a realizar un diagnóstico de la comunidad en la que queremos intervenir analizando el binomio necesidades de la población y recursos de la zona.

Las intervenciones de los trabajadores sociales a nivel comunitario utilizando la visita a domicilio como estrategia son muchas. De hecho, la más básica se expresa como un objetivo mismo dentro de la propia visita.

Uno de los objetivos centrales de la visita domiciliaria es profundizar en el conocimiento de la vivienda, y como sus aspectos estructurales y de equipamiento inciden en la dinámica que constituye cada grupo observado. Junto con lo anterior, se suma el conocer el contexto, entendiéndose como aquellas instancias o lugares que rodean a la vivienda, como por ejemplo, grupos e instituciones cercanas en las cuales participa la familia y la comunidad, pues influirían en costumbres y definiciones morales de comportamiento. (Cazorla Becerra & Fernández Hornachea, 2007, p. 75)

En ocasiones la intervención es precisa porque hay conflictos entre vecinos y se solicita una mediación. Un ejemplo claro lo encontramos a través del seguimiento que se realiza después de las adjudicaciones de vivienda en el Instituto Canario de la Vivienda.

A la vista de las manifestaciones, se debe de valorar la conveniencia de intensificar la acción profesional de las trabajadoras sociales para facilitar las relaciones interpersonales y la convivencia vecinal, ya que expresan que a medida que va pasando el tiempo van surgiendo ciertos conflictos. (Barranco-Expósito et al., 2010, p. 110).

Otro tipo de intervención estaría más relacionado con el hecho de mantener, crear o reparar aquellos vínculos de las personas usuarias en la comunidad. Lo podemos comprobar en la Guía de Ética de la Intervención Domiciliaria (2011) donde se expresa dentro del conjunto de necesidades de las personas, las sociales, y lo hacen desde estas perspectivas: mantener, crear o reparar.

El ser humano es un ser relacional, un nudo de vínculos, y se construye a sí mismo en este universo de relaciones. No es un ser autista o cerrado sobre sí mismo, sino un ser abierto y constructor de comunidades. El marco de relaciones humanas es plural y también el modo de relacionarse que puede desarrollar el ser humano a lo largo de su vida. La plurirrelacionalidad es constitutiva, también, del discapacitado psíquico, aunque, evidentemente, se exprese de un modo distinto que en la persona sana.

Cuidar de un ser humano en su hogar es velar, en la medida de lo posible, por su desarrollo integral. Potenciar y favorecer determinadas

relaciones es clave para el bienestar de la persona, pero también es necesario discernir qué tipo de interacciones le alteran profundamente.

Una tarea, no siempre fácil ni gratificante, que puede desarrollar el profesional de intervención domiciliaria consiste en facilitar procesos de reconciliación, en hacer posible el reencuentro con personas y curar heridas del pasado. Este trabajo de reconstrucción de los vínculos no depende únicamente de él, pero puede indicar soluciones y caminos de resolución, lo cual puede mejorar ostensiblemente la calidad de vida social y emocional del usuario. (SARquavitae, 2011, p. 23).

También desde el ámbito educativo se realizan trabajos de intermediación de servicios y/o recursos que se llevan a cabo en los domicilios, pero con repercusiones a nivel comunitario.

La principal labor de los trabajadores sociales de escuelas es ser un puente entre la escuela y la comunidad, proveyendo servicios a los estudiantes, las familias y el staff para promover y apoyar el éxito académico y social de los estudiantes. (School Social Work Association of America (2019) citado en Razeto-Pavez, 2020, p. 5).

O de evaluación del entorno comunitario en el que se sitúa el centro escolar o el alumnado del centro escolar.

En la evaluación del entorno físico del niño, las escuelas basadas en la comunidad tienen la ventaja de ser parte del contexto comunitario de una familia. Sin embargo, los vecindarios difieren y necesitan ser evaluados. Las evaluaciones del entorno comunitario mediante visitas domiciliarias pueden ser especialmente importantes para las escuelas ubicadas a cierta distancia de los hogares de las familias. Una evaluación del vecindario de un niño considera aspectos como la seguridad, el entorno para el juego y las actividades sociales y los recursos para el apoyo social y formal. (Tracy y McDonell (1991) citado en Allen & Tracy, 2004, p. 202).

En el ámbito de la valoración de la dependencia desde el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP), se propone realizar un diagnóstico de la comunidad cuando se realiza la visita a domicilio.

La metodología de la AICP incluye como elemento imprescindible la realización de un diagnóstico comunitario en el que participen las personas adultas mayores y la comunidad a la que pertenecen. Este enfoque comunitario va de la mano con otras dos herramientas esenciales del

Modelo, tal que son la elaboración de las historias de vida y a partir de las mismas de los planes. [...]

Conocer los recursos comunitarios y trabajar en el fortalecimiento de las redes de apoyo promueve el mantenimiento de las personas dentro de su entorno ambiental, y nos referimos no solo a su domicilio, sino a su barrio, a sus afectos, a sus costumbres, a sus deseos. (Ramos-Feijóo, 2017, p. 719).

En los servicios de intervención temprana en la infancia también podemos encontrar ejemplos como el que nos muestra McWilliam (2012), donde expresa el trabajo que realizan tanto en el hogar como en la comunidad a través de la entrevista basada en rutinas, exponiendo un escenario que hace que las visitas terminen siendo un éxito o el trabajo de Gracia (2007) que él mismo resume de esta manera:

El programa, dirigido a madres jóvenes embarazadas de su primer hijo y en situación de riesgo social, moviliza además las redes sociales informales de las familias, así como los recursos formales de apoyo disponibles en la comunidad. Se trata de un programa de visitas al hogar diseñado por David Olds que persigue tres grandes metas: a) mejorar los resultados del embarazo; b) mejorar la salud y el desarrollo de los hijos y, c) mejorar el desarrollo personal de las madres. (p. 304).

Por tanto, podemos decir, que la visita a domicilio pone al servicio de la comunidad la posibilidad de realizar un diagnóstico de sus habitantes, establecer de éste los recursos que respondan a las necesidades detectadas y nos posibilita la intervención en las relaciones interpersonales de las familias que vamos a visitar, mejorando la convivencia individual, familiar y comunitaria.

### **7.- Visita a domicilio y Tecnología.**

La visita a domicilio como parte de la intervención social no está exenta de la evolución tecnológica y debemos integrar estos avances en nuestra práctica general y por supuesto, también en la visita domiciliaria.

Caravaca (2014), lo expone de la siguiente manera:

Las técnicas del Trabajo social on-line contemplarán las técnicas tradicionales consolidadas históricamente como son la observación, la entrevista, la encuesta, incluso la visita domiciliaria, junto con aplicaciones tecnológicas que puedan facilitar su empleo digital. Podemos ver que algunas de las técnicas mencionadas ya se emplean actualmente como uso

cotidiano, es decir, existen los video-chats y ya son realizadas las encuestas on-line, por lo que la aplicación al plano social conllevaría enormes potencialidades y ventajas tanto para el trabajador social con el objetivo de recopilar información, realizar diagnósticos y solucionar casos, como para el usuario que facilitaría el contacto y la relación virtual con el profesional. (p. 12).

Revisando el trabajo de Santás (2014), observamos que la propuesta de uso de la tecnología se extiende desde el simple uso del correo electrónico para facilitar la accesibilidad de comunicaciones de los usuarios con los profesionales, pasando por el uso de plataformas como Twitter para la divulgación de las actividades que se proponen dentro de una comunidad o barrio determinado, hasta la configuración específica de blogs que sirvan de canal de información. Todo ello precisa de formación por parte de los usuarios, por lo que describe el taller de "alfabetización digital" que llevaron a cabo, y en relación con las visitas a domicilio describe la siguiente acción:

6. Uso de la Tablet en las visitas domiciliarias como herramienta de registro y consulta de expedientes e información útil para el/la usuario/a que puede prestarse de manera inmediata durante la visita a domicilio. Esta experiencia se ha venido desarrollando como demostración de las utilidades que puede tener el uso de un dispositivo móvil con acceso a Internet en la mejora de una técnica propia del Trabajo Social como es la visita domiciliaria, mejorando enormemente la eficiencia de la misma. No obstante, es necesario reflejar que esta acción ha sido realizada con equipos personales del propio profesional, no institucionales. (pp. 26-27).

Aunque el uso de la tecnología debe contar con ciertas limitaciones:

... solo debemos de usarla siempre que la persona usuaria y/o cliente sea el principal beneficiario, el profesional debe velar por su uso ético. Si la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) viene fundamentada mayoritariamente por los beneficios que va a encontrar el profesional, éticamente habría que replantear esta digitalización y convocar desde la presencialidad. Los obstáculos debemos resolverlos los profesionales, no las personas con las que trabajamos. (Lillo-Beneyto & Ramírez-García, 2021, p. 188).

Estos obstáculos los podemos catalogar en dos tipos según Castillo y Méndez (2021):



En cada circunstancia hay que proponer soluciones ad hoc para superar según qué tipo de brecha digital. Para solventar la brecha de acceso existen múltiples experiencias de provisión de medios digitales (ordenadores o teléfonos inteligentes), ya sea a préstamo o a fondo perdido. A lo largo del mundo podemos encontrar experiencias relacionadas con la actuación de servicios del Estado de Bienestar para la recopilación, reciclado y provisión de medios digitales. En el caso de falta de conectividad, dependerá de las infraestructuras que existan en los lugares. No obstante, hay que procurar que las compañías proveedoras colaboren y se responsabilicen socialmente, facilitando la conexión a condiciones ventajosas a las personas con necesidades especiales. (p. 293).

Si se consiguen solventar estos obstáculos, los mismos autores consideran importante en las visitas a domicilio online, tener en consideración determinadas garantías de privacidad:

Especialmente utilizando videollamadas, es de obligado cumplimiento solicitar consentimiento informado, el cuál debe quedar recogido también en una grabación. En el caso de las visitas domiciliarias online, y siempre que los usuarios no tengan problemas de movilidad, es fundamental que estos nos muestren en la misma videollamada, al inicio, la dirección de la vivienda desde la propia videollamada, para evitar posibles fraudes. (p. 294).

Otras limitaciones que se presentan los autores ante las videoconferencias usadas como visita domiciliaria online serían:

... en determinados casos muy concretos la falta de privacidad en los espacios habitacionales de algunos usuarios/as puede ser determinante para que la intervención pueda no ser adecuada, especialmente cuando se produce con aquellos que han sufrido situaciones delicadas, como abuso o violencia. (p. 291).

.... cuando los trabajadores sociales han querido comprobar determinadas condiciones de habitabilidad han tenido dudas si se les estaba mostrando el hogar o quizás no era su hogar. (p. 291).

También debemos pensar en estos momentos en los que el teletrabajo ocupa un espacio laboral dentro de la administración pública, privada y tercer sector, qué condiciones debe reunirse para realizar las visitas a los domicilios y desde los domicilios de manera digital. Sánchez Cano (2021), nos ofrece su visión:

El trabajo desde el domicilio, de un operador social, con personas usuarias, a su vez en su propio domicilio; supone en cierta forma una alteración de los espacios íntimos. No es bueno ni malo. Es diferente, es una situación que es necesario calibrar en espacios y tiempos en todas las direcciones.

Mi propuesta, es dedicar un tiempo mínimo a anticipar como serán estas conversaciones. Hacerlo antes de entablar la relación, antes de dotarla de contenido. Regular, preguntar a la persona atendida en qué condiciones recibirá al profesional, cuando podrán seguir hablando o escribiéndose... A la vez, el profesional en su domicilio, de forma transitoria o estructural, puede definir tiempos y espacios donde se realizará la comunicación ... (p. 163).

Por último, queremos hacer alusión en este último punto a uno de los más innovadores recursos para el aprendizaje de habilidades en la visita a domicilio utilizando plataformas o medios tecnológicos que recrean el escenario multidimensional de la visita.

Wilson et al., (2013) presentan una aplicación con tecnología Second Life donde los alumnos de formación a distancia en trabajo social pueden desarrollar las habilidades y destrezas que pondrían en práctica en una visita a domicilio. Esta estrategia se implementó en cuatro etapas. La primera fue la presentación a los alumnos de la realidad virtual sobre la que tendrían que trabajar, donde un profesor les mostró el entorno tecnológico y se ejemplificó una simulación. En la segunda se les explicó el funcionamiento de la tecnología y se les ofreció la posibilidad de practicar con los avatares que les simularía a ellos como trabajador social. La tercera etapa consistió en trasladar a los alumnos qué se espera de una visita a domicilio, cuál es el procedimiento y las habilidades con las que se debe contar. A partir de aquí los estudiantes comenzaron a realizar las visitas con la aplicación y en la cuarta etapa lo que se hizo fue reportar las impresiones del uso, sugerencias de mejora, problemas relacionados con la tecnología Second Life, ...

Los resultados de los estudiantes y del profesorado en cuanto a los aprendizajes, los podemos resumir como una oportunidad de aprendizaje en el entrenamiento práctico de las visitas a domicilio en trabajo social, logró sensibilizar a los estudiantes sobre los desafíos asociados a una visita sobre todo en seguridad y manejo de prejuicios a la hora de hacer evaluaciones en el hogar.

Los estudiantes comentaron que la simulación los ayudó a comprender los tipos de habilidades necesarias para las visitas domiciliarias y que participar en la simulación los ayudó a pensar en las situaciones imprevistas que pueden ocurrir en estos entornos y cómo podrían responder. También informaron que el ejercicio de simulación los sensibilizó sobre el hecho de que pueden aprender cosas sobre los clientes en sus hogares que no serían accesibles en entornos de oficina. También afirmaron que las visitas domiciliarias pueden cambiar la naturaleza de la relación con su cliente y plantear nuevos problemas de límites que deben abordarse. (Wilson et al., 2013, p. 432).

En este sentido, consideramos también relevante exponer el trabajo de Minguela y Hernández (2021), cuyo trabajo se basa en la aplicación de la realidad virtual iSWAPP©, con el objetivo de entrenar habilidades como la observación, la escucha activa y la entrevista durante una visita domiciliaria. Se utiliza como método pedagógico de enseñanza universitaria con estudiantes de trabajo social.

iSWAPP© intenta recrear el proceso de evaluación de la dependencia de forma complementaria. Permite a los estudiantes utilizar dos técnicas de diagnóstico a través de la interacción de voz: primero, la entrevista en la que utilizan un marco para recopilar información y practicar la escucha activa, y segundo, la visita domiciliaria durante la cual realizan observaciones para obtener información. De esta manera, los estudiantes pueden asumir el rol de trabajador social y diseñar intervenciones. (Minguela Recover & Hernández Lafuente, 2021, P. 63).

Los autores explican el proceso en el que los estudiantes se sitúan en un contexto de visita a domicilio, donde a través de un visor de realidad virtual pueden situarse en la propia casa del usuario: entrada, sala de estar, cocina, ... Posteriormente se activan las narraciones del usuario a lo que el estudiante debe de contestar tanto a lo que ve, como a lo que escucha y a partir de aquí se abre un abanico de respuestas y escenarios diferentes. La aplicación graba y da la posibilidad al estudiante de repetir la situación y corregir los errores cometidos.

El objetivo consiste en superar cuatro etapas de recreación de la visita por parte del alumno a una persona dependiente: en la primera etapa el alumno se identifica para posteriormente medir su progreso y accede al caso a evaluar. En la segunda etapa se realiza el contacto inicial presentándose y explicando el motivo de la visita domiciliaria. En la tercera etapa, se realiza la entrevista y se

aplica la escala de valoración de la dependencia, para superar esta etapa deben realizar por lo menos dos preguntas relacionadas con la actividad diaria del usuario para valoración de su autonomía. Con la información recopilada, el estudiante debe "(a) seleccionar el nivel de desempeño; (b) seleccionar el tipo de apoyo personal; y (c) seleccionar la frecuencia del apoyo personal" (p. 67). "Si el alumno no ha formulado y formulado claramente una pregunta, el usuario puede responder: "No te entiendo. ¿Podrías repetir la pregunta?" Si después de este intento el error persiste, el usuario puede decir: "Sigo sin entenderte y no podemos continuar". En este punto finaliza la actividad." (p. 67). La cuarta etapa requiere que el estudiante mantenga una actitud profesional a lo largo de la entrevista. De lo contrario, el ejercicio de visita domiciliaria y la entrevista terminarán sin éxito.

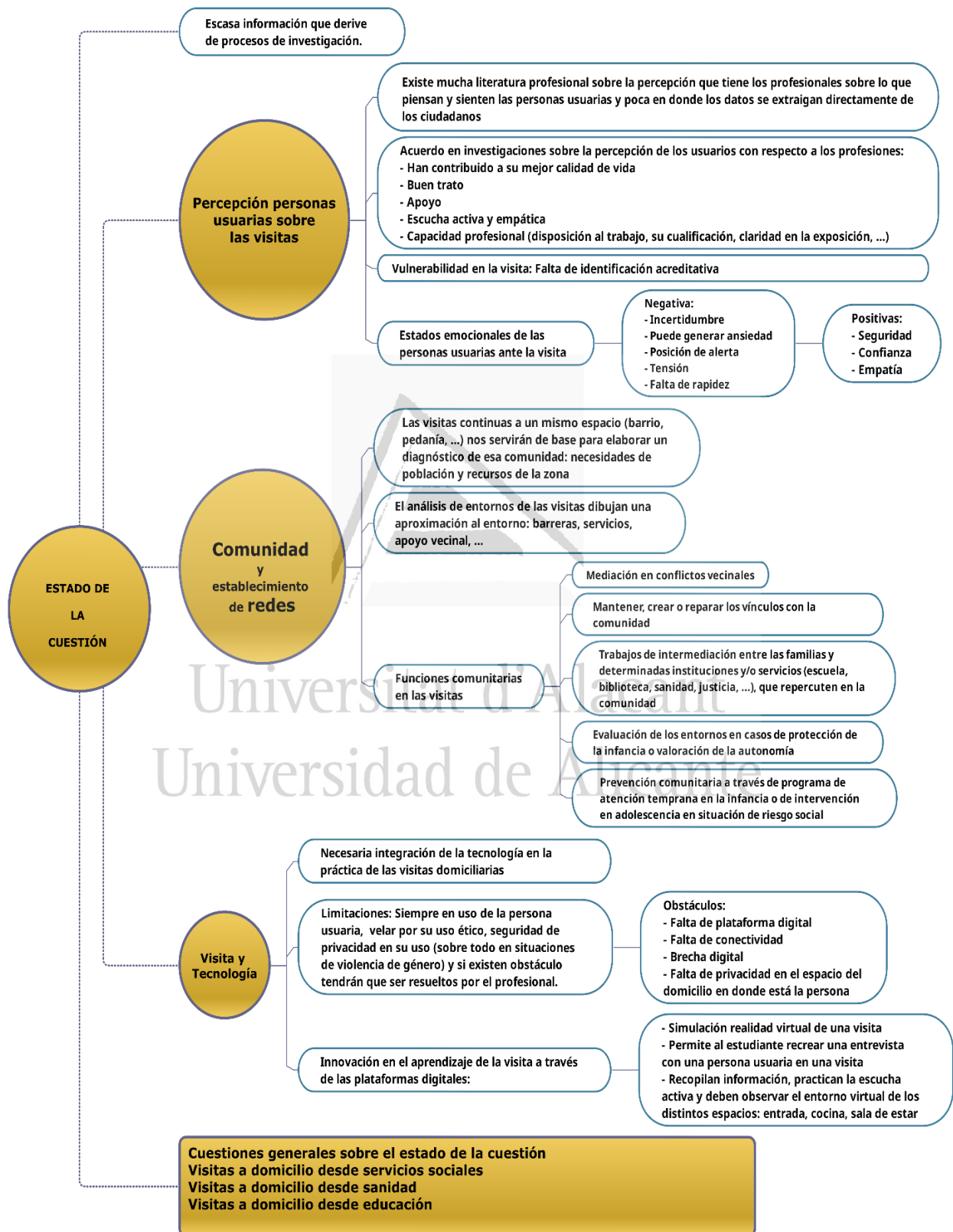
La experiencia de realidad virtual, posible gracias a iSWAPP©, permite a los estudiantes desarrollar habilidades complejas como la observación y la escucha activa, practicar técnicas de diagnóstico durante entrevistas en visitas domiciliares y aprender a redactar informes sociales. (Minguela Recover & Hernández Lafuente, 2021, p. 67).

Por tanto, la visita a domicilio debe de interpretarse también en clave digital, ya que las influencias externas al trabajo social de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) no pueden ser ajenas para el desarrollo profesional y para la planificación de la intervención social.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 6**

*Resumen de la percepción de las personas usuarias, del diagnóstico comunitario y de redes y del uso de la tecnología en la visita domiciliaria*



### Capítulo III: Marco Teórico y Conceptual.

#### 1.- Marco teórico.

Siguiendo a Poultier (2005), el trabajo social descansa sobre cuatro grandes paradigmas básicos, a saber: funcionalista, existencialista, humanista y estructuralista. Tras realizar un análisis sobre estos, el autor se distancia para establecer un paradigma más que sería transversal a todos ellos, el "paradigma heurístico". Su explicación es que el paradigma heurístico amplía el foco, o mejor dicho, no constriñe el foco de la investigación tanto como los otros paradigmas, pues se entiende que una visión más integradora aporta una mayor cantidad de variables. En el caso de esta investigación es fundamental para entender mejor nuestra propuesta sobre la visita a domicilio.

También existen modelos teóricos que siguiendo a Bruno et al. (2018), han dibujado el trabajo profesional de la intervención social y podríamos resumirlo así:

**Tabla 3**

*Modelos Teóricos en Trabajo Social*

Primera Generación	Los tradicionales: Psicodinámicos. Conductivistas.
Segunda Generación	Críticos-radicales: Potenciación. Defensa. Concientización.
Tercera Generación	Cognitivos. Sistémicos. Comunicación.
Cuarta Generación	Los de convergencia: Construccionistas. Holísticos. Complejos. Integradores. Transversales.

*Nota: Adaptación del texto de Bruno et al. (2018, p. 7)*

Escartín (2012) por su parte propone que el desarrollo de las sociedades y de las ciencias, exige "la adecuación de teorías e instrumentos metodológicos que den cuenta de la complejidad, globalización e interdependencia del mundo y los fenómenos que en él ocurren." (p. 288), alejándose del monismo metodológico. De hecho, su propuesta hace un recorrido por el paradigma hermenéutico, el pensamiento complejo, el construccionismo social y el modelo sistémico, que se ajusta al análisis de esta investigación sobre la visita a domicilio en trabajo social.

Termina incluyendo la cibernética de segundo orden desde dos funciones, la primera aporta elementos que nos ayudan a entender la realidad y la segunda función vinculada a la posibilidad de cambio. Para nuestra investigación nos será útil la primera función por su aportación de significados e interpretaciones de variables en la construcción de la visita.

Y es que el trabajo social como dice Deslauriers (2010) "navega por un mar de teorías" (p.42) por su eclecticismo teórico y ha encontrado una buena base sobre la que sustentarse en el pensamiento constructivista. Por lo que siguiendo a este autor, presentaremos primero los principios del construccionismo social y sus críticas y posteriormente se relacionarán variables clave del resto de paradigmas teóricos vinculándolas con la conceptualización de la visita domiciliaria desde el trabajo social.

### **1.1.- Construccionismo social.**

Puesto que uno de los objetivos de esta investigación es el constructo de las variables que componen la visita domiciliaria, debemos asegurarnos de comprender "cómo se genera y cómo cambia" (Cubero Pérez, 2005, p. 44). También cómo se llevará a cabo, pues como ya hemos comentado siguiendo a Salomon, la visita es fuente de conocimiento práctico y propio. Además, también es interpretable, y esto nos lleva a los supuestos de Gergen y Gergen (2011) al desarrollar el planteamiento del construccionismo social.

En esta investigación nos referiremos al construccionismo como teoría para facilitar la expresión y comprensión del texto, aunque como bien dice Ibáñez (2003), Gergen tuvo un acierto al definirlo "como un «movimiento» es decir como un conjunto de elementos teóricos en progresión, laxo, abierto y con contornos cambiantes e imprecisos, más que como una doctrina teórica fuertemente coherente y bien estabilizada." (p. 157).

Pero debemos entender que cuando hablamos del construccionismo no lo podemos hacer desde la idea de un espectro único, definido por todos al igual y por unanimidad. Esto es lo opuesto a lo que ocurre, ya que cuenta con varias corrientes, varias posturas y ha recibido críticas que más adelante expondremos.

El construccionismo nace como respuesta al paradigma clásico imperante en las Ciencias Sociales de la época de la modernidad, según Bruno et al. (2018) "como desafío del pensamiento, del conocimiento y de su construcción, recoge una amplia gama de teorías, posturas y escuelas que se caracterizan por dar al sujeto una participación amplia en la conformación del mundo social y sus

significados” y “... como algo provisional, que contempla múltiples construcciones y se forma a través de las negociaciones dentro de los límites de una comunidad.” (Popkewitz, 1998, citado en Cubero Pérez, 2005, p. 45).

Se necesitan, por tanto, nuevos enfoques que expliquen el vacío que han dejado las teorías de la modernidad a la hora de explicar la incertidumbre, el caos, lo imprevisto, lo no cuantificable. No se admiten verdades absolutas, ni irrefutables, se precisa de un prisma social más flexible, dialógico, procesual e intersubjetivo. (Palomar Villena & Suárez Soto, 2012).

Al enmarcar el construccionismo social dentro de las teorías del postmodernismo, es evidente que se deja atrás la idea de construir conceptos desde lo individual y se pasa a una construcción relacional, inclusiva y global. Se parte de diálogos abiertos y horizontales de escucha, análisis, réplica y de esta manera crear nuevos significados. Cuanto mayor consenso se tenga, más amplio será el recorrido de este constructo, geográfica y temporalmente (históricamente).

Estas construcciones las hacemos desde nuestras experiencias vividas, sentidas y reflexionadas y a través del lenguaje, aunque siempre enmarcadas dentro de una sociedad determinada y en un momento histórico concreto, pero sobre todo desde la perspectiva de las personas como agentes activos. Esto nos lleva a plantear en esta investigación una metodología participativa por parte de estos agentes que en nuestro caso serán los trabajadores sociales.

La idea de *conocer* como un proceso creativo, en el que los significados son construidos, implica una concepción de las personas como agentes activos, frente a receptores pasivos de “*inputs*” de información. (Cubero Pérez, 2005, p. 47).

La idea básica de todo esto según Gergen y Gergen (2011) es que “nosotros construimos el mundo” (p. 10). Lo hacemos a través de constructos, como el que nos ocupa en esta investigación y éstos están vinculados a una tradición cultural y se dan en un contexto determinado. La cultura también se crea y se interpreta por, y a través, de la relación entre sus propios agentes.

... lo que añade el construccionismo social es que los significados que construimos, que intercambiamos en nuestros diálogos, incorpora en su discurso las relaciones de dominación y sumisión derivados del discurso social de raza, género, etc. En definitiva, el construccionismo social, hace



del significado una actividad intersubjetiva. (Rodríguez Rodríguez, 2012, p. 183).

Esta intersubjetividad también hace que la trabajadora social elija la teoría sobre la que apoyar su práctica en base a sus propias experiencias, lo que de alguna manera le hará interpretar los constructos de la visita de una manera particular.

Como los trabajadores sociales eligen a menudo una teoría a partir de su experiencia y de manera intuitiva, se ha impuesto en trabajo social el uso de múltiples teorías. De hecho, es un conjunto de ideas y de conceptos en apariencia incoherente desde el punto de vista de la lógica, pero no de la práctica. (Deslauriers, 2010, p. 47).

Aunque lo que no tendría sentido sería volver a las ideas de la modernidad, que, como decíamos al principio, constriñe la visión para el estudio, la planificación, la intervención y la evaluación en el trabajo social.

Ideas como No Inmutabilidad, construccionismo social de la realidad, subjetividad, conflicto, identidad/alteridad, género, incertidumbre, diálogo intercultural, deben incorporarse a la agenda de los y las trabajadores sociales. (Escartín Caparrós, 2012, p. 291).

Esto nos servirá para generar conocimiento e identidad propia contando con los agentes sociales que comparten esta realidad concreta.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### 1.1.1. Críticas al construccionismo social.

El construccionismo social también ha sido objeto de diferentes críticas y podríamos agruparlas de manera general en las siguientes ideas que exponemos en la Tabla 4 según el autor y lo que postula:

**Tabla 4**

*Esquema de las críticas al construccionismo*

Bruno et al. (2018)		La mayor crítica proviene por su falta de unidad, "... dado que permite la convivencia de diferentes posturas. Sin embargo, de manera conjunta tienen un mismo propósito: demostrar la interacción social como construcción de "una realidad" y no de una verdad" (p. 4).
Pérez Rubio (2012)	Munné (1999)	Si la construcción del conocimiento se realiza por el sujeto como individuo (constructivismo) o por los sujetos interactuantes (construccionismo), explicamos el conocimiento solo a partir de los sujetos, sin tener en cuenta el "objeto" y la auto-organización que propugnan para explicar este fenómeno no llega a convencer a sus críticos.
	Hacking (2001)	El término "construcción social" entraña diversidad de definiciones, premisas y métodos asociados al uso de esta noción, lo que le otorga una gran generalidad que disminuye su poder explicativo.
	Bruno Latour (2001)	El traslado del sujeto individual como ser cognoscente a sociedad como creadora del pensamiento es una idea que refuta Latour, ya que él piensa que esto solo viene a reafirmar la idea del "cerebro en la cubeta" (Putnam, 1988).
Ibáñez (2003)		Hace referencia a las debilidades del construccionismo en cuanto a "su flexibilidad, a su carácter abierto y a su configuración como un «movimiento» más que como una doctrina teórica dotada de una fuerte coherencia interna" (p. 158). Además, la incapacidad que ha manifestado el construccionismo de involucrar a los entes políticos para desarrollar una intervención teórica y práctica que permita una nueva reformulación de una sociedad distinta alejada del modelo actual impuesto a la mayoría de los seres humanos.

*Nota: Representación gráfica de las críticas al construccionismo inspirado en el texto de Pérez Rubio (2012, pp.10-14).*

### 1.2.- Epistemología de la visita a domicilio en trabajo social.

Los elementos teóricos en progresión a los que hacíamos alusión anteriormente y que se construyen desde la apertura del construccionismo son

varios. Para responder a este marco teórico, se utilizarán los diferentes paradigmas a los que hacía referencia Escartín (2012).

### **1.2.1.- Hermenéutica.**

Si partimos de la premisa que la hermenéutica y el trabajo social tienen una relación estrecha, se podrá establecer esta relación desde el siguiente postulado: la hermenéutica teoriza sobre la interpretación de las cosas y nos ayuda a comprender las necesidades de las personas y comunidades, con las que se relaciona el trabajo social.

El trabajo social en su relación con las personas se verá implicado en determinadas experiencias como las que vive en las visitas domiciliarias y la hermenéutica puede ayudar con la interpretación de estos contextos de una manera más efectiva. Estas interpretaciones también son útiles para identificar la individuación de cada situación haciéndola única y diferente.

Como hemos citado anteriormente, los fundamentos epistemológicos en trabajo social no han tenido un criterio único para su explicación ya que ha existido una división muy delimitada que podríamos resumir, siguiendo el esquema de Moran (2003), en dos grupos diferenciados: los que se basan en elementos de índole científica y los que se basan en elementos de índole ideológica.

Entre los que opinan que el trabajo social debe fundamentarse desde postulados científicos, unos piensan en el trabajo social como ciencia, otros lo consideran una tecnología y otros un arte.

Con respecto a los postulados ideológicos en el trabajo social, según este mismo autor, no es posible ignorarlos ya que forman parte de "su propia historia, su fundamento, su naturaleza y su propia razón de ser en un contexto que ha definido de forma ineludible su crecimiento y desarrollo" (p. 90).

La hermenéutica contrapone el monismo metodológico, las explicaciones científico-matemáticas y el control único del conocimiento, pero este paradigma tampoco está unificado y tiene diversas perspectivas. Contrera (2010) entre otros, hace un recorrido mencionando las diferentes perspectivas, vinculándolas a diferentes autores: Wilhelm Dilthey desde una perspectiva no naturalista; Heinrich Rickert como representante de una hermenéutica neokantiana; Heidegger con la hermenéutica de la facticidad; Gadamer con la hermenéutica de la finitud y Paul Ricoeur que en su concepción hermenéutica considera el poder de los discursos escritos como fundamentales en sus procesos de interpretación.

De una manera más concreta, desde la práctica del trabajo social se encuentran varias claves que nos llevan a pensar en elementos hermenéuticos que según Barrera (2012) se manifiestan en los actos voluntarios que realiza el profesional, por ser éstos explicados e interpretados por el propio actor que los lleva a cabo. Lo que Escartín (2012) también llama "el conocimiento particular, significativo, perspectivo, ..." (p. 287) y que en esta investigación se convertirá en la base para crear el constructo de la visita a domicilio y de cómo llevarla a cabo.

### **1.2.2.- Teoría General de los Sistemas.**

Diferentes autores escriben sobre la teoría general de los sistemas, y de acuerdo con Escartín (1998) introducimos este enfoque justificando su presencia en este marco teórico por intentar analizar la visita domiciliaria desde un enfoque amplió e integrador:

La teoría general de los sistemas fue concebida por Ludwing von Bertalanffy en la década de 1940 con el fin de, por un lado, construir un modelo práctico que conceptualizara los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar, y, por otro lado, de proporcionar un marco teórico unificador, tanto para las ciencias naturales como sociales. (p. 208).

Este marco teórico unificador, ha sido la base para el desarrollo de otras teorías, como la cibernética de Wiener o la teoría de la comunicación humana de Watzlawick. Además, comprende una serie de conceptos básicos que podemos poner en relación con la visita a domicilio; Arnold y Osorio (1998) proponen varios y haremos uso de aquellos que consideramos más pragmáticos para explicar esta relación:

La visita a domicilio se convierte en un sistema cibernético, que según los autores "Son aquellos que disponen de dispositivos internos de autocomando (autorregulación) que reaccionan ante informaciones de cambios en el ambiente, elaborando respuestas variables que contribuyen al cumplimiento de los fines instalados en el sistema (retroalimentación, homeorrosis)." (p. 48).

El conjunto de factores externos que nos lleva a realizar una visita domiciliaria sería otro de los conceptos que proponen los autores, como el ambiente y la autorregulación es el comportamiento social y profesional que se pone en marcha ante la interacción de la unidad de convivencia y la trabajadora social. De esta manera se consiguen los objetivos marcados a la hora de hacer y

recibir la visita respectivamente. Todo ese intercambio de información y reacciones que se forma es el sistema cibernético.

Para explicar lo que son las fronteras, los autores utilizan el significado del profesor Johannsen "En términos operacionales puede decirse que la frontera del sistema es aquella línea que separa al sistema de su entorno y que define lo que le pertenece y lo que queda fuera de él (Johannsen. 1975:66)." (p. 55). De tal manera que la frontera de la unidad de convivencia como sistema tendría sus propias fronteras, al igual que cada uno de los contextos institucionales de servicios sociales, sanidad o educación.

Los inputs y los outputs que circulan en la visita a domicilio como sistema cibernético serán todos los recursos (energía, materia, información) que se manejan en esa relación, siendo los inputs la información con la que acudimos a la visita y los outputs la información transformada tras la visita.

Para desarrollar el término retroalimentación usaremos un ejemplo clásico que se daría cuando el trabajador social acude al domicilio con una serie de información para la persona usuaria mediante la cual se establecerán los objetivos de trabajo. La persona usuaria tiene que entender, asimilar y tomar una decisión sobre la información que se le ha proporcionado, transformando así el input inicial de la información en el output final de salida que será la información que esta aporta al sistema relacional creado. El profesional terminará ampliando y explicando el proceso a seguir con la elección elegida. "Son los procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas." (p. 47).

Los sistemas abiertos, donde situaremos el hecho de hacer una visita a domicilio, conllevan un intercambio permanente de su ambiente. El domicilio en sí mismo ya es un sistema, al que acude la trabajadora social desde otro sistema diferente. Llegando a darse el caso de que una visita se realice desde varios contextos (servicios sociales, educación y sanidad), de manera individual o conjunta.

El último concepto de Arnold y Osorio trata sobre los subsistemas y los definen como los "conjuntos de elementos y relaciones que responden a estructuras y funciones especializadas dentro de un sistema mayor." (p. 48). Lo que nos puede llevar a situar a los anteriores sistemas de servicios sociales, sanidad o educación (que de por sí tienen una entidad propia), a englobarlos a

todos dentro del mismo conjunto. Esto es una situación que las personas usuarias suelen hacer con frecuencia y la visión cambiaría a sistema cliente al que se visita y el sistema institucional el que visita, dividido en los subsistemas de servicios sociales, sanidad y educación.

### **1.2.3.- Cibernética de Segundo Orden.**

Para poder hablar de la cibernética de segundo orden es preciso, nombrar algunos elementos básicos de la cibernética en sí misma, para introducir el contenido y posteriormente desarrollar el tema.

Según Watzlawick (1981) existen dos tipos de retroalimentación: la negativa y la positiva. Cuando en un sistema se produce un desequilibrio el sistema tiene la capacidad de equilibrarse y volver a su estado inicial.

Si se consigue que el sistema se mantenga constante ante los desequilibrios, controlando las desviaciones del sistema, esto será por su capacidad homeostática (*feedback* negativo).

Si el sistema ante un desequilibrio no se regula, y esto hace que su desequilibrio sea mayor, provocará un cambio, se transformará e incluso cambiará su estructura, gracias a las fuerzas morfogenéticas (*feedback* positivo).

La relación que esto tiene con la cibernética viene dada porque este término, usado por primera vez Wiener en 1947, relaciona principalmente los conceptos de retroalimentación y circularidad, rompiendo así la idea de causalidad lineal tradicional. En la cibernética no es posible separar la estabilidad del cambio, la dualidad estabilidad-cambio son dos caras complementarias de la misma moneda, ya que la cibernética postula que es imposible cimentar un cambio si no se cuenta con un techo de estabilidad sobre él, y a su vez, la estabilidad descansa en los procesos de cambio que están por debajo.

La trayectoria de la cibernética de primer orden podríamos dividirla en dos partes:

a. Primera cibernética donde Maruyana (1963) determina que a través de la homeostasis los sistemas recuperan o se mantienen en equilibrio.

b. Segunda cibernética donde estudiamos la morfogénesis como fenómeno que se produce con el cambio y el desequilibrio del sistema.

La cibernética de primer orden examina los sistemas desde una posición externa, observa y describe desde la objetividad. Sin embargo, la cibernética de segundo orden cuyo máximo representante fue Heinz Von Foerster (1991) postula que debemos centrarnos en la figura del observador, ya que es él el que va a

formar parte de la construcción de esa realidad que estamos estudiando y desde este planteamiento desarrolla la Teoría del Observador. Asimismo, él propone llamar a esta cibernética de segundo orden como “la cibernética de los sistemas observantes” (p. 92).

El concepto de Cibernética de segundo orden fue esbozado inicialmente por Bateson y desarrollado posteriormente por diversos autores como Maturana y Varela, todos los cuales coinciden en señalar desde distintos enfoques teóricos y epistemológicos, la imposibilidad de realizar una observación objetiva de los fenómenos sociales y culturales.

La cibernética de segundo orden venía a activar el papel del sujeto en la construcción de la realidad observada, condicionada por la percepción de lo externo. (Escartín Caparrós 2012, pp. 289-290).

Por tanto, no podíamos dejar de exponer en este capítulo del marco teórico estos conceptos ya que de otra forma no sería posible entender el planteamiento de esta investigación, ni cómo se ha llevado a cabo, ni los resultados que se expondrán. No es posible hablar de conceptos en general, ni de profesionales en particular sin tener en cuenta al observador como investigador y a los agentes implicados (trabajadores y trabajadoras sociales en activo) como elementos que van a influir en la interpretación de los datos de esta investigación.

La cibernética de segundo orden, la de los sistemas observantes, plantea que no es posible conocer (hacer observaciones y mediciones) de un sistema dado, con independencia del observador. Dicho en otros términos, lo que nosotros creemos, pensamos y valoramos como profesionales y como personas, influye en la visión que vamos a construir de la persona/familia. (Cardona-Cardona et al., 2017, p. 71).

Si somos conscientes de estas premisas, podremos establecer determinados hitos que nos hagan ser rigurosos en el planteamiento que nosotros proponemos para la investigación, ya que además de ser un observador privilegiado, también nos convertimos en un elemento participante. Nótese que no se utiliza el argumento de ser “objetivos” ya que, desde los propios postulados de la cibernética, debemos entender que eso no es posible.

En este sentido Von Foester (1991) arguye:

Pero yo me pregunto, ¿cómo sería posible hacer, en principio, una descripción, si el observador no tuviera propiedades que permiten que una descripción sea hecha? De allí que yo digo, con toda modestia, que

proclamar objetividad no tiene sentido! Uno podría verse tentado a negar la "objetividad", y proclamar ahora la "subjetividad". Pero recordemos que si una proposición sin sentido es negada, el resultado es nuevamente una proposición sin sentido. (p. 91).

También servirá conocer estas premisas para influir lo menos posible en el análisis de los resultados del estudio, ya que debemos ser conscientes de nuestras creencias, pensamientos y valores personales y profesionales, de acuerdo con el citado autor "Las propiedades del observador no deben entrar en la descripción de sus observaciones." (p. 91):

Cualesquiera que sean las propiedades a las que lleguemos, somos nosotros, ustedes y yo, los que tenemos que hacer esta observación, es decir, tenemos que observar nuestra propia observación y, en última instancia, dar cuenta de nuestro propio dar cuenta. (p. 92).

Pero más allá de la investigación, en el ejercicio profesional, es importante tener en cuenta o tener conocimiento de la influencia que se tiene sobre las personas a las que se visita. Estas no están exentas de prejuicios, de valores personales, de mitos sobre la familia, la convivencia, los roles, ... Todo lo cual debe ser identificado como algo personal para que influya lo menos posible en el juicio profesional.

#### **1.2.4.- Pensamiento Complejo.**

Hablar de Pensamiento Complejo es hablar de Edgar Morin. Filósofo, sociólogo y antropólogo francés con una amplia trayectoria académica y que estableció los principios del pensamiento complejo.

Los hitos que consideramos más relevantes de su obra Introducción al Pensamiento Complejo (1990), fundamentan su presencia y relación en este marco teórico:

- El propio Morin reconoce la influencia de la Teoría de la Información, la Cibernética, la Teoría de Sistemas y el concepto de autoorganización en la construcción de la idea de Pensamiento Complejo, todo lo cual es acorde con el marco teórico de esta investigación.

- Presenta la complejidad como un conjunto heterogéneo de acciones, interacciones, retroacciones, azares, que constituyen un mundo con rasgos desordenados, inciertos y ambiguos, lo que nos hace pensar en una investigación inicial de corte cualitativo, aunque se verá reforzada, como ya explicaremos, por metodología cuantitativa.



- Que este conjunto heterogéneo no debe ser rechazado por su incertidumbre ya que es necesario para la inteligibilidad del conocimiento.
- Relaciona la complejidad con la incertidumbre, la indeterminación y el azar, como parte intrínseca de los fenómenos y de nuestro entendimiento.
- Huye del pensamiento parcial, unidimensional y mutilante, ya que desde ahí es poco probable cambiar la visión simple y lineal.

Pero Morin en su obra también propone la transdisciplinariedad como forma de adquirir un mayor conocimiento de las cosas y Quiroz (2001) lo expone de la siguiente manera:

La transdisciplinariedad supone no solamente la reforma paradigmática (que impone reunir, distinguiendo, y no separar o reducir), sino también la elaboración de un pensamiento complejo que conciba e integre la idea de sistema u organización y permita concebir a las entidades sistémicas/organizadoras que rebasan a las disciplinas, pero dejando que se alimenten de los saberes disciplinarios. (p. 57).

De tal manera que podemos entender como disciplina el trabajo social y como sistemas u organizaciones los diferentes contextos en los que se lleva a cabo la intervención social, que en nuestra propuesta serían los contextos de servicios sociales, educación y sanidad. Los saberes de estas organizaciones trascienden a la propia disciplina aumentando su complejidad a la hora de analizar el objeto de investigación, es decir de la visita a domicilio.

De una manera sencilla podemos trasladar la idea de la distinción que existe entre la inclusión de estos contextos institucionales desde el Pensamiento Complejo y desde la Teoría General de los Sistemas, ya que esta amplía la visión que se tiene sobre la visita a domicilio y el Pensamiento Complejo los conocimientos que aporta cada uno de ellos con esta ampliación.

Haciendo un símil con el discurso de Quiroz, podríamos decir que la transdisciplinariedad y la complejidad están entrelazadas, ya que existe la necesidad de analizar la visita a domicilio en el trabajo social desde la complejidad, y al hacerlo, debemos incluir los saberes que la transdisciplinariedad proporciona desde estos diferentes contextos, devolviéndonos a un análisis complejo y recursivo.

Por tanto, la visita a domicilio al ser analizada desde diferentes contextos trasciende de la propia disciplina del trabajo social y al estar en contacto directo con otras profesiones, la visión holística con la que nos enfrentamos al objeto de

estudio adquiere dimensiones multidisciplinares e interdisciplinares; de esta manera seremos capaces de captar matices que enriquecerán el propio constructo de la visita, huyendo como propone Morin (1990) de esa visión castradora y reduccionista.

Con esta visión integradora y multidimensional, desde una perspectiva holística, debemos estudiar la visita a domicilio. Esta investigación propone descomponer el concepto, o macro-concepto, de visita a domicilio en diferentes dimensiones de tal manera que facilite su estudio, aunque debamos tenerlas todas en cuenta para su interpretación. De esta manera vinculamos la unidad de la visita con la diversidad de los elementos que la componen sin intentar sintetizar su contenido. "Ante todo, creo que tenemos necesidad de macro-conceptos." (Morin, 1990, p. 105).

#### **1.2.5.- Modelo Sistémico.**

El modelo sistémico se va desarrollando a partir de la II Guerra Mundial con un cambio en la mirada de algunos investigadores y científicos integrándola en sus propios estudios; ampliando el foco desde lo individual y reduccionista de las Ciencias Naturales a lo global, social y relacional de las Ciencias Sociales.

Al contrario que los modelos anteriores, el sistémico sustenta sus principios teóricos en un paradigma totalizador y generalista de los hechos sociales, pasando de lo particular a lo general mediante una visión circular-relacional, y con la convicción de que todo está incluido en un círculo.

Es decir, toda situación tiene una causación circular, pudiendo ser punto de partida o de llegada; y la explicación de cualquier hecho es la explicación del círculo como totalidad, y no de un aspecto cualquiera. (Escartín Caparrós, 1998, p. 206).

Como venimos exponiendo en este marco teórico, este modelo deriva y tiene como base el desarrollo de la Teoría General de los Sistemas, de la Cibernética, del Pensamiento Complejo, pero también de la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell, de la Teoría de Conjuntos, de la Gestalt, de la Teoría de los Juegos, de la investigación operativa, la Teoría de la Información y de la Comunicación Humana.

De esta manera, el modelo sistémico, se convierte en un pensamiento que aglutina a diferentes disciplinas que comienzan a utilizar un vocabulario común (transdisciplinariedad), cuyos significados se comparten y da pie al abordaje de diferentes materias de una forma similar. Ese cambio en la mirada está

relacionado con la perspectiva holística y generalista con la que se empiezan a interpretar los fenómenos naturales y sociales.

Pero el pensamiento sistémico no está exento de críticas, ya que reutiliza los términos de las bases teóricas que hemos expuesto en el párrafo anterior y las usa para el desarrollo de su práctica. De ahí la acusación que consideramos fundada, del poco aporte teórico, que no práctico, que tiene este modelo en sí mismo, más allá del desarrollo teórico que posteriormente tendrá en la terapia familiar.

Algunas de estas críticas las recoge Sáez (2009), como el hecho de ser un modelo muy generalista, que carece de concreción en sus argumentos y que los conceptos son "vagos e imprecisos" (p. 121). El autor propone que el enfoque sistémico sirva mejor como una manera útil de manejar la complejidad que de ser presentado como una teoría completa y formal. No obstante, no deja de reconocer que "el enfoque sistémico es una gran ayuda para comprender sistemas en los que las interacciones son muy fuertes e importantes" (p. 121), lo que nos lleva a pensar en la idoneidad de este enfoque en las intervenciones sociales.

Las aplicaciones en trabajo social del pensamiento sistémico las podemos encontrar en el diseño, análisis y evaluación del plan de intervención de un caso determinado y actuando a un nivel micro, hasta en el diseño de planes y programas en un nivel macro. No obstante, es en el trabajo con familias donde mayor desarrollo práctico y bibliográfico ha tenido. Esta afirmación no es baladí, ya que no debemos olvidar que el trabajo social con personas y familias comienza con el *case work* desde una corriente más psicoanalítica, evolucionando a un trabajo de corte más relacional con el modelo sistémico.

Un aspecto relevante para considerar es que el método de caso evolucionó con el tiempo (Flores, 2006), volviéndose más complejo y especializado con los aportes de diversas autoras, tales como Towle (1987), Hamilton (1967), Perlman (1970) y Hollis (1981). Gracias a sus contribuciones se logró otorgar dimensionalidades sustantivas a esta forma de trabajar con personas, llegando a desembocar en una finalidad terapéutica tras la aplicación de las corrientes psicodinámicas en la atención de sujetos que experimentaban situaciones problemáticas de corte intrapsíquicas. De ahí viene la denominación de modelo o terapia psicosocial en el Trabajo Social individualizado. (Barria Muñoz, 2021, p. 80).

Se plantea, por lo tanto, que es en el Trabajo Social con familias donde se vislumbra la mejor opción de desarrollo de un Trabajo Social clínico y, sobre todo, desde el uso masivo de la metodología de la terapia familiar sistémica, en la cual se ha ido creando la imagen de un/a trabajador/a social como "co-terapeuta" o "consejero/a familiar" con una orientación profesional más clínica, que entiende a la familia desde la perspectiva de su organización, estructura, y redes de relaciones comunicacionales y afectivas. (Barria Muñoz, 2021, pp. 83-84).

Pero la aplicación del modelo sistémico se extiende desde su uso en la psicoterapia individual a la familiar, así como también hay un abordaje sistémico en las organizaciones, en los centros escolares, por tanto, analizamos a la familia desde unos sistemas amplios y complejos. De tal manera que toda conducta que se dé entre los elementos de estos distintos sistemas debemos analizarla desde la propia interacción, desde la estructura en la que se sitúa, desde el mensaje comunicacional, desde la totalidad que significa más que la suma de las partes.

La terapia familiar comienza su andadura en los años cincuenta en Estados Unidos a la vez que se empieza a desarrollar el modelo sistémico, de ahí la imposibilidad de hablar de uno, sin hablar del otro y como punto convergente que aglutina a los dos, el Equipo de Palo Alto<sup>2</sup>. No nos detendremos en ello, pero sí se dejarán algunas referencias dada la importancia que han tenido para el trabajo social con familias y su uso en las visitas a domicilio como ya hemos mencionado al hablar de las experiencias de Ackerman en el Capítulo I en la Etapa de desarrollo del Conocimiento.

Siguiendo a Ochoa (1995), para resumir lo que podría ser el trabajo del Equipo de Palo Alto podríamos decir que de manera general trabajan con todo el sistema familiar. Recogen información sobre el síntoma y sobre las formas que la familia ha puesto en marcha para solucionarlo. Posteriormente, se intenta acordar una definición del problema con toda la familia y las metas que quieren alcanzar, de las más prioritarias a las menos urgentes.

El trabajo social incorpora estos conocimientos a su práctica y además hace suya también la forma ecológica de Bronfenbrenner (1987) para entender a la

---

<sup>2</sup> El Equipo de Palo Alto fue un grupo de investigadores de la Universidad de Stanford, en California (EE. UU.) que se centró en el estudio de interacción y comunicación humana convirtiéndose en un referente en la terapia familia y en la comunicación y dinámicas interpersonales en los sistemas sociales.

familia, estudiándola con relación a los niveles citados en el Capítulo I: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El modelo sistémico empieza a realizar diagnósticos observando el ciclo vital en el que se encuentra la familia, desde modelos estructurales, procesuales y contextuales, atendiendo a su estructura, jerarquía, patrones que se repiten, historia de la familia, ..., Se atiende a los cambios que se pueden llevar a cabo de conductas o de estructura, observando qué da estabilidad a la familia como sistema y qué la desestabiliza, todo esto lleva a los propios profesionales del trabajo social a pensar en nuevos recursos de formación e intervención poniendo el foco en el terapia familiar sistémica.

No podemos pensar, y por eso se ha querido dejar constancia en este punto, que el vínculo del trabajo social con el modelo sistémico no es solo el conocimiento y el ejercicio de la terapia familiar, sino que su influencia va más allá. Su aplicación en servicios sociales, en el trabajo social escolar, en el sanitario, en el comunitario, ..., está fuera de toda duda.

Sobre estas diferencias reflexionaba Campos (1996), diferenciando el uso de la terapia familiar dentro de un ámbito más clínico y el uso del modelo sistémico desde otros contextos del trabajo social.

Entendemos que el planteamiento tradicional del Trabajo Social contiene una predisposición anticipatoria al razonamiento sistémico, sintetizable en la básica afirmación de que el punto focal de su razonamiento e intervención no es la persona y el ambiente separadamente considerados, sino más bien la relación entre los dos elementos, es decir, el individuo en relación con su contexto. [...]

Es más, si como tal, el modelo sistémico es compatible y útil a los requerimientos teóricos y prácticos del Trabajo Social, nos atrevemos a afirmar que la práctica del Trabajo Social se adelantó pragmáticamente a la construcción del propio modelo. (p. 47).

El uso de este modelo permite analizar la visita domiciliaria desde el principio de totalidad dibujando un conjunto único. Sus elementos serían, por un lado, el profesional del trabajo social que realiza la visita como parte de su sistema institucional y por otro lado, los miembros de la unidad de convivencia como partes de su propio sistema familiar y la relación que se crea entre ambos el sistema relacional.

Los dos sistemas actuarán según sus reglas de funcionamiento, atendiendo a patrones de comportamiento (institucional y familiar), así cada elemento dentro de su sistema tiene una jerarquía y elegirá a su representante dentro de la interacción (el trabajador por parte de la institución y los responsables de las familias por otra). Se establecerán los límites en los que se realizará la visita en cuanto a tiempo (cuándo), a espacio (en qué estancia o estancias transcurrirá la visita) y con qué participantes (quiénes realizarán la visita por parte de la institución y quién se requerirá que esté en ella por parte de la familia).

Todo este "juego" viene regulado por unas reglas que todos los participantes de la visita deben conocer ya que, de otro modo podríamos hablar de ocultación de información, de uso o abuso de poder y de conductas que revisten poca ética profesional, lo cual provocará sentimientos encontrados que dificultará la relación de ayuda y bloqueará la intervención fuera y dentro del domicilio.

La institución debe ser conocedora que su propia identidad (servicios sociales, sanidad o educación) representa un significado diferente para cada sistema familiar, lo que les lleva a tener un comportamiento distinto y, por tanto, a establecer una relación diferente con cada uno de estos contextos institucionales, de ahí la propuesta de análisis en este estudio de los tres sistemas, pero de manera diferenciada.

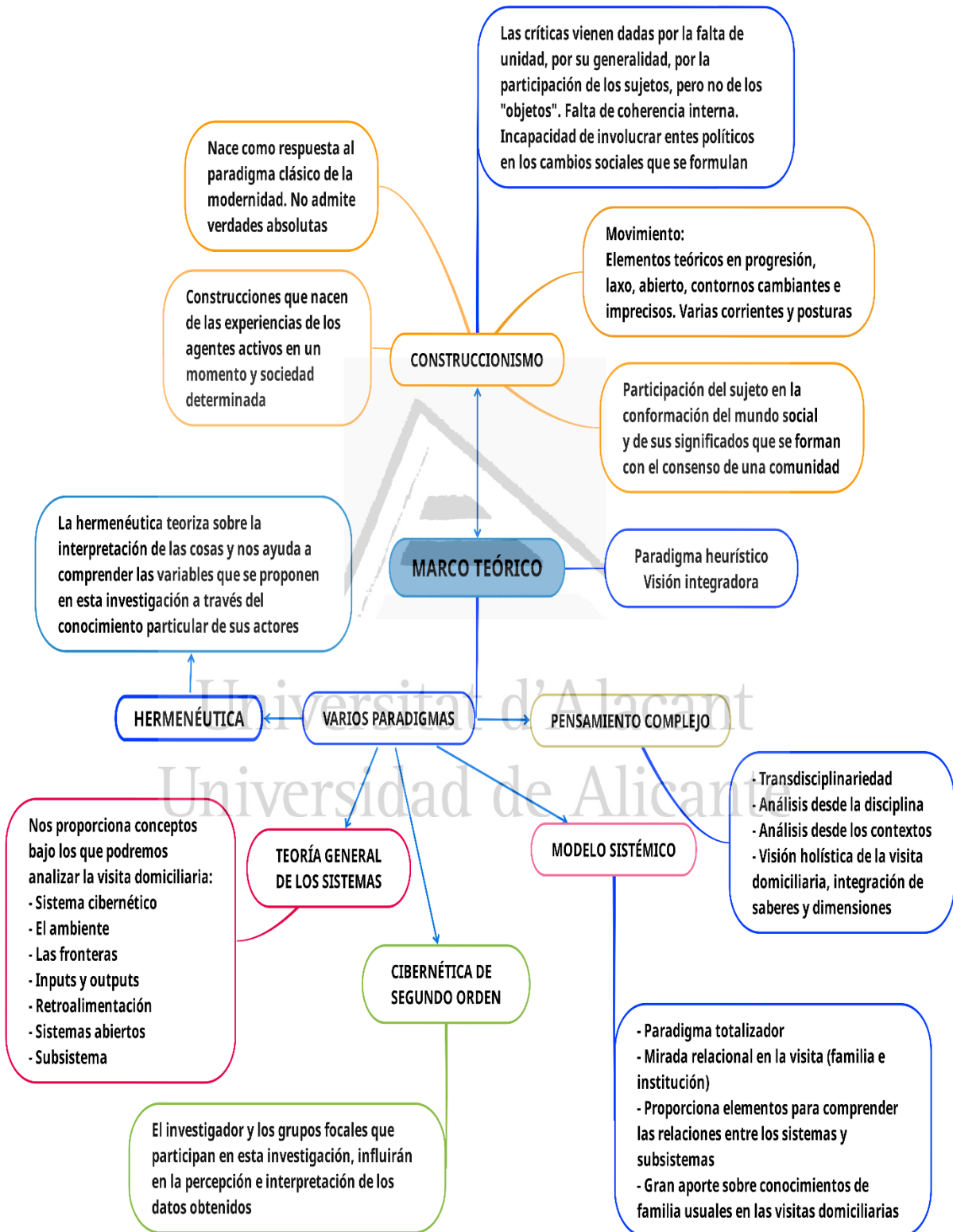
Por otra parte, y siempre dentro de este análisis de las visitas a domicilio (aunque no exclusivamente), los profesionales del trabajo social no solo deben realizar una observación de la posible disfunción del sistema familiar, sino también del propio sistema institucional al que pertenece; ya que la propia forma de funcionar de la institución influirá en el establecimiento y mantenimiento de esta relación, Campanini (2012) lo explica así:

... si las dinámicas internas del servicio o entre los servicios e instituciones son disfuncionales, pueden contribuir a agravar los problemas que se le ha encargado resolver a la propia organización. (p. 74).

Por último, debemos señalar en este análisis la utilidad de los ecomapas en el diagnóstico sistémico de los casos, ya que insistimos en que deben aparecer las relaciones de las familias con otras instituciones sociales, laborales, escolares, familiares, ... También los sistemas amplios que de manera directa e indirecta están interviniendo con estas familias.

**Figura 7**

*Diagrama del marco teórico*



## 2.- Marco Conceptual: Dimensiones de la visita domiciliaria.

Como ya señaló González (2016) es preciso partir de un concepto sobre la visita a domicilio, y desde esta investigación se iniciará por analizar las variables que más veces han sido mencionadas por los diferentes autores en el capítulo del Estado de la Cuestión y que también refleja este autor en su Tesis por considerarlas significativas:

1. Entiendo que la visita domiciliaria, es sobre todo, un encuentro humano relacional, que se quiere significativo para los intervinientes (visitante-visitado/s), y que se articula en base a la **relación de ayuda**, y a partir de una comunicación dialógica.

[...]

3. Para mí, la visita domiciliaria, es un acto **profesional**, intencional, lícito, aceptado, positivo, acordado, y **especialmente ético**.

[...]

8. Considero, que la visita es una forma de intervención, que contempla el **espacio doméstico**, como un escenario privilegiado para la comprensión y la intervención, a la vez que considerarlo como un recurso en sí mismo, por cuanto es, en éste (espacio), donde se produce la trama de la dinámica familiar, y donde se articulan y consolidan sus cambios. (González Calvo, 2016, pp. 76-77).

Es precisamente de estas variables de donde comienzan a surgir elementos que precisan de un estudio más minucioso para poder aumentar nuestro conocimiento sobre las visitas a domicilio, hasta el punto de que cada una de ellas se considera una parte esencial en la construcción del propio concepto de la visita y nos referiremos a ellas como dimensiones.

La primera dimensión la nombra y desarrolla el propio González (2016) y es la relación de ayuda como encuentro relacional entre el profesional y la unidad de convivencia que se visita, como parte de una comunicación dialógica.

La segunda, es la ética al referir que la visita es un acto profesional, por lo que además de ético, tiene un carácter deontológico y se basa en los propios principios del trabajo social.

La tercera es el espacio que envuelve la visita, diferenciando entre el espacio público y el doméstico o privado en el que se da la relación entre los miembros de la familia y la interacción con el profesional.



En la última dimensión haremos referencia a las capacidades profesionales y personales del trabajador social, en su capacidad para manejarse entre la observación, la interacción, la relación y el registro de lo acontecido.

### **2.1.- Dimensión Ética.**

Iniciamos esta dimensión con la invitación que hace González (2016), al relacionar visita domiciliaria y ética profesional:

Hablar de visita es hablar de ética. En este escenario se multiplican los riesgos y dilemas éticos, toda vez que el domicilio es un espacio de intimidad y privacidad. Algunos de los riesgos éticos pueden estar motivados a partir de: la forma de advertir la visita, el acceso a la misma, la actuación dentro de la casa, el manejo de la información obtenida, los actos de hospitalidad de la familia (ej. invitar a comer, hacer regalos, desvelar secretos...), los riesgos de proyecciones, deslizamientos, contratransferencias, etc. (pp. 156-157).

Iradeta-Goldaracena et al. (2020) realizan un análisis bibliométrico sobre las publicaciones que relacionan el trabajo social y la ética en España desde 1900 hasta el año 2015. De entre sus resultados destacan varios autores de los cuales cuatro serán objeto de desarrollo en este punto. Además, también se tendrán en cuenta las reflexiones compiladas que formaron parte de la I Jornada de Trabajo Social y Ética que se celebró en el País Vasco en 2008 y las de otros autores cuyos escritos han engrosado la literatura sobre la ética en la profesión.

A modo de introducción escogeremos las palabras de Las Heras al referirse a la ética aplicada (2019) como:

... conjunto de valores, principios y normas que forman parte del ideario y comportamiento profesional que definen el proyecto profesional y orientan la intervención. (Las Heras Pinilla, 2019, p. 76).

El estudio de esta Dimensión Ética se llevará a cabo desde su vertiente<sup>3</sup> deontológica y pragmática dejando a un lado la teleológica, pues el análisis ético se realizará de la visita a domicilio como intervención concreta y de todo lo que la compone según la propuesta de esta investigación.

Se tendrá en cuenta el contexto institucional determinado, el espacio individual en el que se lleve a cabo la visita y se analizará el equipo de

---

<sup>3</sup> Aunque estamos haciendo referencia a las dimensiones clásicas de ética que identificó Bermejo (2002), usamos el término *vertiente*, para no confundir con la *Dimensión Ética* de la que trata este punto.

profesionales, con sus capacidades personales y técnicas (siempre que esto se dé, ya que todos somos conocedores de la soledad de las trabajadoras sociales que desempeñan su labor en solitario, sobre todo en los espacios rurales).

Por su parte, Cazorla (2007) también nos hace reflexionar sobre cómo el trabajo social al intervenir en el domicilio involucra esta dimensión ética de la que estamos hablando y de la que forman parte los principios de la propia disciplina.

Pero además hay que tener en cuenta que, para el cumplimiento de estas premisas éticas, Ursúa (2019) establece una serie de obligaciones que a su parecer se han de cumplir en la práctica profesional del trabajo social como marco de buenas prácticas:

1. Con pacientes o personas usuarias, de manera principal, respeto por la persona paciente o usuaria, que toma las siguientes vertientes:
  - a) Respeto por la autonomía (distancia).
  - b) Preocupación por el bienestar (cercanía).
  - c) Cumplimiento de la justicia (honestidad).

Como el tema de la autonomía es importante, esta se plasma en:

- a) Paternalismo (la autonomía es irrelevante).
  - b) Fuerte autonomía (énfasis en servir a los deseos del paciente/usuario como consumidor).
  - c) Autonomía débil (las preferencias del paciente/usuario están limitadas por las responsabilidades profesionales).
  - d) Autonomía responsable (las preferencias del paciente/usuario están limitadas por interés de terceras personas).
2. Con la profesión misma (factores intrínsecos).
  3. Con el público en general (factores sociales).
  4. Con los compañeros (relación colegial).
  5. Con las instituciones (relación institucional). (pp. 7-8).

### **2.1.1.- Vertiente Deontológica.**

Como se apuntaba en la introducción de este marco conceptual, la visita a domicilio tiene la consideración de un acto profesional concreto y, por lo tanto, dentro la vertiente deontológica, debe ser respetuosa con el Código Deontológico del Trabajo Social aprobado por unanimidad en la Asamblea del Consejo General del Trabajo Social celebrada en Madrid el 9 de junio de 2012. Así como con la Declaración Global de Principios Éticos aprobada en la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y en la Asamblea General de la

Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Dublín, Irlanda, 2 de Julio de 2018.

Según Lima (2008) este aspecto deontológico trata de los deberes que tiene el trabajador social de decidir libremente la intervención social, sin olvidar que esta tiene un componente ético, basado en los valores de "emancipación humana, libertad, justicia social, solidaridad y participación" y en defensa de los "derechos humanos, sociales, políticos, civiles, culturales y económicos". (p. 71).

La aplicación de estos principios encuentra determinadas dificultades que según De la Red (2008), presentan dos vertientes unas externas y otras internas a la profesión:

Externas:

Nos referimos aquí a la aplicación de los derechos humanos, personales o sociales que a veces entran en contradicción con otros derechos, a las formas de solidaridad, de subsidiariedad, de cooperación entre de sistemas de bienestar, de desigualdad de oportunidades, de diferente acceso a los recursos sociales... o los relacionados con las circunstancias derivadas de la inmigración, la interculturalidad, la tolerancia y el respeto hacia los que representan valores o comportamientos que no están tan de moda... (p. 62).

Internas:

También hemos de considerar dificultades, que se viven desde dentro de la deontología profesional de trabajo social, como por ejemplo la confidencialidad y secreto profesional, la función de la ayuda y de control y el doble mandato profesional y social, el conflicto de intereses, el posible contraste entre valores del usuario, del profesional y de la entidad. (p. 63).

Estas últimas dificultades, han de conjugarse además con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sobre la que los trabajadores sociales públicos o privados deben tener un conocimiento profundo para ejercer una buena práctica, tal como recomienda Munuera (2012) "El contexto jurídico del tratamiento de datos personales ha cambiado y el profesional del trabajo social debe contemplarlo" (p. 169).

Este nuevo escenario puede llevar a las profesionales a la paradójica situación de verse en la encrucijada de proteger los datos o a las personas, tal y como relata Santos (2018) ante situaciones de falta de tiempo para realizar visitas

a domicilio y la imposibilidad física de acudir la persona interesada al despacho del trabajador social para realizar una solicitud para que se acuda a su domicilio.

Todo esto forma parte de los dilemas éticos que ejemplifica Viscarret (2019) dentro de la práctica profesional<sup>4</sup>, considerando que los que están más vinculados a la vertiente deontológica los siguientes:

Tendríamos por tanto dentro del grupo de dilemas deontológicos:

- El deber de informar a terceras personas.
- Confidencialidad.
- Decir la verdad, no toda la verdad o mentir.
- Mala práctica laboral de otro trabajador social u otros profesionales.
- La autonomía del usuario.
- Los regalos: contraprestaciones económicas o materiales.

En relación con los tres primeros, el profesional debe plantearse ante la obligación de informar a terceros, si es necesario remitir toda la información que se tiene sobre el caso o si realmente podemos hacer un cumplimiento legal y ético con tan solo aquella que se crea conveniente. De esta manera se preserva de alguna manera la confidencialidad de la persona usuaria o de los miembros de la familia. A este respecto, Ramírez (2008) propone lo siguiente:

Contenidos comunicación (datos que hay que comunicar). Es importante definir qué datos o qué información es preciso comunicar cuando se informe de estas situaciones de riesgo. Esta información debe incluir:

- Descripción de los hechos que se conocen o de las evidencias que se tienen respecto a la situación que motiva la comunicación prevista en el protocolo.
  - Contexto en el que se ha obtenido (intervención, gestión de un recurso, visita domiciliaria, relación con otros centros...)
  - Cómo se ha actuado al tener este conocimiento (qué información y orientación se ha proporcionado, qué gestiones se han llevado a cabo)
  - Actitud de la persona afectada ante esta situación (interés en que se intervenga, negativa, rechazo...)
- Otras circunstancias que tengan relación directa con la situación.

---

<sup>4</sup> Estos Dilemas surgen de los resultados obtenidos a través del proyecto de investigación Dilemas éticos en la intervención social: La perspectiva de los trabajadores sociales en España (FFI2008-05546) cuyos autores son Ballester Izquierdo, A.; Úriz Pemán, M.J. y Viscarret Garro J.J. (2012).

En ningún caso está justificado enviar la historia social completa de la persona, ya que puede contener información que afecte a otras personas o que no tenga relación con la situación objeto de la comunicación. (p. 86).

También en este dilema de *decir la verdad, no toda la verdad o mentir*, Agrela et al. (2017) añaden una reflexión a una de las transcripciones de una profesional de su investigación donde se desvela la necesaria perspectiva de género y que consideramos importante destacar:

A menudo, nos insisten, se debaten entre qué aspectos enfatizar y cuáles no destacar demasiado, para que una tercera persona pueda interpretar el informe adecuadamente con una perspectiva de género, evidenciando cómo por ser mujer su problema se agrava. Surge así el interesante debate sobre lo que se sabe, pero en ocasiones no se cuenta, en los informes «porque podría perjudicar a la mujer, pero ¿esto es ético? (p. 62).

También reflexionan sobre *la autonomía de la usuaria*, pero desde un cuestionamiento:

Se debe promover que elijan por ellas mismas, tomen sus propias decisiones y participen en las actuaciones que afectan a sus circunstancias, sean cuales sean sus valores y opciones de vida; pero las incertidumbres que se desprenden de ello se repiten constantemente.

*¿Cómo hacerlo cuando se valora que las decisiones adoptadas por una mujer no están tomadas libremente, sino constreñidas por su pareja, por su condición de madre, o por la existencia de personas dependientes?* (E14). (Agrela Romero et al., 2017, p. 62).

Con relación al dilema ético de *la mala práctica por un trabajador social u otros profesionales*, inicialmente lo analizamos desde el punto de vista de la totalidad del equipo, donde deben regir unos principios básicos de actuaciones similares. Giménez y Doménech (2012) así lo concluyen de su investigación, donde a partir del presente resultado enumeran las similitudes en los comportamientos éticos esperados de las trabajadoras/as sociales, educadoras/as sociales y psicólogas/as:

Los principales profesionales que actúan en los Servicios Sociales de Atención Primaria (trabajadoras/as sociales, educadoras/as sociales y psicólogas/as) se rigen por unos principios comunes en su relación con las personas que utilizan sus servicios, que son explicitados en los documentos

que regulan la conducta profesional éticamente responsable [...] Entre otros aspectos, hacen referencia al conjunto de habilidades y actitudes esperadas del ejercicio de sus profesionales. Su análisis comparado muestra que todos ellos guían la acción profesional: el respeto por los usuarios y sus derechos y libertades; el trato igualitario, no discriminatorio, equitativo e imparcial; la honestidad; la prioridad de los intereses de los usuarios sobre los del profesional; la participación de los ciudadanos en los procesos de intervención profesional; la confidencialidad y el secreto profesional; y la responsabilidad y la competencia profesional en el desempeño de sus funciones. (p. 441-442).

Dentro de estas prácticas Razeto-Pavez identifica la siguiente que ya fue discutida en el Capítulo II, en el apartado de categorías secundarias como una actuación poco deseable:

Otros de los resultados interesantes del estudio es el relacionado con el tema ético de las visitas, puesto que se encontró que existía una tendencia a no informar de su realización a las familias, por la creencia de que estas podrían rechazarla o modificar su realidad. (Razeto-Pavez, 2020, p. 21).

### **2.1.2.- Vertiente Pragmática**

Con respecto a esta vertiente, Úriz (2019) ofrece una explicación sencilla y clarificadora:

Desarrollar la dimensión pragmática significa tanto que los profesionales tengan un mayor conocimiento de modelos y metodologías para la resolución de conflictos éticos como que las instituciones creen sus propios comités de ética y decidan implantar auditorías éticas internas. El desarrollo de la dimensión pragmática debe hacerse, por tanto, a nivel profesional pero también a nivel institucional. (p. 142).

En relación con esta vertiente más práctica, Lima (2008) la explica de la siguiente manera introduciendo la variable de la persona usuaria:

Esta dimensión se ocupa de analizar la eticidad de las actuaciones concretas, sobre todo cuando existen conflictos de perspectivas o intereses entre los usuarios, los profesionales o la propia entidad desde la que se interviene. A esta dimensión hay que ubicar las actuaciones de los Comités de Ética y los métodos para resolver problemas éticos. La dimensión

pragmática contiene modos de ayudar a tomar decisiones ante situaciones difíciles. (p. 73).

Por tanto, consideramos totalmente pertinente la pregunta que se realizan Saltiel & Lakey (2020), pues en esta vertiente nos centramos en la dificultad de tomar una decisión en una situación concreta como es la visita:

¿Existen variables particulares que intervienen en las visitas domiciliarias que hacen que los juicios y las decisiones que se toman en ellas sean diferentes de las que se toman en una consulta hospitalaria o en una reunión de estrategia profesional? (p. 44).

Bien, sin llegar a contestar todavía, sí que podemos afirmar en estos momentos, que a la luz de todo lo presentado ahora en el estado de la cuestión, hay diferencias en las intervenciones que realizamos desde la oficina, despacho o en una visita a domicilio, por lo que es lícito pensar que la toma de decisiones también se verá afectada encontrándonos en un espacio u en otro.

Siguiendo con el grupo de dilemas éticos prácticos que ejemplifica Viscarret (2019) y a tenor de las aportaciones de Úriz (2008) y Lima (2008), nombraremos a aquellos que consideramos que estarían más próximos a la vertiente pragmática, siendo estos los siguientes:

- El consentimiento informado.
- La duración del tiempo de la intervención.
- La distribución de recursos y servicios disponibles.
- Asistencia a juicios.
- Límites de las relaciones con las personas usuarios.

Sobre estos puntos se formularán algunas aportaciones, como por ejemplo, la necesidad e importancia del *consentimiento informado* desde el contexto educativo, sin olvidar las aportaciones de la Ley de Protección de Datos Personales:

Otra práctica que podría vulnerar la ética es la transmisión de información sobre la situación de los niños a los docentes o centro educativo sin considerar el permiso explícito de sus padres o tutores. (Razeto-Pavez, 2020, p. 21).

El siguiente punto precisa de una reflexión más profunda, ya que se está interiorizando de una manera estructural la falta de tiempo en la atención y tramitación de recursos, lo que ha mermado el espíritu crítico de los profesionales

del trabajo social asumiendo que esa es la única forma de funcionar sin cuestionarse la calidad de esa práctica.

A menudo la falta de tiempo se esgrime como causa que justifica la imposibilidad de ofrecer un espacio de escucha, de establecer vínculos con el usuario y procesos de acompañamiento. En este sentido, podemos observar cómo la frustración que siente el profesional por no poder atender las exigencias de las personas atendidas, de sus responsables, o las propias autoexigencias que hacen que él mismo sitúe el listón de su intervención más arriba de lo que puede lograr, lo conducen a prácticas poco acogedoras. (Ginesta i Rey, 2013, p. 85).

De nuevo citamos, primero a Úriz y después a Lima para considerar lo que supone el dilema de *La distribución de recursos y servicios disponibles* vinculado con el principio de Justicia

El principio de justicia: Éste es un principio que abarca varios aspectos. Por ejemplo, considerado como justicia distributiva, abarca los aspectos relativos a la distribución de recursos materiales o humanos. Por otro lado, la igualdad también está relacionada con la justicia (aunque evidentemente no sean lo mismo) y, en este sentido, se aplica por ejemplo a la igualdad en el trato a los usuarios. (Úriz Pemán, 2008, p. 88).

Debemos distribuir los recursos equitativamente asegurándonos de que se haga de forma justa de acuerdo con la necesidad y oponernos a las políticas y acciones injustas, llamando la atención de los empleadores, legisladores, políticos y de la sociedad en general sobre aquellas situaciones en las que los recursos son inadecuados o cuando la distribución de recursos, políticas y prácticas son opresivas, injustas o perjudiciales.

Es necesario trabajar en solidaridad, oponiéndonos a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión social, estigmatización o subyugación, y trabajar hacia una sociedad inclusiva. (Lima Fernández, 2008, p. 70).

En relación con la apertura de expedientes, también podemos vislumbrar una cuestión ética y Fernández (2011) lo razona de esta manera:

Es un acto profesional ligado a la ética y el respeto al destinatario de las intervenciones del Trabajador Social. El registro y control de la información evitará la repetición de acciones, someter a las familias a las mismas preguntas, etc. (p. 103).



Aunque también encontramos determinadas prácticas en la recogida de información en la literatura profesional que serán confrontadas con las profesionales que conformarán los grupos focales de esta investigación por encontrar discrepancias sobre la misma. Una de ellas es el hecho de recoger información de las personas usuarias a través de sus vecinos sin cuestionar éticamente esta decisión:

El segundo momento corresponde a las acciones que realizan las profesionales en el momento de realizar la visita domiciliaria; las acciones realizadas incluyen: presentación inicial para generar un clima de confianza, romper el hielo, entablar una conversación o un diálogo; las profesionales expresan que aplican un formato en todos los casos, recogen la información que interesa, se habla con el mayor número de personas y con los vecinos sobre la familia para encadenar y corroborar la información. (Casallas et al., 2006, p. 38).

... se va al lugar de la visita para entablar un diálogo no solo con el paciente o usuario sino con su familia y vecinos, recoger la información necesaria y finalmente realizar un informe y establecer unas pautas o estrategias de manejo de la situación o problemática. (Casallas et al., 2006, p. 39).

En esta vertiente pragmática, queremos recordar lo expuesto en el apartado sobre *Visita a domicilio y Tecnología*, y es que el uso de esta podría derivar en un problema ético si la persona usuaria no tiene acceso a plataformas o recursos digitales y la trabajadora social insiste en su uso para establecer su comunicación.

Debemos siempre pensar desde un punto de vista ético, que el/la usuario/a no va a ver vulnerado ningún derecho inherente a su condición de ciudadano/a, y que el profesional va a poder realizar una identificación clara de la persona. Y que, si esto no lo podemos garantizar, deberemos de ser los profesionales los que solucionemos el problema o que desistamos de la transferencia digital para este caso concreto. (Lillo-Beneyto & Ramírez-García, 2021, p. 194).

### **2.1.3.- Resolución y auditorías de los dilemas éticos.**

Pero estos dilemas éticos a los que se enfrentan las profesionales tienen finalmente una manera de resolverse, aunque no podamos estar convencidos que sea la mejor, ya que en estas decisiones influyen nuestros propios juicios de valor o los de la institución.

En ocasiones el planteamiento se vislumbra tan sencillo como complejo:

La gestión de las cuestiones éticas por parte de los trabajadores sociales requiere poder reflexionar con tiempo y método, ingredientes que a menudo escasean. Por un lado, las propias situaciones que hay que atender pueden necesitar una respuesta urgente. Otras veces es el profesional el que siente la necesidad de encontrar esta respuesta rápida para reducir la angustia que supone su responsabilidad hacia el caso. (Ginesta i Rey, 2013, p. 85).

En otras ocasiones, se amplía el foco de resolución como en el estudio llevado a cabo por el grupo de investigación EFIMEC de la Universidad Pública de Navarra y presentados por Úriz (2008) donde concluyen a este respecto que la manera más frecuente de resolverlos es a través de una *discusión entre colegas*, seguidos por *consultar el código deontológico* o *usar la lógica*. Nunca consultan por internet o esperan que se resuelva solo. Aunque del resultado de las entrevistas a los participantes para la investigación, los profesionales "afirman desear un lugar de encuentro en el que intercambiar opiniones, experiencias y, en definitiva, realizar supervisiones" (p. 96).

Las propuestas de mejora que propone Úriz (2008) como conclusiones de la investigación son las siguientes:

Entre las sugerencias de los profesionales se encuentra la creación de órganos de encuentro y reflexión sobre temas éticos con otros colegas, de grupos de supervisión, la petición de apoyo a las administraciones públicas, al Colegio profesional, incluso la creación de un servicio de consulta, la organización de cursos de formación ética, la unificación de criterios, disponer de ayudas técnicas,... Varias personas entrevistadas sugieren la creación de un comité de ética (alguna lo llama "asesoría ética"), una asesoría con diversos profesionales, unos protocolos de intervención... (p. 99).

El sesgo de este estudio, con relación a esta investigación, es que los profesionales entrevistados pertenecían todos a instituciones de servicios sociales, de ahí lo interesante de ampliarla a otros contextos de la profesión como posteriormente se ha hecho con estudios más recientes.

Un ejemplo de esto es el Informe que presenta el Consejo General del Trabajo Social, coordinado por De la Red (2020), *Trabajo Social, Deontología y Ética profesional* donde la entrevista que aporta los datos a la investigación recoge

ámbitos tan diferentes como los servicios sociales, educación, sanidad, justicia, empleo o vivienda.

No obstante, a pesar de la ampliación de los datos, de la muestra y del territorio geográfico los resultados que aporta no difieren realmente. La mayoría de los profesionales que responden a la encuesta siguen resolviendo sus dilemas éticos *Utilizando el sentido común, intuición; consultar al superior inmediato o a través de la discusión con un colega*. De igual manera, también se concluye que los profesionales de manera general *no esperan que se resuelva solo, ni ignoran el problema*.

Las propuestas de avance para la mejora de la ética en trabajo social la sitúan en los siguientes ítems según el informe del Consejo General:

- 1.- Formación.
- 2.- Código Deontológico de Trabajo Social.
- 3.- Comisiones Deontológicas, Comités de ética de intervención de servicios sociales (CEISS) y Comités de bioética.
- 4.- Ética de las organizaciones.
- 5.- Ética del Sistema: en donde la respuesta mayoritaria es la "Modificación de Políticas Sociales".

En relación con el punto 4 que versa sobre la ética de las organizaciones, estas tampoco están libres de un cuestionamiento ético en su funcionamiento, por lo que la auditoría se impone como una herramienta útil para identificar conflictos éticos, para revisar los procedimientos y establecer canales de corrección.

De nuevo Úriz (2006), propone el Social Work Ethics Audit desarrollado por Frederic G. Reamer por las utilidades que sugiere y que resumimos como:

- Identificar asuntos éticos y posibles riesgos éticos.
- Revisar y asegurar la adecuación de las prácticas habituales.
- Diseñar una estrategia práctica para modificar prácticas habituales que protejan a los usuarios, prevenir posibles reclamaciones éticas, prever los recursos necesarios...
- Realizar un seguimiento del plan implementado, para ver si realmente está siendo efectivo. [...] (p. 8).

Proponemos la siguiente idea para concluir este punto por la identificación que se tiene con el razonamiento principal de Navarro (2017) de no desligar la ética de los sentimientos y las emociones llamándola "ética de la proximidad" (p. 47), así como por considerar en la recogida de datos de esta investigación la

percepción que tienen las trabajadoras sociales participantes en el estudio sobre ella:

No hay ética sin sentimientos y emociones porque sin ello la relación con los otros es imposible o, dicho de otro modo, la ética es un nuevo modo de relacionarse con el otro, más allá de uno mismo, [...] (p. 44).

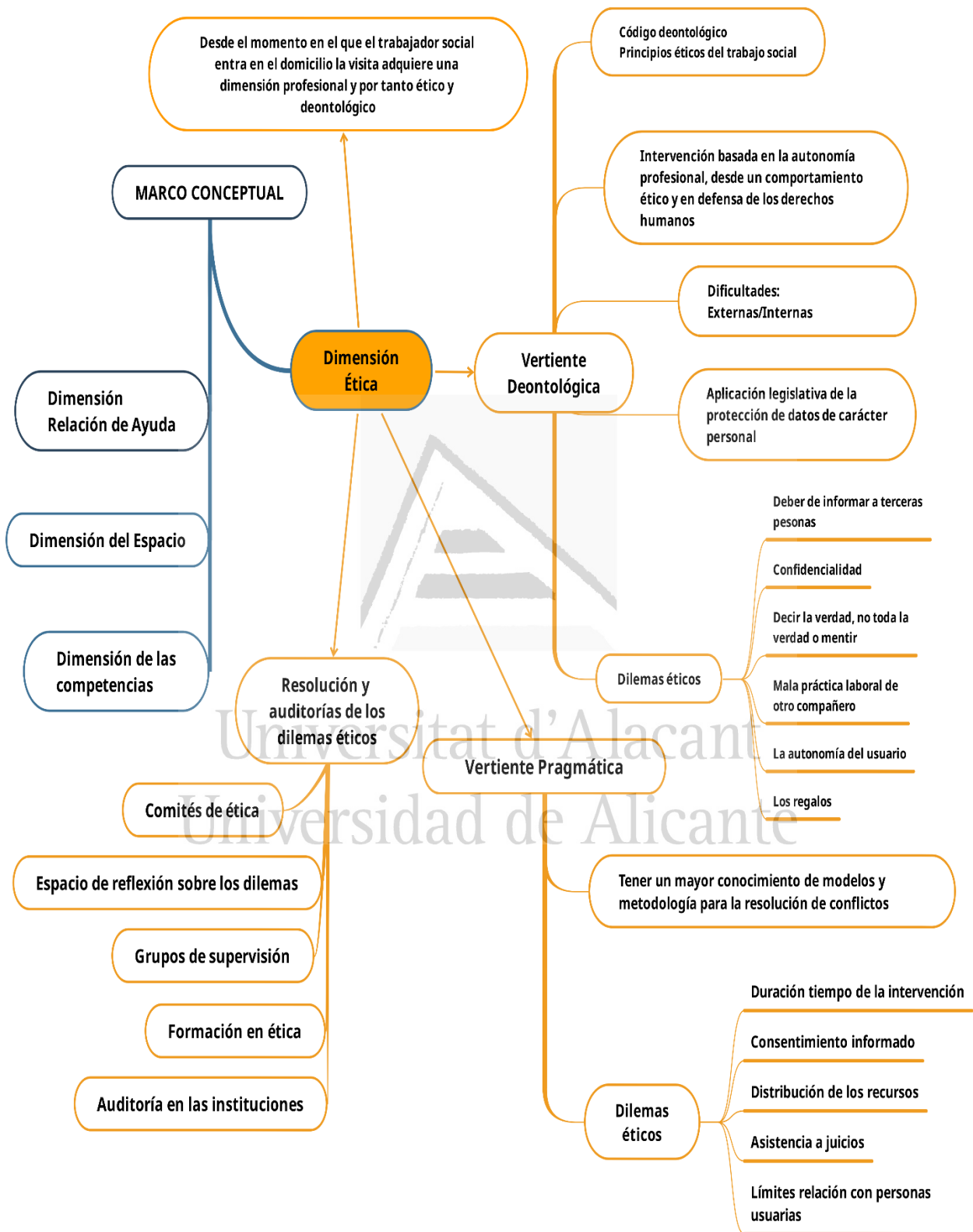
Parte de las reflexiones sobre esta dimensión, compartidas con Escartín Caparrós y con el apoyo de las citas de los grupos focales de esta investigación, han servido como colaboración en el libro "La visita en Trabajo Social" en el Capítulo titulado "La Visita Domiciliaria, ayuda o control", el cual se encuentra actualmente aceptado y en revisión editorial. Además, sirvió como debate en el XIX Seminario internacional de Trabajo Social organizado por la Universidad Autónoma de Chile, participando los días 16 y 17 de noviembre de 2022.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 8**

*Marco conceptual: esquema dimensión ética*



## **2.2.- Dimensión de la Relación de Ayuda.**

La ayuda en la visita domiciliaria ha tenido desde siempre una dimensión relacional, así ha sido entendida desde los inicios del trabajo social y tiene un lugar privilegiado dentro del objeto de estudio de esta investigación.

El Trabajo Social desde sus inicios ha dado siempre una gran importancia (Richmond, 1996) a la relación que establecía el trabajador social con sus clientes, ya que ha considerado que esta relación es el canal en el que cobran sentido el conocimiento y comprensión de las situaciones que atendemos, los diagnósticos que establecemos y las intervenciones que proponemos y acordamos con nuestros clientes. (González Vélez et al., 2016, p. 3).

Como se refleja en este párrafo inicial que se ha escogido a modo de introducción, Richmond daba gran importancia a esta relación y a la manera en la que se establecía, pues era la base que aseguraba la calidad de la intervención. Y es que el cuerpo teórico de Richmond, según Munuera (2011) fue importante no solo para el momento en el que lo escribió, sino que influyó en los actuales modelos de intervención en trabajo social y especialmente en la terapia familiar sistémica y en la escuela humanista de Carl Rogers.

Y es que hablar de Relación de Ayuda es hablar de Carl Rogers, pero dado que en esta investigación y en su cuerpo teórico y conceptual se está intentando dar una mayor visibilización a autoras y autores vinculados con el trabajo social, se propone continuar con esta tendencia, aunque por supuesto se haga una referencia especial y meritoria al precursor de la psicología humanista más adelante, así como a Valentín Escudero al hablar de la "alianza de trabajo o alianza terapéutica" (Escudero, 2020, p. 379).

Pero esta relación no está exenta de metodología, de hecho, Méndez (2015) alude a que el proceso de Richmond para sistematizar sus casos y su análisis estaban fuertemente ligado a la medicina y lo esquematiza básicamente en tres elementos entre los que destaca la visita a domicilio y la entrevista clínica, lo cual era previo para establecer el diagnóstico, pronóstico y recomendaciones.

Mary Ellen sugiere hacer la primera entrevista en el domicilio del cliente en una charla relajada, para que este se sienta en su ambiente y no esté a la defensiva, además que ese contexto ofrece la oportunidad natural para vivir un intercambio de experiencias. La información que se recoge de la vivienda sirve para el buen observador ya que es más reveladora de las

personas y sus necesidades y refleja las relaciones entre los miembros de la casa que se dan en el ambiente. (p. 17).

En el inicio de la relación profesional-cliente, de nuevo Munuera señala lo siguiente sobre Richmond al referirse a estas entrevistas:

Establece la entrevista como la técnica que ofrece el paso previo que lleva al diagnóstico, marcando el acceso a la historia familiar de las personas, siendo necesario cuidar esta técnica para conseguir la confianza de la familia y la formulación de las bases de la intervención profesional. La entrevista debe estar diseñada para la consecución de los siguientes objetivos:

1. Escuchar pacientemente sin prejuicios.
2. Establecer un entendimiento mutuo, base para una relación más intensa.
3. Asegurarse las claves que conduzcan a otras fuentes de información capaces de ofrecernos una percepción más amplia del cliente y de sus posibles soluciones.
4. Comenzar, el lento proceso de desarrollo del sentido y la confianza en sí mismo del cliente (Richmond, 1917). (Munuera, 2011, p. 13).

Además, debemos tener en cuenta la aportación de González et al. (2016) al referirse a la calidad de la relación:

... somos conscientes que difícilmente podríamos lograr influir en la vida de nuestros clientes de manera significativa si no estableciéramos una relación de calidad con ellos, basada ésta en la calidez, el respeto y la comprensión de unos profesionales de la ayuda que creen en sus capacidades y posibilidades, y por ende en su futura autonomía y autogestión. (p. 3).

Pero al profundizar en la literatura de trabajo social cada vez es más común observar que a la hora de referirse a la relación de ayuda, también se hace referencia a la alianza terapéutica, a la alianza de ayuda, a la relación terapéutica, a la relación de trabajo, ..., en algunos casos distinguiendo los términos como González (2016), González Vélez et al. (2016), Lillo (2019b), etc, y en otros casos utilizando estos términos de manera indistinta dándoles un tratamiento de sinónimos.

Siendo conscientes de la distinción que hay entre relación de ayuda y alianza terapéutica y de acuerdo con los autores recién citados, a lo largo de esta

investigación se utilizará el término relación de ayuda por la mayor proximidad que ha tenido con la disciplina del trabajo social.

### **2.2.1.- Relación de Ayuda.**

Se hace conveniente antes de continuar definir la relación de ayuda según Rogers y posteriormente ir ampliando su significado con aquellas variables que se han considerado importantes para esta investigación y así llegar a entender de una manera holística esta Dimensión.

Carl R. Rogers escribe en 1961 *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*, donde define la relación de ayuda como "aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de éstos" (2000, p. 46). Esta acepción se sigue manteniendo en sus versiones posteriores y hasta en las más recientes, estando traducida prácticamente por todo el mundo. Ante estos hechos, es imposible no reconocer la importancia de su aportación al introducir una nueva forma muy particular y personal de interactuar con el cliente y de entender la relación de ayuda en la psicoterapia. Además, este término se vio ampliado con las aportaciones que otros autores han hecho a su obra como su propio alumno Carkhuff.

Barceló (2012) expone algunos de los principios que presentó Rogers por escrito después de crear una gran controversia en 1940 en la Universidad de Minnesota al dar una conferencia sobre algunos conceptos particulares de la psicoterapia, siendo este el inicio de lo que se denominó por aquel entonces la terapia no-directiva:

... principios del estilo no-directivo en las relaciones de ayuda en contraposición a las maneras directivas de ayuda personal. Sustituye el término «paciente» por el de cliente, en referencia a la voluntariedad de asistencia a la consulta terapéutica y a la decisión inicial de solicitar asistencia en el proceso terapéutico; plantea condiciones facilitadoras en la creación del clima de seguridad psicológica adecuado por parte del orientador o terapeuta y otorga todo el protagonismo de la dirección del proceso al cliente. Utiliza el término «no-directivo y centrado en el cliente» para referirse a su sistema terapéutico e incluye, por primera vez, la publicación de una grabación del proceso terapéutico que, sin duda, constituyó una auténtica revolución en el método de investigación de este ámbito. (p. 126).



En este sistema terapéutico, de trabajo o de acción como lo denomina Escartín (1993), confluyen los elementos propios del profesional, así como los del cliente:

Todos estos elementos entran en relación con el propio bagaje cultural, situacional, etc. del cliente, que también aporta a la relación sus necesidades o problemas, su percepción acerca de su situación y en definitiva, sus experiencias vitales que influyen en esa percepción y su capacidad para asegurar la situación de conflicto; también aporta fuerzas motivacionales para trabajar en su problema o para el cambio de sí mismo o de su situación. (p. 84).

También se da una gran importancia al primer contacto que se mantiene entre el profesional y cliente, el inicio de la relación y la creación del sistema de trabajo:

El primer contacto tiene lugar en el momento en que la persona acude a una institución para pedir ayuda en relación a una necesidad o problema, para sí mismo o para otra persona: o cuando el trabajador social toma la iniciativa para ayudar a alguien, aunque esa persona no lo haya solicitado (por ejemplo, en el caso de un menor en el que, a través de maestros, vecinos, etc., se le detectan malos tratos). (Escartín Caparrós, 1993, p. 84).

En la importancia de este primer contacto coinciden todos los autores consultados hasta el momento:

El primer encuentro es crucial para la formación del sistema de acción, determinando en gran manera lo que puede suceder en las siguientes sesiones. (Escartín Caparrós, 1993, p. 84).

En la primera fase de aproximación y comprensión empática es fundamental transmitir esa comprensión de las necesidades, significados y sentido que a su situación estamos dando tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal. Esto se va a producir en todo el proceso, pero de manera fundamental en la primera fase de contacto en la que nos aproximamos al usuario desplegando la destreza de la escucha activa, donde comprendamos su mundo y sea percibido por éste de modo que generemos confianza, con la manera de aproximarnos, el respeto de sus ritmos, y la observación de los niveles de tolerancia de nuestra intromisión. Establecimiento del vínculo. (Gómez Trenado, 2010, p. 171).

Las personas usuarias señalan en sus narraciones la importancia del recibimiento, la acogida y el trato bueno desde el primer encuentro con el trabajador social, que se muestra cercano y cordial. (Lillo Beneyto, 2019a, p. 100).

Pero para conseguir el establecimiento de la relación de ayuda según Rogers, debían darse otra serie de circunstancias:

Son las tres actitudes del enfoque centrado en la persona: la escucha y la empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad o congruencia del facilitador. (Barceló Roselló, 2012, p. 136).

Sin embargo, Carkhuff, el alumno de Rogers no coincide en todas sus premisas, aunque tampoco sugieren una distorsión que modifique el enfoque de esta investigación, por lo que no se profundizará en ello. Aunque sí que introduce cambios alejándose de la idea de que el "hombre es bueno por naturaleza" de Rogers. Para Carkhuff el hombre no es bueno, ni malo, sino que consigue realizarse por formación o enseñanza y esto deriva de las experiencias vividas.

Estas experiencias serán las que marcarán la dirección hacia la realización o hacia la destrucción de la persona en un contexto determinado y que en el papel de las visitas aparecen tan determinantes por el conocimiento personal y profesional que desarrollan.

Desde el trabajo social Cardona-Cardona (2017) describe los criterios para establecer un marco cooperativo en la relación de ayuda que sustentan el proceso de construcción del diagnóstico en trabajo social, sea relacional y colaborativo:

1. Desde el primer contacto se genera una relación de respeto con las personas, otorgándoles un papel protagonista en la conducción del proceso de ayuda y situándolas como expertas de sus vidas.

2. Los encuentros de estudio (entrevistas de estudio), constituyen una investigación colaborativa, es decir, un trabajo conjunto que destaca el conocimiento compartido en el curso de las conversaciones.

3. Tener en cuenta la influencia de la cultural y el contexto social e interaccional en la situación problema y en la identidad de las personas.

4. La definición del problema y la de los objetivos, debe surgir de las conversaciones y preguntas a la familia, no del profesional y sus teorías.

5. Centrar las conversaciones en los logros, las capacidades y los recursos de la persona/familia.

6. Escuchar activamente los intentos eficaces e ineficaces ensayados por la familia.

7. En cada uno de los encuentros del proceso de ayuda, solicitar *feedback* a la persona/ familia sobre nuestro trabajo.

8. Cuestionar la resistencia al cambio, centrando nuestro interés en investigar qué debe ocurrir para que el cambio se dé, más que centrar nuestros esfuerzos en combatir la supuesta postura de no cambio.

9. Mantener un ejercicio profesional discreto.

Pero si bien hasta ahora estamos viendo aquellos agentes que facilitan o motivan la relación de ayuda, Escartín (1998) nos presenta algunos obstáculos que debemos tener en cuenta y de manera resumida podemos señalar los siguientes: las diferencias sociales, culturales, étnicas, ..., así como también el sexo y la edad.

También existen otras dificultades que pueden darse en el establecimiento de una buena relación de ayuda que Fombuena (2017) vincula con la institución como la obligación en la intervención, la no existencia de elementos comunes para la intervención con los otros miembros del equipo profesional o los procedimientos o protocolos excesivamente rígidos de la institución en la que se está empleado.

Por último, destacamos la apreciación de González et al.(2016) donde invita a reflexionar sobre la inconveniencia que supone en ocasiones un acercamiento por parte del trabajador desde sus necesidades, más que desde las de la persona usuaria:

Como consecuencia del deseo de utilidad, el trabajador social querrá ser amable, bondadoso y tolerante. Estas cualidades, que inicialmente son deseables, no deben confundirse con la condescendencia o complicidad con el entrevistado, puesto que estas últimas no resultan nada beneficiosas en la relación de ayuda profesional, en la medida que pueden buscar más el beneficio del trabajador social que del cliente ... (p. 7).

Y esto nos lleva al desgaste por empatía, del que tan solo queremos mencionar, por lo extenso, pero importante del tema la lista que propone Cuartero (2018) sobre los factores predictores de este síndrome y los autores en los que se basa para su exposición:

1. El hecho de que el profesional haya experimentado algún tipo de acontecimiento psicológico no resuelto con anterioridad no es requisito necesario para sufrir desgaste, pero sí puede favorecerlo (Bourassa, 2009; Hesse, 2002).

2. Otro factor que se correlaciona positivamente con el Desgaste por Empatía es el tiempo de exposición al dolor. Los trabajadores sociales que pasan más tiempo realizando intervención directa con sus clientes y familias son más propensos a este tipo de desgaste (Bourassa, 2009; Bride, et al., 2004; Hyman, 2004).

3. Los altos niveles de empatía en las personas tienen un doble efecto: propician el desempeño de profesiones de relación de ayuda y, a la vez, exponen a los profesionales a consecuencias positivas, pero también negativas (Bourassa, 2009; Baranowsky, 2002).

4. Altos niveles basales de empatía (5 o 6 en la escala de Baron-Cohen) poco controladas pueden incrementar los niveles del Desgaste por Empatía. Según los estudios realizados por Pearlman y Mac Ian's (1995, citado en Bourassa, 2009), los profesionales más jóvenes, con menos experiencia, tienen más dificultades en el manejo de los límites, lo que determina un incremento del síndrome.

5. Las investigaciones demuestran que la naturaleza del caso que se atiende afecta cognitivamente al profesional. Trabajar en el área del bienestar infantil (situaciones de trauma) es un factor que incrementa el Desgaste por Empatía (Nelson-Gardel y Harris, 2003; Sprang, Clark, y Whitt-Woosley, 2007).

6. Las mujeres tienden a puntuar niveles superiores de empatía respecto de los hombres. Eso acerca aún más al género femenino a la diana del síndrome de Desgaste por Empatía (Geoffrion, Morselli y Guay, 2016; Sprang et al., 2007).

### **2.2.2.- Alianza de Trabajo.**

Escudero (2020) plantea que los trabajos en los domicilios precisan de algo más que una relación empática, precisan de una alianza de trabajo que es clave para el éxito en la intervención:

La alianza de trabajo con la familia no es simplemente algo que haga más cómodo el proceso de trabajo con la familia, y tampoco es algo exclusivamente relacionado con un cierto nivel de empatía con el usuario. La alianza de trabajo es una clave esencial del éxito de la intervención, [...] tiene que ver con todas las tareas que se realizan en la intervención y tiene que ver no sólo con la relación entre el profesional y la familia, sino también con la relación de los miembros de la familia entre ellos y de los diferentes profesionales implicados en la intervención entre ellos ... (p. 83).

Explica Escudero (2009) que “El uso del término alianza en psicoterapia ha tenido una larga y significativa historia. Fue originalmente planteado por Freud (1912-1959) diferenciando la ‘alianza’ de la ‘transferencia’ ... (p. 251)” y además la considera, al igual que cuando nos referíamos a la relación de ayuda, como un predictor del éxito de la intervención.

Por tanto, si bien es cierto que la relación de ayuda y la alianza tienen semejanzas no son lo mismo y Lillo (2019b) así lo considera al dividirlo como si fueran dos fases, la primera la de la relación y la segunda la de la alianza, expresándose así: “Una vez que el profesional percibe que se ha construido la relación, entramos en la segunda fase. En esta destaca la alianza terapéutica o de ayuda (p. 63)” o como también hemos visto que la denomina Escudero (2020), “alianza de trabajo” (p. 379).

También aprecia esta diferencia Casado (2017) y lo describe de esta manera:

Un aspecto fundamental en la relación de ayuda es el establecimiento de un vínculo adecuado entre la FMP<sup>5</sup> y el profesional o los profesionales con los que van a trabajar. Y para ello es especialmente relevante la alianza terapéutica. (p. 759).

Esta alianza presenta los siguientes cuatro elementos según Friendlander et al. (2009): enganche en el proceso de intervención, seguridad en el sistema de intervención, conexión emocional del usuario con el profesional, y sentido de compartir el propósito en la familia.

1.- Para valorar el *enganche en el proceso de la intervención*, siguiendo la Guía de Intervención Familiar reeditada por la Junta de Castilla y León y que tiene como autor a Escudero (2012) observamos tres elementos fácilmente identificables:

1.1. La participación del usuario en la definición de las metas y los objetivos.

1.2. La participación del cliente en tareas de la intervención y en marcar el ritmo de esta.

1.3. La motivación para el cambio reflejado en la expresión de los pequeños avances conseguidos por el cliente o por cualquier miembro de la familia.

2.- En cuanto a la *seguridad en el sistema de intervención* podemos decir que se consigue cuando la familia o la unidad de convivencia sienten,

---

<sup>5</sup> FMP: Familia Multiproblemática.

... que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva. (Friedlander et al., 2005, p. 9).

### 3.- La *conexión emocional*:

Se identifica especialmente cuando uno o varios miembros de la familia comentan acontecimientos desagradables y/o dolorosos (como por ejemplo, narrar un episodio de abuso). En esos momentos en que un usuario muestra tal grado de confianza y vulnerabilidad, una escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional: el cliente va a sentirse acompañado, menos aislado en su experiencia de dolor, no juzgado sino comprendido, y generalmente aliviado. (Escudero Carranza, 2020, pp. 92-93).

### 4.- *Compartir el Propósito de la terapia en la familia*:

Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación con la terapia ("estamos juntos en esto"), de que valoran el tiempo que comparten en la terapia; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia. (Friedlander et al., 2005, p. 9).

En relación con las dificultades para el establecimiento de la alianza, Escudero (2020) enumera las siguientes y todas ellas pueden surgir en las visitas a domicilio:

**Desmotivación.** Los niveles de motivación varían entre los miembros de la familia, en general bajos; desconfianza de los servicios sociales generalizada a la intervención.

**Conflicto.** Los miembros de la familia suelen estar en conflicto y esperan que el trabajador tome posición a favor o en contra.

**Prejuzar el trato no igualitario.** Cada uno observa e interpreta cómo es la relación del trabajador con el resto de la familia.

**Secretos y tabúes.** Hay secretos, acontecimientos que han causado vergüenza y daño (como historias de abuso, humillaciones dentro de la familia o del exterior hacia la familia, etc.).

Jerarquía de poder. Algunos miembros tienen más poder que otros y pueden bloquear la ayuda a la familia o a algunos miembros de la familia.

Consecuencias negativas de lo que se dice. Lo que se dice o hace en las entrevistas con el profesional puede tener consecuencias desagradables en la familia (agresividad, amenazas, etc.) cuando éste no está presente.

Temor a lo que digan. Los miembros de la familia tienen menos control de lo que se dice en las entrevistas, hay temor.

Diversidad madurativa. Trabajas con personas que están en diferentes estadios evolutivos (niños, adolescentes, adultos, mayores), lo que media en su capacidad de comprensión e interpretación de los conflictos.

Diversidad cultural. La familia forma parte de una comunidad o cultura que muestra grandes diferencias en normas sociales con la cultura del sistema profesional.

Rehenes. Algunos se sienten como "rehenes" de la intervención, están o se sienten obligados y muestran antagonismo o incluso hostilidad.

Triangulaciones. Se forman "triangulaciones" en las que puede entrar el trabajador (influye sobre todo el género y la edad).

Expectativas de Ganar/perder. Frecuentemente se dan expectativas de ganar/perder. (p. 87-89).

Asimismo, también se observa que tener un modelo común entre los profesionales de la institución puede ser un agente facilitador para la alianza de trabajo.

### **2.2.3.- La Relación de Ayuda en la práctica.**

Por tanto, el análisis siguiente e inevitable en conexión con esta investigación nos lleva a la pregunta que se hacía González (2016) sobre si la visita a domicilio ayuda o dificulta en el establecimiento de una buena alianza que potencie la relación de ayuda, respondiéndose y concluyendo él mismo que "El domicilio puede ser idóneo en buena parte de los casos para potenciar el crecimiento a través de la relación" (p. 84) y su pretensión era "... poner en valor al escenario doméstico como lugar no solo posible, sino privilegiado para promover, establecer, mantener y potenciar la relación profesional" (p. 84).

De hecho, son muchas las profesionales que han escrito sobre la conjunción de estas dos variables, relación de ayuda y visitas a domicilio, veamos algunos ejemplos:

Para empezar, proponemos la observación que realiza Miranda (2005) al considerar el establecimiento de la relación de ayuda como uno de los principios necesarios que proponía la COS (Charity Organization Society) para sus intervenciones.

Además se afirmaba que dar dinero no era suficiente, era necesario establecer un contacto con los individuos y sus familias a través de las visitas sistemáticas. Estaban convencidos del principio ético de que la más importante donación era darse a sí mismo. Si no se era capaz de establecer una relación de ayuda adecuada el fracaso de la intervención estaba asegurado. (pp. 110-111).

Cuartero (2017) por su parte cuando escribe sobre el establecimiento de vínculos con la familia, alude a la visita a domicilio como escenario informal y de manera indirecta como elemento para que pueda establecerse la relación de ayuda:

También es cierto que se pueden hacer otro tipo de intervenciones, que sin dejar de ser rigurosas, se pueden desarrollar en ambientes menos formales —como una visita a domicilio—. En estos casos las variables externas influyen en la intervención, y éstas deben manejarse adecuadamente para que la generación de la alianza sea efectiva. (pp. 455-456).

Ya hemos hecho referencia a la vivienda como espacio relacional mencionado a González (2003), pero son muchos otros y otras las que lo entienden así también, ponemos un ejemplo más:

Hace referencia a las conversaciones mantenidas sobre la vivienda familiar y también a las impresiones compartidas con la persona/familia a raíz de una visita a domicilio, ligando la vivienda como su espacio relacional, ... (Cardona-Cardona et al., 2017, p. 86).

En la propuesta metodológica aplicada al establecimiento de la relación de ayuda por parte de los profesionales del trabajo social, Gómez (2010) propone el diagnóstico de un caso real donde la primera fase de estudio se establece en el domicilio, como toma de contacto y para iniciar la relación de ayuda, pero posteriormente, el domicilio va apareciendo en muchas de estas fases y su planificación:

Se elabora un proyecto de intervención individualizado con las áreas de necesidad detectadas, continuamos con la segunda fase de la Relación



de Ayuda, los objetivos de nuestro proyecto de intervención se centran en los objetivos de las visitas a domicilio. (p. 178).

Por último, Lillo-Beneyto y Ramírez-García (2021) consideran que debemos prestar atención a las transformaciones de las acciones que vinculan al profesional del trabajo social con la persona usuaria en el establecimiento de la relación de ayuda ya que en estos momentos es posible a través del uso de la tecnología, es decir, del e-Social Work y que esta se puede llevar a cabo a través de las visitas a domicilio remotas o digitales.

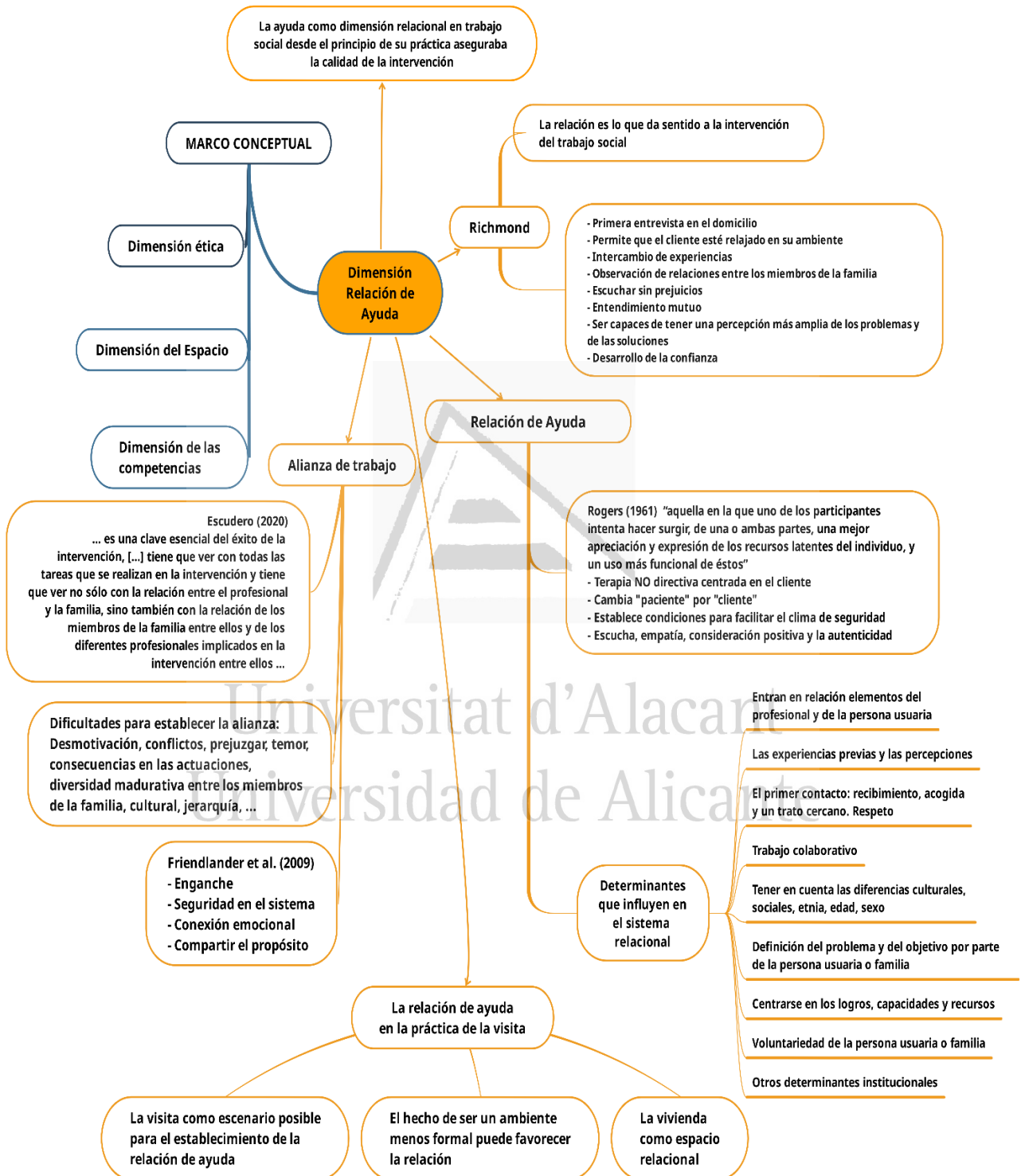
De las reflexiones compartidas con Lillo-Beneyto, de las citas de las personas usuarias de su Tesis y de las citas de los profesionales de esta Tesis, se publica en el libro *Hacia la disrupción digital del trabajo social* el Capítulo La intervención digital en la práctica del Trabajo Social (2021).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 9**

*Marco conceptual: esquema de la dimensión de la relación de ayuda*



### **2.3.- Dimensión del Espacio.**

Con la ayuda de diferentes autores Martins (2017) traslada la idea de que existe una falta de consideración al no detenernos cuando percibimos que hemos entrado en el territorio del otro y que transgredir las fronteras de la privacidad es transgredir las fronteras del Yo. Para evitar esto las personas señalan fronteras a su alrededor. Debemos ser respetuosos y si las transgredimos pedir disculpas, ya que las entradas no autorizadas en el territorio del otro es una violación de su espacio personal.

Por lo que desde el inicio de este punto consideramos el hogar que vamos a visitar como un "espacio personal", aunque no por ello individual, ya que una casa habitada por más de una persona tendrá la consideración de espacio común (más allá de los espacios individuales o privados que puedan existir). Tampoco podemos considerar el espacio de la visita a domicilio únicamente como la vivienda a la que acudimos, ya que el espacio será todo el territorio que se encuentra desde que se sale del despacho u oficina (espacio público) hasta la casa y una vez allí, el domicilio en sí mismo (espacio personal).

Precisamente esta es la propuesta como hilo conductor en este punto, comenzar el análisis inicialmente desde el espacio público, para continuar posteriormente con el espacio privado o personal.

#### **2.3.1.- Territorio: Espacio Público.**

Ferguson (2010) razona la necesidad que tienen los trabajadores sociales de transitar por el espacio público como una práctica positiva: "... la práctica diaria requiere que los trabajadores abandonen sus despachos, hagan desplazamientos en coche, caminen por las calles, urbanizaciones y paseen por dentro y por alrededor de las casas en las que viven los usuarios del servicio. (p. 1101)."

Pero antes de salir a la calle, existen determinados instrumentos que se pueden convertir en nuestros aliados, y dentro de los que describe Ávila (2017) haremos referencia a los dos siguientes:

## Tabla 5

### *Instrumentos de ubicación geográfica*

19.-Croquis: es la unidad micro para la ubicación territorial, es una representación gráfica con calles, cruces etc. de un espacio (cuadrante, barrio) para la ubicación geográfica.	Se utiliza en el Trabajo Social comunitario o en la visita domiciliaria para llegar con precisión a una casa o lugar de la colonia en cuestión.
20.-Mapa: es la unidad a nivel medio de la ubicación territorial nos permite conocer ampliamente un sector determinado.	Se utiliza para los trabajos de campo o comunidad así como en visitas domiciliarias.

*Nota: Extracto de la tabla de Instrumentos (Ávila, 2017, p. 5).*

Una vez ya en el trayecto y en relación con el espacio público que se recorre hasta el domicilio, en la investigación realizada por Razeto (2018) sobre trabajadoras sociales escolares, se presentan ciertas dificultades a tener en cuenta como la "Sensación de inseguridad del profesional en algunos de los barrios donde se realiza la visita domiciliaria, en relación a la vulnerabilidad social de los hogares donde provienen los estudiantes. (p. 401)".

Durante este trayecto existen numerosas variables que deberán ser observadas, y que Zuliani-Arango et al (2015) ponen como ejemplo por el interés que despierta en el cuerpo sanitario:

... el barrio, el acceso a este, las condiciones culturales y socioeconómicas. [...] la accesibilidad que tienen para el transporte, la recreación, las instituciones educativas, de salud y religiosas que complementan la red de apoyo social de la familia, necesarias para su proceso de desarrollo y bienestar. Y un segundo que es el de convivencia, que son las normas y relaciones que se establecen en el entorno comunitario. (p. 857).

Desde el trabajo social el interés es muy parecido y exponemos algunos ejemplos en los que se propone recoger información que supondrán datos para el diagnóstico de la familia:

También conocer el entorno, la vecindad que rodea el propio domicilio (calle, barrio...) nos es de gran ayuda para conocer el ambiente social donde se desenvuelven los casos atendidos. Las condiciones generales de vida, los niveles de servicios en la zona, la dotación de

infraestructuras, el estado de las calles y de las edificaciones ... (González Calvo, 2003, p. 67).

Las conversaciones en esta área están referidas al conocimiento sobre la influencia del barrio, el entorno comunitario y las relaciones en la situación problema. También explora cómo la participación de la persona en la comunidad, su vida asociativa o por el contrario, su aislamiento, están ligados al desarrollo o mantenimiento de la situación ... (Cardona-Cardona et al., 2017, p. 84).

Y más allá de las visitas, Illescas (2016) nos justifica la necesidad de conocer el espacio público, el territorio en el que se interviene por el mero hecho de ser nuestra área de intervención y no podemos estar más de acuerdo ya que además, refuerza la autoridad construida por la relación con esa comunidad.

Todavía lo amplía más Fernández (2011) al escribir sobre los aspectos a tener en cuenta en el territorio en el que se desenvuelve nuestra acción profesional, nombrado de esta manera los elementos a tener en cuenta:

- La ubicación y límites geográficos.
- Las características orográficas (accidentes naturales, ríos, etc.).
- Las infraestructuras básicas (carreteras, avenidas, pavimentaciones, zonas verdes, etc.), (redes de saneamiento, suministros, etc.).
- Tipo de medio (rural, urbano, urbanizado, etc.).
- Tipo de demarcación político-administrativa (municipio, provincia, mancomunidad, comunidad autónoma, distrito, aldea, pedanía, varios, otros, etc.).
- Tipología del urbanismo y edificación (zona residencial, industrial, comercial, recreo, etc.).
- Tipología de las viviendas (edificios en altura, unifamiliares, infravivienda, mixto, (%), etc. Tamaño de las viviendas-m<sup>2</sup> de superficie dominante. (pp. 150-160).

También para Escudero (2020) es importante conocer el barrio en el que viven los protagonistas de sus intervenciones (adolescentes), porque considera el "apego" al barrio como una variable positiva que puede movilizar el cambio en una persona.

Este “apego” al espacio físico, toma el nombre de *topofilia* según Bachelard, quién en 1957 vinculó una suerte de imágenes y reflexiones sobre el espacio en su libro *La poética del espacio*, al que nos referiremos a continuación.

Este autor realiza un estudio basado en el examen de imágenes del “espacio feliz (p.22)”, a las que llamará topofilia y las reviste de ciertos matices que “Aspiran a determinar el valor humano de los espacios de posesión, de los espacios defendidos contra fuerzas adversas, de los espacios amados. (p. 22)”. Según Bachelard los espacios no pueden constituirse únicamente por una medición métrica ya que son espacios vividos, y por tanto tienen límites internos que nos protegen o espacios llenos de odio y hostilidad.

Por tanto, la importancia de la topofilia de las comunidades, barrios y moradas de las personas y familias con las que se interviene recae en la posibilidad, o incluso necesidad, de poder expresar esos sentimientos arraigados y describirlos en los registros e informes que desde el trabajo social se realizan. Ya no hablamos de los servicios e infraestructuras, de la accesibilidad, del transporte, ..., sino del sentimiento de pertenencia que se tiene, de cómo se siente la persona al vivir ahí, de cómo la familia se ha integrado o no y qué le hace sentir o temer en este tipo de relaciones. El espacio, físico y temporal, de las visitas a domicilio se hace idóneo para esta recogida de información, contrastarla y experimentarla.

Méndez (2015) considera que la meta de toda familia es tener un lugar propio el cuál puede ubicarse en una zona urbana o rural y esto marcará diferencias y consideraciones que se deberán tener en cuenta a la hora de realizar las visitas a domicilio. Desde la disposición del transporte (coches oficiales, vehículos propios, transporte público, taxis, ...), la inversión del tiempo en el desplazamiento, el material analógico o digital que nos acompaña, ...

Según el Informe del Consejo General del Trabajo Social (2019) el ejercicio profesional del trabajo social en el ámbito rural ya representa un 22,7 % del ejercicio profesional, porcentaje que si bien es menor al 77,3 % de las zonas urbanas (p. 19), no podemos dejar de considerarlo importante. Como plantea Martins (2017), esta dualidad encierra oportunidades y dificultades:

La metrópolis constituye un ámbito que contrasta con el entorno rural o con el clima relacional de una ciudad pequeña. Muchos autores destacan tales diferencias, que se observan en una gran diversidad de matices. La ciudad fomenta otro *modus vivendi* y otras actitudes interpersonales.

Posibilita otro tipo de experiencias individuales y grupales y define otras formas de relacionarse y agruparse. Todo esto abre posibilidades a la vez que crea problemas. (p. 184).

Las variables que toma en consideración para su estudio según la zona urbana o rural son: el anonimato, el desarraigo, la funcionalidad, las relaciones personales, la indiferencia, la sensación de seguridad e inseguridad, ...

Una de las dificultades que pueden tener en común determinadas zonas urbanas y rurales es la "dispersión geográfica (pp. 402)" y así lo hace constar Razeto (2018). Esto dificulta aún más si cabe la gestión de las visitas por las razones explicitadas anteriormente (medio de transporte, tiempo de desplazamiento, ...), y no pudiendo celebrarse muchas de ellas al no conseguir localizar la vivienda.

### **2.3.2.- Espacio Privado.**

Cuando se llega al domicilio puede darse la circunstancia de no poder realizarse la visita, bien por no haber avisado y que no haya nadie en casa, bien porque la persona o la familia no te permite entrar:

El realizar la visita fuera del hogar es indicativo de desconfianza y baja disponibilidad del usuario hacia el profesional, lo que merma la posibilidad de desarrollar un vínculo, disminuye el tiempo de la visita por la incomodidad y baja la calidad de la interacción, de modo que se afectan los resultados de la estrategia. (Razeto-Pavez, 2020, p. 18).

Además de otras circunstancias que hemos ido identificando a lo largo de estos dos capítulos como animales agresivos sueltos en fincas o casas de campo, medios de transporte que no llegan hasta el domicilio, desubicación, no confirmar la disponibilidad de la familia o la ubicación del domicilio, etc. También puede darse la circunstancia de llegar y que la puerta la abran menores de edad y tener que decidir qué hacer en ese momento, convirtiéndose esta situación en uno de los dilemas exclusivos de la visita.

Pero si conseguimos llegar y el favor de la familia para entrar, estaremos entrando en un lugar cargado de simbolismo, el territorio privado del que hacíamos mención al inicio de este punto:

El hogar es, además de lo dicho, un lugar simbólico. Los objetos, las figuras y las fotografías que ocupan el espacio íntimo constituyen un conjunto de elementos que no cumplen solamente con una finalidad ornamental o decorativa; expresan la historia de una vida, evocan un

pasado, unos vínculos, una memoria vivida y compartida, un conjunto de episodios de felicidad o circunstancias de sufrimiento y dolor que están contenidos en ese conjunto de objetos. Poéticamente, podríamos decir que un hogar tiene "alma". (SARquavitae, 2011, p. 12).

Este es uno de esos momentos en los que la Dimensión Ética y la Dimensión del Espacio se entrecruzan, ya que debemos desplazarnos por dentro del hogar, siempre con el permiso de la persona, con el respeto que merece la invasión y en la categoría de invitado, que no debemos olvidar:

... la movilidad implica, el traslado desde la oficina a la puerta, cruzar el umbral y entrar en el hogar, y moverse dentro de los espacios privados de las personas, incluidos sus dormitorios, los rincones más íntimos de sus vidas. Es una experiencia profundamente corporal en la que todos los sentidos (vista, olfato, tacto, oído y gusto) se utilizan mientras el trabajador busca al niño y verifica su bienestar, así como las condiciones del hogar. (Ferguson, 2010, p. 1103).

Se acorta la distancia, la proxemia entra en juego y de nuevo Martins (2017) nos ayuda para definir determinados elementos que vinculan el espacio personal y la distancia relacional:

1. El espacio personal manifiesta flexibilidad, en los espacios públicos con mucha gente toleramos mejor el acercamiento que en los pequeños aunque haya menos gente.

2. En relación a las diferencias culturales se tolera más el acercamiento e incluso el tocarse físicamente en público o privado.

3. Las actitudes temperamentales también influyen en la proximidad, ya que las personas más amigables toleran mejor el acercamiento que aquellas que son más expansivas. (pp. 23-24).

La casa es un espacio muy particular: se trata de un entorno fuertemente 'personalizado': cualquiera deja plasmados muchos de sus rasgos personales en el propio hogar. Simultáneamente -al proporcionar privacidad- la casa suele ser un espacio de 'trasparencia de actitudes', de reducida 'teatralidad social': el ámbito en el que más se expone la propia intimidad. (Martins da Cunha, 2017, p. 79).

Esta personalización del hogar nos lleva a pensar en las diferencias que presenta un hogar dependiendo de la cultura de las personas que lo habitan, ya que simplemente por decoración encontramos diferencias vinculadas a la religión,



a las costumbres evidentes que existen a la hora de sentarse a comer o hasta el menaje que se utiliza para ello. Con todo esto nos referimos a los crucifijos, a las velas, a las mesas pequeñas con bandejas preparadas para el té, a suelos cubiertos de alfombras, a casas llenas de fruta o de carne, ..., o a quitarse los zapatos antes de entrar en la casa.

Todos estos objetos, se mezclan con los olores y se aprecian mejor o peor dependiendo de la luz o penumbra, de la ventilación o concentración de la casa o de la habitación y repercutirá de manera casi inevitable en nuestra propia percepción.

... no era solo el miedo por su propia seguridad lo que explicaba su sensación de malestar, sino lo que describió como el mal olor, la alfombra pegajosa, la falta de luz y aire fresco, lo que hacía que estar en la salita fuera muy difícil; una experiencia a la que la trabajadora social se refirió después como "deprimente". La trabajadora social encontró el ambiente en el hogar casi abrumador e insoportable, y lo describió como 'entrar en otro mundo'. (Ferguson, 2018, p. 74).

Pero evidentemente no todas las visitas son así, y realmente están muy determinadas por el contexto de la intervención, que será el último punto por abordar de este capítulo.

Dentro de este espacio privado puede darse la circunstancia de estar ocupado por familiares o vecinos en el momento de la visita y que al igual que cuando nos abren la puerta menores de edad, la trabajadora social tiene que decidir qué hacer: marcharse y acordar otra visita, realizar la entrevista y así obtener más información, invitar a la persona usuaria a que se despidan de estas personas ajenas a la casa para iniciar la entrevista, ... En esta situación, de nuevo confluyen ética y espacio, y por tanto se considera apropiado proponerlo a discusión dentro de los grupos focales que forman parte de la investigación.

Es evidente que en el espacio del domicilio es donde se tiene que llevar a cabo la entrevista, pero no en todas las visitas se lleva a cabo en el mismo lugar. Por ejemplo, es normal utilizar el salón o comedor para las visitas con las familias, pero otras veces se celebra en la habitación del paciente o de la persona a valorar la dependencia, en la habitación del adolescente, ... Estos espacios deben reunir determinadas condiciones a las que ya hemos hecho referencia, pero también hay que tener en cuenta otra variable mencionada en el capítulo anterior, y es el ruido que puede entorpecer la comunicación.

La experiencia diaria de la vida familiar es fluida y animada cuando adultos y niños interactúan, juegan, comen, lloran, pelean, la televisión está encendida, sus teléfonos móviles suenan o hacen ping, ... (Ferguson, 2018, p. 69).

Para ilustrar las ideas desarrolladas en estos dos últimos párrafos se ha escogido el siguiente texto:

Indudablemente que el sitio elegido para desarrollar la entrevista debe tener ciertas cualidades. Aquí claro se debe dejar sentado que en muchas ocasiones es difícil tener el lugar ideal; entonces lo importante es que al menos garantice que la entrevista podrá desarrollarse tranquilamente y sin la interferencia de ruido u otras fuentes de distracción. Además es necesario evitar la presencia de otras personas que puedan obstaculizar o causar desvíos o sesgo en la información proporcionada. En todo caso, si no es posible tener las condiciones ideales lo importante es adaptarse a la situación. (López Estrada & Deslauriers, 2011, p. 9).

Se ha considerado oportuno introducir el uso del apartograma en esta Dimensión del espacio ya que, si bien podría tener cabida en la anterior al exponer la relación de ayuda, se aprecia mayor idoneidad en este apartado por tratarse de una técnica espacial.

El uso de esta técnica se puede llevar a cabo en el despacho ante la imposibilidad de hacer una visita a domicilio o como trabajo previo antes de realizarla, así como también en el mismo momento de la visita. Con un conviviente o con varios, pueden participar niños y personas mayores y está especialmente recomendado para valorar las relaciones que se dan entre las personas que cohabitan en el hogar y los espacios.

La técnica consiste en el dibujo del plano de la casa con los espacios correspondientes y aquellos detalles que considere significativos. Se pide también que se especifique qué espacios están destinados a qué y a quién: dónde comen o estudian, donde hablan de los asuntos importantes, cuál es su lugar preferido o seguro, etc.

Si fuera necesario se dibujarán planos diferentes en los casos en los que viven en casas de más de un piso, de manera que se tenga una visión general del reparto de espacios y relación.

Por ejemplo en los casos de hijos con custodia compartida habría que indagar en qué medida sienten como "su casa" la de alguno de sus

progenitores o abuelos (familiares) o si perciben las dos casas por igual. El dibujo mostrará diferencias que, en muchas ocasiones, tendrán que ver con el mundo relacional en el que se ve inmerso en cada casa.

Los espacios generados podrán ofrecer información relacionada con interacciones familiares, manejo de problemas así como la existencia o no espacios de intimidad y/o espacios compartidos. (Casas García, 2021, p. 188).

También es útil la propia observación directa para valorar si el espacio privado, si la casa como edificio en sí mismo se adapta a las condiciones que exige cada Ciclo Vital Familiar, sin necesidad por supuesto de juzgarlo, pero sí de valorarlo.

Casas demasiado pequeñas para una familia muy numerosa o casas excesivamente grandes y sin adaptar para personas que viven solas o tienen problemas de movilidad. Viviendas que requieren de un mantenimiento que descapitaliza a la persona de sus ingresos viéndose abocados a situaciones de necesidad económica.

Esto hay que conjugarlo con muchas variables, la primera por supuesto es si realmente existe una necesidad real o sentida de cambiar de espacio, la segunda es el sentimiento de topofilia ya desarrollado por la unidad de convivencia y, por último, si existe o no dificultad para mantener ese espacio privativo que en muchas ocasiones ha sido el hogar de toda una vida. Si ninguna de estas variables se da, no habría motivos para pensar en ese cambio, al contrario, podríamos entrar en un sistema de prejuicios predeterminados por la discapacidad, el edadismo, ...

En la evaluación familiar es necesario prestar atención al Ciclo vital familiar y de pareja. Identificar la etapa concreta en la que se encuentra la familia es un aspecto esencial sobre todo porque el conocimiento de los distintos hechos críticos que en cada etapa suceden es de gran importancia para comprender adecuadamente el momento por el que transita la familia.

El ciclo vital tiene su reflejo en el modo de organización y distribución de personas y enseres dentro del hogar. Las familias en cada una de sus fases de su ciclo necesita más o menos espacio para convivir. Una pareja recién unida o casada no tiene las mismas necesidades que una pareja con varios hijos, de igual manera una persona anciana viviendo sola. (González Calvo, 2003, p. 17).

### **2.3.3.- Espacio Virtual.**

Por último, queremos hacer una reflexión que expondremos a debate entre los participantes de los grupos focales de esta investigación sobre la ampliación del espacio físico al virtual. Como ya hemos hecho referencia a él en el punto de la Visita y la Tecnología no será extensa la reflexión, pero sí lo suficiente para que conste su mención expresa.

Existe un debate abierto sobre si este espacio virtual, lo es realmente o simplemente es un medio de comunicación que nos sirve para salvar determinados obstáculos. Al no ser objeto de esta Tesis asumimos de momento, el espacio virtual como tal espacio para desarrollar este punto.

De hecho, este espacio virtual, tiene sus partidarios y sus detractores, aunque es cierto que muchos de los segundos son desconocedores de este territorio y su "animadversión" está más relacionada con su falta de conocimiento digital que por su experiencia fallida y desechada tras la práctica.

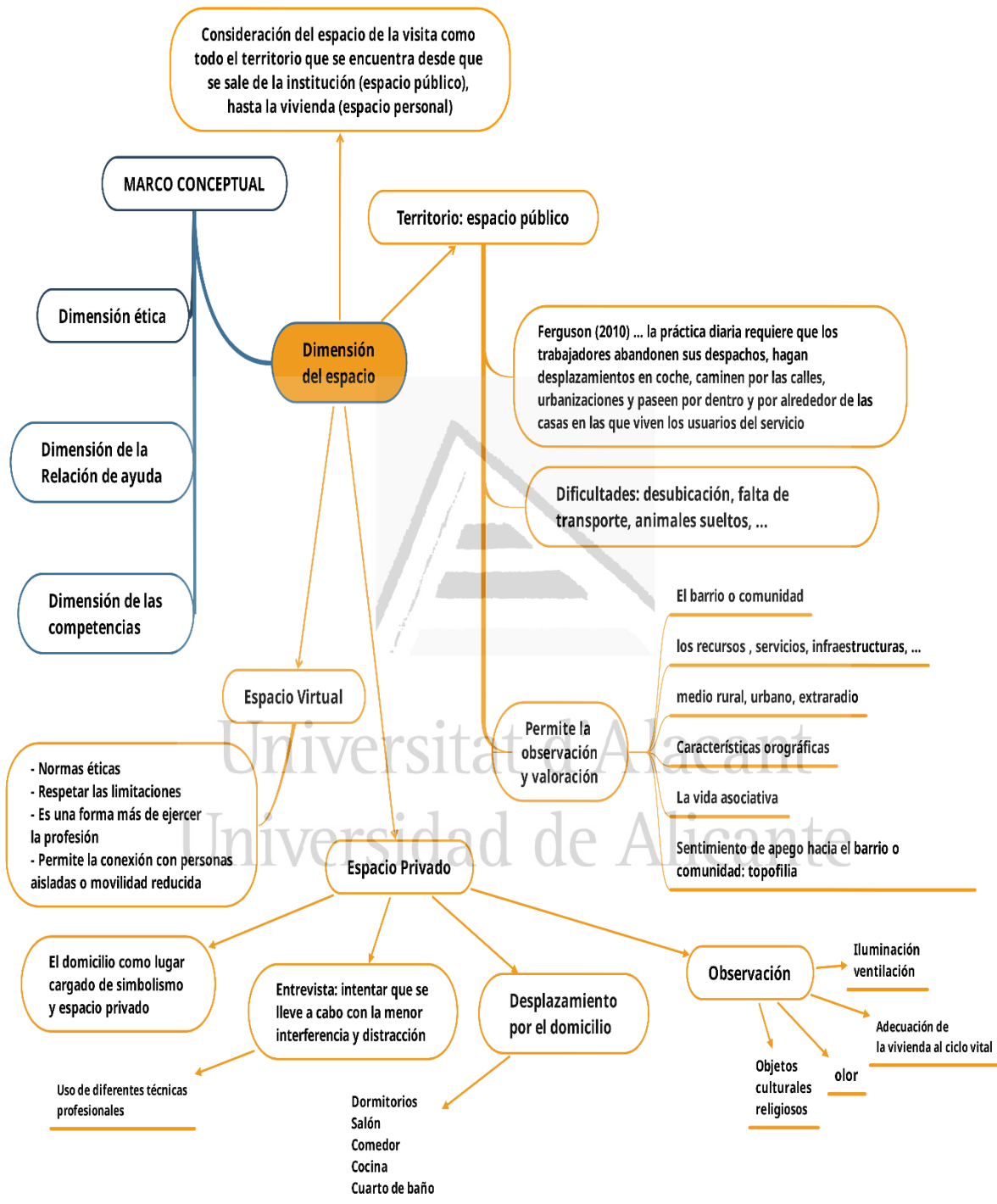
Parece que en el imaginario popular está el espacio físico, tal y como lo describe Bachelard, cargado de positivismo, donde están los buenos recuerdos, se da lo relacional y afectivo, y en el espacio virtual ninguna de estas variables pudiera existir. Se desecha de esta manera los espacios virtuales en los que las familias que viven en la distancia se encuentran, espacios que permiten la transmisión de información y la relación con las zonas rurales o con determinadas personas con dificultad de movilidad abocadas al aislamiento físico si este espacio virtual no existiera.

Espacio donde queda demostrado que la relación de ayuda se puede dar (Lillo-Beneyto & Ramírez-García, 2021), que las normas éticas deben prevalecer en la relación y que, respetando sus limitaciones, pueden significar una forma más de ejercer la profesión tal y como vino a imponernos la pandemia mundial de la COVID-19. No podemos dar la espalda a un lugar en el que existe comunicación e interacción.

De hecho, y como también se podrá comprobar más adelante, parte del trabajo que se realiza con grupos focales para este estudio está realizado de manera presencial y la otra parte virtual. Se presentarán sus diferencias, ventajas y desventajas, pero no la imposibilidad de su realización.

**Figura 10**

*Marco conceptual: esquema de la dimensión del espacio*



## **2.4.- Dimensión de las Competencias.**

Para el análisis de esta Dimensión es necesario, casi obligatorio, hacer referencia al Libro Blanco sobre el Título del Grado de Trabajo Social (Vázquez, 2005), de hecho, de aquí en adelante al referirnos al Libro Blanco siempre lo haremos dando ya por sentada esta fecha, por lo que no se volverá a redactar para no crear distracción en la lectura. En este documento se recogen los siguientes aspectos: se refleja en este informe cómo la identidad profesional del trabajo social es dinámica y está influenciada por la sociedad, por el período histórico en el que se da y por la cultura en la que se está inmerso. Es por ello que el perfil profesional debe ir adaptándose en un movimiento dinámico a estos tres factores para poder dar respuesta a las nuevas necesidades.

Al desarrollar este punto de las Competencias, seguiremos la misma propuesta que hace el Libro Blanco del Trabajo Social al referirse a las competencias laborales:

Marelli (2000) define: "La competencia es una capacidad laboral, medible, necesaria para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir resultados deseados por la organización. Está conformada por conocimientos, habilidades, destrezas y comportamientos que los trabajadores deben de mostrar para que la organización alcance sus metas y objetivos" Y añade que son: "capacidades humanas, susceptibles de ser medidas, que se necesitan para satisfacer con eficacia los niveles de rendimiento exigidos en el trabajo". (p. 109).

Esto quiere decir que el trabajador social a la hora de realizar una visita a domicilio pondrá en valor sus competencias laborales. Hará uso de los conocimientos adquiridos, de sus habilidades y destrezas, de su capacidad humana (incluyendo emociones y sentimientos) y todo ello desde un aprendizaje previo personal y profesional.

Se pueden destacar las siguientes características de la noción de competencias a un nivel general:

Es aplicable a las personas (individualmente o de forma grupal).

Implica unos conocimientos "saberes", unas habilidades "saber-hacer", y unas actitudes y conductas "saber estar" y "saber ser" integrados entre sí.

Incluye las capacidades informales y de procedimiento además de las formales.

Es indisociable de la noción de desarrollo y de aprendizaje continuo unido a la experiencia.

Constituye un capital o potencial de actuación vinculado a la capacidad de movilizarse o ponerse en acción.

Se inscribe en un contexto determinado que posee unos referentes de eficacia y que cuestiona su transferibilidad. (Bisquerra Alcina & Pérez Escoda, 2007, p. 63).

A nivel más específico se puede consultar la tabla que realizan Carbonero et al. (2020), donde identifican las competencias en trabajo social según el análisis que realizan de las definiciones de más de 17 autores y de la que destacaremos la resiliencia por ser la más diferenciada en el conjunto de estas definiciones y por la importancia que tendrá en la discusión de los resultados.

Esta investigación posiciona al trabajo interdisciplinar, a las habilidades interpersonales y a la resolución de problemas como las tres competencias que los profesionales consideran que deberían formar parte de los procesos formativos de los estudiantes. (p. 127).

A lo largo de estos capítulos, aunque de forma dispersa ya han ido apareciendo estas competencias, pues los autores de la literatura consultada de una manera o de otra han ido haciendo referencia a esta clasificación que se propone en el Libro Blanco para estudiar las competencias generales y específicas en trabajo social y que listamos a continuación:

1.- Generales (p. 182):

Competencias Transversales:

- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad de organización y planificación.
- Comunicación oral y escrita en la lengua nativa.
- Conocimiento de la lengua extranjera.
- Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio.
- Capacidad de gestión de la información.
- Resolución de problemas.
- Toma de decisiones.

Competencias personales:

- Trabajo en equipo.
- Trabajo en equipo de carácter interdisciplinar.
- Trabajo en un contexto internacional.

- Habilidades en las relaciones interpersonales.
- Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad.
- Razonamiento crítico.
- Compromiso ético.

Competencias sistémicas:

- Aprendizaje autónomo.
- Adaptación a nuevas situaciones.
- Creatividad.
- Liderazgo.
- Conocimiento de otras culturas y costumbre.
- Iniciativa y espíritu emprendedor.
- Motivación por la calidad.
- Sensibilidad hacia temas medio ambientales.

2.- Específicas:

Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias.

1. Establecer relaciones profesionales al objeto de identificar la forma más adecuada de intervención.

2. Intervenir con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para ayudarles a tomar decisiones bien fundamentadas acerca de sus necesidades, circunstancias, riesgos, opciones preferentes y recursos.

3. Valorar las necesidades y opciones posibles para orientar una estrategia de intervención.

Capacidad para planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del trabajo social con personas, familias, grupos, organizaciones, comunidades y con otros profesionales.

4. Responder a situaciones de crisis valorando la urgencia de las situaciones, planificando y desarrollando acciones para hacer frente a las mismas y revisando sus resultados.

5. Interactuar con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para conseguir cambios, promocionar el desarrollo de los mismos y mejorar las condiciones de vida a través de la utilización de los métodos y modelos de trabajo social, haciendo un seguimiento con



regularidad de los cambios que se producen al objeto de preparar la finalización de la intervención.

6. Preparar, producir, implementar y evaluar los planes de intervención con el sistema cliente y los colegas profesionales negociando el suministro de servicios que deben ser empleados y revisando la eficacia de los planes de intervención con las personas implicadas al objeto de adaptarlos a las necesidades y circunstancias cambiantes.

7. Apoyar el desarrollo de redes para hacer frente a las necesidades y trabajar a favor de los resultados planificados examinando con las personas las redes de apoyo a las que puedan acceder y desarrollar.

8. Promover el crecimiento, desarrollo e independencia de las personas identificando las oportunidades para formar y crear grupos, utilizando la programación y las dinámicas de grupos para el crecimiento individual y el fortalecimiento de las habilidades de relación interpersonal.

9. Trabajar con los comportamientos que representan un riesgo para el sistema cliente identificando y evaluando las situaciones y circunstancias que configuran dicho comportamiento y elaborando estrategias de modificación de los mismos.

10. Analizar y sistematizar la información que proporciona el trabajo cotidiano como soporte para revisar y mejorar las estrategias profesionales que deben dar respuesta a las situaciones sociales emergentes.

11. Utilizar la mediación como estrategia de intervención destinada a la resolución alternativa de conflictos.

12. Diseñar, implementar y evaluar proyectos de intervención social Capacidad para apoyar a las personas para que sean capaces de manifestar las necesidades, puntos de vista y circunstancias.

13. Defender a las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y actuar en su nombre si la situación lo requiere.

14. Preparar y participar en las reuniones de toma de decisiones al objeto de defender mejor los intereses de las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades.

Capacidad para actuar en la resolución de las situaciones de riesgo con las personas así como para las propias y las de los colegas de profesión.

15. Establecer y actuar para la resolución de situaciones de riesgo previa identificación y definición de la naturaleza del mismo.

16. Establecer, minimizar y gestionar el riesgo hacia uno mismo y los colegas a través de la planificación, revisión y seguimiento de acciones para limitar el estrés y el riesgo.

Capacidad para administrar y ser responsable, con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización.

17. Administrar y ser responsable de su propio trabajo asignando prioridades, cumpliendo con las obligaciones profesionales y evaluando la eficacia del propio programa de trabajo.

18. Contribuir a la administración de recursos y servicios colaborando con los procedimientos implicados en su obtención, supervisando su eficacia y asegurando su calidad.

19. Gestionar, presentar y compartir historias e informes sociales manteniéndolos completos, fieles, accesibles y actualizados como garantía en la toma de decisiones y valoraciones profesionales.

20. Trabajar de manera eficaz dentro de sistemas, redes y equipos interdisciplinarios y "multiorganizacionales" con el propósito de colaborar en el establecimiento de fines, objetivos y tiempo de duración de los mismos contribuyendo igualmente a abordar de manera constructiva los posibles desacuerdos existentes.

21. Gestionar y dirigir entidades de bienestar social.

Capacidad para demostrar competencia profesional en el ejercicio del trabajo social.

22. Investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual de las mejores prácticas del trabajo social para revisar y actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo.

23. Trabajar dentro de estándares acordados para el ejercicio del trabajo social y asegurar el propio desarrollo profesional utilizando la asertividad profesional para justificar las propias decisiones, reflexionando críticamente sobre las mismas y utilizando la supervisión como medio de responder a las necesidades de desarrollo profesional.

24. Gestionar conflictos, dilemas y problemas éticos complejos identificando los mismos, diseñando estrategias de superación y reflexionando sobre sus resultados.

25. Contribuir a la promoción de las mejores prácticas del trabajo social participando en el desarrollo y análisis de las políticas que se implementan. (pp. 189-192).

Para poder referirnos a todo el conjunto de estas competencias, nos centraremos en los dos grupos que concluyen Bisquerra y Pérez (2007) y que son los siguientes:

Competencias de desarrollo técnico-profesional: "..., se circunscriben alrededor de conocimientos y procedimientos en relación con un determinado ámbito profesional o especialización. Se relacionan con el "saber" y el "saber hacer" necesarios para el desempeño experto de una actividad laboral. (p. 64)".

Competencias de desarrollo socio-personal: "... competencias de índole personal e interpersonal. (p. 64)".

Según estos autores tendrían la siguiente correspondencia:

**Tabla 6**  
*Clases de competencias divididas entre socio-personales y técnico-profesionales*

CLASES DE COMPETENCIAS

SOCIO-PERSONALES	TÉCNICO-PROFESIONAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Motivación.</li> <li>· Autoconfianza.</li> <li>· Autocontrol.</li> <li>· Paciencia.</li> <li>· Autocrítica.</li> <li>· Autonomía.</li> <li>· Control del estrés.</li> <li>· Asertividad.</li> <li>· Responsabilidad.</li> <li>· Capacidad de toma de decisiones.</li> <li>· Empatía.</li> <li>· Capacidad de prevención y solución de conflictos.</li> <li>· Espíritu de equipo.</li> <li>· Altruismo.</li> <li>· .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dominio de los conocimientos básicos y especializados.</li> <li>· Dominio de las tareas y destrezas requeridas en la profesión.</li> <li>· Dominio de las técnicas necesarias en la profesión.</li> <li>· Capacidad de organización.</li> <li>· Capacidad de coordinación.</li> <li>· Capacidad de gestión del entorno.</li> <li>· Capacidad de trabajo en red.</li> <li>· Capacidad de adaptación e innovación.</li> <li>· .....</li> </ul>

*Nota: Esquema de la propuesta de Bisquerra y Pérez (2007, p. 64).*

Aunque no siempre es fácil determinar esta diferencia, por lo que tal y como advertimos en la Dimensión Ética al hablar de la clasificación de los dilemas, existe una delgada línea entre estos dos grupos que podría decantar la balanza a un lado u otro en determinadas competencias.

Aunque de acuerdo con González et al. (2016) "Entendemos que el trabajador social será más efectivo cuando logre integrar sus apartados personal y científico; esto es, cuando consiga un equilibrio entre las competencias interpersonales y técnicas. (p. 7)".

Basándonos en esta clasificación haremos referencia de manera resumida a estas competencias que han ido apareciendo en la bibliografía revisada para esta investigación y que nos servirá para su análisis posterior con los grupos focales propuestos en esta investigación para determinar cuáles pueden ser más utilizadas en la visita a domicilio.

#### **2.4.1.- Competencias Socio-Personales:**

##### 1.- Empatía:

Es sabido que una competencia clave que debe tener cualquier profesional del trabajo social es la empatía, esa capacidad de penetrar en el mundo interior de los otros comprendiendo lo que en él ocurre, ese vivir la vida ajena moviéndonos en ella delicadamente, sin juicios ni prejuicios, percibiendo con respeto y sumo cuidado los significados que ese otro, incluso, no es capaz de observar. (Navarro Pedreño, 2017, p. 47).

2.- Competencia emocional: en el Libro Blanco cuando se refiere a ella, lo hacen desde el apoyo emocional que el trabajador social puede ofrecer al cliente, pero no desde la propia necesidad del trabajador social.

... dimensión humana relacionada con la capacidad de conocerse a sí mismo y de utilizar ese conocimiento para relacionarse de manera satisfactoria con los demás, es aquí donde se incluye la actualmente tan nombrada competencia emocional. (Guinot Viciano, 2017, p. 156).

Dentro de esta competencia también se considera pertinente mencionar a los escenarios de riesgo donde la importancia de la gestión emocional y la toma de decisiones ante situaciones de estrés es vital para la intervención y en ocasiones para la propia seguridad del profesional:

Las visitas difíciles, incluso peligrosas, son una fuente importante de estrés para los profesionales, que es una variable importante en la ecología de la decisión (Dettlaff, Christopher Graham, Holzman, Baumann y Fluke, 2015). La forma en que los trabajadores sociales regulaban sus respuestas emocionales fue un factor clave en el estudio de Cook (2017). (Saltiel & Lakey, 2020, p.39).

Estas visitas pueden ser estresantes, y la forma en que los trabajadores gestionan el encuentro y sus propios sentimientos son variables importantes. (Saltiel & Lakey, 2020, p. 42).

3.- El Autoconocimiento como forma de gestión introspectiva aparece en varios artículos que describen la práctica profesional, aunque no se refleja en modo alguno en la lista que presenta el Libro Blanco del Trabajo Social.

La ampliación de la conciencia es un logro que pone de manifiesto la capacidad de evolución del ser humano. El autoconocimiento y el cuidado de uno mismo se erigen como elementos fundamentales a considerar en la formación curricular de los futuros trabajadores sociales. (Suárez Alemán, 2017, p. 407).

También Báñez et al. (2017) se refiere al autoconocimiento como un elemento clave dentro de las competencias de todo trabajador social para desarrollar un ejercicio profesional adecuado. Lo considera como una competencia profesional básica para poder ejercer dentro del marco de una relación de ayuda.

4.- Trabajo en Equipo y carácter multidisciplinar:

Casallas et al. (2006) en parte de los resultados de su investigación hacen alusión al momento metodológico que se da después de la visita a domicilio:

... se escribe, se diligencia un formato, se comparte el concepto con otros profesionales y se realiza un trabajo en equipo para analizar el caso, realizar un plan de acción o tratamiento y dependiendo de la situación se reporta a la instancia legal o de protección que corresponda. (p. 39).

El carácter multidisciplinar que tiene un equipo se ve reflejado en la exposición que realiza Garcés (2010):

Los trabajadores sociales en Salud Mental estamos integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema. (p. 339).

5.- Reconocimiento de la multiculturalidad: Si bien esta competencia aparece reflejada en el Libro Blanco como una competencia personal, podremos observar más tarde como dependiendo de las variables que utilicemos para su análisis puede tratarse como una competencia técnico-profesional.

Para poder ilustrar este aspecto, tomaremos como ejemplo los obstáculos que señala Escartín (1993) para establecer la relación de ayuda entre un profesional del trabajo social y un cliente que pertenecen a sistemas culturales diferentes, a saber:

a. La mutua ignorancia cultural que puede darse entre el trabajador social y el cliente.

b. Las actitudes negativas que pueden mostrarse hacia la otra cultura.

c. Las expectativas irreales que el trabajador social puede tener en relación a cómo los clientes pueden usar la ayuda que se les ofrece o la utilización de los recursos.

d. Los conflictos que pueden darse entre estas expectativas culturales y sociales. (pp. 49-50).

6.- Compromiso ético: Siguiendo la propuesta del Libro Blanco, el compromiso ético se encuentra entre las competencias personales y remitimos al apartado de esta investigación que trata sobre la Dimensión ética para ampliar su relación con la visita a domicilio.

#### **2.4.2.- Competencias Técnico-Profesionales:**

1.- La Capacidad de organización y planificación en la visita a domicilio refiere tanto el momento previo en el que agendamos la visita con la persona o familia, pensamos en el material que llevaremos con nosotros, cómo nos vamos a desplazar, ..., hasta el momento de la visita misma y el registro posterior.

2.- Competencias digitales o lo que antes se llamaba competencias informáticas:

La utilidad de las TIC dentro del ámbito profesional del Trabajo Social es indudable. Ahora es necesario, por una parte, formar expertos del Trabajo Social capaces de utilizarlas de manera eficaz, no sólo aprovechando al máximo sus recursos, sino implementando sus capacidades, y, por qué no, creando nuevos programas y herramientas informáticas que sean útiles en el campo de trabajo, sin depender de empresas y recursos externos. (Pérez-Lagares et al., 2012, p. 59).

3.- Competencias que generan cambios en las familias y la sociedad: en el desarrollo de esta competencia podemos encontrar de una manera inherente, muchas otras como la *resolución de problemas*, *el razonamiento crítico*, *establecer relaciones profesionales*, *intervenir e interactuar con personas*, *grupos*,

*organizaciones y comunidades, analizar y sistematizar la información que proporciona el trabajo, promover el crecimiento y desarrollo e independencia de las personas.*

... los profesionales desarrollan competencias que generan cambios en las dinámicas familiares y sociales permitiendo al profesional enfrentar los desafíos y problemáticas sociales actuales, comprendiendo la actuación profesional como un saber hacer especializado, ... (Casallas et al., 2006, p. 18).

Estas mismas autoras refieren la necesidad de un aprendizaje específico en cuanto a competencias para la visita a domicilio:

Durante el proceso de formación es importante que los y las estudiantes tengan acceso a un conocimiento teórico y procedimental de la visita domiciliaria para que puedan tener contacto con la realidad concreta de la utilización de dicha técnica y de esta manera lograr que desarrollen competencias, habilidades y destrezas suficientes como son la observación, comunicación y análisis de una problemática determinada que permita enriquecer y redimensionar esta valiosa técnica de intervención de Trabajo Social. (p. 65).

4.- Competencias para el aprendizaje autónomo: La propia visita a domicilio se propone como una herramienta de aprendizaje, y a pesar de hacer referencia en el enunciado como aprendizaje autónomo, el propio Libro Blanco del Trabajo Social hace referencias a los aprendizajes de los alumnos en sus procesos de prácticas y a la supervisión como aprendizaje propuesto para los profesionales.

Estas y otras dudas son las que se plantean a los alumnos-as ante la expectativa de realizar una visita por sí solos, sobre todo estas dudas radican más en las actitudes ante lo desconocido e incertidumbres de cómo deben desenvolverse que sobre los problemas y demandas que el cliente expresa.

[...] son muchas las dudas que asalta a estudiantes, pero también a profesionales recién egresados y a otros con más dilatada experiencia. (González Calvo, 2003, p. 10).

5.- Competencias para el análisis: está vinculada según el Libro Blanco tanto al análisis de situaciones concretas, como al diagnóstico familiar.

... una de las competencias a desarrollar por el experto en diagnóstico es la de seleccionar los elementos de análisis más adecuados en cada caso. (Ceballos, 2006, p. 35).

El diagnóstico participativo nos remite a las necesarias competencias diagnósticas participativas y sociales, que se aproximan a lo que Moustakas (1995), según recoge Patton (2002), denominaría el desarrollo de una relación con las familias, expresada en el being-in (escuchar, aceptar, comprender...), being-for (tomar partido por el desarrollo), y being-with (escuchar, implicarse y ofrecer la propia perspectiva). (Ceballos, 2006, p. 37).

6.- Capacidad de organización y gestión: Agulló et al. (2012), por poner un ejemplo, realizan una exposición de estas necesarias competencias que deben tener las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario para coordinar los servicios de pacientes crónicos con el fin de atender adecuadamente sus necesidades.

7.- La competencia multicultural: Como hemos anunciado anteriormente, esta competencia, al igual que otras, puede verse clasificada en los dos grupos dependiendo de los elementos de análisis. En este caso, para justificar su ubicación en las competencias técnico-profesionales, seguiremos Vázquez (2002), donde después de realizar un estudio de diferentes planes de estudios de diferentes universidades de España, propone:

Creemos que la incorporación de la interculturalidad a los planes de estudios de trabajo social debería potenciarse y, para ello, se pueden seguir dos estrategias: por un lado, utilizar la optatividad en todos los planes de estudios para que los alumnos reciban una formación en esta materia. Por otro lado, en aquellas zonas geográficas donde la inmigración tiene un peso destacado, debería incorporarse la formación en esta materia dentro de la troncalidad o, al menos, en la obligatoriedad. (p. 133).

8.- También debemos entender que se encuentran dentro de este apartado todas las competencias que el Libro Blanco clasifica como Específicas pues tienen que ver con los conocimientos que se adquieren en los estudios propios de Trabajo Social en relación con la intervención con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades. Planificar, implementar, revisar y evaluar el trabajo de casos o Proyectos en general, así como hacer uso de los modelos propios del trabajo social.

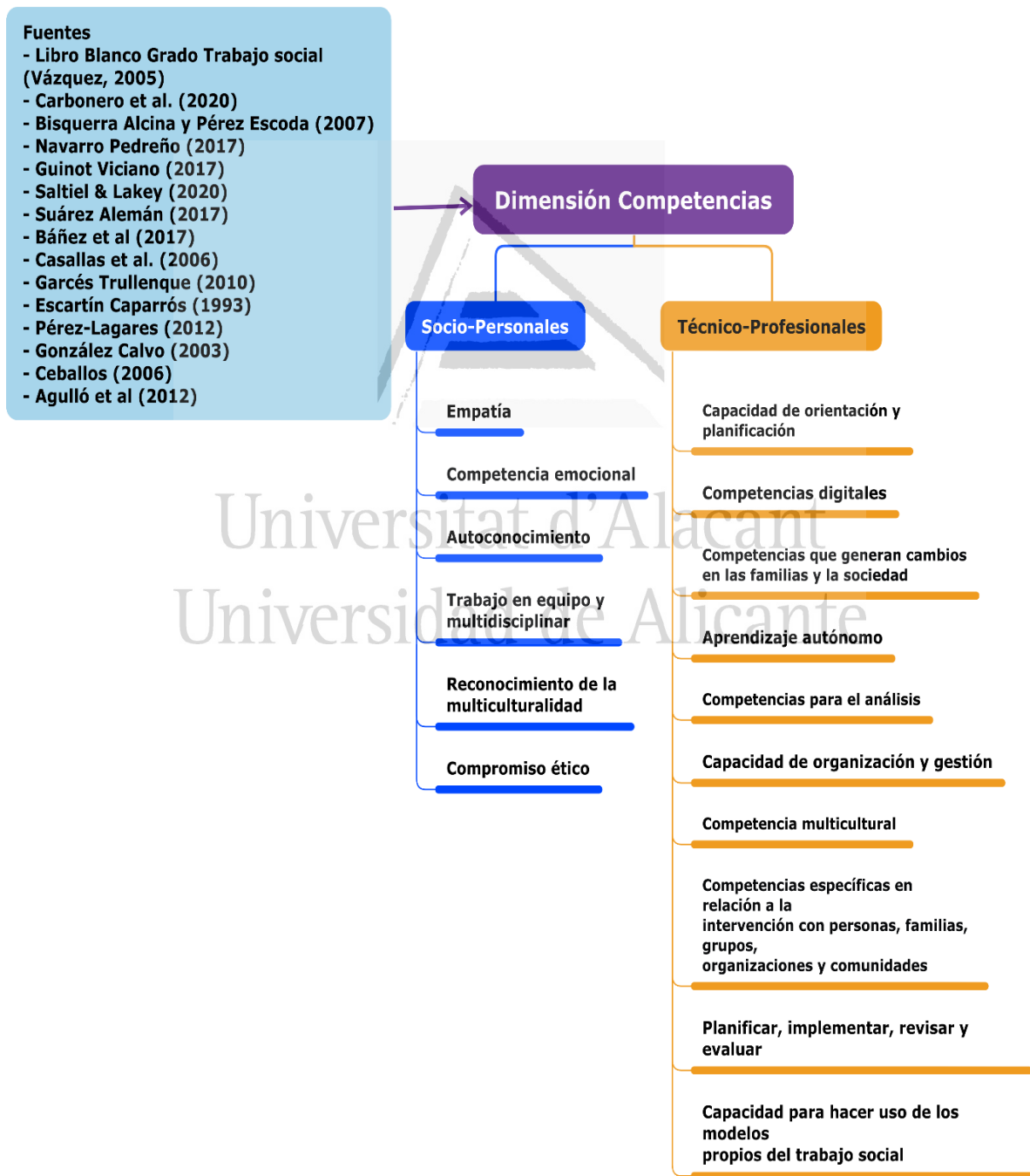


Siendo conscientes de las otras muchas competencias a las que podríamos hacer referencia, debemos entender este listado como una referencia de aproximación abierta y no como una propuesta cerrada.

### Figura 11

Marco conceptual: esquema de la dimensión de las competencias

El trabajador social en la visita domiciliaria hará uso de los conocimientos adquiridos, de sus habilidades y destrezas, de su capacidad humana (incluyendo emociones y sentimientos) y todo ello desde un aprendizaje previo personal y profesional.



## 2.5.- Contextos de Intervención Profesional.

Queremos finalizar este Marco Conceptual, dentro del Marco Teórico, con una breve exposición de los contextos de intervención que pueden darse en las visitas a domicilio, con el único objetivo de establecer unos términos normalizados y comunes que no dejen a la interpretación individual de cada uno el significado de estos espacios relacionales entre profesional y persona usuaria o familia.

Como hemos hecho anteriormente, expondremos de la mano de una profesional del trabajo social como es Josefa Cardona (2012) el concepto y los antecedentes del catálogo de contextos de intervención profesional, para posteriormente ampliar sus significados con las aportaciones que realiza Rodríguez (2006).

Así pues, un contexto de intervención es el resultado de un acuerdo explícito a partir del cual el sistema de ayuda, constituido por el profesional y su cliente, desde posiciones de colaboración mutua, trabajará durante un determinado período de tiempo para alcanzar determinados objetivos identificados por el sistema, en unas condiciones acordadas por el propio sistema, y con un procedimiento conocido y aceptado por el propio sistema (persona-trabajador social, en el marco de un servicio). Cada contexto predispone inicialmente hacia un tipo de relación e implica el desarrollo de metodologías adaptadas a cada contexto. (Cardona Cardona, 2012, p. 34).

Partiendo de esta definición a continuación se exponen en una tabla resumen los diferentes contextos de relación profesional que desarrolla Cardona desde el enfoque comunicacional y sistémico:

**Tabla 7**

*Contextos profesionales desde el enfoque comunicacional y sistémico*

AUTOR	FECHA	CONTEXTO
D'Adda y Gallione	1983	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informativo.</li><li>• Asesoramiento.</li><li>• Asistencial.</li><li>• Control.</li></ul>
Campanini y Luppi	1991	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recoge los contextos anteriores y añade el Evaluativo.</li></ul>
Lamas, C.	1993	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asistencial.</li><li>• Consulta.</li><li>• Terapéutico.</li><li>• Evaluación.</li><li>• Control.</li><li>• In-formativo.</li></ul>
Ripol-Millet	2001	<ul style="list-style-type: none"><li>• Añade el contexto de Mediación.</li></ul>

*Nota: Síntesis de las aportaciones que desarrolla Cardona (2012) sobre contextos con enfoque comunicacional y sistémico (pp. 32-34).*

Si bien el contexto clínico también tiene cabida dentro de los espacios profesionales relacionales, se ha preferido no incluirlo en esta tabla por la consideración que le da la autora de un origen diferente como es el psicodinámico.

También nombra a González (2003) haciendo la siguiente reflexión:

... vincula en sus trabajos el estudio de las relaciones familiares a través de la visita domiciliaria en Trabajo Social con los contextos de intervención señalados anteriormente. Aborda cómo la relación previamente establecida con el cliente, en el marco de un tipo u otro de contexto, construye visitas a domicilio con desarrollos diferentes ya que la propia definición del contexto de intervención profesional, determina relaciones y metodologías de intervención diferentes. (Cardona Cardona, 2012, p. 34).

Por tanto, y por destacar la importancia de esta cuestión, podemos concluir que si en cualquier intervención profesional en la que busquemos actuaciones de éxito debemos concretar con las personas usuarias las metas, objetivos y las reglas de esta interacción profesional-persona usuaria; en las que se realizan en los domicilios estas deben exponerse con muchísima más claridad, ya que el deslizamiento de contexto al que estamos expuestos no es solo al que hacía referencia Selvini, sino también al propio contexto físico al que hacíamos alusión en la Dimensión del Espacio.

El contexto no depende ni del profesional ni de la demanda, es un marco que se pactará; hay que experimentar "a fondo" los recursos que se pueden "descubrir" en contextos diferentes; evitar las interpretaciones estereotipadas de las reglas de cada contexto; prestar atención a los deslizamientos de contexto; transparencia en la relación que contribuirá a una relación de confianza y a esclarecer los términos de la misma; y, que la función terapéutica ( que promueva el cambio) no está en el "contrato" sino en la relación. (Rodríguez Rodríguez, 2006, p. 15).

Para normalizar los significados de los diferentes contextos vamos a describir brevemente qué entendemos por cada uno de ellos siguiendo a diferentes autores:

#### 1.- Contexto Informativo:

Presupone una demanda puntual sobre algún tipo de información; en este sentido no es una demanda que de pie a establecer una relación de ayuda estable en el tiempo. Sin embargo, la demanda de información puede

tener una función de enganche. Es conocido que la demanda inicial no siempre coincide con la demanda prioritaria, pero puede tener la función de cuña o sondeo del terreno para ponerse en contacto con los servicios y decidir después si plantear demandas más delicadas. En este sentido, el contexto informativo, tiene una función preventiva. (Cardona Cardona, 2012, pp. 35-36).

## 2.- Contexto de Asesoramiento:

... cuando en sucesivas visitas el profesional tiene el tiempo y la intencionalidad de establecer con la familia un tipo de relación dirigida a tratar un problema específico; específicamente asistencial, cuando se trata de recolectar información para atender un problema urgente, generalmente asociado a condiciones materiales. (Casallas et al., 2006, p. 64).

Aunque estos dos contextos no es normal que se desarrollen en los domicilios, según determinados autores:

En los contextos de asesoramiento apenas si se realizan visitas domiciliarias, salvo que existan impedimentos ocasionados por la falta de movilidad de los interesados. De igual manera apenas si se realizan visitas en el contexto informativo salvo en ciertas agencias que quieran hacer llegar la oferta de servicios a sus asociados, afiliados, miembros ...

En general en este tipo de contextos es el interesado quien se desplaza a la institución o entidad correspondiente a demandar. (González Calvo, 2003, p. 7).

## 3.- Contexto Asistencial:

El Libro Blanco, dentro de las áreas profesionales, describe la asistencial mediante:

... la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades sociales individuales, grupales, familiares y de la comunidad, los trabajadores sociales gestionan los recursos humanos y organizativos, contribuyendo así a la administración de las prestaciones de responsabilidad pública, su distribución, y la protección de las poblaciones [...] según los derechos sociales reconocidos .... (p. 105)

Rodríguez nos ofrece una visión de este contexto basada en su funcionamiento relacional y en los contextos de cambio de Lamas (2001):

..., caracterizado por una relación complementaria entre profesional y cliente; presenta dificultades y ventajas tales como, en el primer caso,

desresponsabilización del cliente que lleva a una excesiva involucración del profesional, cronificación de la relación. Y ventajas ya que puede producir cambios en la vida de las personas que presentan un gran sufrimiento en caso de vivir condiciones socialmente desfavorables. (Rodríguez Rodríguez, 2006, p. 15).

#### 4.- Evaluativo:

A este contexto se puede acceder desde la solicitud previa realizada por la persona usuaria, donde se solicita a un profesional que se examinen las circunstancias biopsicosociales de una persona o familia, para poder dar cumplimiento a alguna obligación administrativa legalmente establecida.

El contexto de evaluación supone, no sólo un espacio de valoración de requisitos (ante un experto que sanciona públicamente sus capacidades a través de la emisión de un certificado de idoneidad), en una relación netamente complementaria entre profesional y cliente, ya que el riesgo de burocratización del mismo puede llevar a decisiones erróneas con importantes consecuencias para la vida de las personas. (Rodríguez Rodríguez, 2006, p. 15).

#### 5.- Control:

Tiene relación con el contexto evaluativo, pero la gran diferencia es que normalmente aquí la persona usuaria o familia no solicita la evaluación, sino que se realiza con un objetivo relacionado con la protección por transgresión de normas de convivencia (control-protección) o para valorar el cumplimiento de alguna obligación legalmente establecida (control-asistencial).

Desde un contexto de cambio relacional sería así:

El contexto de control se asemeja a un juicio. Es un contexto que todos temen, profesional y cliente. Aunque guarda ciertas semejanzas con el contexto de evaluación por la evidencia de la relación complementaria, así como por la publicidad de las conclusiones, existen diferencias importantes. [...]

El contexto de control es el más poderoso de todos los contextos profesionales de cambio, al ser apoyado por una legislación o como mínimo, por unas normas sociales ampliamente compartidas. Por tanto, debiera ser utilizado como recurso extremo de un profesional que ha agotado otras vías y tan sólo enfrente de situaciones gravísimas como el maltrato infantil. En este caso, permite advertir a un cliente que vive en una sociedad

estructurada sobre normas de convivencia, que no pueden ser trasgredidas impunemente. (Lamas Peris, 2001, pp. 87-88).

La amenaza en la calle o las escaleras del bloque de gran altura puede ser tan alta que la entrada a la casa del cliente puede parecer un alivio. Esto puede ser momentáneo o, cuando el ambiente es más acogedor, un confort a largo plazo. Sin embargo, el paso al dominio privado no es un escape de los ambientes<sup>6</sup>, sino más bien un paso hacia ellas. Todos los hogares y las relaciones dentro de ellos tienen ambientes y la forma en que los profesionales logran entrar y negociar en ellos es el núcleo de la realización del trabajo social y la protección infantil y la gestión de riesgos de manera efectiva. A pesar de ser el sitio principal donde se lleva a cabo el trabajo cara a cara en materia de protección infantil, el hogar (visita) ha sido ignorado en gran medida en los análisis de la práctica. Como muestran los ejemplos de casos históricos presentados anteriormente. (Ferguson, 2010, p. 1109).

#### 6.- Terapéutico:

El contexto más apreciado, tal vez ansiado por los profesionales, es el terapéutico. En el que se da un encuentro conversacional de compromiso entre profesional y cliente con el fin de co-crear alternativas de cambio de conducta que permitan una vida diferente. (Rodríguez Rodríguez, 2006, p. 16).

#### 7.- Mediación:

La mediación actúa en la satisfacción de los intereses comunes de la población, a pesar de la escasez de recursos. Las tensiones sociales que derivan en conflictos pueden ser tratadas de forma positiva para todos a través de la mediación. La intervención mediadora está indicada para dar respuesta a las dinámicas sociales, donde emergen controversias entre la identidad y alteridad, el particularismo y el universalismo, la libertad y la igualdad, etc. La mediación se presenta como el proceso adecuado para resolver y establecer puentes entre las personas. (Munuera Gómez & Minguela Recover, 2008, p. 50).

---

<sup>6</sup> El autor utiliza siguiendo a Urry (2007) el término de "ambientes" como "la relación entre personas y objetos. Es algo que se siente a menudo a través del movimiento y se experimenta de una manera tangible", solo que Ferguson decide ampliar el catálogo de objetos a las calles o urbanizaciones que hay que recorrer y a los hogares que hay que visitar.

Para esta investigación se propondrá la discusión de estos contextos en los grupos focales para valorar su proyección en las visitas a domicilio, cómo les sitúa en sus intervenciones, qué opinión le merece y después contrastarlo en la parte cuantitativa, atendiendo a los resultados de esta discusión.

Este marco teórico y conceptual conforma las bases teóricas de esta investigación. La revisión de la literatura académica y profesional ha servido para poder identificar las dimensiones que se consideran más relevantes, los enfoques que se han considerado más significativos y las propuestas teóricas que guiarán el proceso metodológico y de análisis.

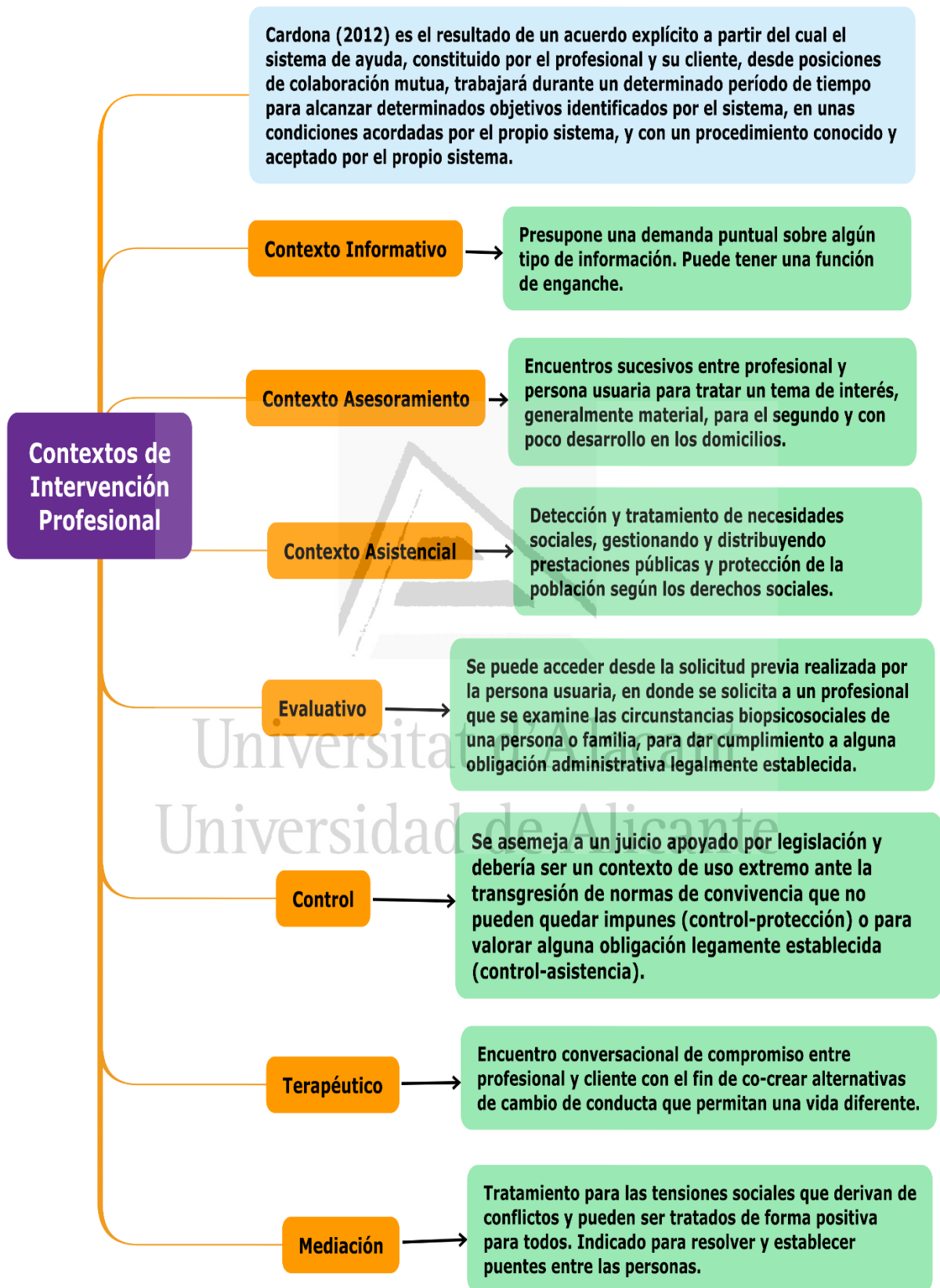
También ha permitido conocer las brechas y discrepancias que se dan en la práctica, lo que aporta información sobre las áreas que precisan de una investigación más concreta. Todo esto permitirá fundamentar los objetivos e hipótesis de este estudio.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 12**

*Esquema de los contextos de intervención*







Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**TÍTULO II**  
**METODOLOGÍA**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **TÍTULO II: METODOLOGÍA**

### **1.- Justificación de la Metodología.**

Para la presente investigación de tipo no experimental transaccional descriptivo se ha escogido una metodología de estudio mixta. Su planteamiento holístico y la búsqueda de la máxima representación de resultados no recomendaba realizarlo únicamente desde uno de los dos métodos tradicionales, cualitativo o cuantitativo, o no por lo menos, con la pretensión integradora y representativa que se perseguía.

Esta elección no ha sido una decisión baladí, ni azarosa, todo lo contrario, ha supuesto un reto físico, temporal, tecnológico y que en estos momentos se intentará justificar.

Los métodos de investigación mixta enriquecen la investigación desde la triangulación con una mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de comprensión. [...]. Con este método mixto se estudia más a fondo una situación específica porque los instrumentos de ambos métodos al trabajar juntos, arrojan información que permite comprender y analizar esa realidad objeto de estudio para su posterior transformación. (Chaves Montero, 2018, p. 164).

Los métodos de investigación mixta integran los métodos cuantitativos y cualitativos y su uso se está extendiendo cada vez más en las investigaciones en ciencias sociales (Tesis doctorales, producción de artículos, ...) utilizando los beneficios de ambos métodos.

#### **Viabilidad.**

Uno de los elementos importantes antes de llevar a cabo una investigación es valorar qué cuestiones van a ser factibles y cuáles no. Seguidamente se expondrá la metodología de la investigación tal y como se planificó en un inicio, con las modificaciones que el propio estudio ha ido delimitando, pero sin grandes variaciones del planteamiento inicialmente trazado, a excepción de una variable que comentaremos a continuación.

Esta evaluación de viabilidad atendió a elementos tales como el tiempo que se precisaba para llevar a cabo la investigación, los recursos económicos necesarios, los materiales precisos y también los agentes con los que se podría contar.

Dentro de estos agentes se propuso estudiar en el momento inicial tanto con los profesionales, como con las personas usuarias de los servicios a los que

hacemos referencia, servicios sociales, educación y sanidad, pero esto se descartó por los siguientes motivos:

- Diversificar buscando una mayor cobertura en datos de diferentes agentes podríamos disminuir la nutrición de datos profesionales que realmente era el primer objetivo de la Tesis.

- Al realizar esta incorporación de recogida y análisis de datos de las personas usuarias, el tiempo necesario para llevar a cabo la Tesis se podría prolongar más de lo inicialmente planificado.

- Revisando bibliografía de trabajos con personas usuarias se concluye y es evidente que requiere la misma complejidad que el trabajo con profesionales, por lo que no se podía abarcar las dos muestras de población sin disminuir las muestras preseleccionadas de la parte cualitativa.

- En cuanto a la metodología cuantitativa se realizó un intento a pie de calle con 20 sujetos usuarios de servicios sociales, sanidad y educación donde se les preguntaba si sabían qué titulación o profesión tenían las profesionales que realizaban las visitas a domicilio. La intención de este cuestionario presencial era determinar la viabilidad de administrar un cuestionario online a las personas usuarias que han sido objeto de visitas a domicilio por parte de trabajadoras sociales. Lo que se pudo comprobar fue lo siguiente:

- No se tendría una muestra suficiente con competencias digitales para realizar una encuesta online.

- Existía una distorsión en la identificación de las profesiones: dificultad en la distinción, en el ámbito de los servicios sociales, entre educadoras y trabajadoras sociales.

- Confusión en el contexto de educación: visitas realizadas desde educación, en las que se reconoce la figura de la trabajadora social, pero se le atribuía al contexto de servicios sociales enviadas por el colegio.

- En cuanto a la figura de la trabajadora social de sanidad, reconocían el contexto y la figura la identificaban con trabajo social, pero no sabían muy bien cuáles eran sus funciones.

Por tanto, al no poder garantizar una muestra representativa por parte de las personas usuarias en la parte cualitativa por tiempo y ante la falta de competencias digitales en la cuantitativa, se optó por continuar la investigación únicamente con profesionales tal y como aparece expuesta en esta metodología. Además, tampoco se tenía seguridad en obtener respuestas que tuviesen como

objeto al trabajador social y no a otro profesional y dentro del contexto correspondiente.

### **Enfoque Integrador.**

El propio marco teórico ya avanzaba la intención de realizar una investigación desde la complejidad, integrando conocimientos desde diferentes fuentes y utilizando varios enfoques de investigación. De hecho, una de las cuestiones que se ha tenido en cuenta ante la investigación documental, es que, aunque mayoritariamente recoge la visión del trabajo social, atendiendo a la interdisciplinariedad del tema y, tal y como referíamos al inicio, se incorpora la visión de otras disciplinas como la enfermería, medicina, pedagogía, ciencias de la comunicación, ...

Como acabamos de expresar, ante la posibilidad de incluir a las personas usuarias en la investigación empírica, se decidió incorporar sus voces desde la investigación documental tal como se refleja el estado de la cuestión.

Con relación al manejo de la literatura de consulta ha sido predominante el castellano por las referencias bibliográficas españolas y latinoamericanas, pero también se ha revisado bibliografía en inglés por las consultas realizadas de Estados Unidos, Reino Unido y Canadá y en menor medida en portugués por las referencias encontradas en Brasil.

### **Fases realizadas.**

El planteamiento de la investigación condujo por sí solo a la elección secuencial de las fases del método de triangulación quedando establecidas de la siguiente manera:

1ª. Investigación documental en un primer término para preparar los contenidos a analizar y discutir en los grupos focales, aunque esta revisión se ha prolongado durante toda la investigación.

2ª. Constitución de los grupos focales, desarrollo de estos recogiendo la información para el posterior análisis de los datos y construcción de la encuesta.

3ª. Elaboración de la encuesta, difusión, recogida de datos y análisis.

De tal manera, que no era posible un planteamiento simultáneo de las Fases 2ª (metodología cualitativa) y 3ª (metodología cuantitativa) ya que la información de la encuesta se extrae de los grupos focales y las discusiones de estos nacen de la revisión bibliográfica inicial.

### **Paradigma Predominante.**

No se establece un paradigma predominante entre las dos metodologías, las dos cuentan en la investigación con el mismo peso y podemos decir que en la discusión de los resultados se forma un diálogo entre ellas que refuerza sus consideraciones.

El uso de este método mixto también viene determinado por su propia lógica pragmática ante la imposibilidad de realizar grupos con profesionales del trabajo social en toda España para el análisis de las visitas a domicilio. Por ello se utiliza primero la muestra de los grupos focales y ante la coherencia de la investigación de tener una descripción del fenómeno lo suficientemente representativa se realiza posteriormente la encuesta a nivel nacional.

Hernández et al. (2014) propone con aportaciones de O'Brien (2013), Johnson y Christensen (2012), Tashakkori y Teddlie (2008), Bryman (2008), indicadores que justificaría el uso de una metodología mixta (p. 538).

Basándonos en esta propuesta y a modo de resumen se expondrán algunos de los motivos que nos ha llevado a pensar en la elección de este método como la opción más adecuada.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Tabla 8***Justificación del uso del método mixto en la investigación*

1. Triangulación o incremento de la validez.	Vértices compuestos por las revisiones bibliográficas, grupos focales y encuesta, con retroalimentación en los resultados.
2. Compensación.	La parte cualitativa daría una muestra que no sería representativa para todo el territorio nacional y la elaboración de la encuesta precisa del análisis profundo de los resultados de los grupos focales.
3. Complementación.	El uso de los dos métodos nos proporciona una visión más amplia del constructo de la visita a domicilio.
4. Amplitud (visión más integral y completa del fenómeno).	El hecho de poder contar con los ámbitos de servicios sociales, sanidad y educación, tanto en la parte cualitativa como en la cuantitativa nos devuelve una visión más amplia sobre las misma.
5. Multiplicidad (diferentes preguntas de indagación).	La propia investigación bibliográfica ha hecho que se amplíen las preguntas de la investigación por no existir un consenso en la metodología de las visitas. De ahí surgen algunas de las propuestas sobre las que discutirán los profesionales y posteriormente se someterá a un escrutinio mayor con la encuesta.
6. Explicación.	El uso de los dos métodos aumentará la recolección de datos y por tanto el alcance de sus significados.
7. Reducción de incertidumbre ante resultados inesperados.	El uso del método cuantitativo nos proporciona datos que únicamente desde los grupos focales no hubiera sido posible alcanzar como fue una de las preguntas formuladas en la encuesta a razón de la pandemia sanitaria por COVID-19.
8. Iniciación.	Esta justificación se hace pertinente si el planteamiento inicial abre interrogantes por uso de otro método, y eso es lo que sucedió tras la aplicación cualitativa, que se abrieron nuevos interrogantes cuyas respuestas se podían obtener a través de la encuesta.
9. Expansión.	Esta justificación nos lleva de nuevo a la posibilidad que nos ofrece la administración de la encuesta de manera digital para ampliar el conocimiento del tema.
10. Desarrollo.	El uso de los datos de los grupos focales informa a la encuesta sobre las preguntas a realizar.
11. Credibilidad.	Al utilizar ambos métodos se refuerza la valoración como una metainferencia de los resultados.
12. Contextualización	Se promueve la generalización del contexto de los grupos focales a todo el territorio nacional a través de la encuesta.
13. Ilustración.	Los resultados cualitativos se mostrarán en citas divididas por contenidos y en tablas se mostrarán los resultados de la parte cuantitativa.
14. Utilidad.	El que los resultados puedan ser extendidos por todo el territorio aumenta la utilidad no limitándose únicamente al territorio en el que se han llevado a cabo los grupos focales.
15. Descubrimiento y confirmación.	Hay un planteamiento lógico que se presenta ante las variables de los contextos institucionales y es saber si existe diferencia en la metodología a la hora de hacer visitas a domicilio desde servicios sociales, sanidad o educación.
16. Diversidad.	La diversidad está asegurada por los años de experiencia de los participantes, sexo, ámbito institucional, ..., que aumenta su perspectiva al contar con los datos de la encuesta.
17. Claridad.	Muchas de las preguntas que se formulan en la encuesta no podrían haber surgido sin los datos extraídos del debate del análisis cualitativo.
18. Argumentación	Los datos provenientes de la parte cualitativa y cuantitativa formulan un razonamiento y argumento único.
19. Producción metodológica.	Con el análisis de los resultados se debe desarrollar un método para la realización de las visitas a domicilio que sea válido para toda España.

*Notas: Adaptación de la propuesta de Hernández (2014, p. 538)*



Las etapas en las que suelen integrarse los enfoques cuantitativo y cualitativo son fundamentalmente: el planteamiento del problema, el diseño de investigación, el muestreo, la recolección de los datos, los procedimientos de análisis de los datos y/o la interpretación de los datos (resultados). (Hernández Sampieri et al., 2014, pp. 540).

Por ello pasamos a describir de manera diferenciada la metodología utilizada en los dos procesos por separado y siguiendo la secuencia temporal de la investigación: proceso de investigación cualitativo y proceso de investigación cuantitativo. Aunque no sin antes explicar, de manera breve, la investigación bibliográfica realizada.

## **2.- Formulación de los Objetivos e Hipótesis:**

Estudiada la viabilidad de la metodología, la secuencia por etapas y la no existencia de un paradigma predominante, podemos establecer unos Objetivos Generales que se verán concretados por los Objetivos Específicos descritos en cada una de las Fases:

### **1.- Objetivo General (OG 1):**

Analizar las visitas a domicilio que se están llevando a cabo en España desde los contextos institucionales públicos de Servicios Sociales, Sanidad y Educación.

### **2.- Objetivo General (OG 2):**

Establecer un constructo que pueda generalizarse a escala nacional sobre la visita a domicilio realizada por trabajadores sociales teniendo en cuenta las dimensiones de la ética, la relación de ayuda, el espacio y las propias competencias socio-personales y técnico-profesionales en las visitas a domicilio.

#### **2.1.- Objetivo Específico CUALITATIVO (OECivo 2.1.)**

Recabar datos sobre las visitas a domicilio desde las dimensiones de la ética, de la relación de ayuda, del espacio y de las competencias socio-personales y técnico-profesionales.

#### **2.2.- Objetivo Específico CUANTITATIVO (OECTvo 2.2.)**

Identificar con una muestra mayor a la de los grupos focales datos concretos que tienen que ver con el constructo de la visita a domicilio realizada por trabajadoras y trabajadores sociales a escala nacional.

### **3.- Objetivo General (OG 3):**

Realizar una propuesta metodológica para las visitas a domicilio que llevan a cabo las y los trabajadoras/es sociales desde los contextos institucionales

públicos de servicios sociales, sanidad o educación aumentando su eficacia y calidad.

### 3.1.- Objetivo Específico CUALITATIVO (OEClvo 3.1.)

Reconocer las características metodológicas que intervienen en las visitas a domicilio realizadas desde los contextos institucionales de servicios sociales, sanidad o educación.

### 3.2.- Objetivo Específico CUANTITATIVO 3.2. (OECtvo 3.2.)

Comprobar si la información metodológica ofrecida por los grupos focales se corrobora con los resultados de la encuesta a escala nacional.

A pesar del carácter descriptivo de esta etapa de investigación, además de los objetivos que se han formulado, también se expondrá una hipótesis relacionada con los diferentes contextos institucionales que participan en la investigación.

La hipótesis es obligatoria en investigaciones de corte cuantitativo, investigaciones experimentales y cuasi-experimentales, y en general, en proyectos que estén situados en ciencias exactas y naturales. Aunque no es necesaria la hipótesis en investigaciones descriptivas y cualitativas, ... (Niño Rojas, 2011, p. 58).

#### HIPÓTESIS NULA (H0):

Las visitas a domicilio realizadas por los trabajadores sociales de los contextos públicos de servicios sociales, sanidad o educación no presentan diferencias metodológicas, más allá de las características propias de su ámbito.

#### HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H1):

El contexto desde el cual se realizan las visitas a domicilio presenta diferencias metodológicas según se lleven a cabo desde servicios sociales, sanidad o educación.

El análisis estadístico de contraste de la hipótesis se llevará a cabo a través de nueve variables cualitativas nominales dicotómicas y politómicas y de una cuantitativa ordinal extraídas de los resultados de la encuesta.

La prueba de asociación entre las variables la realizaremos a través de SPSS con las tablas de contingencia o tablas cruzadas utilizando la Chi-cuadrado para rechazar o aceptar la hipótesis nula o la hipótesis alternativa. El nivel de significación en Chi-cuadrado será de un  $\alpha=0,05$  en consonancia con el error muestral que expondremos en la muestra y por acuerdo de la comunidad científica.

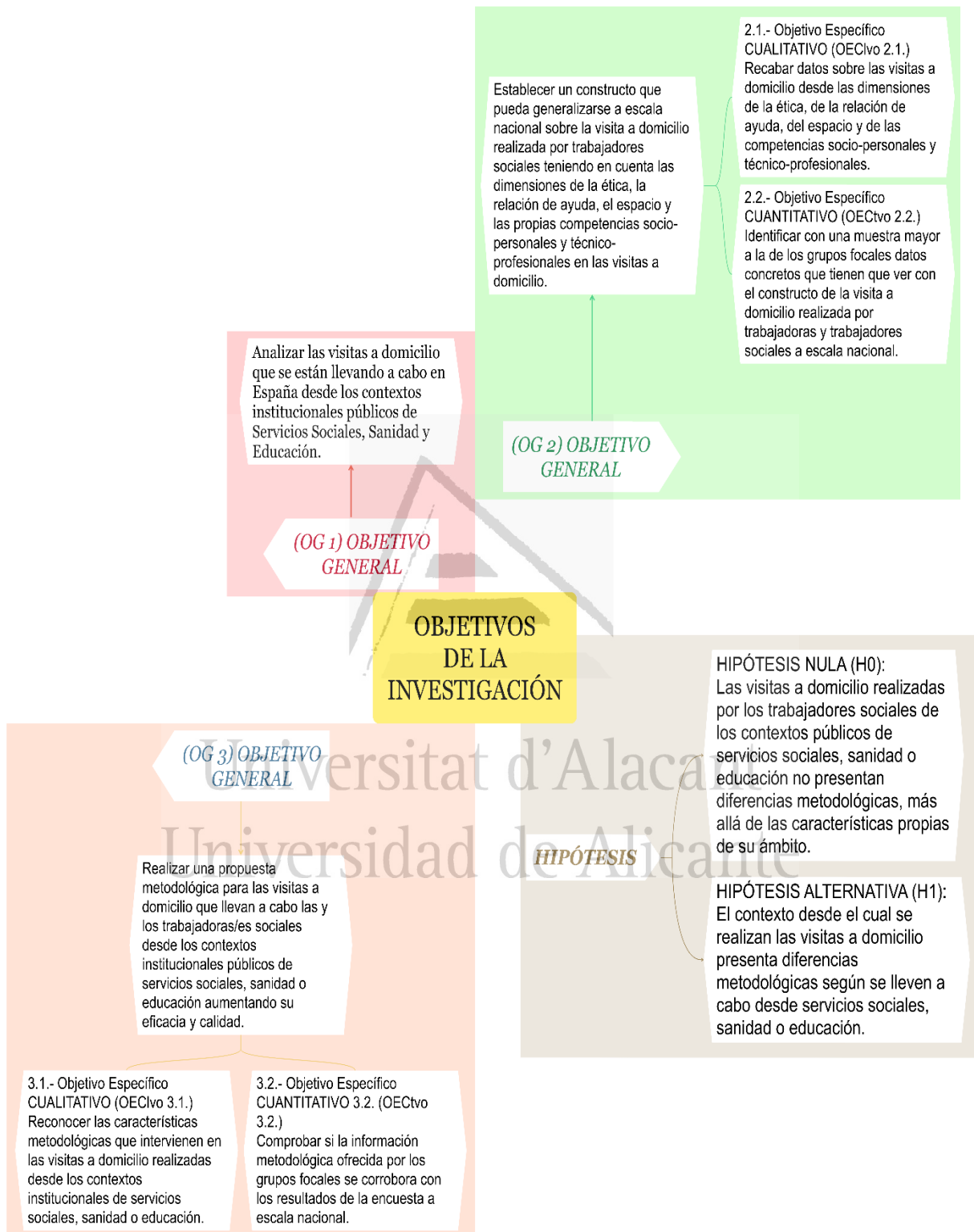
En aquellos casos en los que se verifique que sí hay asociación se utilizará la V de Cramer por ser la prueba que mejor se ajusta a los datos de nuestra investigación para saber cuánto de fuerte o débil es esta relación. También para la variable ordinal se utilizará la prueba ANOVA y el test HSD Turkey.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 13**

*Representación gráfica de los objetivos y la hipótesis de investigación*



### **3.- Investigación Documental.**

Son varios los autores que proponen una revisión continuada de la bibliografía, en diferentes momentos y con distinta intensidad, como por ejemplo López y Deslauriers (2011), por lo que nuestra investigación documental la exponemos en dos momentos diferenciados: inicial y de segunda revisión de la investigación documental.

#### **3.1.- Inicial.**

A través de la consulta de fuentes primarias, los objetivos que se pretendían conseguir en este primer momento fueron:

a.- Identificar las características que rodeaban el fenómeno de la visita a domicilio.

b.- Compilar y ordenar la literatura a la que se ha tenido acceso desde distintas disciplinas.

c.- Analizar las diferentes versiones que sobre las visitas a domicilio se han estudiado en cuanto a su interpretación y metodología.

Para ello se realizaron búsquedas digitales y analógicas:

3.1.1.- Para las búsquedas digitales se han utilizado las siguientes bases de datos multidisciplinares: Dialnet, Scopus, Jstor y Scielo, siendo la primera la que más éxito de referencias ha arrojado en general y Jstor la que ha proporcionado más literatura anglosajona. También la red social de investigación ResearchGate, donde se ha podido acceder a algún artículo específico.

De manera digital también han sido muy útiles los repositorios como el del Banco de España y de Universidades españolas como la de Alicante, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Universidad de Navarra, Complutense de Madrid, Pablo de Olavide de Sevilla, Universidad de Huelva, Universidad del País Vasco, Universidad de Deusto, Universitat Rovira i Virgili y de les Illes Balears y también extranjeras como por ejemplo la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En cuanto a las revistas que se han consultado digitalmente se pueden examinar de una manera más concreta en las referencias bibliográficas, pero por poner algunos ejemplos: Alternativas, SAGE Journals, Orford Academic Journals, Revista de Trabajo Social Pontificia Universidad de Chile, Mosaico, Cuadernos de Trabajo Social, Children Schools, Margen, Papers, Portularia, Social Casework, Trabajo Social Hoy, Revista de Servicios Sociales y Política Social, ...

Por último, se realizaron también consultas digitales de fondos bibliográficos como el Fondo de Cultura Económica, del Consejo General del Trabajo Social y del Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante.

Como motores de búsqueda, sólo se ha utilizado Google y su aplicación académica Google Scholar.

Los términos utilizados para todas las búsquedas digitales han sido de manera general "visita domicilio" y "trabajo social", traducidas al inglés y al portugués. Por otra parte, y de una manera más específica se buscaban también las palabras que nos conducían según el interés a la búsqueda de información sobre los antecedentes, dimensiones, marco teórico o conceptual.

Con respecto al contenido seleccionado se ha valorado más la calidad que las fechas de publicación, aunque en el apartado del Estado de la cuestión, sí que se ha tenido muy en cuenta la variable del tiempo de publicación para que la mayoría de las reseñas no tuvieran una antigüedad mayor a 10 años.

Aunque el estudio se realiza sobre la visita a domicilio en España, se considera importante la revisión de bibliografía extranjera tal y como se explica a continuación:

Es posible que la literatura extranjera le ayude al investigador local de diversas formas: puede ofrecerle un buen punto de partida, guiarlo en el enfoque y tratamiento que se le dará al problema de investigación, orientarlo respecto de los diversos elementos que intervienen en el problema, centrarlo en un problema específico, sugerirle cómo construir el marco teórico, etcétera. (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 68).

En cuanto a Blogs, tan sólo se han recogido tres aportaciones de profesionales que cuentan con el sello de la BlogOTSefera del Consejo General del Trabajo Social en España.

Como se decía en el Marco de la Investigación la búsqueda general ha sido muy intensa, ya que existe poca bibliografía específica sobre la visita a domicilio en trabajo social, sin embargo se ha podido comprobar como en el ámbito sanitario (enfermería y medicina) han sido más prolíficos. En trabajo social la información obtenida sobre la visita ha sido estudiada como un subtema dentro de otros focos principales de interés sobre los que tratan los artículos, investigaciones o Tesis, a excepción de la ya citada de González (2016).

3.1.2.- Para las búsquedas analógicas las revisiones han sido mayoritariamente dentro del catálogo de la Universidad de Alicante, también del

Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante y de colecciones privadas de profesionales y académicos que han querido colaborar en esta investigación. Por último, se ha tenido acceso a algunos artículos analógicos que se han digitalizado a través de la red de préstamos interuniversitarios.

### 3.2.- Segunda investigación documental.

Una vez hecho el planteamiento y ante los primeros contactos con los profesionales de los grupos focales, es inevitable que surjan nuevas preguntas en cuanto a contenido o metodología, lo que nos hace estar en una revisión constante y circular de la bibliografía.

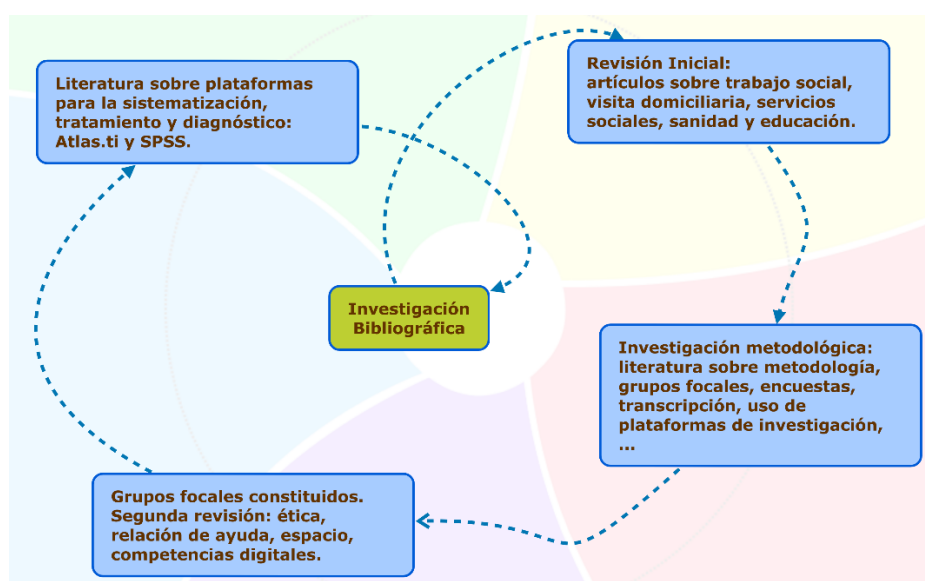
En esta investigación y como no podía ser de otra manera, se ha dado esa retroalimentación de revisión inicial, comienzo del planteamiento y revisión posterior de bibliografía, puesta en marcha de los grupos focales y de nuevo revisión documental para extraer al máximo los datos de las dimensiones, ...

Como hemos destacado, si en la Fase inicial la amplitud o generalidad de la literatura era mayor, conforme vamos avanzando en la investigación y sobre todo en el momento en el que se comenzaron a desarrollar los grupos focales, la literatura ha sido mucho más concreta y específica de cada una de las dimensiones tratadas.

Esta revisión ha llegado a proporcionar datos interesantes que no eran útiles en ese momento de la investigación, pero que era evidente que lo serían para un uso posterior y por tanto se etiquetó dentro de la unidad hermenéutica de Atlas.ti.

**Figura 14**

*Representación de la investigación bibliográfica según las fases*



### 3.3.- Almacenamiento.

Finalmente, todos los documentos revisados y que se han considerado adecuados para la investigación han sido almacenados de dos formas diferentes: en la biblioteca del programa Atlas.ti para su posterior tratamiento y en una unidad de almacenamiento extraíble (USB) específica de la investigación. El dividir en dos el almacenamiento tiene como objetivo preservar la seguridad de los documentos, ya que todas las recomendaciones de seguridad así lo advierten y a la vez, por tener diferentes formas de acceso.

### 4.- Metodología del Proceso Cualitativo.

En esta primera parte de explicación metodológica nos situamos ante el paradigma interpretativo y concretamente ante un método de trabajo fenomenológico, ya que la principal cuestión de estudio está relacionada con un concepto, el de la visita a domicilio, y va a ser explicada de primera mano por las profesionales del trabajo social en activo.

Siguiendo a Martínez (2013) podemos considerar que este paradigma interpretativo de la investigación está relacionado con el construccionismo al que hacíamos referencia como marco epistemológico principal de esta Tesis, pues el conocimiento no se encuentra, sino que se crea a partir de las experiencias de los participantes, no solo en qué es lo que se va a considerar visita a domicilio sino también en qué propuesta metodológica se puede concretar.

Siguiendo a Hernández et al. (2014) este planteamiento inicial de la investigación, "... podría enfocarse en el concepto central y otros conceptos relacionados, extraídos de nuestras reflexiones, experiencias y la revisión de la literatura, y visualizarse gráficamente ... (p. 362)", quedando por tanto representado de la siguiente manera:

**Figura 15**

*Concepto central y propuesta de constructos que lo conforman*





Por tanto, el planteamiento del concepto principal y a estudiar es el de la visita a domicilio llevada a cabo por trabajadores sociales y los conceptos con los que la relacionamos son las dimensiones de la ética profesional con la que se lleva a cabo, el espacio físico donde se produce, la relación de ayuda como propósito ineludible y las competencias como herramientas socio-personales y técnico-profesionales imprescindibles para gestionarla con éxito.

Para llegar a este punto, en el que planteamos estas dimensiones como propuestas de conceptos a estudiar, la investigación o revisión de los documentos literarios es fundamental, de ahí que su exposición se haya hecho previamente como ya hemos comentado, aunque no queremos dar una imagen de falsa linealidad, ya que una de las características fundamentales de las investigaciones cualitativas son los movimientos circulares y de retroalimentación que se dan durante todo el proceso de investigación, incluidos los objetivos.

#### **4.1.- Objetivos investigación cualitativa.**

Los objetivos específicos se han concretado en los siguientes y que recordamos que derivan de los objetivos generales 2 y 3:

##### **2.1.- Objetivo Específico CUALITATIVO (OECivo 2.1.):**

Recabar datos sobre las visitas a domicilio desde las dimensiones de la ética, de la relación de ayuda, del espacio y de las competencias socio-personales y técnico-profesionales.

##### **3.1.- Objetivo Específico CUALITATIVO (OECivo 3.1.):**

Reconocer las características metodológicas que intervienen en las visitas a domicilio realizadas desde los contextos institucionales de servicios sociales, sanidad o educación.

#### **4.2.- Formación de la muestra.**

Para poder conseguir estos objetivos se propone colaboración a los tres Colegios Oficiales de Trabajo Social de la Comunidad Valenciana, quedando el proceso reflejado de la siguiente manera:

1.- Contacto con los Colegios Oficiales donde se les hace llegar una carta exponiendo los términos de la investigación, el perfil de los profesionales que podían formar parte del grupo focal y los extremos en los que se les requería su participación.

2.- Los Colegios Oficiales remitieron a toda su colegiación la invitación a una reunión por colegio y por provincia en la que el investigador les informó del

contenido y metodología de las sesiones, los objetivos de la investigación y el compromiso que les supondría si aceptaban participar.

3.- Los profesionales que accedieron firmaron el consentimiento informado en los términos en los que más adelante se explicará en el punto de Consideraciones éticas. Las sesiones presenciales de Castellón y Valencia se llevaron a cabo en las sedes de los propios Colegios. Las sesiones de Alicante se llevaron a cabo en la Universidad de Alicante y las sesiones virtuales se realizaron de manera forzosa a causa de la pandemia por COVID-19, a través del espacio virtual de Google Meet.

4.- A partir de aquí se realizan cuatro sesiones con cada grupo focal, es decir, cuatro por cada provincia, para tratar en cada una de ellas las cuatro dimensiones propuestas. Por tanto, doce reuniones en total a razón de cuatro con el grupo de Castellón, cuatro con el de Valencia y cuatro con el de Alicante.

5.- En la primera reunión de constitución de los grupos focales cada grupo propuso las fechas para todas las reuniones, de tal forma que contó con el consenso de todo el grupo y además permitió planificar la conciliación personal, familiar y laboral de las participantes con el proyecto de investigación.

Toda la documentación de estos primeros contactos forma parte de los Anexos de la Tesis.

Como observación, el grupo de Valencia se llegó a crear después de una segunda vuelta de presentación de la investigación, ya que en la primera no hubo quórum suficiente según la muestra teórica que se estableció.

También es conveniente anotar que en el grupo de Alicante participó en calidad de asistencia una profesional trabajadora social con amplia experiencia en visitas a domicilio, que no formó parte del grupo focal, sino que estuvo realizando anotaciones que posteriormente sirvieron como complemento a las grabaciones.

#### **4.3.- Muestra y perfil.**

La configuración de la muestra viene determinada por la orientación de Hernández et al. (2014) que sugiere como paso previo a la elección de la muestra, delimitar la unidad de análisis.

Esta será la de trabajadoras sociales de la Comunidad Valenciana de los ámbitos públicos de servicios sociales, educación y salud, divididas por provincias. La elección de estas profesionales tiene un carácter no probabilístico de expertas, ya que lo que buscamos para nuestra investigación son trabajadoras y trabajadores sociales con suficiente competencia profesional, es decir, que por lo

menos lleven 5 años ejerciendo la profesión y que dentro de sus intervenciones se encuentre la visita a domicilio.

Por tanto, podemos decir que esta muestra tiene las ventajas de ser un grupo homogéneo de trabajadoras sociales, con una experiencia profesional superior a 5 años y a la vez heterogéneo por provenir de diferentes contextos profesionales e institucionales de municipios que comprenden desde áreas metropolitanas, hasta entorno rurales o municipios medianos.

El grupo de participantes puede ser homogéneo o heterogéneo, dependiendo del estudio; cuando se trata de explorar experiencias compartidas, se aconseja un grupo homogéneo. Sin embargo, la heterogeneidad puede ser ventajosa porque facilita la profundización con base en diferentes perspectivas del problema. (Escobar Pérez & Bonilla-Jiménez, 2009, p. 55).

El objetivo será recoger la mayor proporción posible de datos, impresiones, reflexiones, ..., acerca de su práctica profesional con relación al concepto y metodología de la visita a domicilio desde sus respectivos contextos institucionales. Esto nos lleva a definir otro tipo de muestra, la denominada muestra por cuotas que nos es útil para tener la máxima representación posible del fenómeno y poder ampliar así la complejidad de su estudio.

La competencia profesional se delimitó con el tiempo de ejercicio laboral siguiendo el estudio de Giménez y Doménech (2012) sobre grupos de expertos usuarios y profesionales de los servicios sociales, donde la participación de estos profesionales situó el mínimo de la experiencia laboral en 5 años (p. 442), por lo que dentro de la muestra de esta investigación sobre las visitas se convirtió en un requisito.

Barrera et al., (2012), como miembros de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla y adscritos al Grupo de Investigación de Trabajo Social y Políticas Sociales (PAIDI SEJ-452), realizaron una investigación cuyo objeto ha sido el estudio de la población de trabajadores sociales y sus formas de ejercicio e intervención profesional. También el requisito para participar fue tener más de 5 años de ejercicio profesional.

Las cuotas se establecieron en porcentajes según el contexto institucional estipulando una participación mínima para considerar la muestra como válida, y los valores mínimos que se establecieron fueron de un 50% de profesionales de

los servicios sociales, un mínimo del 25% de profesionales del ámbito de salud y un 15% de mínimo en educación.

Estos mínimos no corresponden con una distribución real de la práctica profesional, pero el objetivo que se pretendía con esta muestra era aumentar precisamente el porcentaje de los contextos menos representativos (sanidad y educación) frente al hegemónico de servicios sociales, para validar sus discursos.

Finalmente, la muestra quedó representada de la siguiente manera:

**Tabla 9**

*Muestra de los grupos focales atendiendo a su contexto institucional*

Contexto	Nº. Participantes	Porcentaje (%)
Servicios Sociales	15	56 %
Sanidad	7	26 %
Educación	5	18 %
TOTAL	27	100 %

Todas/os ejerciendo como trabajadoras/es sociales con experiencia superior a 5 años.

#### **4.4.- Constitución de los Grupos Focales.**

A modo de orientación para la constitución de los grupos focales se siguió la propuesta conceptual y metodológica de Escobar y Bonilla-Jiménez (2009):

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. [...] El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; esto no sería fácil de lograr con otros métodos. (p. 51).

La elección de esta técnica cualitativa para el inicio de esta investigación está en consonancia con el Marco teórico expuesto, ya que los grupos focales parten epistemológicamente de posiciones tan cercanas como las desarrolladas dentro del paradigma del constructivismo al que hemos hecho referencia.

..., la epistemología cualitativa defiende el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento, lo que implica destacar que el conocimiento es una producción humana, no algo que está listo para identificarse en una realidad ordenada de acuerdo con categorías universales del conocimiento.

En esta postura se asume que el conocimiento no tiene una correspondencia lineal con la realidad, sino que es una construcción que se genera al confrontar el pensamiento del investigador con los múltiples eventos empíricos que se presentan, lo que le permite crear nuevas construcciones y articulaciones. (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013, p. 56).

También justificamos el uso de los grupos focales por emplearse especialmente en investigaciones que utilizan además de éste, otros métodos de estudio y cuando el tema reviste complejidad para poder ampliar las visiones sobre el fenómeno a investigar como ocurre en este estudio.

Con relación al tamaño del grupo, a pesar de ya haber dejado constancia de ello en el punto de la muestra, se quiere presentar la recomendación de Hernández et al. (2014) que sugiere grupos pequeños y medianos entre 3 y 10 personas, o incluso hasta 12 personas:

Myers (1998) propone que, según las características y la complejidad del tema a tratar, así como la experiencia y la habilidad del moderador, se determine el número adecuado de participantes, sin exceder las 12 personas. (Escobar Pérez & Bonilla-Jiménez, 2009, p. 54).

También Canales y Peinado (1994) hacían alusión a un tamaño similar:

El tamaño del grupo de discusión se sitúa entre los cinco y los diez actuantes. Esos son los límites mínimo y máximo entre lo que un grupo de discusión funciona correctamente. Se trata de una característica espacial que afecta a la dinámica del grupo. (p. 300).

Atendiendo a los criterios de estos autores a continuación, se muestra la participación por grupos que ha habido en esta investigación dividido a su vez por contextos:

**Tabla 10**

*Participación por grupos de provincia y contextos institucionales*

	<b>ALICANTE</b>	<b>CASTELLÓN</b>	<b>VALENCIA</b>
SANIDAD	3	3	1
EDUCACIÓN	3	1	1
SERVICIOS SOCIALES	6	4	5
Totales	12	8	7

#### **4.5.- Materiales.**

Además de los espacios físicos y digitales para realizar las reuniones, se utilizaron otros materiales: los dos primeros fueron usados por parte del investigador, uno fue el soporte analógico que servía de guía para exponer los temas a debatir en cada una de las sesiones en el que se realizaban anotaciones y el otro era el soporte digital utilizado para grabar las sesiones. En cuanto al tercero fueron los soportes digitales con los que cada participante optó por seguir asistiendo a los grupos focales en el momento de la pandemia sanitaria por COVID-19 que impedía la movilidad geográfica.

Espacios Físicos: con relación a los espacios físicos fueron aulas que debían reunir como requisito, el estar aisladas de ruidos para evitar sonidos externos en las grabaciones.

Anotaciones: En relación con las anotaciones, estas eran temáticas y respondían a la siguiente propuesta:

Ideas, hipótesis, preguntas de investigación, especulaciones vinculadas con la teoría, categorías y temas que surjan, conclusiones preliminares y descubrimientos que, a nuestro juicio, vayan arrojando las observaciones. (Hernández et al., 2014, p. 372).

Grabaciones: en cuanto a las grabaciones de las sesiones presenciales se guardaban automáticamente en el Laptop privado del investigador y al terminar la sesión, el archivo se renombraba con las abreviaturas que identificara la provincia del grupo focal y la dimensión que se había trabajado.

Ejemplo: Reunión en Castellón sobre la relación de ayuda: Ra\_Cs.

En cuanto a las sesiones virtuales, se guardaban automáticamente en el almacenamiento de Google DRIVE, renombrando de igual manera.

Posteriormente todos los videos de las sesiones presenciales iban siendo almacenados en la misma carpeta de Google DRIVE.

#### **4.6.- Sesiones.**

Como ya se ha comentado las sesiones fueron calendarizadas por los propios participantes en la primera reunión de constitución. Se realizaron 12 sesiones, con la siguiente distribución: 4 sesiones en Castellón, dos de forma presencial y dos de manera digital; 4 con el grupo de Valencia, siendo igualmente 2 presenciales y 2 online y 4 con Alicante, dos presenciales y 2 virtuales; donde se trató en cada una de ellas las dimensiones de la investigación.

Las sesiones se celebraron todas según las fechas previstas, excepto una de las celebradas en Castellón que se cambió a iniciativa del grupo y con el consenso de todos.

Las horas también fueron escogidas por los participantes y tal y como hemos descrito anteriormente, atendiendo a sus propias razones de conciliación.

El tiempo que se estableció provisionalmente al inicio por sesión fue de dos horas y media como máximo, aunque desde la primera se pudo comprobar que con una hora y treinta minutos se cumplían los objetivos y esa media se respetó en todas las sesiones, tanto en su modalidad presencial, como en su modalidad online. Este tiempo se consideró cómo válido según la propuesta de Canales y Peinado (1994) en la que determinaban que "La duración normal de un grupo de discusión oscilará entre los sesenta minutos y las dos horas (p. 306)."

En las sesiones presenciales el grupo se sentaba en círculo y en las digitales se preguntaba primero quién quería participar y si el silencio se prolongaba, el investigador preguntaba directamente. Estos silencios no han sido algo común, ya que todos los grupos se caracterizaron por su participación.

La sesión se abría explicando por parte del investigador la dimensión a tratar, se lanzaban preguntas extraídas de la revisión documental a las que los participantes iban respondiendo libremente. El investigador no participaba en las discusiones, simplemente estaba atento para que las reflexiones del grupo contaran con la participación de todos los contextos, simplemente animaba a la participación si había algún ámbito que no hubiese dado su opinión o expresado su parecer sobre la cuestión que se estuviese debatiendo en ese momento.

Se intentó seguir las recomendaciones estudiadas en la bibliografía de Hernández et al. (2014):

Se trata de que no interfieran en la recolección de los datos para obtener la información de los individuos tal como la revelan.

Algunas recomendaciones que pueden hacerse al respecto son:

1. No inducir respuestas y comportamientos de los participantes.
2. Lograr que los participantes narren sus experiencias y puntos de vista sin enjuiciarlos ni criticarlos.
3. Tener varias fuentes de datos, personas distintas mediante métodos diferentes.
4. Recordar que cada cultura, grupo e individuo representa una realidad única. Por ejemplo, los hombres y las mujeres experimentan "el

mundo” de manera distinta, los jóvenes urbanos y los campesinos construyen realidades diferentes, etc. Cada quien percibe el entorno social desde la perspectiva generada por sus creencias y tradiciones. Por ello, los testimonios de todos los individuos son importantes y el trato siempre es el mismo, respetuoso. No se puede ser sexista o racista.

5. No hablar de miedos o angustias ni preocupar a los participantes. Tampoco tratar de darles terapia, pues no es el papel del investigador; lo que sí puede hacer es solicitar la ayuda de profesionales y recomendar a los participantes que los consulten.

6. Rechazar de manera prudente a quienes tengan comportamientos “machistas” o “impropios” con el investigador. No ceder a ninguna clase de chantaje.

7. Nunca poner en riesgo la seguridad personal ni la de los participantes.

8. Cuando son varios los investigadores, conviene efectuar reuniones para evaluar los avances y analizar si el ambiente o lugar, las unidades y la muestra son las adecuadas.

9. Leer y obtener la mayor información posible del lugar o contexto antes de adentrarnos en él.

10. Platicar frecuentemente con algunos participantes para conocer más a fondo dónde estamos ubicados y comprender su cotidianidad, además de lograr que acepten nuestra participación. Por ejemplo, en una comunidad conversaríamos con algunos vecinos, sacerdotes, médicos, profesores o autoridades; en una fábrica, con obreros, supervisores, personas que atienden el comedor, etcétera.

11. Participar en alguna actividad para acercarnos a las personas y lograr empatía. (pp. 398-399).

Por último, una vez almacenados y renombrados, los videos eran transcritos y los documentos con los textos pasaban a la biblioteca de Atlas.ti.

#### **4.7.- Transcripción y codificación de las sesiones.**

Después de realizar la transcripción de las 12 sesiones, estas se codificaron desde una metodología deductiva y con la ayuda del programa Atlas.ti, dando como resultado el uso de 57 códigos diferentes. A continuación, pasamos a describir el proceso:



Dentro del análisis de la información el primer paso es la transcripción y se pueden utilizar diferentes modelos como son la transcripción total de los datos o solo la de aquellos que revisten mayor interés para la investigación.

Este paso puede tomar bastante tiempo; por ejemplo, si se utilizó una hora para grabar la discusión, es probable que se tomen cuatro en transcribirla. Cuando se requiere hacer una comparación detallada del grupo, es necesaria la transcripción total de los datos. Sin embargo, también se pueden transcribir sólo las partes claves que se requieran para el análisis. (Escobar Pérez & Bonilla-Jiménez, 2009, p. 60).

La transcripción utilizada en esta investigación ha sido la del total de los datos y para aumentar la eficacia del proceso se ha utilizado la inteligencia artificial de subtítulos de Google-YouTube. Esto ha sido posible siguiendo el siguiente proceso:

- 1.- Se ha creado un canal privado de YouTube sin acceso compartido.
- 2.- Los videos se cargaban en la cuenta de YouTube.
- 3.- Uno a uno se reproducían los videos y a través del reconocimiento de voz de Google, se pedía a YouTube que convirtiese la voz en texto, obteniendo de una manera más ágil transcripciones de los vídeos, aunque debemos señalar que de una manera poco depurada. Automáticamente al terminar el video Google te enviaba un correo electrónico con la transcripción finalizada.
- 4.- Estos textos eran transcritos en una columna y cada 5, 6 o 7 líneas aparecía el minuto y segundo que coincidía con la reproducción.
- 5.- Las transcripciones eran renombradas, al igual que los videos, con el nombre de la provincia y la dimensión.

La ventaja de utilizar esta tecnología es que en menor tiempo tienes una aproximación de la transcripción, lo cual no te aleja por completo de la tarea de la revisión pormenorizada, pero sí libera gran parte del trabajo.

La revisión posterior consistía en reproducir los videos a la vez que se comprobaban las transcripciones y de esa manera se iban corrigiendo las palabras que la inteligencia artificial no había llegado a captar perfectamente: palabras con sonidos parecidos que quedan mal transcritas, conversaciones que se duplican, ...

También se utilizó una técnica de colores, de tal manera que los discursos de cada contexto institucional quedaran recogidos en los textos de la siguiente manera:

1. Rojo para el investigador.
2. Azul para el ámbito de servicios sociales.
3. Verde para el ámbito sanitario.
4. Marrón para el ámbito educativo.

El objetivo de esta asignación de colores es facilitar la tarea de identificación de las aportaciones de las profesionales en el análisis con Atlas.ti. Como ya dijimos anteriormente en los nombres en los vídeos, las citas también están codificadas de la siguiente manera:

Ejemplo: Una cita sobre la dimensión ética que se lleva a cabo con el grupo de Alicante por un miembro del contexto de sanidad y queda grabada en el video en el minuto 8 y 10 segundos, aparecerá etiquetada como: Et\_Alc\_Snd:08:10.

En el Título de Resultados, se presentará un cuadro con la leyenda correspondiente para su mejor comprensión.

#### **4.8.- Evaluación de los participantes.**

Finalizada esta parte de la investigación se realizó una evaluación con los participantes de los grupos focales a través de una encuesta en línea. La población total fueron los 27 participantes, y la respondieron 26, ya que una representante del contexto sanitario en el momento de la pandemia sanitaria tuvo que abandonar el grupo.

Los ítems a valorar y las evaluaciones de los 26 participantes (p) son las siguientes:

**Tabla 11**

*Valoración de las sesiones focales por los participantes*

	Mal	Suficiente	Bien	Muy bien
Conducción de las sesiones			21 p.	5 p.
Preparación de las sesiones			4 p.	22 p.
Valoración sesiones presenciales			3 p.	23 p.
Valoración sesiones virtuales	1 p.	1 p.	11 p.	13 p.
Cómo se han sentido tratados			2 p.	24 p.
Sensación de ser escuchado			2 p.	24 p.
Cómo se han sentido en el grupo			3 p.	23 p.
La duración de las sesiones en tiempo			15 p.	11 p.

Ante estos resultados podemos concluir que al grupo en su totalidad le ha parecido bien o muy bien la conducción de las sesiones, se ha valorado su preparación, han gustado más las sesiones presenciales que las virtuales, aunque la mayoría no las ha calificado como mal. Se han sentido bien o muy bien tratados y escuchados en el grupo. La duración de las sesiones en formato de una hora y media ha sido valorada como bien o muy bien por todos los participantes.

Parte de estos resultados han sido presentados en una comunicación en el IV Congreso Internacional de Trabajo Social y XIII Congreso de Facultades y Escuelas de Trabajo Social en la ciudad de Valencia (2021) con el título: La visita a domicilio en trabajo social: evaluación de los grupos focales desde su participación presencial y virtual.

### **5.- Metodología del Proceso Cuantitativo.**

El análisis preliminar de la investigación documental y de las notas y transcripciones de los videos, nos llevan a determinar la necesidad de contrastar o de ampliar algunas de las informaciones obtenidas hasta ese momento.

El proceso de triangulación relacionará los datos que se sitúan en los diferentes vértices y ello fundamenta y explica el uso del método cuantitativo en estos momentos dentro de esta metodología mixta que aportará unos resultados complementarios a los obtenidos hasta ahora.

Estos resultados se obtendrán a través de una encuesta online distribuida por todo el territorio español y permitirá ampliar datos en cuanto a lo que entendemos por visita a domicilio y sobre su metodología en trabajo social. Esto permitirá comparar esta información entre los tres contextos institucionales estudiados, para en términos generales generar conocimiento profesional teórico y metodológico.

Recordamos de nuevo el carácter no experimental transaccional de esta investigación, cuyos datos cuantitativos se han recogido desde marzo de 2021 hasta septiembre de 2022.

#### **5.1.- Objetivos de la investigación cuantitativa.**

Estos objetivos se pretenden alcanzar con la administración masiva de la citada encuesta virtual que será autorellenable y estará en consonancia con los Objetivos Generales 2 y 3, que recordamos serían los siguientes:

### 2.2.- Objetivo Específico CUANTITATIVO (OECTvoe 2.2.):

Identificar con una muestra mayor a la de los grupos focales datos concretos que tienen que ver con el constructo de la visita a domicilio realizada por trabajadoras y trabajadores sociales a escala nacional.

### 3.2.- Objetivo Específico CUANTITATIVO (OECTvo 3.2.):

Comprobar si la información metodológica ofrecida por los grupos focales se corrobora con los resultados de la encuesta a escala nacional.

## **5.2.- Muestra.**

La muestra recoge un total de 1.322 encuestas repartidas por la geografía española. De estas encuestas cumplen con los criterios como unidad de muestreo un total de 1.259 encuestas = N, siendo esta nuestra muestra total y serían aquellos que ejercen como trabajador o trabajadora social en el ámbito público de servicios sociales, sanidad o educación en el territorio nacional y que realiza visitas a domicilio.

El número de encuestas respondidas ha superado la muestra teórica que se prefijó y que se explica al final de este punto. Distribuidas por contextos nos ofrecen unos porcentajes del 69% para servicios sociales, del 26% para sanidad y del 5% para educación.

Acto seguido desarrollamos el proceso que se ha seguido para establecer la muestra teórica y validar los resultados de la misma.

Definimos el Universo de esta investigación como todos los trabajadores sociales que ejercen en España dentro del sistema público de servicios sociales, sanidad o educación y que realizan visitas a domicilio y la unidad de muestreo cada uno de ellos que cumpla con los requisitos ya expuestos.

A continuación, se realizó un intento de delimitar la población total que cumpliera con los requisitos establecidos en la unidad de muestreo. Para ello se solicitó al Consejo General del Trabajo Social este dato de población total de colegiados diferenciada por contextos. Desde el Consejo no fue posible facilitar el dato de profesionales por contextos, ya que sólo contaba con el número total de colegiados. Aunque por otra parte, nos remitió al último Informe del Consejo sobre Trabajo Social, Deontología y Ética profesional (2020), en el que se reflejaba el número de profesionales que habían participado por contextos.

Pastor (2013) ya realizaba esta advertencia sobre la falta de datos cuantificados en su estudio sobre la situación del trabajo social en España, no pudiendo aportar el número de la población total:

Ante la carencia de un censo del total de la población ha sido habitual utilizar los datos disponibles en los colegios profesionales, entidades sociales y administraciones públicas para adoptar las decisiones metodológicas de acercamiento y recogida de datos, así como de muestreo respecto de las técnicas cualitativas. (p. 113).

El Informe al que hace referencia el Consejo en el párrafo anterior fue contestado por 1.331 profesionales menos 132 encuestas perdidas por el sistema (p. 17) y con unos datos difíciles de conciliar con la muestra total porque en el apartado de profesionales que ejercen en servicios sociales señalan que es de 1.200 (p. 20) y el que ejerce en otros servicios es de 729 profesionales (p. 21).

Dado que no es posible delimitar la población total o universo la metodología cuantitativa nos permite calcular la muestra de esta investigación no probabilística con un muestreo por conveniencia, es decir, tomaríamos por válido el número de respuestas que se aporte, pero eso dificultaría la generalización de los datos, por lo que aun siendo más arriesgado se toma otra decisión metodológica.

Para poder razonarla presentamos otro documento que se revisa y es el III Informe sobre los Servicios Sociales en España (2019), también editado por el Consejo General del Trabajo Social.

Para el diseño del muestreo teórico se tuvo en cuenta que existe una población de 32.749 colegiadas/as en toda España, un nivel de confianza del 95% con un margen de error del  $\pm 2,5$  en el supuesto más desfavorable de  $P=Q$ . El tamaño teórico diseñado incluía a 1.468 unidades, pero realmente se alcanzó un total de 1.490 personas participantes, número superior al necesitado. (p. 82).

Puesto que este Informe temporalmente se publica dentro del proceso del diseño de la investigación y proporciona datos de la población total de colegiados se realiza el siguiente diseño teórico de muestreo no probabilístico que nos permite establecer estas cuotas.

Como muestra total de censados en el Consejo General del Trabajo Social en España daríamos por válido que  $N=32.749$  (aun sabiendo que no todos los colegiados pertenecen a los contextos institucionales objeto de estudio, ni que todos los profesionales en ejercicio están colegiados), con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error muestral de  $\pm 3\%$ , la muestra teórica tendría que alcanzar las 1034 encuestas mínimas con la siguiente distribución por cuotas:

En Servicios Sociales se tendría que alcanzar un mínimo de 672 encuestas que supondría una representación mínima del 65% de *N*. En Sanidad se tendría que alcanzar un mínimo de 258 encuestas que supondría una representación mínima del 25% de *N*. En Educación se tendrían que alcanzar un mínimo de 51 encuestas que supondría una representación mínima del 5% de *N*. Dejando un margen del 5% que quedará ajustado con la muestra real según el número de encuestas realizadas por contextos.

Si bien es cierto, que “en el muestreo por cuotas, el investigador decide de manera arbitraria a quién o quiénes encuestar (Blanco, 2012, p. 60)” y a pesar de que el diseño de esta muestra teórica se calculó en el año 2021, el IV Informe sobre los Servicios Sociales en España y de la profesión (2022), viene a corroborar lo acertado de estos porcentajes de muestras mínimas.

Este IV Informe sitúa a los Servicios Sociales con una representación del 74% de entre los profesionales que ejercen en España y nuestra muestra real ha sido de un 69%, un 18% los profesionales que ejercen en Sanidad y nuestra muestra real ha sido de un 26% y los de Educación se sitúan en un 3% junto con otros ámbitos y nuestra muestra real ha sido de 5%.

Tal y como expusimos en los porcentajes de los grupos focales, se apostó por aumentar los porcentajes en sanidad y educación buscando una mayor validez en la representación de sus respuestas, aunque esto supusiera una disminución de la muestra de servicios sociales que seguía siendo muy mayoritaria.

### **5.3.- Encuesta online: Técnica de Investigación.**

De las diferentes técnicas de investigación cuantitativa que existen se considera que la encuesta desde su modalidad virtual es la que mejor se ajusta a los objetivos planteados y a la muestra teórica diseñada.

Siguiendo a Arroyo y Finkel (2019), el término que utilizaremos será el de encuesta online y nos servirá de base para explicar el proceso que se ha seguido con el uso de esta técnica:

... en la práctica se conocen mediante el vocablo anglosajón de encuestas online y no tanto por lo que podría ser su traducción más directa al castellano de “encuestas en línea”. Por ello, a efectos de simplificación, en este texto se utilizará el término de encuesta por Internet y encuesta online de forma indistinta. (p. 42).

El hecho de que exista un mayor, casi generalizado, uso del correo electrónico entre la población en general y entre los profesionales en particular

hizo considerar la elección de este método como el más eficaz para alcanzar los objetivos muestrales previstos. En paralelo se diseñó una estrategia de publicidad de la encuesta para aumentar la capacidad de respuesta de la comunidad profesional, ya que consideramos el poder llegar al mayor número de población posible como una de sus mayores ventajas.

Ahora, y a propuesta de estos autores, analizaremos algunas otras ventajas dentro del marco de esta investigación:

- La primera es el coste económico que se ve reducido considerablemente a diferencia de otras propuestas como encuestas diseñadas para administrarse presencialmente y/o en papel.

- Otra ventaja más que evidente es el ahorro de tiempo que supone procesar los datos recolectados de manera ofimática a hacerlo de manera manual. Con la encuesta online conseguimos que el profesional se auto administre la encuesta, sin importar el lugar, el día o la hora, pero además sus respuestas quedan grabadas automáticamente.

- El tiempo de dedicación del investigador se centra en el diseño, publicidad de la encuesta y tratamiento de los datos, pero el tiempo de administrar la encuesta una a una desaparece.

Aunque también se nombran desventajas a las que se tuvo que hacer frente antes de comenzar su difusión y estas han sido las siguientes:

- No contar con un listado de profesionales real que ejerzan en España dividido por contextos, dificulta como ya hemos dicho, el cálculo muestral y nos lleva a estudios no probabilísticos.

- La autoselección derivada de la exclusión por no contar con internet dentro de nuestra muestra no se contempla.

- Otra desventaja que podría darse era que la tasa de respuestas fuese muy baja, ante lo que los investigadores proponen personalizar la encuesta y la insistencia. Para ello se realizó un texto inicial en la encuesta que explicaba a modo de resumen en qué consistía la investigación y la insistencia se realizó desde una cuenta de Instagram creada *ad hoc*.

- También señalan como desventaja que al ser autorrellenables puede derivar en respuestas parciales, por lo que en la encuesta se establecieron todas las preguntas como de obligatoria respuesta.

En cuanto a la estructura de la encuesta, también seguimos la propuesta de Arroyo y Finkel (2019) de dividir las preguntas por bloques y presentar una barra-guía que marcara el proceso de la autoadministración de la encuesta:

En los últimos años, se está imponiendo la organización de las preguntas en bloques que aparecen en distintas pantallas, aunque se suele insertar una banda de progreso en la parte inferior o superior de la pantalla, que va mostrando el porcentaje de preguntas presentadas sobre el total, para ofrecer a la persona encuestada información contextual sobre la actividad que se le requiere. (p. 44).

El inicio de la encuesta presenta un texto que comienza con una fórmula vinculativa ya que la presentación del investigador se hace desde la posición de colega de profesión y termina de la misma manera. Se propone esta fórmula aun no siendo muy académica, por ser el investigador profesional del trabajo social y hacerlo saber, ya que eso podría aumentar la predisposición de muchos y muchas colegas a contestar el formulario. También incluye la institución académica, el propósito de la investigación, el tiempo aproximado para contestar, los bloques de los que se compone la encuesta y una pequeña orientación para rellenarla.

A continuación, presentamos el cuerpo de la encuesta que se divide en 47 preguntas divididas en 5 Bloques:

**Tabla 12** *Estructura de la encuesta por bloques temáticos*

BLOQUE I 8 preguntas	Sociodemográfico: sexo, edad, años de ejercicio, comunidad autónoma, formación académica, ...
BLOQUE II 4 preguntas	Contexto Institucional: preguntas específicas relacionadas con la interdisciplinariedad, número de visitas y motivos para realizarla.
BLOQUE III 8 preguntas	Cuestiones relacionadas con el trabajo previo a la visita a domicilio.
BLOQUE IV 19 preguntas	Este Bloque recoge el grueso de la investigación pues se centra en lo que ocurre en la propia visita.
BLOQUE V 8 preguntas	Se realizan 6 preguntas que van un poco más allá de la visita y están relacionadas con los usuarios, con lo que se expresa en los informes, ... Hay 2 últimas preguntas, junto con el agradecimiento por la participación, que tienen que ver con el medio por el que han conocido la encuesta y el número de visitas que realizaban en ese momento tras la declaración del estado de alarma sanitaria.



En cuanto a las preguntas se intentó utilizar un lenguaje claro y preciso, de redacción corta y por supuesto, con un vocabulario cercano a la profesión de trabajo social. Las respuestas estaban previamente delimitadas por la triangulación de datos bibliográficos y de los grupos focales, intentando abarcar el mayor número de respuestas posibles según la información de la que se disponía.

Se utilizó el modo de respuesta múltiple marcando las casillas, tal y como recomiendan los autores citados, ya que según varias investigaciones esta forma aumenta el número de respuestas contestadas frente a los desplegables. Una de las desventajas que se asocian a este tipo de respuestas es que se solicita al entrevistado que emita un juicio de valor y eso puede conllevar a error, no obstante, en esta investigación al preguntar sobre cuestiones de su práctica profesional, no se entiende que las respuestas supongan un juicio, sino una reflexión sobre la práctica profesional que está llevando a cabo diariamente. De ahí precisamente que en el texto inicial, se exponga que “no hay respuestas acertadas, ni erróneas, todas son válidas, lo que cuenta es tu opinión sincera, ...”.

Con relación al tiempo de respuesta se confecciona una encuesta para ser contestada sin superar los 20 minutos, aunque el promedio debería ser 15 minutos y a la vez se da forma para que pueda ser contestada desde cualquier plataforma digital (ordenador, tableta o móvil). Este fue uno de los motivos por lo que no se proponía ninguna pregunta abierta, tener que girar el móvil para contestar de manera horizontal o el uso de Adobe Flash Player, intentando evitar así el abandono de encuestas iniciadas, siguiendo las orientaciones que exponen Arroyo y Finkel (2019).

El instrumento que se utilizó fue el formulario de Google ya que permite que las respuestas se graben automáticamente en una tabla con formato Excel que facilita el tratamiento de los datos. El cuestionario se diseñó para que fuera anónimo y que no recogiera los correos electrónicos de las personas que contestaban salvaguardando sus datos personales como una cuestión ética que se considera de gran importancia.

Se insertó una pregunta a modo de control en el Bloque I por si algún participante que no fuese trabajador social hubiese llegado a la encuesta por error, de tal manera que al marcar la opción de “No”, ante la pregunta “¿Ejerces como trabajador social?”, directamente se le daba las gracias, pero no se le permitía

continuar con la encuesta, ya que se estaba evitando tener muestras sesgadas por no compartir los requisitos de la unidad muestral. El hecho de elegir comunidad autónoma también fue una cuestión de selección de la muestra, permitiendo la recolección de datos solo a nivel nacional.

Los resultados de la encuesta se analizan con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) y sus descriptores estadísticos se explicarán con más detalle en el Título de Resultados.

#### **5.4.- Validez del Cuestionario.**

Para conseguir la mayor validez del cuestionario una vez elaboradas las preguntas, se realizó una prueba piloto con una muestra de 12 profesionales en la que se encontraban representados los tres contextos institucionales y en la que ninguno de los participantes había formado parte de los grupos focales llevados a cabo en la fase cualitativa.

El objetivo es determinar si las instrucciones de llenado de la planilla son claras, si las preguntas formuladas son comprendidas por los encuestados, si éstas responden a lo que queremos estudiar, entre otros aspectos. [...] Los resultados obtenidos permiten modificar el cuestionario antes de realizar el muestreo a gran escala. (Blanco, 2012, p. 78).

A todas las participantes en esta prueba piloto se les remitieron las siguientes indicaciones por correo electrónico y/o WhatsApp:

- Enlace de la encuesta para que valoraran el formato con el que se enviaría de manera extensiva a todas las participantes. No podían realizar ninguna pregunta al investigador, ni compartirlo con nadie.

- Cualquier error que advirtieran, cualquier pregunta o respuesta que requiriera de una mayor explicación, cualquier concepto confuso o ambiguo, inclusión o exclusión de propuestas, debía ser anotado en un documento diferente para trasladar esas deficiencias posteriormente al investigador.

- También se les pedía que anotaran el tiempo que empleaban en rellenar la encuesta y la sensación de fatiga si la hubieran experimentado. También el momento exacto en el que pudieran haber sentido la intención de abandonar si hubiese ocurrido.

- Una vez terminada la prueba piloto, cada participante debía comunicarle y explicarle las deficiencias advertidas y anotadas en el documento al investigador.

La muestra seleccionada presentaba el siguiente perfil:

**Tabla 13***Selección de la muestra grupo experimental*

Tamaño de la Muestra	12 participantes
Sexo	11 mujeres 1 hombre
Experiencia como trabajador/a social	Superaban los diez años en su totalidad
Contexto Institucional	Servicios Sociales: 6 participantes Sanidad: 4 participantes Educación: 2 participantes

Las comunicaciones reportadas las podemos dividir en tres grupos: las primeras tenían que ver con errores gramaticales, las segundas con el contenido de la propia encuesta y el tercer grupo con otro tipo de comentarios, que consideramos importante destacar. Exponemos los más significativos de estos dos últimos grupos en la siguiente:

**Tabla 14***Alegaciones a la encuesta por el grupo experto de control*

DEFICIENCIAS	
Exposición del/de la participante	Respuesta del investigador
Solicitaba la ampliación de elecciones en el acompañamiento interdisciplinar.	No se pudo tener en cuenta porque desvirtuaba el objetivo de saber cuáles eran los profesionales que más a menudo acompañaban y su presencia no se justificaba ni con la literatura revisada, ni con las narraciones de los grupos focales.
Incluir en motivos de la visita gestiones de empadronamiento o extranjería.	Se admite porque es cierto que también fue un motivo expuesto en los grupos focales.
En la pregunta de si nos aseguramos que la familia sabe por qué estamos realizando la visita.	Añadimos la propuesta: "Sí, cuando llegamos ...", dada la coherencia de la respuesta.
Se propone sustituir "conectar emocionalmente" por "empatía".	No se admite porque su significado es diferente y cambiaría el sentido de la pregunta.
Ampliar las respuestas de lugares para la conexión emocional en "calles, parques, espacios abiertos, ..."	Se admite por coherencia.
Se propone adicionar el término "unidad de convivencia".	Se admite ya que en el propio Marco Teórico se ha hecho alusión a este término.
En la explicación del contexto Evaluativo especificar "dependencia".	Se admite porque entre otras evaluaciones, la de dependencia ha sido la que más se ha nombrado en los grupos focales.
Proponen quitar la pregunta que nos informa de si el entrevistado es persona con diversidad.	No se admite, porque es un intento de visibilización de la diversidad no solo entre los usuarios, sino también entre las profesionales.

En relación con los comentarios que anotaron el grupo de control en los informes que reportaron aparecen los siguientes:

### **Tabla 15**

#### *Comentarios del grupo experto de control sobre la encuesta*

COMENTARIOS
"No tienes dudas en lo que te preguntan".
"Me ha gustado mucho y te hace reflexionar".
"Pide mucha información, sin hacerse pesado".
"No se hace larga, las preguntas están bien formuladas. Recoge muchos aspectos. Preguntas correctas y se entienden muy bien."
"El inconveniente que veo es que, para servicios sociales generales, dudo entre las respuestas porque toco muchas cosas y dependiendo de lo que pensara me venían unas respuestas u otras. Pero en general, está todo muy bien".

En relación con el tiempo en el que realizan la encuesta contestan que, entre 10/12 minutos y veinte minutos, por lo que establecemos una media de 15 minutos para la portada de la encuesta.

#### **5.5.- Difusión y publicidad de la encuesta.**

Siguiendo con el proceso metodológico, una vez diseñada la encuesta se planifica la estrategia de difusión y publicidad.

La difusión ha tenido tres vías principalmente:

a) Aplicación de mensajería instantánea de WhatsApp: se difundió a través de 70 números de teléfonos móviles de personas relacionadas con el investigador.

b) A través de los Colegios Profesionales de Trabajo Social (emails), portal web del Consejo General del Trabajo Social en su apartado "Rincón de la Investigación" y la Asociación de Trabajo Social y Salud.

c) Red Social Instagram, creada *ad hoc* para la difusión y publicidad de la encuesta.

El 11 de marzo de 2021 se inició la difusión de la encuesta a través de la mensajería instantánea WhatsApp, a partir de ese momento también comienzan a reenviar correos electrónicos desde los Colegios Profesionales y desde la Asociación de Trabajo Social y Salud. El 17 de marzo se crea la cuenta de Instagram y en abril publica el Consejo la encuesta en su web.

Se realizó un intento de difusión desde la Federación de Municipios y Provincias, pero no resultó posible, pues dentro de sus fines no está el de participar en investigaciones particulares, no obstante, quedaron interesados en dar difusión a los resultados cuando fueran definitivos.

Se tuvo que hacer especial hincapié en la difusión de las comunidades de La Rioja, Ceuta y Melilla, ya que pasados seis meses desde el inicio de la difusión tan solo se habían recibido 15 encuestas en el total de las tres. Finalmente se consiguió aumentar un poco más en La Rioja, pero se sigue con la tendencia que presentan los Informes del Consejo General del Trabajo Social sobre la falta de participación de Ceuta y Melilla.

## **6.- Perspectiva de Género.**

Desde el inicio de esta investigación se ha tenido en cuenta la transversalidad de la perspectiva de género tal y como establece la disposición decimotercera de la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

Implantación de la perspectiva de género

2. La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica promoverán la incorporación de la perspectiva de género como una categoría transversal en la investigación y la tecnología, de manera que su relevancia sea considerada en todos los aspectos del proceso, incluidos la definición de las prioridades de la investigación científico-técnica, los problemas de investigación, los marcos teóricos y explicativos, los métodos, la recogida e interpretación de datos, las conclusiones, las aplicaciones y los desarrollos tecnológicos, y las propuestas para estudios futuros. Promoverán igualmente los estudios de género y de las mujeres, así como medidas concretas para estimular y dar reconocimiento a la presencia de mujeres en los equipos de investigación.

Esta Ley se modificó por la Ley 17/2022, de 5 de septiembre, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, la cual dedica todo un Capítulo V a tratar esta implementación de perspectiva de género.

En este mismo sentido la Agencia Valenciana de Evaluación y Prospectiva dependiente de la Generalitat Valenciana publica en 2020, la lista de comprobación para determinar la incorporación de la perspectiva de género en la investigación y con este mismo fin evaluativo se desarrolla a continuación.

El primer elemento que se propone analizar es si la investigación documental presenta diferencias o semejanzas de sexo/género y lo que se observa, ya que como se ha concluido en otras investigaciones, las referencias por apellidos invisibilizan la producción científica de las mujeres, de hecho, hay artículos en los que se refieren, por ejemplo, a Gordon Hamilton como hombre.

La revisión documental de esta investigación aporta mayor producción femenina, lo cual es normal dado el alto grado de feminización que se tiene en la profesión de trabajo social a nivel nacional e internacional, no obstante, no se observan diferencias en los contenidos por el hecho de estar escritas por mujeres o por hombres.

El segundo apartado propone revisar si el proyecto de investigación en cuanto a su aportación teórica o conceptual tiene en cuenta la perspectiva de género, ante lo cual volvemos a insistir en la aportación que se ha intentado hacer de mujeres académicas o profesionales a lo largo de todo el Título II. Marco Teórico y Conceptual.

La aplicación del enfoque mixto ha permitido proponer la variable del sexo en la parte cualitativa, ya que se buscó una proporción similar a la representación existente a nivel profesional en España. Para ello se tomó como referencia el porcentaje de mujeres y hombres que participaron en el III Informe de Servicios Sociales y de la Profesión realizado por el Consejo General del Trabajo Social (2019). Esta encuesta arrojaba una participación femenina del 88,9%, sobre un 10,6% del masculino, en los grupos focales de esta investigación participaron un 85% mujeres y 15% de hombres, nadie se identificó con otro sexo diferente del binario.

En relación con la encuesta aumenta la representación femenina, ya que se han identificado como mujeres el 91,50 % de las mujeres, frente a un 7,90 % de los hombres, un 0,50 % que prefiere no identificarse y 0,10 % de personas que se identifican con otro sexo diferente del binario. Por lo que podríamos concluir que hay una sobre representación de género femenino, tal y como ocurre en el ejercicio profesional.

Por este mismo motivo, podemos decir que el objeto de estudio afectará en mayor proporción a la población de mujeres profesionales del trabajo social siguiendo los ítems del listado de comprobación para determinar la perspectiva de género.

Continuando con la evaluación, en este momento se analizan las preguntas de la investigación o la hipótesis, donde como ya se ha explicado en el apartado de metodología cuantitativa, sí que existen determinadas preguntas que se estudiarán distinguiendo sus respuestas por sexo, aun no siendo un planteamiento de los objetivos. Estas preguntas de la encuesta están relacionadas los puestos de responsabilidad que se ocupa dentro de la organización, si se hacen más o menos visitas a domicilio solo o acompañados según si eres hombre o mujer o el hecho de haber sufrido una agresión.

El lenguaje utilizado en toda la investigación intenta ser inclusivo y combinará indistintamente el femenino y el masculino para referirse a las y los profesionales, sin nombrar a los dos al unísono, facilitando así la lectura de la investigación. No se han utilizado imágenes de ningún tipo, tan solo figuras y tablas.

Con relación a las consideraciones éticas por ser hombre o mujer dentro de la investigación no se ha realizado ninguna diferencia, no encontramos en esta variable ningún indicador que podamos destacar, más allá de las que a continuación se exponen en el siguiente apartado.

### **7.- Consideraciones Éticas.**

En un estudio como el que estamos describiendo, donde uno de los apartados de análisis es la propia dimensión ética en la visita a domicilio, nos hace ser conscientes de la importancia que esta variable tiene dentro del propio estudio.

La ética en esta investigación DEBE contar con la autodeterminación de los sujetos a participar, tanto en la aplicación del método cualitativo como cuantitativo, DEBE ofrecer la seguridad de que sus datos van a ser preservados tal y como dicta la legislación sobre protección de datos de carácter personal, así como también DEBE intentar que su huella en medio ambiente sea la menor posible a lo largo de su investigación y así se ha hecho.

El Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en relación con la práctica científica define cuatro ámbitos de actuación en el marco de la bioética y de la bioseguridad, pero al ámbito de esta investigación solo afecta uno:

1.- Investigación con la participación de seres humanos, muestras humanas y/o datos procedentes de población humana que requieren protección.

Para velar por el proceso ético de esta investigación se ha escogido a la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante (COTSA) por considerar importante la participación de los Colegios Oficiales en los proyectos

de investigación de su propio ámbito profesional y territorial. Además, en esta investigación en concreto se consideraba importante por dos aspectos: el primero por el deber de salvaguardar los derechos de los profesionales que han participado dentro de su ámbito territorial y segundo para valorar el rigor metodológico con el que se han llevado a cabo las consideraciones éticas.

Como ya hemos explicado en la fase de metodología del proceso cualitativo se ha contado con la participación de los tres colegios oficiales de trabajo social de la Comunidad Valenciana, aunque el seguimiento se ha realizado desde Alicante.

#### Proceso Metodológico:

1.- Inicialmente se solicita colaboración al COTSA en el seguimiento del proceso ético en los dos aspectos expuestos anteriormente y se consigue una respuesta positiva.

2.- Se explica a los participantes que asisten a las tres reuniones convocadas por los Colegios de Trabajo Social de la Comunidad Valenciana que esta investigación no tiene efectos negativos sobre el medio ambiente, no tiene costes económicos ni para los colaboradores, ni para los colegios profesionales, ni tampoco han sido remunerados económicamente. La participación tanto de unos, como de otros es fruto del interés por la aportación científica al trabajo social.

3.- Se elabora un consentimiento informado para este proyecto incluyendo los aspectos requeridos para proveer la información necesaria a las personas que se incluyan en el estudio y el investigador principal ha garantizado la confidencialidad de los datos personales de los mismos. La explicación que se proporciona sobre ello consta en las grabaciones de las sesiones iniciales, sin comprometer la exposición en pantalla de nadie hasta la firma del consentimiento.

4.- El consentimiento informado fue firmado de manera analógica o digital por todos los participantes de los grupos focales y siempre antes de participar en las sesiones y después de haber recibido toda la documentación pertinente siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki. En él se hacía constar la explicación de la investigación, lo que se esperaba con su participación y compromiso y además se les pedía que señalaran el contexto institucional al que pertenecían. También informaban que contaban con una experiencia laboral superior a 5 años como profesionales del trabajo social.

5.- Las sesiones grabadas han sido almacenadas en el alojamiento de Google DRIVE y las transcripciones de estas en el programa Atlas.ti descargado



en el ordenador privado del investigador como único usuario y con identificación facial para el acceso.

6.- Terminados todos los grupos focales y comenzada la difusión de la encuesta se presenta al COTSA la siguiente documentación para su comprobación:

- Certificaciones de las reuniones de presentación por parte de los Colegios Oficiales.

- Modelo de carta remitida por parte de los Colegios Oficiales comprobando su idéntica redacción.

- Modelo de Consentimiento Informado.

- Consentimientos informados firmados digital y analógicamente de todos los participantes en la investigación anonimizando los datos personales para garantizar la confidencialidad.

7.- Con respecto a la parte cuantitativa, la encuesta también es almacenada en el alojamiento de Google DRIVE, con restricciones dentro del formulario para no compilar datos personales (como el correo electrónico, por ejemplo) de las profesionales que respondan al cuestionario.

8.- En el tratamiento de los datos y transcripciones de la parte cualitativa no se reflejan los datos personales de los participantes ni siquiera de manera anonimizada, ya que la identificación se realiza como ya hemos explicado, mediante la abreviatura de la provincia, la dimensión y el contexto institucional.

9.- Finalmente, se expide una certificación por parte del COTSA en el que se hace constar que el proyecto de investigación, cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación como investigación con garantías éticas (Anexo IV).

### **8.- Huella medioambiental.**

Para determinar la huella ecológica existen diferentes calculadoras que a nivel individual o institucional se pueden utilizar, no obstante, el objetivo de este punto no es tanto dar un dato cuantitativo, sino concienciar sobre el hecho de que los materiales que usamos para nuestras investigaciones contaminan. Muchas personas piensan que el hecho de utilizar métodos como los grupos de personas o encuestas online no afectan al medio ambiente y esta creencia debe ser reflexionada.

Al ser una investigación mixta, este punto se estudiará de forma separada ya que la huella medioambiental ha sido distinta en la parte cualitativa, que en la

cuantitativa o lo que es lo mismo en su formato presencial y virtual, simplemente como toma de conciencia:

**Tabla 16**

*Elementos contaminantes en el proceso de esta investigación*

	PRESENCIAL	VIRTUAL
ENERGÍA	La energía utilizada en la sala grupal de las sesiones.	La energía utilizada en cada una de las salas en las que se encontraban los participantes a nivel individual.
CARBURANTE	El carburante o la energía del investigador y de los participantes que utilizaron medios de transporte para desplazarse a las sesiones.	No existe consumo.
ALMACENAMIENTO DIGITAL	Almacenamiento digital.	Uso del espacio virtual y almacenamiento (sesiones, vídeos y encuesta). Uso de plataformas digitales.

En realidad, podemos pensar que en las sesiones presenciales existen algunos gastos compartidos que nos pueden hacer creer que existe una menor huella ecológica en esta modalidad, o al contrario que en las virtuales al no hacer uso de carburantes, la huella sería menor utilizando este método sin tener en cuenta la energía que se precisa para mantener el almacenamiento de videos y documentos.

Lo cierto es que tanto el modo presencial como el digital tienen un impacto ecológico y pensar en estos términos tiene que ser una variable más a la hora de planificar nuestras investigaciones y de elegir un método u otro.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**TÍTULO III**  
**RESULTADOS**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### **TÍTULO III: RESULTADOS**

El investigador es el instrumento principal para la recolección de datos cualitativos afirma Hernández et al. (2014) y vinculando este hecho a la cibernética de segundo orden, podemos decir que el tratamiento de los resultados está condicionado por sus propias creencias, ideas, prejuicios, ... Desde el principio del planteamiento del estudio las decisiones están mediatizadas por su experiencia y saberes.

Una vez sistematizados todos los resultados, comenzaremos su exposición siguiendo el mismo orden en el que se han presentado en la metodología:

1.-Resultados sociodemográficos.

2.- Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (Objetivo General 1).

3.- Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (Objetivo General 2).

4.- Resultados sobre las variables metodológicas detectadas (Objetivo General 3).

5.- Contraste de la hipótesis.

Como ya se explicó en el apartado de metodología la codificación de las transcripciones de los grupos focales se lleva a cabo de una manera deductiva partiendo de la bibliografía e identificando esos valores en las narraciones de los grupos focales, por lo que en el momento de exponer los resultados se hará alusión a los códigos que se han utilizado.

Para la mejor comprensión de los resultados se utilizarán tablas y figuras que no contendrán notas informativas agregadas sobre la fuente de estas por ser todas de elaboración propia.

Con relación al análisis de los datos cualitativos se llevará a cabo desde las transcripciones de las 12 reuniones con los grupos focales y denominaremos las variables del mismo modo en el que lo hace el software Atlas.ti y así tener siempre la misma referencia. Esta denominación será la de familias, códigos, citas y memos y a la hora de presentar los resultados estos llevarán la siguiente identificación y por este orden:

**Tabla 17***Leyenda citas textuales de las transcripciones de los grupos focales*

Dimensión	Ética (Et) Relación de ayuda (Ra) Espacio (Es) Competencias (com)
Provincia	Alicante (Alc) Castellón (Cs) Valencia (Vlc)
Contexto Institucional	Servicios sociales (Ss.Ss.) Sanidad (Snd) Educación (Edu)
Ubicación en el video	[Hora:minuto:segundo]

Tal y como ya hemos adelantado en el Título anterior, para la codificación se han manejado un total de 57 códigos que contienen 681 citas de las cuales se irán enunciando a lo largo de este Título III aquellas que sean más representativas para ilustrar los resultados de los objetivos.

**Figura 16**

*Resumen de citas que contiene la Unidad Hermenéutica de Atlas.ti creada para el análisis de la investigación*

**Todas las citas actuales (681). Cita-filtro: Todos (Versión extendida)**

–

UH: Visita a Domicilio  
File: [C:\Users\emili\Desktop\Visita a Domicilio.hpr7]  
Edited by: Emiliano  
Date/Time: 2022-12-06 18:11:46

El conjunto de los códigos, citas y memos forman las familias en las que se muestra el nombre y el tamaño, es decir, el número de códigos que tiene asociada cada una de ellas. Como se puede observar en la figura extraída de Atlas.ti el total de estos códigos supera los 57 mencionados anteriormente, debido a que algunos códigos forman parte de diferentes familias:

## Figura 17

### *Familias de códigos utilizados en la investigación*

Nombre	Tamaño
☒ Concepto: Ética	7
☒ Variables Emergentes	6
☒ Metodología Ética	5
☒ Concepto Relación de Ayuda	12
☒ Concepto Espacio	10
☒ Concepto Competencias	7
☒ Metodología Relación de Ayuda	8
☒ Metodología Espacio	6
☒ Metodología Competencias	9
☒ Analisis actual de las Visitas	8

Para decidir qué citas representan de mejor manera los resultados nos serviremos del principio de saturación. Esto quiere decir que en el momento en el que se observe que los datos de las citas repiten información, no se añadirán al análisis y no se expondrán. Poder contar con más de una cita sobre los mismos resultados nos será útil para elegir aquella que mejor ilustre lo que queremos expresar, intentando no duplicar y actuando desde el rigor y la transparencia que se espera de cualquier investigación.

Para la exposición de los datos cuantitativos nos valdremos del programa SPSS tanto para calcular las fórmulas, como para representar las tablas y gráficos, de la mayoría de los datos.

La encuesta ha sido respondida inicialmente por 1.322 profesionales y se ha tenido en cuenta para el análisis de los datos las 1.259 encuestas que cumplían con el criterio de ejercer la profesión de trabajo social en España dentro de los ámbitos públicos de servicios sociales, sanidad o educación.

Los resultados de la encuesta nos devuelven unas variables numéricas y otras categóricas, estas últimas las podemos dividir en nominales y ordinales y en toda la encuesta solo hay una respuesta dicotómica, todas las demás son politómicas.

El cálculo de estos resultados se llevará a cabo utilizando la estadística descriptiva y a través de sus variables, que al ser en su mayoría nominales la información que se proporciona será la relacionada con la frecuencia y los porcentajes. También atenderemos a medidas de tendencia central en aquellas variables ordinales, como la desviación estándar cuando precisemos estudiar la



concentración que existe de promedio alrededor de la media entre los resultados (Blanco, 2012). Por último, para el contraste de hipótesis, al tratarse todas ellas de variables cualitativas las someteremos a la prueba Chi-cuadrado, analizando su valor y su *p valor*. En relación con los grados de libertad se expondrán en la tabla pero, por ser variables categóricas, no se realizará una explicación sobre los mismos por no aportar mayor información que el *p valor* y evitar ser redundantes en la explicación.

### 1.- Resultados sociodemográficos:

Tal y como se explicó en el apartado de metodología, el Bloque I de la encuesta corresponde a los datos sociodemográficos y estos son los resultados que se han obtenido:

#### 1.1. Sexo.

La encuesta ha sido contestada mayoritariamente por mujeres (91,5%) y en mucha menor proporción por hombres (7,9%), personas que no se identifican con ninguno de los dos sexos binarios y por personas que no quieren revelar su identidad sexual (0,6%).

**Tabla 18**

*Sexo de las personas participantes*

	N	%
Mujer	1152	91,50%
Hombre	100	7,90%
Prefiero no decirlo	6	0,50%
Otro	1	0,10%
	1259	100,00%

#### 1.2. Edad.

En los resultados se puede observar como el mayor porcentaje de respuestas se concentra en las profesionales que tienen una edad comprendida entre los 41 y los 50 años (29,6%). Los grupos anterior y posterior no difieren mucho en sus resultados siendo estos el grupo de 31 a 40 años (25,3%) y el de 51 a 60 años (27,9%). Los menos representados en la muestra serían los grupos de 20 a 30 con un 13,7% y el grupo de 61-70 años con 3,5%. La media de edad de las encuestadas es de 43,19 años con una desviación típica de 10,89, lo que nos informa que la mayoría de las encuestadas se encuentran en las edades por

encima y por debajo de esa cantidad partiendo de la media como se puede observar en la figura 18.

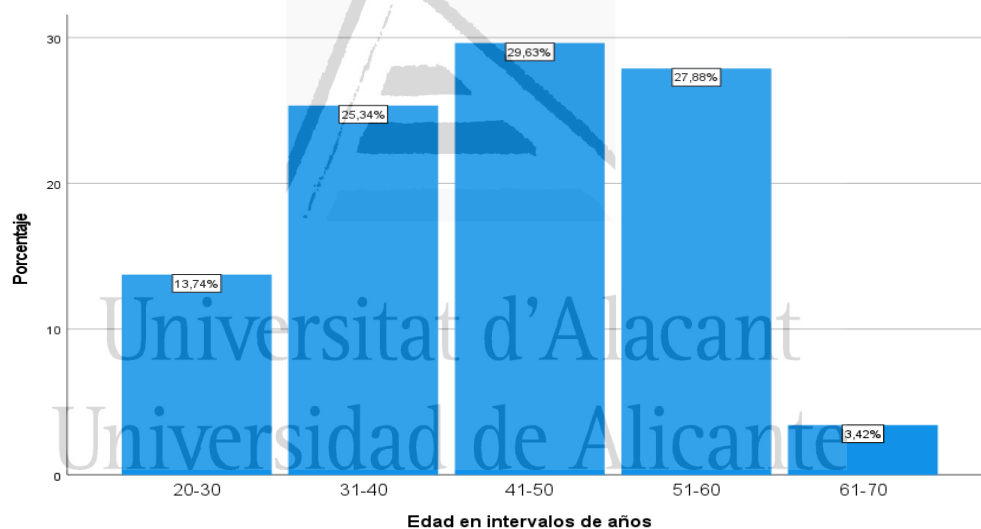
**Tabla 19**

*Edad de las personas participantes expresada en intervalos de años*

	<b>N</b>	<b>%</b>
20 - 30	173	13,7%
31 - 40	319	25,3%
41 - 50	373	29,6%
51 - 60	351	27,9%
61 - 70	43	3,5%
	1259	100,0%

**Figura 18**

*Observación de las medidas centrales de la edad de las participantes*



### **1.3. Formación académica.**

La formación que acumula más de la mitad de las participantes es la Diplomatura en Trabajo Social representada por el 52,7%, le sigue el Grado en Trabajo Social con un 23,8%, cuentan con un Máster el 14,1% y tan solo siguen ejerciendo con el título de asistente social un 1% de las encuestadas.

Respecto al Doctorado de las 1.259 personas encuestadas solo 8 de ellas (0,6%) cuentan con él, mientras que 98 han titulado en alguna licenciatura (7,8%).

**Tabla 20***Formación académica de las personas encuestadas*

	Frecuencia	Porcentaje
Doctorado	8	0,6%
Máster	177	14,1%
Grado en Trabajo Social	300	23,8%
Licenciatura	98	7,8%
Diploma en Trabajo Social	664	52,7%
Título de Escuela Universitaria: Asistente Social	12	1,0%
Total	1259	100,0%

**1.4. Experiencia profesional como trabajador/a social.**

La distribución de las respuestas sitúa al grupo que ha ejercido 5 años o menos con un 24,1%, al grupo con un ejercicio de 6 a 10 años con 10,8% de respuestas, a las profesionales que han ejercido entre 11 y 15 años con 17,1%, a las que han ejercido entre 16 y 20 años con un porcentaje del 14,9%, las que llevan en ejercicio entre 21 y 25 años y 26 y 30 respectivamente representan un 11,2% de las encuestadas de cada uno de estos grupos y por último las que llevan ejerciendo más de 31 años están representadas con un porcentaje del 10,8%.

La media de ejercicio profesional de las encuestadas es de 15,76 años y la moda se sitúa en 3. La desviación estándar indica que la mayoría de los valores de visitas se encuentran a menos de 10,12 visitas por encima o por debajo de la media.

**Tabla 21***Años de ejercicio profesional como Trabajador/a social*

	N	%	
1-5	303	24,1%	Años de ejercicio profesional
6-10	136	10,8%	
11-15	215	17,1%	
16-20	187	14,9%	
21-25	141	11,2%	
26-30	141	11,2%	
Más de 31	136	10,8%	
	1259	100,00	

N	Válido	1259
	Perdidos	0
Media		15,7
Moda		3
Desv. Desviación		10,12

### 1.5. Comunidad Autónoma.

La participación en la encuesta se representa en datos absolutos, no en porcentajes de participación poblacional y podemos observar la siguiente distribución.

La Comunidad Valenciana es la Comunidad que más participación ha tenido ya que representa casi a un tercio de la muestra total (31,7%), continúan las comunidades de Andalucía (12,8%), Madrid (11%) y Cataluña (8,1%) que aglutina otro tercio de la muestra y el último tercio lo componen el resto de las comunidades autónomas que han participado acumulando entre todas el 36,6% de las encuestas y atienden a la distribución que se refleja en la tabla.

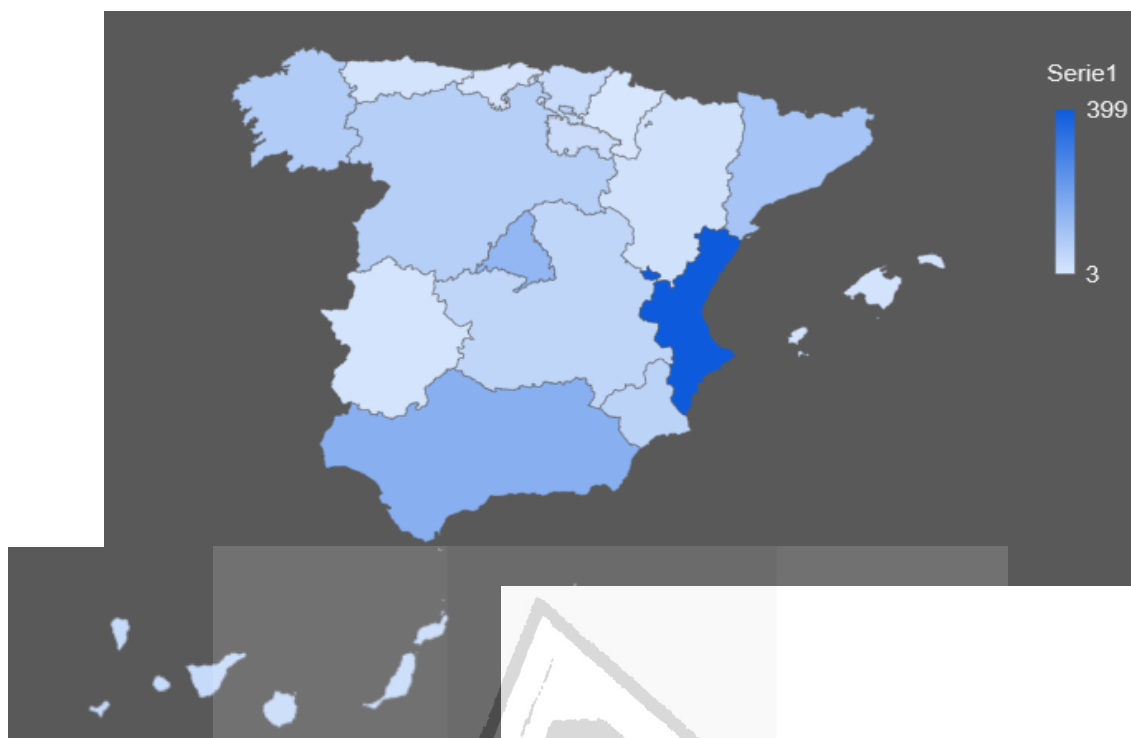
**Tabla 22**

*Distribución territorial de la participación en la encuesta*

	N	%
Comunidad Valenciana	399	31,7%
Andalucía	161	12,8%
Comunidad de Madrid	138	11,0%
Cataluña	102	8,1%
Galicia	80	6,4%
Castilla y León	71	5,6%
Región de Murcia	59	4,7%
Castilla-La Mancha	52	4,1%
Canarias	40	3,2%
País Vasco	36	2,9%
La Rioja	33	2,6%
Aragón	20	1,6%
Asturias	15	1,2%
Islas Baleares	14	1,1%
Extremadura	12	1,0%
Cantabria	11	0,9%
Navarra	7	0,6%
Ceuta	6	0,5%
Melilla	3	0,2%
	1259	100%

**Figura 19**

*Mapa con la distribución territorial de la participación en la encuesta*



### **1.6. Diversidad Funcional.**

En la variable de diversidad funcional podemos observar cómo un 3,72% de los trabajadores sociales encuestados ejercen la profesión con una discapacidad auditiva, física, visual o con varias de ellas a la vez. Es mayoritario el ejercicio sin discapacidad y se refleja con un 96,28%.

**Tabla 23**

*Profesional del trabajo social con diversidad funcional y en ejercicio*

	<b>N</b>	<b>%</b>
No	1210	96,28
Sí, auditiva	3	0,23
Sí, física	37	2,80
Sí, visual	7	0,53
Sí, física, Sí, auditiva	1	0,08
Sí, auditiva, física y visual	1	0,08
	1259	100,00

### 1.7. Profesionales con cargo de responsabilidad.

De las personas encuestadas el 21% ocupan puestos de coordinación, dirección o gestión frente al 79% de los profesionales que han respondido y no lo ejercen. De este 21% de profesionales con cargos de responsabilidad las mujeres ocupan proporcionalmente un 20,2% (233 mujeres), frente a los hombres con un 29% (29 hombres). De los encuestados que prefieren no decir su sexo, 2 profesionales ocupan también puestos de responsabilidad.

**Tabla 24**

*Datos de puestos de responsabilidad cruzados con el sexo del profesional*

		Otro		Prefiero no decirlo		Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dirección, coordinación o gestión	Sí	0	0,0%	2	33,3%	233	20,2%	29	29,0%	264	21,0%
	No	1	100,0%	4	66,7%	919	79,8%	71	71,0%	995	79,0%
Total		1	100,0%	6	100,0%	1152	100,0%	100	100,0%	1259	100,0%

### 1.8. Contexto Institucional.

Esta investigación se basa en los datos estudiados sobre los contextos institucionales de servicios sociales, sanidad y educación, por lo que en la encuesta se introdujo una pregunta excluyente para quién no ejerciera desde estos contextos. De ahí que en el inicio se comente el dato de 1.322 personas han respondido, pero que a la hora de analizar los resultados se tuviera en cuenta las 1.259 encuestas que cumplen con los requisitos de la muestra teórica.

El porcentaje de participación ha sido del 69% por parte de servicios sociales, del 26% por parte de sanidad y del 5% por parte de Educación.

**Tabla 25**

*Participación en la encuesta según el contexto institucional*

	N	%
Servicios sociales	865	69%
Sanidad	331	26%
Educación	63	5%
	1259	100%

### 1.9. Modo de acceso y marca temporal a la encuesta.

Entre el grupo de *amigos o colegas* y el acceso por internet acumulan el 66,40% de las respuestas. A través del colegio profesional y del Consejo General accedieron 14,54%, a través de la institución en la que desempeña su labor profesional el 3,57% y a través de las universidades un 0,95%. Nadie accedió a la encuesta a través de la Federación de Municipios y Provincias y un 14,54% accedió de otra manera.

**Tabla 26**

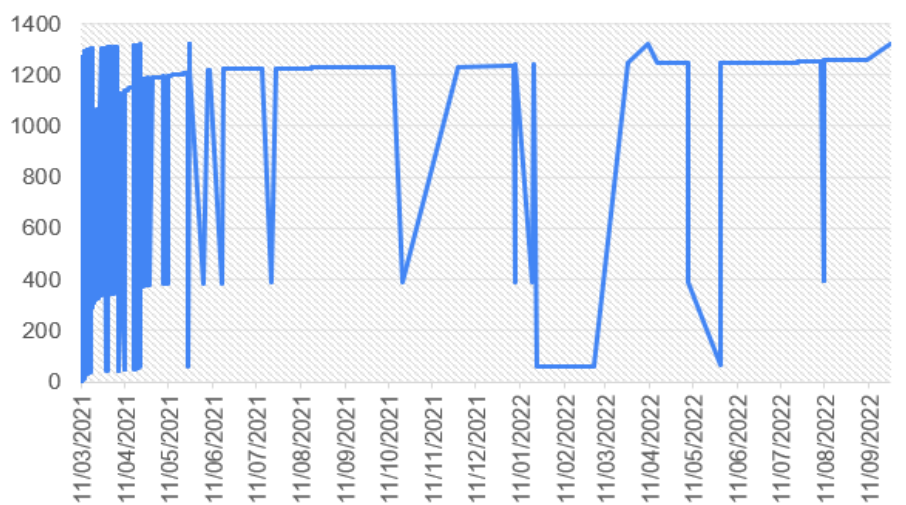
*Modo de acceso a la encuesta por parte de los participantes en la muestra*

	<b>N</b>	<b>%</b>
Por amigos o colegas	443	35,18
La encontré en internet	393	31,22
Otra manera de acceder...	183	14,54
A través de mi colegio oficial o asociación profesional	125	9,93
Consejo General de Trabajo Social	58	4,61
email recibido en mi Institución	45	3,57
A través de mi universidad de referencia	12	0,95
Federación de Municipios y Provincias	0	0
	1259	100

En cuanto al momento en el que se accedió a la encuesta, los datos que nos proporciona la marca temporal del registro de encuestas son los siguientes: el primer acceso fue el 11 de marzo de 2021 y el último el 25 de septiembre de 2022. El 13 de marzo de 2021 se había contestado al 50% del total de las encuestas válidas y el 19 de marzo de 2021 se había llegado al 75% del total. El 19 de abril de 2021 habían contestado a la encuesta 1.202 personas que representaban el 90,15% de las respuestas totales. El otro 9,85% se registró desde el 20 de abril de 2021, hasta el 25 de septiembre de 2022.

**Figura 20**

*Marca temporal de acceso a la encuesta de todos los participantes*



## **2.- Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1):**

Para dar respuesta a este objetivo sobre el análisis de las visitas a domicilio que se están llevando a cabo en España desde los contextos institucionales públicos de servicios sociales, sanidad y educación, utilizaremos datos tanto cualitativos como cuantitativos.

Los resultados que a continuación se exponen se basan en los siguientes 8 códigos utilizados en el Atlas.ti vinculados a este objetivo y todos pertenecientes a la familia de *Análisis de la situación actual de la visita*. El orden de exposición viene establecido por el número de citas relacionadas de manera decreciente (de mayor a menor), por lo que comenzaremos con las *Diferencias despacho/visita* y terminaremos con el código de *Número de visitas*.

**Figura 21**

*Listado de códigos extraídos de Atlas.ti vinculados al OG1*

- Autonomía {26-3}
- Diferencias despacho/visita {158-0}
- Informes Sociales {38-0}
- Medios de Transporte {6-0}
- Número de visitas {9-0}
- Principios de la Profesión {13-2}~
- Propósito profesional {95-1}~
- Protocolos {9-1}~



Posteriormente seguiremos analizando este objetivo exponiendo los resultados aportados por la encuesta.

### **2.1. Diferencias entre la intervención realizada en el despacho y en el domicilio.**

Las siguientes citas son el reflejo de las diferencias que se han encontrado por parte de las profesionales en la intervención social cuando se realiza desde el espacio institucional (despacho, oficina, ...) o desde el espacio de la visita a domicilio:

Lo que más destacan las profesionales es que la visita en el domicilio nos ofrece una posición excepcional de observación física, psíquica, emocional y relacional de la persona usuaria o familia y de su contexto más cercano, que desde el despacho no es posible tener.

De manera más concreta exponen que el espacio de la visita nos posibilita frente al despacho observar detalles que suponen un elemento de conocimiento que solo se puede apreciar *in situ*, se amplía información de una manera más natural, que esto permite contextualizar, contrastar o verificar mucha de la información de la que se dispone. Se considera imprescindible para realizar un diagnóstico completo de una situación dada, ofreciendo la posibilidad de hacer partícipe a la familia en esta valoración por la posición de cercanía en la que sitúa al profesional.

*Yo creo que la visita a domicilio da muchos detalles, muy especiales, que en el despacho no puedes captar. [Et\_Alc\_Snd:11:05]*

*... es un planteamiento profesional, ¿vale?, porque son elementos de conocimiento que solo los podemos tener si vamos in situ y conocemos a la familia en su medio natural. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:17:56]*

*Hay un doble filo ahí, en el ámbito en el que yo trabajo que es el de menores, que es, es un poco especial para mí, pero bueno, cierto es que la visita a domicilio aporta un montón de datos que el despacho no, no te da. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:11:40]*

*Yo creo que permite contextualizar muchas de las cosas que fuera del domicilio, en el contexto de despacho se hablan. Ayuda mucho a contextualizar, también a desmontar o también a verificar. [Et\_Alc\_Edu:11:58]*

*Yo si tengo que valorar el diagnóstico social de una familia, pues para mí la visita forma parte imprescindible de esa valoración, porque es que si no, puedo intuir, puedo pensar, puedo no sé, valorar así a priori, pero no tengo elementos de comprobación, los elementos de comprobación los encuentro en la casa, en el domicilio. [Et\_Vlc\_Snd:10:24]*

*Nos acerca, nos da mucha más información, nos da cercanía, nos da proximidad, nos hace ser coparticipativos de la situación o del problema que haya, ... [Et\_Vlc\_Edu:16:14]*

*... te da más información que a lo mejor no ibas a preguntar, y de ahí conoces otras historias, ... [Et\_Vlc\_Snd:16:27]*

*Fui a una visita la semana pasada y parecía que esta mujer estaba en riesgo, lo comunicamos porque los familiares están fuera, es mayor con enfermedad mental, ..., pues yo fui a la visita y me quedé más tranquila, digo bueno, la mujer en su casa se maneja, que vive ahí toda su vida, y va a comprar ahí, a los sitios del barrio, no la saques de ese contexto. [Et\_Vlc\_Snd.47:25]*

*Sin embargo, yo siempre he considerado, que (la intervención), el estudio de un caso sin una visita domiciliaria, en la mayoría de los casos, por lo menos de los míos en educación, si no llegas realmente a conocer el contexto donde vive, donde se mueve el niño, ..., no está completo, [...] yo he hecho muchísimas visitas a domicilio, y eso me ha enriquecido la información hasta para tener una comprensión diferente del usuario, y creo que eso ha sido una parte muy importante de mi profesión. [Et\_Vlc\_Edu. 67:18]*

*... las peores situaciones las he vivido en mi despacho, yo he recibido amenazas de todo tipo: insultos, agresiones, etcétera, etcétera, ... y estaba en mi espacio que es lo más gracioso del mundo, no he tenido que ir a casa de nadie, resulta que no tengo ningún mal recuerdo de ninguna casa ... [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:60:02]*

A lo largo del análisis de los discursos de los grupos focales han surgido otras diferencias entre la intervención que se lleva a cabo desde la oficina y la visita domiciliaria que presentan tanta relevancia que se les ha creado códigos propios y sus resultados también se expondrán a lo largo de este Título III. Ahora de manera esquemática los podemos encontrar en la siguiente tabla en el apartado de diferencias concretas.

**Tabla 27***Diferencias observadas entre las intervenciones en el despacho y en la visita domiciliaria*

2. Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1)

2.1. Diferencias entre la intervención realizada en el despacho y en el domicilio

GENERALES	ESPECÍFICAS	CONCRETAS
Posición excepcional de observación física, psíquica, emocional y relacional de la persona usuaria o familia y de su contexto más cercano, que desde el despacho no es posible tener.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar detalles que suponen un elemento de conocimiento que solo se puede apreciar in situ.</li> <li>- Se amplía información de una manera más natural.</li> <li>- permite contextualizar, contrastar o verificar mucha de la información de la que se dispone.</li> <li>- imprescindible para realizar un diagnóstico completo de una situación dada.</li> <li>- Posibilidad de hacer partícipe a la familia en esta valoración por la posición de cercanía en la que sitúa al profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agendar la visita.</li> <li>- Medios de transporte.</li> <li>- Obstáculos en el trayecto.</li> <li>- Entorno comunitario.</li> <li>- Acceso a la vivienda.</li> <li>- Recibimiento.</li> <li>- Actuaciones dentro de la vivienda.</li> <li>- Obstáculos dentro de la vivienda.</li> <li>- Observación del espacio.</li> <li>- Condiciones de la vivienda.</li> <li>- Objetos.</li> <li>- Emociones y sentimientos.</li> <li>- Relación de ayuda.</li> </ul>

**2.2. Propósito Profesional.**

Este código recoge los datos que aportan los profesionales sobre los diferentes motivos por los que se desplazan hasta los domicilios:

**Realizar informes** por motivos tan diferentes como informar al departamento de estadística para empadronamiento, ante cortes de luz o agua, gestiones de extranjería o como aparece en el siguiente informe sobre las familias que ocupan viviendas:

*También está aumentando el número de visitas a ocupas, cada vez hay más: familias solas, familias con bebés, da igual, con todo tipo de personas. Chalés ocupados, casas de campo que son de los bancos y están ocupadas, y edificios enteros ocupados. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:27:25]*

*si vas a hacer una visita, por ejemplo, un informe sobre la vivienda para extranjería para renovación del permiso o reagrupación; vas a eso, haces eso y te vas, tareas más administrativas. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:50:00]*

*... para saber temas de empadronamiento y todo eso yo he ido acompañado, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:53:52]*

Realizar **observación para control**, normalmente vinculado al seguimiento de ayudas o prestaciones o al seguimiento de posibles situaciones de riesgo:

*Tengo que ver la nevera para ver si tienes para darle de comer a tus hijos, si tienes fruta o si tiene pescado, tienes, lo tienes que ver, lo haces de tal forma que, (...) de otra forma, ¿no? ¿Qué tienes hoy para comer? [Et\_Alc\_Snd:20:31]*

*Yo estoy en servicios sociales, básicamente el objeto que tengo de las visitas, es controlar, controlar así lo digo de claro, ¿vale?, que la casa esté en condiciones higiénico-sanitarias, etc, etc, (...) y que todo cuadre con lo que, con la demanda, con el planteamiento que se me ha hecho en el despacho, que cuadre ¿vale?, y que cuadre, quiere decir, pues que no hay niños en un horario escolar, que no hay parejas que han aparecido milagrosamente el día de la visita, porque yo nunca aviso, eso es una cosa que voy a dejar claro, yo nunca aviso cuando voy a hacer las visitas; porque cuando avisas te preparan el escenario. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:22:07]*

*En el tema de ayudas te produce un feedback de información brutal, de repente lo sabes todo, no te hace falta que te contesten a nada. Quiero decir, la visita es más complicada, para nosotros es más desagradable, pero te proporciona muchísima información. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:15:13]*

### **Notificaciones de posible riesgo o absentismo escolar:**

A diferencia del punto anterior, aquí refieren las profesionales que realizan visitas tras una notificación de posible riesgo o de absentismo sin tener conocimiento previo de la situación, conociendo o no a la familia, pero lo que activa la visita es la comunicación.

Esta activación la pueden realizar diferentes estamentos: la policía, comunidades de propietarios (vecinos), centros escolares, sanidad, ... Y normalmente trasladan situaciones de riesgo sobre personas mayores, menores, personas con discapacidad, violencia intrafamiliar, ...

*Si lo que tenemos entre manos es localizar a una familia con algún menor normalmente lo que nos moviliza a hacer ese tipo de cosas es que lo que tengamos sea una notificación, o bien de policía, o bien de la comunidad de propietarios o bien de un Colegio de que hay alguien en riesgo. [Et\_Alc\_Edu:24:12]*

*... lo de dirigir dentro del control y tal, pero es una situación que te toca, ... tenemos menores, cómo podemos tener personas con discapacidad, personas mayores y dices yo soy de las del respeto, pero aquí, es que a ver dónde pongo el límite y aquí sí que entras en conflicto. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:21:33]*

*Si son cosas de control, de absentismo, pues sí, seguramente pregunto, pero depende si es algún tipo de información que yo quiero saber de la familia que realmente no sabemos, o algo que se ha detectado en la escuela, no quiero asustar, ... [Et\_Vlc\_Edu:55:05]*

### **Valoración, gestión o seguimiento en situaciones de dependencia:**

Sobre este aspecto se aprecia en los relatos la necesidad de hacer este tipo de visitas en el domicilio para valorar la autonomía o dependencia que presenta una persona y los recursos que puede precisar visualizando su casa. Esto les permite entender el desarrollo del día a día de la persona a valorar, los obstáculos en la vivienda, ... Es en estas visitas de valoración, según los profesionales, donde más tiempo precisan ya que hay que administrar cuestionarios e incluso en ocasiones realizar el propio informe en el domicilio. Las visitas de seguimiento apuntan que revisten cierta complejidad ya que deben valorar incluso la idoneidad de determinados recursos con los que ya cuenta la persona, como pueden ser los propios cuidadores.

*... yo he planteado cosas más a nivel técnico, a nivel práctico de esto, esto y esto, era con respecto a dependencia, y en cambio mi compañero que está en sanidad ha hablado de alimentación, le ha hablado de la ubicación de las cosas, de las ayudas técnicas, de cómo poder usarlas o no usarlas. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:21:25]*

*En dependencia, por ejemplo, es difícil, porque tienes que hacer las valoraciones en el domicilio. Y ahora, la última instrucción es que hagas también el informe social y las valoraciones. Eso implica una hora o más en el domicilio. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:46:37]*

*... hay cuidadores externos que casi viven allí, y entonces en la vivienda tienen sus bicicletas y sus cosas, y yo me planteo ¿cómo lo vivirá la persona que está viviendo allí?, pero no se lo preguntas. Sí está el cuidador delante, le pregunto más en este caso al cuidador de ¿cómo es que tiene tanta cosa ahí? [Es\_Cs\_Snd:31:37]*

**Recabar información** para diferentes ámbitos como el **judicial**, el **sanitario**, el **educativo** o el de los **Servicios sociales** y por motivos diferentes, desde situaciones de separación y/o divorcio ante la custodia de los hijos e hijas, incapacitaciones o como se expone en el ejemplo, ante medidas judiciales de menores o de adultos:

*Sobre todo, la época que llevaba medidas judiciales le preguntaba a los chavales qué responsabilidades tenían en casa; y te decían, "ordenar la habitación", entonces eso te daba mucha información de la organización familiar, ...*  
[Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:36:47]

### **Seguimiento con pacientes con sufrimiento psíquico:**

*... para salud mental sí, dependiendo si viven solos, sí que el tema de la cocina y lo que os he dicho, para ver cómo se organiza en las rutinas diarias, rutinas de alimentación, sueño, ..., todo, baño, ..., porque ahí es que te fijas mucho ...*  
[Es\_Vlc\_Snd:62:28]

### **Contrastar una hipótesis de trabajo:**

La información con la que en ocasiones se cuenta en el despacho puede estar ampliada por suposiciones que los propios trabajadores sociales hacen de informaciones no contrastadas, para lo que precisan una visita a domicilio y clarificar la situación de primera mano.

*Cuando haces la visita domiciliaria, acompañas, tienes una relación terapéutica y tal; sí, como que flexibilizas ¿de acuerdo? y después vuelves al despacho, y lo que has visto en la visita, dices, "a ver esto ¿cómo lo he estado viendo allí?" y luego te vas al despacho, y..., "no, no, por aquí no".*  
[Et\_Vlc\_Ss.Ss.:43:01]

*... si yo sospecho que hay algo y que está en riesgo la persona y ya la visita me confirma (...) entonces se afirmaría la hipótesis (...) yo lo pondría, así en general, desde salud mental porque tenemos diagnóstico de enfermedad mental, en conocimiento de los juzgados.* [Et\_Vlc\_Snd:60:15:44]

Cuando es **la única manera de contactar** con la persona usuaria o con la familia porque no acude a las citas programadas, no acude a las convocatorias notificadas, no atienden el teléfono, ...

*... vas a una visita porque no viene, porque hay sintomatología, porque te han avisado, porque hay una posible desprotección, que ha abandonado la medicación ... [Et\_Vlc\_Snd:57:47]*

*... de los que nunca han estado y tenemos que buscar porque sabemos que están, esa primera, ese primer contacto se produce en el domicilio porque las citaciones y los medios coercitivos no sirven y ahí hay que ir donde están ... [Ra\_Vlc\_Edu:42:26]*

*Normalmente, lo que pasa es que por lo menos en nuestro contexto, muchas veces la visita es la última alternativa, porque ya no hay manera de localizar a la familia, entonces muchas veces es el último recurso para ver si la podemos avisar, porque el teléfono que tenemos en el cole no va, no hay manera ... [Et\_Alc\_Edu:1:07:41]*

Búsqueda de un **espacio más seguro** para la persona usuaria o una **mayor y mejor vinculación** que para determinadas situaciones en el despacho es más difícil poder realizar:

*... realmente puede llegar a darse una situación de este tipo, donde no haya habido un entendimiento en el despacho, donde haya habido algo que aclarar y en un contexto a lo mejor más cómodo para ellos, ¿eh? pues ha habido otra manera de comunicarse y ha habido otra manera de entenderse. [Et\_Vlc\_Edu:1:39:40]*  
*... creo que la visita a domicilio es un espacio muy válido (...), para crear vínculo para trabajar, o sea, que ambas cosas dependen del caso, depende de la situación. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:24:46]*

*... en muchos casos cuando el tema es de menores, familia y demás, no podemos ir con una actitud de "a ver qué es lo que pasa" porque en un primer contacto eso no lo vas a saber de ninguna manera, puedes observar determinada dinámica y demás pero el objetivo sería el poder afianzar esa esa relación que el primer contacto ese, sea positivo. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:12:16]*

*Utilizar la visita a domicilio, como ha dicho ella, para clarificar y que se sienta bien. Sí, por ejemplo, en el ámbito escolar que ha habido un conflicto en el cole y vas al domicilio y de alguna manera bajas la tensión y aclaras las cosas. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:21:40]*

**Cambio de responsable del programa, servicio o recurso:** se presenta con muy poca incidencia en los datos, tan solo una vez en todos los grupos a pesar de que todo el grupo lo consideró como una buena práctica, no es algo que se suele hacer, pero facilita la transición:

*Hacer una visita a domicilio con otra compañera, ella y yo, porque lo tenía que llevar ella por cambio de recurso, me puedo imaginar, y en ese momento presentarle a la compañera, a la persona y yo despedirme. [Ra\_Vlc\_Snd:71:07]*

Realizar una visita con motivo de **cierre de expediente** tampoco tuvo una relevancia significativa, pero todos coincidieron que era una buena práctica:

*... he hecho algún cierre en el domicilio, sobre todo cuando a lo mejor el inicio de la intervención ha venido por una denuncia de las condiciones de la vivienda y con la que a lo largo de la intervención y demás, sí que se ha mejorado la organización doméstica, las condiciones de habitabilidad, ... [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:1:18:06]*

*He hecho el cierre en el domicilio porque ya hicimos la apertura en el domicilio y es súper, súper importante y súper positivo; porque sí que les da esa respuesta y ese... "¡lo habéis hecho bien!" [Ra\_Alc\_Snd:60:09:13]*

*Somos muy desagradecidos porque vamos al domicilio cuando tenemos esa necesidad imperiosa de algo, pero no vamos al domicilio a decir "¡oye! ¡esto ha funcionado!" incluso a lo mejor, estando en el domicilio de al lado. [Ra\_Vlc\_Edu:1:12:09]*

Para la **toma de decisiones importantes** aparece como un dato relevante en cuanto a la necesidad, pero por el hecho de utilizarlo solo en esos casos de urgencia, no se muestra como un motivo cotidiano:

*... en muchos casos preferiría hacer visita, pero no puedo, al final voy a los más urgentes, a los que tengo que tomar una decisión. [Et\_Vlc\_Snd:69:12]*

Por último, ante la **imposibilidad de desplazarse la persona usuaria** al centro social, de salud o escolar los trabajadores sociales sí que se desplazan al domicilio, pero no es un hecho que se dé con mucha frecuencia dentro del trabajo



ordinario, las trabajadoras sociales de educación sí lo describen como una tarea más usual, pero englobado dentro del punto la única manera de contactar:

*... en situaciones en las que, además, la visita a domicilio tiene como motivo la imposibilidad de la persona, y a lo mejor si te llevas un modelo de solicitud para recoger una firma, para poder facilitar un trámite en el domicilio, una ayuda de emergencia, algo de ese tipo, ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:01:48]*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Tabla 28**

*Propósito profesional por el que la trabajadora social acude a realizar una visita domiciliaria*

2. Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1)

2.2. Propósito Profesional

Realizar Informes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Departamento de estadística.</li> <li>- Ante cortes de luz o agua.</li> <li>- Gestiones de extranjería.</li> <li>- Viviendas ocupadas.</li> <li>- Para el resto de propósitos que aparecen a continuación.</li> </ul>
Observación para el control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento de ayudas o prestaciones.</li> <li>- Seguimiento contextos de control.</li> </ul>
Notificaciones de posible riesgo o absentismo escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activadas por policía, educación, sanidad, comunidad de propietarios (vecinos), ...</li> <li>- Estas notificaciones pueden darse en el caso de personas mayores adultas, en menores, en personas con discapacidad, violencia intrafamiliar, ...</li> </ul>
Valoración, gestión o seguimiento en situaciones de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de la situación de autonomía o dependencia de una persona usuaria.</li> <li>- Valorar los recursos que puede precisar.</li> <li>- Determinar los obstáculos que existen en el domicilio.</li> <li>- Son visitas que requieren un espacio de tiempo prolongado.</li> <li>- Administrar cuestionarios.</li> <li>- Puede realizarse el informe social en la propia vivienda.</li> <li>- Seguimiento: valorar adecuación e idoneidad de los recursos implementados.</li> </ul>
Recabar información para diferentes ámbitos: judicial, sanitario, educativo o servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situaciones de separación y/o divorcio ante la custodia de los hijos e hijas.</li> <li>- Medidas judiciales de menores o de adultos (con discapacidad o sufrimiento psíquico o sin él).</li> <li>- Seguimiento de procedimientos judiciales abiertos en donde se solicita informe.</li> <li>- Seguimiento de casos escolares, sanitarios o sociales en donde por otra institución o la propia se solicita información.</li> </ul>
Contrastar hipótesis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar la información ampliada que se cuenta del caso sin estar contrastada.</li> </ul>
Única manera de contactar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona no acude a las citas programadas.</li> <li>- La persona no acude a las convocatorias notificadas.</li> <li>- No atiende el teléfono, ...</li> </ul>
Otros propósitos o motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de un espacio más seguro para la persona usuaria o una mayor y mejor vinculación.</li> <li>- Cambio de responsable del programa, servicio o recurso.</li> <li>- cerrar algún caso o expediente.</li> <li>- Toma de decisiones importantes.</li> <li>- Imposibilidad de trasladarse de la persona usuaria.</li> </ul>

Vistas las citas que nos proporciona el análisis cualitativo, se consideró oportuno introducir esta pregunta sobre los motivos que llevan a los profesionales del trabajo social a realizar visitas a domicilio en la encuesta.

Se eligió la opción de multirespuesta extraída del análisis de los datos de la tabla 28, por lo que, a pesar de haber sido contestada por los mismos 1.259 profesionales, pero el total de respuestas variará según el contexto institucional por la multirespuesta a la que hacíamos referencia.

Por otra parte, también se consideró oportuno dividir la pregunta por contextos y estos son los resultados:

La respuesta mayoritaria que ofrece la muestra con respecto a los servicios sociales es el *control o seguimiento de menores, víctimas, personas vulnerables y/o adultos mayores* con un 18,49% y a menos de un punto de diferencia aparece la visita para el *seguimiento en la aplicación de un recurso* con un 17,08%, por *contexto evaluativo* presenta un 14,71%, por *gestión y/o información de ayudas o prestaciones* un 9,19%, para *recoger información e informar a otros sistemas* un 8,43% de la muestra.

A partir de estos porcentajes, todas las demás respuestas acumulan menos de un 6% de las respuestas situándose la *intervención educativa para pautas familiares* con un 5,95%, *cómo único medio para contactar con la familia* con un 5,58%, para realizar funciones de *información de recursos* un 5,35% y recogida o entrega de documentación con un 4,98%. Con motivo de realizar una *intervención terapéutica* un 4,72%, *visitas de verificación de residencia o para informe de empadronamiento* un 3,08% y por *absentismo escolar* un 2,44%.

**Tabla 29**

*Los motivos por los que realizan visitas domiciliarias las trabajadoras sociales de servicios sociales*

	N	%
Control o seguimiento de menores, víctimas, personas vulnerables y/o adultos mayores	553	18,49
Seguimiento en la aplicación de un recurso (ayuda, servicio ayuda a domicilio, ...)	511	17,08
Visita desde un contexto evaluativo (dependencia, arraigo, extranjería, ...)	440	14,71
Gestión y/o información de ayudas o prestaciones	275	9,19
Recogida de información para informar a otros sistemas profesionales	252	8,43
Intervención educativa de pautas familiares	178	5,95
Como único medio de contactar con el/la usuario/a o familia	167	5,58
Información de recursos, orientación o asesoramiento	160	5,35
Recogida o entrega de documentación	149	4,98
Intervención terapéutica	141	4,72
Visitas relacionadas con verificación de residencia o para informe de empadronamiento	92	3,08
Absentismo escolar	73	2,44
Total (multirespuesta)	2991	100

En las respuestas de las trabajadoras sociales de sanidad nos encontramos como respuesta mayoritaria con un 16,48% las visitas por *control o seguimiento de menores, víctimas, personas vulnerables y/o adultos mayores*, la *intervención terapéutica* con un 11,61%, *recogida de información para otros sistemas profesionales* con un 10,63%, *información de recursos, orientación o asesoramiento* con un 10,06%, *gestión y/o información de ayudas o prestaciones* con un 9,99% con tan solo una centésima por encima de visita por *contexto evaluativo* con un 9,98%, *seguimiento en la aplicación de un recurso* 9,82%, como *único medio de contactar* con 9,17%. Desde estos motivos hasta el final del recuento disminuye sensiblemente y nos encontramos *recogida o entrega de documentación* con un 6,17%, *intervención educativa de pautas familiares* con un 4,14%, *visitas relacionadas con verificación de residencia* con un 1,38% y por *absentismo escolar* con un 0,57%.

**Tabla 30**

*Los motivos por los que realizan visitas domiciliarias las trabajadoras sociales de sanidad*

	N	%
Control o seguimiento de menores, víctimas, personas vulnerables y/o adultos mayores	203	16,48
Intervención terapéutica	143	11,61
Recogida de información para informar a otros sistemas profesionales	131	10,63
Información de recursos, orientación o asesoramiento	124	10,06
Gestión y/o información de ayudas o prestaciones	123	9,99
Visita desde un contexto evaluativo (dependencia, arraigo, extranjería, ...)	123	9,98
Seguimiento en la aplicación de un recurso (ayudas, servicio ayuda a domicilio,...)	121	9,82
Como único medio de contactar con el/la usuario/a o familia	113	9,17
Recogida o entrega de documentación	76	6,17
Intervención educativa de pautas familiares	51	4,14
Visitas relacionadas con verificación de residencia	17	1,38
Absentismo escolar	7	0,57
Total (multirespuesta)	1232	100

Desde el ámbito educativo de la muestra encontramos que el mayor motivo por el que se realizan visitas a domicilio es el *absentismo escolar* con un 20,90% seguido por *control o seguimiento de menores, víctimas, personas vulnerables* con un porcentaje del 15,90%, como *único medio de contactar con la persona usuaria* obtiene un porcentaje del 14,43%, la *recogida de información para informar a otros profesionales* representa un 12,94%, la *intervención educativa para de pautas familiares* acumula el 12,44% de las encuestas de la muestra, desde un *contexto evaluativo* un 6,47%, la *recogida o entrega de documentación* un 4,98%,

gestión y/o información de ayudas de comedor, libros, becas, ... con un 4,98% funciones terapéuticas con un 3,48% y 2,49% las visitas relacionadas con la verificación de la residencia, por último, las de información de recursos con un 1,49%.

**Tabla 31**

*Los motivos por los que realizan visitas domiciliarias las trabajadoras sociales de educación*

	N	%
Absentismo escolar	42	20,90
Control o seguimiento de menores, víctimas, personas vulnerables y/o adultos mayores	32	15,90
Como único medio de contactar con el/la usuario/a o familia	29	14,43
Recogida de información para informar a otros sistemas profesionales	26	12,94
Intervención educativa de pautas familiares	25	12,44
Visita desde un contexto evaluativo (dictamen escolar, dependencia, arraigo, extranjería, ...)	13	6,47
Recogida o entrega de documentación (expedientes disciplinarios, ayudas comedor, libros, ...)	10	4,98
Gestión y/o información de ayudas comedor, libros, becas, ...	9	4,48
Intervención terapéutica	7	3,48
Visitas relacionadas con verificación de residencia	5	2,49
Información de recursos (atención domiciliaria escolar, asociaciones, atención temprana, ...)	3	1,49
Total (multirespuesta)	201	100

### 2.3. Informes Sociales.

La intervención que se lleva a cabo a través de las visitas domiciliarias en muchas ocasiones queda reflejada en informes sociales como hemos señalado anteriormente y sobre este código nos interesan los datos que se expresan en ellos tras las visitas. Realmente los motivos forman parte de un resultado emergente no esperado, que recogemos, aunque no se tendrá en cuenta para la discusión de los resultados:

#### **Motivos:**

**Informes de seguimiento o para derivar a** determinados programas, servicios o instituciones (propios o externos):

*... valorar el diagnóstico social de cada familia y derivar hacia itinerarios de inserción sociolaboral, qué es lo que deben hacer, ¿vale?, pues entonces yo estoy haciendo las visitas domiciliarias como parte del seguimiento.*  
[Et\_Vlc\_Ss.:1:06:44]

Para valorar **ingresos en centros residenciales (menores, adultos mayores o personas con sufrimiento psíquico):**

*... el estar sola o el estar en su casa ¿no? a la hora, por ejemplo, de gente con dependencia o que ofreces ingreso en residencia o cosas así que suele ser lo más habitual es sanidad. [Es\_Alc\_Snd:44:45]*

*... nosotros a veces vamos a valorar un recurso, un recurso residencial o de vivienda y sobre todo para eso, y entonces claro, si para la persona es importante vivir ahí, quiere vivir ahí y mientras se pueda vivir ahí con ayuda domiciliaria, pues se va a tener mucho en cuenta. [Es\_Vlc\_Snd:50:00]*

Para valorar determinadas situaciones para otros departamentos como las oficinas de **extranjería, empadronamiento, vivienda, ...**:

*... el tema del mobiliario también te da mucha información del nivel económico que tienen y porque además si son pisos alquilados y se adaptan el mobiliario a su cultura te de la proyección de quedarse (...) otras visitas que son los mismos muebles que estaban, muebles muy antiguos, la casa, ..., y piensas, "esta es una vivienda puntual porque necesitan el informe, en un piso que está en condiciones y en el momento en el que tienen el informe abandonarían el piso ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:33:26]*

*... si es para un informe de vivienda, es para ver las condiciones y la habitabilidad de la vivienda. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:01:03]*

Para informar sobre situaciones de **posible riesgo o desprotección**:

*Sí que es verdad, algún caso donde sí que había una posible, que estaba para comunicar a nivel judicial, ¿vale? y pasaron por ahí y era un caso muy sangrante sí que preguntas, pero también son casos para información para tema de protección ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:52:50]*

*En el ámbito educativo te pueden pedir, en determinadas situaciones el ámbito educativo y yo en las visitas a domicilio he visto cosas que no le voy a decir al juez, no tienen que ver con lo que es la correcta escolarización o la correcta atención del menor, y yo no voy a entrar en ese otro tema. [Et\_Vlc\_Edu:60:20:50]*

Dentro de los motivos surge también el de **Informes para la gestión o valoración de ayudas o determinadas prestaciones** y así como las dificultades que se tiene para llevar a cabo estas visitas:

*...hacer visitas domiciliarias a varios puntos de la provincia para valorar la necesidad y la idoneidad de unas prestaciones, ... [Com\_Cs\_Snd:33:14]*

*En el tiempo material del día a día es difícilísimo. Hay muchas visitas que necesitas hacer, y no hacemos porque los tiempos no, no nos dan. Y me llevo a plantear, no tramito y no gestionó una prestación más, sin una visita a domicilio y me como mis propias palabras. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:41:14]*

Esta gestión del tiempo que implica el poder realizar menos visitas se estudiará con mayor profundidad pues también ha generado un código propio por la cantidad de veces que ha aparecido en las transcripciones.

El **Contenido** de los informes después de realizar una visita a domicilio están enfocados a desarrollar más cuestiones pragmáticas y objetivables que emocionales según las participantes, cuando realmente el que aparezcan estas cuestiones más vinculadas con los sentimientos podrían servir para explicar y hacer entender las mismas necesidades, es más cuando en los tres grupos se reflexionaba sobre ello, se compartía lo importantes de que en determinados informes queden reflejadas:

*... la casa con respecto del exterior, si está cercana a recursos, si está en el casco viejo, si está alejada, también si está integrado socialmente, (...) nos quedamos más en cuanto a cuestiones de seguridad, de higiene y de organización, ... [Es\_Alc\_Ss.Ss.:47:10]*

*... que no sea muy lejos de su entorno. Cuando yo hago el informe para la residencia tengo que justificarlo bien para que le den más puntos, porque si no le dan la primera residencia que haya. [Es\_Cs\_Snd:1:14:00]*

*los informes dependiendo para lo que se solicita, porque marcamos ahí todos los datos y después dices si van a pedir una silla de ruedas que les importa si quiere quedarse con la foto de no sé qué. [Es\_Alc\_Snd:49:32]*

*... cuando algún menor tiene que salir de casa también, estaba acordándome de una chica que quería llevarse alguna cosa, desde fotos hasta un almohadoncito, entonces es importante saber el apego que se tiene a los objetos de dentro de casa. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:49:55]*

*Yo sí que lo reflejo, porque en las estructuras de mis informes hay un apartado que es: aspectos perceptuales, motivacionales y cognitivos; entonces sí que pongo la percepción de la persona respecto a su propia situación y con respecto a su familia, y de la familia con respecto a cómo ven a ese niño, a sus capacidades, competencias, obstáculos, etc. [Es\_Cs\_Edu:1:12:57]*

Los informes que se requieren por parte de los **juzgados** fue un dato comentado por todos los grupos focales:

*... yo tengo muchos casos que están en procesos de incapacitación, a ver, nosotros tenemos un protocolo de desprotección de adultos, entonces si lo iniciamos nosotros, no le cuento vida y milagros, le cuento la información para que tome la medida cautelar o la que tenga que tomar el juez para protegerlos. [Et\_Vlc\_Snd:1:19:45]*

*Una toma la determinación de no dar más información que la estrictamente que pide el juez, el oficio ¿qué pide? sota, caballo y rey, pues sota, caballo rey. Y además, cuando te pide informe, ...nada por favor, devolución al juzgado. Especifíqueme, qué información requiere y entonces les obliga a que te digan, ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:57:40]*

*... los documentos judiciales cuanto más amplios y más información, para ellos mejor (...) Pues si es un contexto diferente al de control, hay información que yo, si no es necesario para el desarrollo de esa familia, desde luego, no la doy. [Et\_Vlc\_Edu:1:19:13]*

*Sí que vas un poco con pies de plomo, con la información muy justita y muy ceñirte a lo que pida la Fiscalía, pero nada más ¡eh, o sea que no doy más información que la estricta que pida. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:00:09]*

### **Tabla 32**

*Resultados del motivo y contenido de los informes sociales tras realizar visitas a domicilio*

2. Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1)	
2.3. Informes sociales que derivan de visitas a domicilio	
Motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de seguimiento o para derivar a determinados programas, servicios o instituciones (propios o externos).</li> <li>- Para valorar determinadas situaciones para otros departamentos como las oficinas de extranjería, empadronamiento, vivienda, ...</li> <li>- Para valorar ingresos en centros residenciales (menores, adultos mayores o personas con sufrimiento psíquico).</li> <li>- Para informar sobre situaciones de posible riesgo o desprotección.</li> <li>- Informes para la gestión o valoración de ayudas o determinadas prestaciones.</li> </ul>
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestiones pragmáticas y objetivables:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos cercanos al domicilio.</li> <li>- Cuestiones de seguridad, organización e higiene.</li> <li>- Ubicación geográfica de la casa.</li> <li>- Entorno familiar o social próximo.</li> </ul> </li> <li>- Poco desarrollo y expresión del ámbito emocional de las personas usuarias.</li> <li>- Se recoge el apego de la persona usuaria al lugar de residencia.</li> <li>- Existe una discrepancia en los resultados del contenido de los informes para los Juzgados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se remite con toda la información que existe en el expediente, incluida la del domicilio.</li> <li>- Se remite con la información estrictamente necesaria.</li> </ul> </li> </ul>



Como hemos podido comprobar existen dos datos de los resultados cualitativos que presentan una alta frecuencia por lo que se estimó adecuado introducir dos preguntas en la encuesta relacionadas con ellos. La primera pregunta pretendía averiguar si se reflejaba en los informes sociales el “apego” hacia el lugar de residencia y la segunda si cuando emitimos informes para el sistema judicial solemos expresar datos sobre la vivienda. Estos son los resultados:

El mayor porcentaje de las respuestas se concentra en la respuesta de *sí es importante esta variable en los informes* ya que 46,39% de la muestra así lo contesta y un 41,78% también lo refleja *si lo valora esencial para el caso*. Solo un 7,78% *no lo considera importante* y un 4,05% no lo tiene en cuenta porque *para sus informes no lo considera necesario*.

**Tabla 33**

*Resultados sobre la importancia que tiene en los informes sociales el apego al lugar de residencia*

	N	%
Sí, para mí es una variable importante	584	46,39
Sólo si lo valoro esencial por el caso	526	41,78
No	98	7,78
Para mis informes no lo considero necesario	51	4,05
	1259	100

El mayor número de respuestas se concentra en el 32,24% que corresponde a que a los juzgados se *envía todos los datos del expediente, y si hay de la vivienda también*, pero con tan solo 1 punto menos aproximadamente se presenta con un 30,90% que *depende del objeto del juicio*, un 13,74% contesta que *sí, porque considera que son datos que los jueces valoran positivamente* y el 8,74% *solo los remite cuando se solicitan expresamente*. El 14,38% de los encuestados *no remiten informes a los juzgados*.

**Tabla 34**

*Resultados sobre el reflejo que se hace en los informes sociales que remitimos al sistema judicial sobre datos de la vivienda*

	N	%
El informe se envía con todos los datos del expediente, y si hay de la vivienda, también	406	32,24
Depende del objeto del juicio	389	30,90
Nunca remito informes a los juzgados	181	14,38
Sí, porque considero que son datos que los jueces valoran positivamente	173	13,74
Sólo cuando se solicita expresamente	110	8,74
	1259	100

#### **2.4. Autonomía.**

Este código viene a mostrar la autonomía que tienen los trabajadores sociales a la hora de decidir si realizan una visita a domicilio o no. Existen determinadas actuaciones que vienen enmarcadas dentro de los procedimientos administrativos, pero otros sin embargo dependen más del profesional, de su institución o de la manera en la que se entienda el ejercicio de la profesión. También la Ley de protección de datos aparece en ocasiones como una dificultad ya que determinados documentos sensibles no pueden salir de la institución.

A continuación, exponemos algunas citas que lo ilustran:

*... supongo que ya el hecho de la visita domiciliaria nos sirve como técnica y como procedimiento para poder iniciar esa intervención, lo que pasa que tendremos que establecer unas bases, un contrato, un consenso con la familia para poder explicarle cuál es la situación... [Ra\_Cs\_Snd:3:36]*

*En un momento dado que van al centro social tienen por el camino, tienen cualquier historia, y además llegan un poco cruzados y no es posible mantener un diálogo razonable, ni nada de esto, yo en ocasiones sí que suelo utilizar "no te preocupes, mañana voy a tu casa, hablamos ahí tranquilamente que no nos va a molestar nadie". [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:21:05]*

*(Realizar visitas a domicilio) Yo me lo planteo como una cuestión de profesionalidad, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:10:17]*

*A mí se me ha cuestionado que hago, que he llegado a hacer demasiadas visitas, compañeros, ¿de acuerdo? porque además incluso alguna conjunta de renta, en casos más complicados, (...) y se nos ha cuestionado, es decir, "es que a lo mejor vais muy atareados porque hacéis visitas conjuntas". [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:10:48]*

... a lo mejor si están en un momento malo, lógicamente no intervengo, porque no es el momento adecuado y eso a veces también hay que respetar, hay que ver en qué momento se encuentra para valorar abordar la situación. [Et\_Alc\_Snd:56:34]

... normalmente las visitas las hago de observación, in situ y de control como he dicho, ¿vale? Entonces todo lo que tengo que hablar, todo lo que tengo que ..., quiero estar en mi espacio y quiero mantener esa relación, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:40:11]

A ver la Ley de Protección de Datos, te dice, pero también está la lógica, o sea una persona encamada ¿qué prima? ¿el que esta persona pueda disfrutar de un recurso de una ayuda a domicilio o que se muera de asco en el domicilio? Hay alternativas. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:04:29]

## Tabla 35

### Autonomía del profesional en la elección de sus intervenciones

#### 2. Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1)

2.4. Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuaciones enmarcadas dentro de procedimientos administrativos.</li> <li>- Actuaciones acotadas al margen de la Ley (Ley de protección de datos).</li> <li>- Actuaciones con libertad de elección por parte del profesional.</li> <li>- Actuaciones delimitadas por parte de la institución.</li> <li>- Actuaciones enmarcadas dentro de cómo se entienda el ejercicio de la profesión de trabajo social.</li> </ul>
----------------	--

## 2.5. Principios de la Profesión.

El examen de este código se propone con la intención de conocer si el espacio doméstico se convierte en espacio profesional cuando comienzan las intervenciones del trabajador social. En la praxis que reflejan las trabajadoras sociales en los grupos focales aparecen en sus intervenciones los principios generales de la profesión de manera sutil, tales como el respeto activo, individualización, autodeterminación, coherencia profesional, colaboración profesional, confidencialidad, ... Aquí se exponen algunas citas que lo ejemplifican:

*Yo hago constar el entorno de la casa, cuando no tienen condiciones de habitabilidad, y les propones a ellos el cambiar de domicilio porque no tienen agua, no tienen luz, pero es tan grande el arraigo que tienen a esa vivienda, (...) En ese caso no cabe ningún informe ahí, lo respetamos.* [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:15:02]

*En el SPE (Servicios Psicopedagógico Escolar) no hay una instrucción (sobre las visitas a domicilio porque allí, entre otras cosas, somos un solo profesional por equipo, de trabajo social, que el resto ni se plantea lo de las visitas, tienen una atención directa en centro (escolar). Y ¡claro!, con una cantidad de centros, que tampoco puedes llevar una intervención continuada, entonces es algo que, ... la haces porque realmente sabes que necesitas hacerlo, ... [Et\_Alc\_Ed.:42:39]*

*una persona tenía la cama en un sitio que casi no cabía, porque daba a una calle que había ruido, y él era pakistaní y necesitaba el ruido para dormir porque estaba acostumbrado en su país. Esa habitación tenía mucha humedad, aunque tenía las ventanas abiertas, y tú lo respetas. Para él es preferible pasar frío a no oír ruido. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:28:27]*

*... lo veo muy bien porque lo habéis adaptado a una habitación más grande, lo que era el comedor, y todo alfombrado y super bien. Entonces, reforzarles la parte positiva y respetar la parte cultural. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:30:03]*

*... está basada en dos cosas, en actuar y en base a tus principios éticos y luego en relación a lo que te encuentras en el entorno, porque estás es su medio. Entonces ante todo no podemos juzgar que es parte de nuestra ética. [Et\_Alc\_Snd:7:34]*

## **2.6. Número de visitas.**

Se repite de manera constante este código en todos los grupos focales relacionando el número actual de visitas que realizan desde los servicios sociales, sanidad y educación y las que realizaban años atrás.

Los motivos que exponen para justificar esta disminución vienen sobre todo sustentados por el ámbito de los servicios sociales, no tanto por sanidad, ni por educación, y fundamentalmente aluden a la carga burocrática que les supone los trámites de las ayudas económicas y las ratios de casos tan elevadas que manejan:

*Trasladando eso al tema de las visitas, por supuesto, por supuesto, no tanto porque no las hagan el resto, sino porque cuando el trabajo te viene hasta aquí desbordada..., yo he estado mucho tiempo sin hacer visitas, lo reconozco, ¡claro!, porque si no te da, pues no te da, o sea, es lo que hay y entonces pues te dedicas a nivel asistencial, que es mi crítica hacia los servicios sociales de toda la santa vida. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:1:06:13]*

*... yo con esa marcha con la que trabajo, las visitas a domicilio que hago; las todas, las pocas que puedo hacer voy a un objetivo, (...) fundamentalmente*

*por la falta de tiempo, fundamentalmente por la dinámica del trabajo ...*  
[Ra\_Vlc\_Snd:34:35]

*De todas formas y aunque no sea por gestión a nivel administrativo y demás, es sobre familias es sobre expedientes familiares. Es imposible, yo no me puedo plantear una mañana de visitas a la semana, aunque esté trabajando con cincuenta familias.* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:45:47]

*... todo lo que viene ya de Conselleria, creo que poco a poco sin quererlo, nos están haciendo que no demos abasto, es decir, hay una alineación con la propia Conselleria, no sé si es así el término, ¿no?, pero que te impide hacer visitas domiciliarias y además si las tienes que hacer, las tienes que hacer cortas, limitadas..., es una imposición no explícita, pero sí implícita ...*  
[Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:11:56]

Este número de visitas mensuales que realizan los profesionales del trabajo social ha sido otro de los datos que hemos pedido que se contestara en la encuesta y exponemos los resultados de manera global y por contextos institucionales:

El porcentaje acumulado nos devuelve unas cantidades muy simétricas en cuanto a dispersión a falta de corroborar con la desviación estándar ya que el número de visitas de 0 a 3 acumula un 24% de las encuestas, el porcentaje de 4 a 7 visitas es del 30% (acumulado 55%), de 8 a 12 visitas un 23,6% (acumulado un 78%) y en el último tramo que se sitúan las respuestas de 13 visitas o más un 21,4% (acumulado 100%), todas ellas realizadas de manera mensual.

La media de visitas que realizan los profesionales que han participado en la encuesta es de 7,18 visitas al mes y el cálculo de su desviación típica nos indica que la mayoría de los valores de visitas se encuentran a menos de 4,25 visitas por encima o por debajo de la media.

**Tabla 36**

*Porcentajes del número de visitas a domicilio que realizan los profesionales del total de la muestra*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 0 a 3	312	24,8	24,8	24,8
De 4 a 7	381	30,3	30,3	55,0
De 8 a 12	294	23,4	23,4	78,4
13 o más	272	21,6	21,6	100,0
Total	1259	100,0	100,0	

**Tabla 37**

*Porcentajes del número de visitas a domicilio que realizan los profesionales por contextos del total de la muestra*

	Número Visitas	Servicios Sociales		Sanidad		Educación		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
	13 o más	186	21,5%	77	23,3%	9	14,3%	272	21,6%
	De 8 a 12	189	21,8%	88	26,6%	17	27,0%	294	23,4%
	De 4 a 7	259	29,9%	100	30,2%	22	34,9%	381	30,3%
	De 0 a 3	231	26,7%	66	19,9%	15	23,8%	312	24,8%
	Total	865	100,0%	331	100,0%	63	100,0%	1259	100,0%

Las trabajadoras sociales de servicios sociales que forman parte de la muestra mayoritariamente realizan de 4 a 7 visitas al mes (30,06%). Hay un segundo grupo que realiza 13 visitas o más y representan el 24,39%. Entre 8 y 12 visitas representan el 23,93% y de 0 a 3 visitas el 21,62%. La media de visitas que realizan es de 7,02 visitas al mes, el cálculo de su desviación típica nos indica que la mayoría de los valores de visitas se encuentran a menos de 4,29 visitas por encima o por debajo de la media.

**Tabla 38**

*Número de visitas a domicilio desde el contexto de servicios sociales según la muestra*

	N	%
De 0 a 3 visitas realizadas	187	21,62
De 4 a 7 visitas realizadas	260	30,06
De 8 a 12 visitas realizadas	207	23,93
13 o más visitas	211	24,39
	865	100

Los trabajadores sociales de sanidad mayoritariamente realizan entre 4 y 7 visitas al mes representado por un 30,81% de la muestra o entre 0 y 3 de visitas que representan el 29,61%. Un grupo realiza entre 8 y 12 con un 24% de las encuestas y el 15,11% realiza 13 o más visitas al mes. La media de visitas que realizan es de 7,64 al mes, el cálculo de su desviación típica nos indica que la mayoría de los valores de visitas se encuentran a menos de 4,13 visitas por encima o por debajo de la media.

**Tabla 39**

*Número de visitas a domicilio desde el contexto de sanidad según la muestra*

	N	%
De 0 a 3 visitas realizadas	98	29,61
De 4 a 7 visitas realizadas	102	30,81
De 8 a 12 visitas realizadas	81	24,47
13 o más visitas	50	15,11
	331	100

En educación el 71,02% de los trabajadores sociales realiza 7 visitas o menos en un mes, un 14,29% realiza entre 8 y 12 y otro 14,29% realiza 13 o más visitas al mes. Su media es de 6,83 visitas al mes, el cálculo de su desviación típica nos indica que la mayoría de los valores de visitas se encuentran a menos de 3,97 visitas por encima o por debajo de la media.

**Tabla 40**

*Número de visitas a domicilio desde el contexto de educación según la muestra*

	N	%
De 0 a 3 visitas realizadas	29	46,02
De 4 a 7 visitas realizadas	16	25,4
De 8 a 12 visitas realizadas	9	14,29
13 o más visitas	9	14,29
	63	100

A continuación, presentamos la siguiente tabla que muestra los datos reflejados hasta ahora respecto a las medias de las visitas a domicilio realizadas por las trabajadoras sociales que han participado en la muestra y de las desviaciones típicas divididas por contextos institucionales, siendo la media general de 7,18 con una desviación típica de 4,24.

**Tabla 41**

*Medias sobre las visitas a domicilio que se realizan según el contexto institucional de los participantes en la muestra y su desviación típica*

Contextos	Media	N	Desv. Desviación
Servicios Sociales	7,028	865	4,2989
Sanidad	7,644	331	4,1372
Educación	6,833	63	3,9727
Total	7,180	1259	4,2472

## 2.7. Protocolos.

Este código aglutina las experiencias de los trabajadores sociales que bien se ciñen a un protocolo estandarizado o bien realizan una explicación sobre una normativa para justificar su presencia o actuación en el domicilio.

*... explicar más tranquilamente los motivos de la visita cuál es nuestro papel, ... Lo que comentaba y además decir que tenemos una función encomendada, que no es elegida ni nada por el estilo, sino que es la ley y de alguna manera, eso yo normalmente intentó explicarlo en el despacho. [Ra\_Alc\_ss.Ss.:21:32]*



*En los informes que estamos haciendo para las sillas de ruedas eléctricas, al final, va a un informe clínico que justifica la enfermedad que padece, esta enfermedad, esta enfermedad y esta enfermedad. [Es\_Cs\_Snd:1:14:35]*

*... para valorar la necesidad y la idoneidad de unas prestaciones (...) ahí vas a lo que ibas, mi objetivo es hacer un informe, con lo cual soy muy técnico y vengo a preguntar eso, pum, pum, pum. Ahí quizá la capacidad empática y resolutive en ese sentido era mucho menor que ahora. [Com\_Cs\_Snd:33:14]*

*... en dependencia está muy estructurado, una valoración quiere decir que hay un baremo entonces te tienes que ceñir ... [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:15:28]*

*... una situación de maltrato, de negligencia, de abandono, cuando vas y cuando visitas un domicilio por denuncia del vecindario de un conjunto de suciedad llevas como tu guion más como la primera vez que sales ¿no? a hacer una visita con el guion, aprendido y si vas a hacer una valoración de dependencia no es la misma visita ... [Com\_Vlc\_Snd.:12:30]*

## **Tabla 42**

### *Resultados del uso de protocolos estandarizados en la visita domiciliaria*

#### **2. Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1)**

##### **2.7. Protocolos**

- Son útiles para explicar el motivo de la intervención.
- Enmarcan unas preguntas determinadas en un objetivo concreto.
- Focaliza la visita en la demanda.
- Se pierde empatía y espontaneidad en la visita.

##### **2.8. Medios de transporte. Medios personales.**

Durante las doce sesiones de los grupos focales, las trabajadoras sociales casi de una manera natural hablaban sobre el uso de medios de transporte y medios personales en las visitas a domicilio. Este es un punto que en la literatura ha sido menos significativo y se detecta más desde un trabajo inductivo que deductivo.

*... en el municipio donde trabajo es una gran ciudad, no es un pueblecito de 300 o de 25, entonces estoy hablando 95 mil habitantes con lo cual, pues cuando se me plantea una visita que está (lejos), tengo que coger el coche o tengo que coger un autobús, ... [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:1:54]*

*... los problemas de acceso en ese sentido, los diseminados que llamamos nosotros, ahí, que te hace coger tu coche, ... [Es\_Alc:Snd:6:23]*

*Otra cosa también es cómo llegar hasta la vivienda, por el acceso, que lo tienes que hacer en el coche propio. Ahora mismo, Marisa, una compañera, ha hecho una, había llovido, había fango, y te juegas tu coche, ... [Es\_Cs\_Snd:11:19]*

*... bendito GPS que yo consigo llegar bien a las visitas domiciliarias desde que tengo GPS. Antes tenía que salir con muchísimo más tiempo porque soy fatal para la orientación. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:1:03:9]*

*... hacer uso de tu propio vehículo cuando el propio Ayuntamiento, no valora, no contempla esa posibilidad. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:7:00]*

*... si es una visita al lado, la puedes hacer, pero si ya tengo que coger coche pues tienes que planificarte, son dos horas o más, o lo que sea. [Et\_Vlc\_Snd:68:45]*

*... en estos momentos he consultado con mi móvil cosas, cosas como una receta de una farmacia que no sabía si luego eso estaba caducado, había que renovar o no, o he hecho fotos, iyo qué sé!, ... [Com\_Cs\_Snd:1:13:11]*

*... cada vez utilizamos más el móvil con las personas con las que estamos, para enseñarle -mira tienes que ir a tal sitio ... [com\_Vlc\_Ss.Ss.:1:21:39]*

#### **Tabla 43**

*Uso mayoritario de medios de transporte y medios personales en las visitas a domicilio*

#### 2. Resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1)

2.8. Medios de transporte. Medios personales.

- Autobús.
- Coche particular.
- Dispositivos móviles personales:
  - Como teléfono.
  - Cámara de fotos.
  - Aplicaciones: geolocalización, ...

En las visitas domiciliarias un 87,03% utiliza uno o varios medios personales, tan solo un 12,97% no los utiliza. Se usa en una gran mayoría de los casos el vehículo particular, casi la mitad de las encuestadas (48,18%), seguido por el uso de los móviles o smartphones (30,98%) y en menor medida se utiliza el ordenador o la Tablet (3,47%) u otros medios (4,40%).

**Tabla 44**

*Medios personales que utilizan las trabajadoras sociales de la muestra en las visitas domiciliarias*

	<b>N</b>	<b>%</b>
No	224	12,97
Vehículos particular	832	48,18
Móviles / Smartphone	535	30,98
Ordenador / Tablet	60	3,47
Otros medios...	76	4,40
Total (multielección)	1727	100

### **2.9. Influencia del sexo en la visita a domicilio.**

Si bien esta variable aparece en la bibliografía consultada, realmente en las discusiones de los grupos focales solo aparece en el sentido que se señala a continuación, por lo que se consideró importante introducir esta pregunta en la encuesta:

*... haciendo la misma visita ella (señala a la compañera de al lado) y yo, va a ser diferente. (...) Por el simple hecho de ser hombre y de ser mujer, ya está, no hay mayor diferencia. (...) muchas veces a lo mejor una mujer mayor tiene mayor contacto con ella que conmigo, porque conmigo es mucho más pudorosa, todo lo que es relativo a la dependencia, las mujeres son mucho más pudorosas. Cuando yo tengo que hablar de si se limpian bien el culo, o no se lo limpian, ¡claro!, una mujer mayor con ella lo va a poder tratar mucho más relajada que conmigo, conmigo les entra la risa floja muchas veces. [Esp\_Vlc\_Ss.Ss.:1:13:42]*

La encuesta nos revela que un 21% considera que sí que influye el sexo en el momento de llevar a cabo la visita a domicilio, un 32,5% piensa que dependiendo del asunto que se vaya a tratar en la visita y un 46,5% piensa que no influye.

**Tabla 45**

*Opinión de las participantes en la encuesta sobre la influencia que tiene el sexo del trabajador social en la visita a domicilio*

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	264	21,0%
Según el asunto que se vaya a tratar	409	32,5%
No	586	46,5%
Total	1259	100,0%

Se ha considerado interesante enfrentar estos datos a la variable sexo, es decir, saber cuál es la opinión de los encuestados sobre esta pregunta según el sexo y los resultados nos devuelven la siguiente distribución: piensan que *No influye* 533 mujeres de 1.152 (el 46,3% de las mujeres) y 49 hombres de los 100 que han contestado (el 49% de los hombres). *Según el asunto a tratar* piensan que influye 378 mujeres (el 32,8% de las mujeres) y 39 hombres (el 29% de los hombres). Que *Sí influye* lo señalan en el cuestionario 241 mujeres (el 20,9% de las mujeres) y 22 hombres (el 22% de los hombres). De las personas que prefieren no decir su sexo el 50% piensa que *No influye*, 33,3% *depende del asunto que se vaya a tratar* y el 16,7% piensan que *Sí influye*. La persona que no se identifica con ninguno de los dos sexos binarios piensa que *No influye* el sexo a la hora de realizar la visita domiciliaria.

**Tabla 46**

*Opinión de las participantes sobre si influye el sexo del profesional en las visitas a domicilio*

		Otro	Prefiero no decirlo	Mujer	Hombre	Total
Sí	Recuento	0	1	241	22	264
	% x Sexo	0,0%	16,7%	20,9%	22,0%	21,0%
Según el asunto que se vaya a tratar	Recuento	0	2	378	29	409
	% x Sexo	0,0%	33,3%	32,8%	29,0%	32,5%
No	Recuento	1	3	533	49	586
	% x Sexo	100,0%	50,0%	46,3%	49,0%	46,5%
Total	Recuento	1	6	1152	100	1259
	% x Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Para comprobar si existe relación entre las respuestas de opinión sobre si influye el sexo del profesional a la hora de hacer las visitas, tenemos que hacer la prueba de Chi-cuadrado, pero solo podemos utilizar las dimensiones de hombre y mujer, haciendo que el sistema no tenga en cuenta las otras variables de no identificación con sexo binario u otro sexo, ya que sino el recuento de casillas inferior a 5 se situaría en torno del 50% y la prueba perdería consistencia. Por tanto, operaremos con una  $N$  de 1252 y los 7 datos de las variables distintas a mujer u hombre, las perdemos en el sistema para velar por la fiabilidad de la prueba.

Con la agrupación única de mujeres y hombres, podemos exponer los resultados de Chi-cuadrado siendo su valor 1,091 y  $p$  valor igual a 0,580, por tanto, superior a 0,05. Esto nos indica que hay una alta probabilidad de que no exista diferencias significativas en las respuestas según las haya contestado una mujer o un hombre, son variables independientes.

**Tabla 47**

*Relación entre el sexo del encuestado y su consideración de si influye o no el sexo a la hora de hacer una visita a domicilio*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,091 <sup>a</sup>	2	,580
Razón de verosimilitud	1,143	2	,565
Asociación lineal por lineal	,755	1	,385
N de casos válidos	1252		

<sup>a</sup>. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es 21,09.

## **2.10. Información institucional de la visita a domicilio.**

En este apartado se expondrá la información que tiene la institución cuándo van a realizar una visita a domicilio los trabajadores sociales con la finalidad de conocer si esta intervención se comunica a algún compañero o si esta decisión depende de otros factores, así como la relación que pueda tener con la variable del sexo del trabajador.

Estos resultados se desprenden únicamente del análisis de la encuesta, siendo los siguientes:

Cuando se va a realizar una visita a domicilio el 76% de las personas encuestadas *Sí suele comunicarlo* a algún compañero. Por norma general *No suelen avisar* el 11% de los encuestados. *Depende de la familia que se vaya a visitar* avisan o no el 11% y en menor proporción esta respuesta está condicionada por la *zona en la que se encuentre el domicilio* respondiendo un 2% del total.

**Tabla 48**

*Sobre la decisión de comunicar que vamos a realizar una visita a domicilio determinado por el sexo y la relación entre ambas variables*

		Otro	Prefiero no decirlo	Mujer	Hombre	Total
Sí, suelo hacerlo	Recuento	1	4	871	79	955
	% de Sexo	100%	67%	76%	79%	76%
No, por norma general no	Recuento	0	0	127	10	137
	% de Sexo	0%	0%	11%	10%	11%
Depende de la familia que vaya a visitar	Recuento	0	2	128	8	138
	% de Sexo	0%	33%	11%	8%	11%
Depende de la zona en la que se encuentre el domicilio	Recuento	0	0	26	3	29
	% de Sexo	0%	0%	2%	3%	2%
Total	Recuento	1	6	1152	100	1259
	% de Sexo	100%	100%	100%	100%	100%

Para determinar si existe relación entre estas respuestas y el sexo de los encuestados realizamos la prueba de la Chi-cuadrado, pero únicamente desde las dos dimensiones de mujer y hombre, para no perder consistencia en la prueba por las razones explicadas en el apartado anterior.

Con esta agrupación, permitida por la comunidad científica, disminuimos a 12,5% las casillas con resultados menores de 5 y obtenemos un resultado de *p valor* que nos sitúa en un 0,325, muy por encima de 0,5, por lo que en principio nos indica que no existen diferencias entre las dos variables, tenemos que desechar esa hipótesis y concluir que no existe relación entre el sexo y la decisión de avisar o no a la institución y con independencia de la familia que se visite o de la zona en la que se encuentre el domicilio.

**Tabla 49**

*Prueba Chi-cuadrado que relaciona la decisión de informar a la institución a la hora de realizar la visita según el sexo del profesional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,466 <sup>a</sup>	3	,325
Razón de verosimilitud	3,572	3	,312
Asociación lineal por lineal	,574	1	,449
N de casos válidos	1252		

<sup>a</sup>. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,32.

### **2.11. Objetivo de la visita a una persona usuaria o familia a la que no conocemos.**

Muchas profesionales destacan el hecho de realizar una visita sin conocer a la persona o familia como un hecho favorecedor, el tener el primer contacto en el domicilio podría facilitar la relación de ayuda. Aunque realmente esto lo hace ante notificaciones de urgencias, como último recurso por no poder contactar con la persona o cuando no puede desplazarse hasta la institución la persona usuaria y requiera de la presencia del profesional en el domicilio.

*... pienso que sí que puede servir para establecer la relación de ayuda, es más pienso que incluso la puede favorecer el hecho de que la primera la primera toma de contacto se haga justo en el domicilio de la persona usuaria porque digamos estás en su terreno. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:2:32]*

*... cuando generalmente se inicia algo en el domicilio directamente es porque nos dan algún tipo de aviso a nivel policial o a nivel sanitario o desde alguna persona, compañera o compañero nos han dicho que, a lo mejor, el tener que ir. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:0:41]*

*... se nos da mucho el ir directamente la primera vez, sí, porque es ya la última forma (de contactar), si sale bien sí que puede ser que te ayude a establecer esa relación de ayuda. Si consigues conectar bien con la familia, ¡claro!... [Ra\_Alc\_Edu:5:07]*

*Si la demanda viene por parte de la familia, porque se da el caso de que te llaman pidiendo ayuda e incluso han pedido si me puedo acercar a su casa, ahí sí, incluso todo es más fácil, lo viven como un regalo, ... [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:1:18]*

Estas citas fueron la inspiración de la pregunta en la encuesta sobre la consideración que les merecía a los trabajadores sociales una visita que realizan a una familia de la que no tienen información.

Las respuestas mayoritarias con un 42,41% de los encuestados lo considera como *una oportunidad para establecer una relación de ayuda* dentro del espacio del usuario. Un 15,73% responde que estos primeros encuentros sin conocer a la familia se dan *cuando no consiguen localizar a la familia de otra manera* y un 14,85% contestan que *esto solo les ocurre en contexto de control o cuando hay denuncias, partes de policía, vecinos ...* Otro grupo de encuestados contestan que *no suelen realizar primeros encuentros en el domicilio a no ser que sea por una cuestión burocrática* con un 18,98% y *todos sus primeros encuentros se dan en el domicilio* para el 8,03%.

**Tabla 50**

*La consideración de los trabajadores sociales el realizar una visita a domicilio a una persona o familia a la que no conocen*

	N	%
Una oportunidad para establecer una relación de ayuda desde el espacio del usuario	534	42,41
No suelo realizar primeros encuentros en el domicilio, solo si es una cuestión burocrática (informes empadronamiento, vivienda, extranjería, ...)	239	18,98
Todos mis primeros encuentros son el domicilio	101	8,03
Esto sólo ocurre cuando no consigo localizar a la familia de ninguna otra forma	198	15,73
Esto sólo ocurre en contextos de control, cuando hay denuncias, partes de policía o vecinos, ...	187	14,85
	1259	100

## **2.12. La incomodidad en la visita a domicilio.**

Existen determinadas situaciones que se dan en las visitas que provoca una cierta sensación de incomodidad en las profesionales tales como el hecho de percibir que la persona usuaria está también incómoda, existe conflicto entre los miembros de la familia, la forma en la que la familia se dirige a ti, que hayan



personas en el domicilio que no son del ámbito familiar, que te ofrezcan asiento y la profesional no se sienta cómoda aceptándola o que la conversación derive por temas que no son del objeto de la visita. Algunos ejemplos son:

*... es cierto que a veces he notado negativa a que yo entrara, no agresividad, pero si como que no le apetece, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:35]*

*Llegar al domicilio y que haya cien mil más que no son de la familia y tú ya no sabes, ... si sacar más tema, menos tema, y te quedas ahí, ...con esa sensación de les digo que se marchen, la propia persona les dirá que se marchen, ... [Es\_Alc\_Edu:11:40]*

*Entonces, ahí tú te sientes incómodo, porque estás a la defensiva y tienes que buscar estrategias sutiles para avanzar un pelín, que si no puedes, te vas. [Es\_Vlc\_Snd:40:02]*

*Porque hay veces que dices, es que es una cuestión de salud mía. ¿se quiere sentar? y tú ves la silla, (expresión de angustia), o piensas ¿dónde dejo el bolso?, ... [Es\_Alc\_Ss.Ss.:13:53]*

Las respuestas que se ofrecen como alternativas surgen de las citas y de la bibliografía analizada y la encuesta sitúa que la mayor incomodidad en los trabajadores sociales encuestados se da cuando perciben que la persona usuaria se siente incómoda (28,51%), seguido por cuando se evidencia un conflicto entre los miembros de la unidad de convivencia (20,17%), la forma en la se dirige la persona usuaria al trabajador incomoda a un 16,90%, el que hayan personas en el domicilio incomoda al 13, 25%, existen determinadas situaciones como el hecho de que ofrezcan asiento y el trabajador social prefiera no hacerlo porque se siente incómodo refrendado por un 8,89%, muy seguido de cuando la conversación deriva por temas distintos del objeto de la visita (8,11%). Sólo 4,17% de los encuestados asegura no haberse sentido incómodo nunca en las visitas a domicilio, frente al 95,83% que sí ha sentido incomodidad en alguna ocasión.

**Tabla 51**

*Refleja la incomodidad que se puede sentir en las visitas a domicilio*

	N	%
Cuando percibo que la persona usuaria está incómoda con nuestra visita	766	28,51
Cuando se evidencia un conflicto entre los miembros de la unidad de convivencia	542	20,17
La forma en la que se dirigen a mí (esquiva/agresiva)	454	16,90
Que haya personas en el domicilio que no sean convivientes	356	13,25
Cuando te ofrecen sentarte y tú (por el motivo que sea), prefieres no hacerlo	239	8,89
Cuando la conversación deriva por temas distintos del objeto de la visita	218	8,11
No me he sentido nunca incómodo/a	112	4,17
Total (multielección)	2687	100

### **2.13. Visita domiciliaria intergeneracional.**

Si bien es cierto que no fue una variable que se manifestara de manera muy repetitiva en los grupos focales, lo cierto es que cuando surgió no hubo una unanimidad sobre sus aportaciones, las citamos a continuación, pero también se propuso esta cuestión dentro de las preguntas de la encuesta por la falta de acuerdo y sus resultados se exponen a continuación:

*... ya he empezado con los hijos de las familias con las que empecé, y es bastante deprimente. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:32:34]*

*... estoy trabajando con generaciones donde ha habido confianza, eso lo he conseguido, porque vienen, confían, no tienen dificultad de relacionarse con los servicios sociales y saben un poco lo que vamos a encontrar, ... [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:35:08]*

*... he cambiado de sitio, he cambiado de población, entonces no he tenido esa continuidad de ver a los hijos de aquellos que visité. [Es\_Cs\_Snd:1:53:52]*

*Tú ves la progresión que esa persona ha ido haciendo, de acuerdo con lo que se crió y a lo que ahora está consiguiendo, ... [Es\_Cs:Ss.Ss.:1:54:23]*

Hay un porcentaje alto que indica que *Sí* que se están realizando visitas a los domicilios de los hijos con cuyos padres se intervino (42,5%), aunque la intervención ha variado: un 38,52% advierte los mismos patrones, un 3,42% observa patrones diferentes, aunque tan solo un 0,56% rechaza la intervención firmemente. Un 37,56% *No* está experimentando esta intervención transgeneracional y 19,94% no puede comprobarlos por llevar poco tiempo

ejerciendo o en el servicio en el que se encuentra en el momento de responder a la encuesta.

**Tabla 52**

*Respuestas para identificar la intervención en el domicilio transgeneracional*

	N	%
Sí, y advierto patrones iguales a los de la familia de origen	485	38,52
No	473	37,56
Llevo poco tiempo en ejercicio o trabajando en este servicio	251	19,94
Sí, y los patrones son diferentes a los de la familia de origen	43	3,42
Sí, y rechazan firmemente nuestra intervención	7	0,56
	1259	100

### **3.- Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2):**

Tal y como ya hemos comentado anteriormente existen códigos que aportan significados a varios objetivos, y de igual manera lo hacen aportando información diferente a las distintas dimensiones en estudio, lo que varía es el prisma desde dónde se analiza, por tanto, en la exposición de resultados podremos comprobar cómo hay determinados códigos estudiados desde una perspectiva de la relación de ayuda y el mismo código, examinado desde una perspectiva del espacio o de las competencias, como por ejemplo el código de la cultura.

#### **3.1. Resultados del constructo según la dimensión ética.**

En esta dimensión ética vamos a realizar un recorrido por los siete códigos que tiene asignados en análisis desde el Atlas.ti y que se corresponden con los de la siguiente figura. También se hará alusión a la forma en la que nos desplazamos por el domicilio y sobre la información que tiene la persona usuaria sobre el motivo de nuestra visita, por las implicaciones éticas que existen.

A continuación, se muestran los códigos que se han analizado para la construcción del concepto de visita domiciliaria desde la dimensión ética, su orden de exposición está relacionado con el número de citas que tiene vinculadas de más a menos:

## Figura 22

*Códigos vinculados al constructo de la visita a domicilio desde su dimensión ética*

Actos de hospitalidad {3-0}
Autonomía {26-3}
Conflictos éticos {24-2}~
Gestión de la información {34-2}~
Gestión de recursos {7-0}
Objetividad {31-1}~
Principios Éticos/Código Deontológico {56-4}~

### 3.1.1. Principios éticos/Código Deontológico.

En las narraciones de los participantes de los grupos focales se entrevistó de manera indirecta las alusiones que realizan a los principios generales éticos y al código deontológico en el ejercicio de la visita domiciliaria desde el trabajo social. Podemos encontrar algunos ejemplos como los que exponemos a continuación, otros forman parte de otras citas expuestas en otros epígrafes:

#### **Personalización:**

*... que acompañemos desde lo personal, la empatía, la cercanía de todo. Que seamos claros en lo que pretendemos, en el trabajo que buscamos, en los objetivos que nos marcamos, que las personas sepan de qué se trata porque a veces en el campo de menores, que las situaciones son un poco tensas, a veces llegan: "pero esto ¿qué quiere decir?", "pero ¿entonces?", "y esto ¿va más por aquí ...?". [Com\_Alc\_Ss.Ss.:9:41]*

#### **Respeto:**

*Aunque ya tengas una relación creada con la persona, con la familia, yo creo que se sigue teniendo que obrar con respeto porque es su casa, ... [Es\_Alc\_Snd:30:56]*

*Cuando hablamos de respeto y cuando hablamos de respetar procesos y tal, en menores, respetamos procesos hasta cierto punto. No podemos estar respetando procesos toda la vida. El principio ético, está claro, pero eso se mezcla también con el objetivo, se mezcla con la protección, ..., entonces, pues sí que hay alguna rigidez en los principios éticos, no sé cómo decirlo, pero sí, yo a veces siento que respetaría, ..., incluso entrando, ... pidiéndole por favor "¿me puede abrir la habitación?", siento ahí que ya estoy (invadiendo) parte de su intimidad, que necesito ver determinadas cosas, entonces a veces se dan unas situaciones que sí*

*que tambalean, no sé si esa es la palabra, con la ética ¿no?, pero hay que hacerla, es un poco una lucha a veces compleja. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:19:23]*

**Privacidad:**

*En una primera visita a domicilio, no me parece ético preguntar a los vecinos. [Et\_Alc\_ss.Ss.:23:30]*

**Colaboración profesional:**

*... en los planes de intervención, cuando firmamos con la familia, ahí sí que aparece que nos vamos a coordinar con los distintos ámbitos y la familia firma y no suele haber problema, se entiende perfectamente cuál es el objeto. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:19:09]*

**Integridad:**

*Porque llegas también y notas que hay prisa y vas notando tú a su vez, que has llegado a una hora que a lo mejor no has pactado, que esa es otra, qué horarios pactamos para poder presentarnos en los domicilios, que son nuestros horarios de trabajo y no coinciden con la rutina de ellos, y estás notando que se le está haciendo tarde para ir al super. Le dices "pues volveré en otro momento porque veo que ahora la entrevista se está haciendo por hacer", pero captas esa urgencia que tiene por hacer otras cosas y tú tienes que estar ahí un poco receptiva. Entonces tratar de forzar que se quede no tiene sentido. [Es\_Alc\_ss.Ss.:36:20]*

**3.1.2. Gestión de la información.**

En las visitas domiciliarias hay una gestión de la información que no ha pasado desapercibida en las discusiones que los profesionales de los grupos focales mantenían, de hecho, es un tema que preocupa por la obvia diferencia que existe con respecto a la atención que se realiza desde la institución. En las transcripciones se aprecia con respecto a este a tema cuestiones diferentes, como con quién se comparte esa información, si media consentimiento de las personas usuarias para ello, qué medios utilizan para su gestión y traslado, se realiza la visita con datos personales de la persona usuaria, ...

El dilema que se presenta vincula:

- El ejercicio profesional en el domicilio.
- El posible quebrantamiento de la legislación sobre protección de datos personales al desplazarse al domicilio con datos personales.
- El código deontológico en el articulado que recoge los derechos de las personas usuarias sobre el uso responsable que se debe hacer sobre la información que gestionan los trabajadores sociales sobre las personas usuarias.

- El derecho de las personas usuarias a ser atendidas en su domicilio si no pueden desplazarse hasta la institución.

*Yo no llevo ningún dato sensible. Nada, el bolso y punto, una agenda para apuntar cuatro cosas en las que nunca se me ocurre apuntar ningún nombre.* [Et\_Alc\_ss.Ss.:1:01:20]

*A veces llevo una hoja de mis intervenciones, a veces llevo una hoja porque llevo la dirección ahí, y entonces me saco una hoja de algo y lo pongo, pero no suele haber datos importantes.* [Et\_Vlc\_Snd:60:27:35]

*... es materialmente imposible, una persona a la que le han dado de alta en el hospital que no tiene familiares y que está encamado, que venga a presentar al registro una solicitud de ayuda a domicilio.* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:03:36]

*Yo me coordino con las trabajadoras sociales del Hospital, entonces de profesional a profesional, nos pasamos los datos, es diferente. Mi compañera que está en el Hospital, va se la firma y me la envía, y ya está. Es más seguro. Me la envía por email y encriptada.* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:04:51]

*Yo llevo en el coche los expedientes porque voy a tres coles en una mañana y no me da tiempo a pasar por la sede, mal hecho, pero sí, está mal y lo sé.* [Et\_alc\_Edu:1:05:25]

*... en salud mental se solicita la firma para acceder a la Protección de Datos, es decir, la coordinación tiene que ser bajo firma y aparte de firmar en la primera entrevista lo reflejas en la historia ...* [Et\_Alc\_Snd:1:11:34]

*informar, a la familia o al usuario, que he recibido esto, pone esto y sobre todo también tener el feedback de qué piensan ellos, de por qué nos piden la información.* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:00:20]

*Sí, explicarle a la gente "mira estás firmando esto, ..., lo que viene a decir esto", "porque tus datos tienes que tener cuenta esto", "siempre cuando firmes algo mira a ver qué es lo que firmas que tal" y la gente lo recibe muy bien. Sí, sí, lo agradece muchísimo que le estés explicando lo que implica esa firma de esa autorización para una coordinación, para una cesión de datos, para lo que sea ...* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:16:45]

*De todas maneras, nosotros hicimos la consulta, cuando pedimos información, por ejemplo, respecto a menores al centro de salud, al ámbito educativo y demás, sí qué hacemos referencia al tema de valoración de situación de posible desprotección. Entonces la normativa ya te cubre.* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:17:50]

*Por ejemplo, nosotros hemos conseguido con todos los centros educativos que me envíen información, que nos enviemos, que nos solicitemos información, por ejemplo, los informes de absentismo, en documento adjunto encriptado, sin que hablen ni en el texto, ni en el encabezado, ni tan siquiera si es alumno o alumna. [Et\_Alc\_Edu:1:18:18]*

*... si lo conozco, normalmente si es en un contexto de que es para ayudar al paciente que ha ido a pedir, no sé qué, no sé cuántos, ... pues le doy la información, si es que ha pedido una ayuda y... a ver si le va a beneficiar sí que lo digo. [Et\_vlc\_Snd:60:34:36]*

### **3.1.3. Objetividad en las intervenciones.**

La visión de la intervención en el domicilio plantea a los participantes unas escenas que en muchas ocasiones les hace perder la objetividad de sus actuaciones por varias razones.

La primera que exponen y en la que todos coinciden es que cuando no se tiene una buena gestión de las emociones y sentimientos se pierde objetividad, al igual que cuando se realizan muchas visitas al mismo domicilio por la propia relación que se crea. También se hace alusión a la dificultad que se presenta para mantener firme esa objetividad por nuestro propio ideario y los años de experiencia también se presenta como una variable que resta objetividad sin una supervisión adecuada o el acompañamiento de un equipo.

*... ,te sientes vulnerable. Creo que lo más, es el impacto emocional que hay en algunas situaciones que son verdaderamente muy duras y tener que hacer una contención para decir, ... [Et\_Alc\_Edu:1:26:00]*

*Cuando se hacen muchas visitas, o sea en un mismo domicilio, en una misma unidad familiar, y que haces muchas visitas domiciliarias, sí que es verdad que puede que exista una pérdida de objetividad. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:20:13]*

*cuando hacen visitas conjuntamente con otra profesional y demás, es cierto que al final la objetividad de alguna manera se puede mantener dentro de unos límites, que cada uno tenemos nuestros prejuicios, nuestras ideas, etc, etc, y es como que actúan como compensación. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:13:50]*

*Con los años, a veces cogemos ... no nos damos cuenta de cosas que hacemos, cómo las hacemos, sin una mirada externa que te devuelve cosas de las que no eres consciente, cosas positivas y cosas mejorables. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:60:49:57]*

### 3.1.4. Autonomía.

En estos resultados la variable Autonomía debemos entenderla como las decisiones que los trabajadores sociales han tomado o no acerca de la visita y a la información que se obtiene de esta.

Se extrae de los argumentos que han expuesto los participantes en sus relatos desde el respeto a los principios éticos y deontológicos, a las personas usuarias, a la institución en la que desarrollan su labor profesional y al criterio técnico, velando por su integridad personal y profesional.

El recorrido por las citas nos mostrará la toma de decisión de realizar hacer una visita, decidir por quién van acompañados a la misma, qué información expresan en los informes y qué información se reservan, así como la autonomía para decidir dependiendo del contexto y la idiosincrasia del caso decidir si se avisa o no que se va a realizar la visita.

*Acercarte (al domicilio) es un primer paso en la relación de ayuda, y de alguna manera, también un poco facilitador ¿no? a veces también porque las personas, no muchas, algunas familias nuestras, también venir a sitios extraños que tengan que pasar por más gente y demás yo creo que ... también les preserva una privacidad en un momento dado y eso algunas personas yo creo que les favorece. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:56:00]*

*Cuando he hecho (una visita) con dos (profesionales), ha sido porque ha habido una circunstancia sumamente grave, no es que yo haya tenido miedo, pero tampoco he tenido tanta valentía como para ir allí sola. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:26:19]*

*El tener que ir a unas cuevas con la policía que te impactaba, pero te tienes que ayudar de un soporte que a lo mejor no es el más conveniente para esa visita, era una cueva y tenías que hacer espeleología para bajar. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:8:38]*

*También es cierto que el juzgado, después por exceso de información, no toma mejores decisiones, ... [Et\_Alc\_Edu:58:57]*

*Sí que aviso, pero hay momentos en los que no avisamos, nos presentamos porque hace falta encontrar a la persona o la hemos citado otras veces y no ha venido, depende. Si era la finalidad, de alguna manera, hacer seguimiento o una intervención en el domicilio ¿no? se concierta la hora y demás, pero hay veces que sí, en determinados casos es necesario visita sorpresa ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:08:06]*



**Tabla 53***Autonomía del trabajador en las visitas a domicilio*

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.1. Dimensión ética	
3.1.4. Autonomía	
Respetando ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principios éticos y deontológicos.</li> <li>- A las personas usuarias.</li> <li>- A la institución.</li> <li>- Integridad personal y profesional.</li> <li>- Al criterio técnico.</li> </ul>
Tipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si se realiza o no la visita domiciliaria.</li> <li>- Por quién se acompaña.</li> <li>- Qué información expresa en los Informes Sociales.</li> <li>- Qué información se reserva.</li> <li>- Si se avisa antes de hacer la visita dependiendo del contexto y de la idiosincrasia del caso.</li> </ul>

**3.1.5. Conflictos éticos.**

De los conflictos que surgieron en los grupos focales hay varios que tan solo se pueden dar cuando nos desplazamos a los domicilios. A lo largo de la exposición de las citas observaremos primero cómo se vincula este código al de objetividad, ya que uno de los conflictos que les surge a los participantes es cómo saber si se necesita una mirada externa en el caso sobre el que se está interviniendo. Otro conflicto que se menciona es cuando los profesionales son conscientes de que necesitan hacer la visita, pero no pueden por la carga de trabajo, este dilema se presenta en el despacho, pero se incluye por la carga emocional con la que se trasladó en los grupos focales.

Pero existen otros dilemas que se dan cuando se llega al domicilio y se solapa el respeto hacia la autodeterminación de la persona usuaria con la protección hacia ella misma o hacia otras personas convivientes.

También cuando el profesional se enfrenta a la decisión de realizar actos tipificados como ilegales, justificándolos con la protección hacia la persona.

Por último, cuando existe sospecha o evidencia de actos ilegales o constitutivos de delitos que si se denuncian por parte del trabajador social se rompería cualquier posibilidad de intervención y se quebrantaría el principio de confidencialidad (situaciones que ninguna entraría en los supuestos del artículo 54 del Código Deontológico de suspensión o extinción de la confidencialidad).

Adicionalmente, se presenta un conflicto que se da cuando se llega al domicilio y no hay nadie. La forma de actuar ante esta situación tuvo tantas

respuestas diferentes que se consideró oportuna incluirla dentro de la encuesta y cuyos resultados expondremos al final de este punto.

*Si tú has visto esto y ahora ves eso otro, luego te quedas pensando..., vamos a ver qué llevaba yo el día que fui aquí, qué llevaba yo ahí detrás y qué llevaba yo este día que fui aquí, pero ¿qué hay de realidad?, ¿qué es lo que es objetivo para analizar ese problema o para intervenir sobre ese problema? Solamente cuando se crea esa paradoja ahí, es cuando yo he necesitado a alguien que me dijera por dónde yo había ido, ¿no?, en esos casos, ya te digo, en mi historia profesional y he hecho muchísimas visitas a domicilio desde hace muchos años y sola siempre, lo he necesitado pocas veces, pero lo he necesitado, y hay veces que uno se pierde ... [Et\_Vlc\_Edu:31:20]*

*... la demanda supera la capacidad de respuesta, de apertura y cierre adecuado de las intervenciones y siempre vamos a chin pum, pum, pum, pum, cuando te entretienes un poco más y cuidas un poco más los tiempos y las formas se te hace montonera [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:60:10:07]*

*... entonces si lo disminuyo, yo ya he hecho menos, en ese aspecto sí que éticamente me siento mal, me siento mal de no hacer en muchos casos, no te digo todos, es imposible, pero en muchos preferiría hacer la visita ... [Et\_Vlc\_Snd:68:57]*

*Durante mucho tiempo hemos pedido que nos enseñara la habitación y no ha sido posible, lo hemos respetado y demás, y al final la denuncia de un familiar, ... vemos que aquello era, ... (gesto que refleja una situación caótica) y empiezas a pensar, efectivamente, hasta qué punto tenías que haber intervenido antes o haber respetado a la persona, y te genera una serie de cosas y te quedas bueno, ..., [Et\_Alc\_Snd:37:19]*

*Yo he hecho fotos de comida en mal estado de una nevera, porque necesitaba, no sé cómo decirte, era como que necesito pruebas gráficas de que aquí hay que intervenir ... [Com\_Cs\_Snd:60:13:56]*

*... personarte en el domicilio porque no consigues ningún tipo de contacto y haces un poco de investigación, pero solo para constatar que ese sea el domicilio. Si no te encuentras a alguien ¿no? [Et\_Alc\_Edu:23:50]*

*... en sanidad lo primero que piensas es que a la abuelita la estás llamando y a lo mejor no me contesta, y yo ya estoy pensando que se ha caído ... Sí que sí, que tienes que llamar a los vecinos, por si acaso el chiquillo está en la calle mucho tiempo, tiene que mirarlo. Porque otras veces no va al colegio y te está diciendo que está, que está enfermo y resulta que están en la calle y tú lo ves, o se lo preguntas no directamente, pero ..., no sé. [Et\_Alc\_Snd:25:07]*

... si he tenido bastante interés por esa familia o he estado un poco sobre aviso de cosas, sí que lo he preguntado, no me parece ni ético, ni no ético, me parece una forma más de ser profesional, de preocuparse, porque a veces se han trasladado de domicilio y entonces yo no voy a invertir más recursos de mi tiempo haciendo otra visita ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:50:26]

... mi compañera hay veces ha hecho fotos a la casa yo lo considero como una invasión y como algo ilegal, ella no las va a colgar en internet, pero a veces ciertas fotos de las visitas a domicilio nos dan muchísima información. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:64:47]

Claro, y la duda siempre la tienes. ¡Ay! Yo sospechaba, pero no, no le he dado importancia. Entonces, te encuentras con esto, ..., he sopesado, más la importancia de permitir a la persona que lleve su ritmo, a una intervención, que luego al final acaba, en este caso ha acabado, agradeciendo el poder llegar hasta ahí. [Et\_Alc\_snd:37:49]

## Tabla 54

### *Conflictos éticos detectados en las visitas a domicilio*

#### 3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)

##### 3.1. Dimensión ética

##### 3.1.5. Conflictos éticos

Tipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recoger información de vecinos y entorno.</li> <li>- Llegas al domicilio y sólo hay menores.</li> <li>- Falta de percepción de supervisión en determinados casos.</li> <li>- Ser consciente de la necesidad de hacer la visita, pero la carga de trabajo te lo impide.</li> <li>- Respeto hacia la autodeterminación o realización de determinados actos sin consentimiento en favor de la protección.</li> <li>- Confidencialidad ante actos que pueden ser constitutivos de delitos o romper la relación de ayuda.</li> </ul>
-------	--

Los resultados de la encuesta sobre la actuación profesional ante una visita en la que no se encuentra a nadie en el domicilio y esto podría plantearse como un dilema al preguntar a algún vecino y poder encontrarse cuestionada la privacidad de la persona usuaria las profesionales encuestadas responden: un 32,85% lo haría en el supuesto de estar ante un *contexto de control*, un 29,30% preguntaría pero solo para *asegurarse que vive ahí la familia*, un 19,60% *no preguntaría* y un 18,25% lo haría para *ampliar información de otras fuentes*.

**Tabla 55***Solicitar información a los vecinos*

	N	%
Solo en contextos de control (menores, violencia doméstica, adultos mayores vulnerables, personas con discapacidad vulnerables, ...)	461	32,85
Solo para asegurarme que sí que viven ahí y poder volver en otro momento	411	29,30
No	275	19,60
Sí, para ampliar información de otras fuentes	256	18,25
TOTAL (multielección)	1403	100

### **3.1.6. Gestión de los recursos.**

La visita domiciliaria como parte de la gestión de los recursos sociales ha sido discutida en los tres grupos, pero sobre todo en el contexto de los servicios sociales. Sanidad y educación argumentan que desde estos contextos no se gestionan ayudas o prestaciones económicas directas y eso les permite tener un trato diferente que se expondrá al hablar de la relación de ayuda.

*... la intencionalidad con la que realizamos la visita no puede desligarse de dónde están los focos de interés de la familia [...] nosotras en los planes de intervención de alguna manera incluyen el propósito de las diferentes profesionales, pero además, también de alguna manera los objetivos de la familia, que quiere decir que si quieren acceder a una serie de recursos, ayudas, etcétera, etcétera, ... [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:60:12:22]*

Servicios sociales por su parte explica que dentro de esa gestión que hace de los recursos, en las visitas a domicilio se dan determinadas circunstancias que les crea conflictos éticos porque los sienten como una invasión de la privacidad que no saben si justifica la gestión de estos recursos públicos.

Una situación que fue altamente discutida en los tres grupos fue la fiscalización que algunas trabajadoras sociales realizan de neveras y armarios y la firme oposición que manifiestan otras:

*Lo de abrir las neveras en un contexto, porque tú vas a casa de una persona que vive sola y la nevera te da mucha información y sí que hay personas que te abren la nevera casi ya acostumbrada a esa fiscalización que hacemos a veces por el tema de las ayudas. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:38:28]*

*... al principio había mucha hostilidad, pero cuando ya se les ha explicado el objetivo de la visita y el profesional ha sido transparente, esa hostilidad ha ido disminuyendo y se ha podido hacer esa visita a domicilio incluso enseñándote la casa entera y pudiendo abrir armarios. [Et\_Cs\_Ss.Ss.:56:06]*

*... que ellos sean los primeros, no que seamos nosotros los primeros en entrar al espacio, a la habitación, y que sean ellos los que te abran, o te cierren, los objetos, cosas, neveras, armarios, ... ¿vale? Para de alguna forma no entrometerte dentro de lo necesario. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:33:19]*

*Yo nunca he abierto una nevera por iniciativa propia. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:38:50]*

Aunque las profesionales de sanidad justifican esta acción desde una perspectiva diferente, sin pertenecer a este punto, se considera necesario exponer ahora y hacer referencia a las visitas de casas de personas mayores o de personas con sufrimiento psíquico cuya autonomía para vivir solos está en valoración:

*Yo necesito cuando me voy (de la casa) pensar que por lo menos esa persona tiene algo para comer, porque a veces no sabes si tiene lo más mínimo. [Es\_Cs\_Snd:38:57]*

*Yo procuro que me la abran ellas haciéndoles preguntas: ¿tienes algo preparado para comer? ¿Qué va a usar? En un caso con Alzheimer sí voy a supervisar la nevera porque los alimentos pueden estar en mal estado, (carlotas con rabo, ...) Sí que procuro que lo busquen primero ellos en la nevera. [Es\_Cs\_Snd:36:50]*

La otra cuestión que también fue muy debatida respecto a la gestión de los recursos y ya introducida en el punto de *Autonomía*, ha sido si se comunicaba a la persona usuario o a la familia que se iba a realizar la visita domiciliaria. Dado que esta discusión aportó resultados muy diversos según el contexto institucional se ha decidido presentarlos al contrastar la hipótesis por tratar concretamente de estas diferencias.

### **3.1.7. Actos de hospitalidad.**

En las visitas a domicilio se dan determinadas acciones que podemos enmarcar dentro de actos de hospitalidad por parte de las personas que te reciben y que a los visitantes dentro del rol profesional les supone conflictos o aceptarlos no lo consideran apropiado. Exponemos algunos ejemplos a través de sus propios

relatos como son el hecho de ofrecer comida o alguna bebida y se cuestionan si está bien o no aceptarla:

*... y sobre todo de ámbitos rurales que son mucho más abiertos y la disponibilidad de invitarte a comer, de prepararte la comida y todo, ...* [Es\_Cs\_Snd:1:04:17]

*Tienes que justificarlo explicando que "mira tengo que continuar haciendo más visitas domiciliarias, te agradezco el recibimiento y el querer compartir el almuerzo, pero todavía me quedan cuatro casas ..."* [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:06:42]

*... con las familias marroquíes. Que te ofrezcan el té. [...] A mí me resulta comfortable la oferta y cómo se comportan conmigo, pero yo me siento incómodo conmigo mismo cuando les digo que no, ¿cómo justificó ese no?* [Es\_Cs\_Snd:1:5:44]

*... es inevitable que hayas hecho visitas y te hayan ofrecido un té o que te hayan preparado algo, que no se debe, pero hay veces ...* [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:6:42]

### **3.1.8. El acto de moverse por el domicilio.**

Los desplazamientos que se realizan dentro del domicilio forman parte del código *actuaciones dentro de la casa* que será analizado desde varias dimensiones, pero en este punto, se reflexionará sobre los principios éticos que se deben tener en cuenta a la hora de movernos por el domicilio. El conflicto viene dado por la necesidad que valora el profesional de ver las condiciones de la vivienda o las personas que en ella viven y respetar la privacidad y no crear incomodidad por cuestiones culturales o de género. Si bien en todos los grupos de forma mayoritaria se señala que se realiza a través del respeto y desde la solicitud que se le hace a la persona usuaria para que guíe, en determinados casos como en los contextos de control se es más directivo y en el ámbito de sanidad o servicios sociales por valoraciones de dependencia más específico sobre las dependencias que se quiere visitar.

*Cuando son personas mayores que viven solas, pues sí que dices: ¿me enseñas el baño?, para ver si está adaptado y "¡ah! y ¿cómo te bañas?, o qué sé yo, ..." Un poco siempre yo pregunto su rutina, cómo hace las cosas que más me interesa cómo hacen las cosas, que cómo está, y eso sí, la cocina siempre y ya de paso vas por ahí viendo, pero no voy por mi cuenta.* [Es\_Vlc\_Snd:30:53]

*Hay veces que hablo con los chiquillos y le pregunto: ¿y tú dónde duermes? Y le pides al niño que te enseñe la habitación, utilizas mucho pues eso, la alegría de que te enseñe sus cosas, y en ese proceso te van enseñando toda la casa. Normalmente el objetivo y si lo tienes es que te describan toda la casa cuando hay niños y lo que quieres valorar es el posible riesgo. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:56:15]*

*... yo le pido permiso, pero si hay algo que se salta, entonces yo, mis antenitas hacen clon, clon y entonces pregunto haciéndome la despistada ... [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:29:33]*

*Si ves que no te la quieres enseñar, pues les dices "mira es que tengo que verla" y entonces, ... También utilizando técnicas sibilinas "¿dónde duerme la nena?", pero hay veces que es que no, y es que no, o te han dicho "aquí no entras, pero aquí sí". [Es\_Alc\_Ss.Ss.:28:01]*

El contexto educativo hace menos referencias a la necesidad de ver todas las instancias del domicilio y cuando lo hace señala que se han hecho desde un vínculo creado previamente y con el objetivo de ver cuestiones determinadas de los niños.

*Yo llevo muchos años y yo no he sido capaz de decir nunca, si me han dicho que no, que me la abran (la puerta), porque yo no soy ni juez, ni policía, nunca he sido capaz y quizá me hubiera ido mejor si lo hubiera hecho, igual me perdí cosas, pero es una parte de la intimidad de la persona, que es tan grande, que lo que puedas lo ves, y lo que no, no. [Es\_Alc\_Edu:28:40]*

*... cuando se establece el clima de confianza (...), pues ahí la gente ya se va desmontando y entonces sí que se van abriendo y ya le pides si te puede enseñar qué ropa tiene, si es suficiente para los niños, ..., pero primero tiene que haber confianza. [Es\_Cs\_Edu:59:50]*

*En las visitas que hacemos nosotros tampoco es tan importante ..., entonces es un poco lo que te enseñan, o haces más hincapié en la habitación del crío, si tiene donde hacer los deberes ..., pero sí, más te guía él, aunque hagas más hincapié en esos temas. [Es\_Vlc\_Edu:34:28]*

### **3.1.9. Informar a la persona usuaria del motivo de la visita.**

Este último punto de la dimensión ética sobre el constructo de la visita a domicilio forma parte del código *compartir el propósito* y al igual que antes, explicamos que se incluye en esta dimensión por la vinculación que tiene con

determinados principios éticos de la profesional, aunque se analizará más profundamente en la dimensión de la relación de ayuda.

Estos principios a los que hacemos referencia aparecen representados en varias de las citas de los grupos focales que no solo se reflejan en este punto y aluden a la precisa información que ha de tener la persona usuaria cuando se realiza la visita para poder ejercer la autodeterminación o la participación activa en el ejercicio de sus intereses. Citamos dos ejemplos que lo pueden ilustrar:

*... explicar un poco cuál es el motivo de nuestra visita, y en qué ámbito profesional, ..., de qué ámbito profesional venimos y cuál es nuestra función. Les damos información del por qué estamos allí ¿no? a partir de ahí es cuando tenemos que empezar a saber. El primer paso es saber qué es lo que necesita, cuál es su situación de necesidad en la manifestación que hagan los diversos miembros de la familia [Ra\_Cs\_Snd:11:00]*

*... la verdad es que siempre vas a trabajar algo determinado, lo que pasa es que bueno, desde nuestro acompañamiento centrando en la persona en cualquier intervención sí que es verdad que muchas veces me encuentro que el objetivo a veces cambia ¿no? y que hay que ser muy flexible y luego que muchas veces te aportan y proponen alternativas que hay que construir en conjunto con la persona y con su entorno [Ra\_Vlc\_Snd:10:58]*

### **3.2. Resultados del constructo según la dimensión de relación de ayuda.**

La bibliografía a la que se ha hecho referencia a lo largo de esta investigación vincula la relación de ayuda con múltiples factores a tener en cuenta a la hora de su establecimiento pudiendo estas ser variables favorecedoras o convertirse en obstáculos. A continuación, reflejamos los códigos que se conectan con esta dimensión siguiendo la estructura de Atlas.ti.



### Figura 23

*Códigos de citas vinculadas a la dimensión de la relación de ayuda en la visita domiciliaria*

Actuaciones dentro de la casa {32-0}~  
Autoconocimiento {22-0}  
Compartir el Propósito {26-2}  
Cultura {12-0}  
Distancia / Cercanía {20-0}~  
Emociones-Sentimientos {60-1}~  
Empatía {23-0}  
Espacio de seguridad {43-0}~  
Relación de Ayuda {70-9}~  
Respeto de los ritmos {28-1}  
Vínculo {33-1}~

#### **3.2.1. Relación de ayuda.**

Este código es a la vez una de las dimensiones propuestas dentro de la investigación por la gran relevancia que ocupa desde los primeros textos de la revisión bibliográfica y que posteriormente se corrobora con los testimonios de los profesionales al narrar sus experiencias en las visitas a domicilio tan ligadas a la relación de ayuda. Se exponen tres citas que sirven como introducción para comprender la relevancia que tiene esta técnica dentro de la intervención social domiciliaria y destacamos lo siguiente:

- Se vincula el hecho de estar dentro del espacio privado de la persona como un elemento que facilita la conexión y por tanto el establecimiento de la relación de ayuda.
- El hecho de estar en un espacio personal hace que sea más fácil exponer emociones y sentimientos porque se pueden utilizar objetos que evocan recuerdos y que pueden ser compartidos entre la persona usuaria y el profesional y esto favorece que se dé la relación de ayuda.
- La gestión de los recursos lleva al trabajador social a situarse en el contexto de control para velar por su correcta aplicación lo que dificulta el establecimiento de la relación de ayuda.

*... hacer la visita a domicilio, entonces ves su realidad, ves sus necesidades y encima te encuentras que no tienes un despacho, es decir, que estás en su medio, que eso hace que conectes totalmente, ahí se establece la relación de ayuda.*

*Porque ahí ya no tienes ese estatus de profesional, se da la relación de ayuda, y es que le estás ayudando iya! [Et\_Alc\_Edu:10:38]*

*... te abren su casa y el clima es más distendido, se establece una relación de confianza ellos, te están enseñando, pues eso, su intimidad su manera de vivir, sus cosas, sus recuerdos; entonces sí que afecta un montón y se establece una buena relación interpersonal además de información. [Ra\_Alc\_Snd:55:10]*

*Lo fundamental que nos diferencia es que, por ejemplo, nosotros no tenemos recursos como PEIs (ayudas). Los recursos no los manejamos nosotros como tal, entonces a la hora de, yo hablo desde sanidad porque es lo que conozco, a la hora de establecer una relación de ayuda, esto es facilitador en contra de servicios sociales. El hecho de no tener nosotros ese control sobre los recursos estamos preguntando es que se acaba de conectar sí y desde donde consideramos que es más sencillo o más difícil el poder establecer una relación de ayuda si desde servicios sociales educación o sanidad. [Ra\_Alc\_Snd:20:07]*

A continuación, se van exponiendo y ejemplificando los diferentes factores que intervienen en la relación de ayuda.

### **3.2.3. Emociones y sentimientos.**

En las entrevistas con las personas y familias desde el establecimiento de una relación de ayuda está más que demostrado y en la bibliografía hemos dado buena cuenta de ello, que se ponen de manifiesto las emociones y sentimientos que se generan en el sistema relacional. En los grupos focales, aparecen estos sentimientos contextualizados en las visitas a domicilio: algunas profesionales hablan de inseguridad, tensión, incomodidad por el contexto, frustración, vulnerabilidad, tristeza, ..., y también en muchas ocasiones en todos los grupos se han sentido bien, exponemos algunas citas para ilustrarlo:

*¿Si nos hemos sentido más inseguros? Pues sí, un poquito. Lo haces, pero luego te planteas: voy sola. A veces te metes en un entorno lleno de ... y tiras para adelante. [Et\_Alc\_Snd:1:23:27]*

*... en algunos momentos te ha generado tanta tensión y una predisposición a enfrentarte en la entrevista ya que esos entornos pueden condicionar de algún modo tu manera de ... y luego la ubicación, muchas veces nos vamos alegremente y no decimos a dónde vamos. [Es\_Alc\_Edu:9:39]*

*cables muy enganchados, el techo en la casa de estas unifamiliar, el techo de arriba estaba un poco tal, incluso en otra casa pues ..., presencia de roedores*

también es bastante común y me ha hecho sentir bastante incómoda.  
[Es\_Alc\_Ss.Ss.:11:10]

... esos casos en los que has trabajado como un desgraciado, donde las intervenciones que has llevado sobre las escolarizaciones de los niños no han dado resultado, donde te encuentras con los hijos de sus niños, donde esas madres te dicen yo no quiero que mis hijos sean como yo ¿y cómo son? Como ellas.  
[Es\_Alc\_Edu:1:32:40]

Yo me he sentido vulnerable a nivel emocional. ¿En qué sentido? Pues en el sentido de que al constatar la realidad así, claro, porque en el contexto de tu despacho, es muy, es muy aséptico, pero tú te puedes encontrar con situaciones de entrada en servicios sociales que, ..., sobre todo las primeras veces, luego ya te vas haciendo cayo, sobre todo las primeras veces que vas a los domicilios te puedes encontrar con situaciones que te puedes quedar un poco incluso paralizada, o te pueden paralizar, o te pueden intimidar o no sé. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:25:00]

Triste, yo me he sentido a veces muy triste, me he sentido vulnerable porque me he sentido triste, me he sentido dominada por la situación que he visto...  
[Et\_Vlc\_Edu:60:43:03]

... (la visita a domicilio) también es un feedback para nosotros, decir que ..., realmente cuando hay un vínculo, también a nivel profesional tú te sientes, te sientes bien y decir que sabes que estás trabajando bien. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:54:22]

### **Tabla 56**

*Emociones que experimentan las profesionales en las visitas a domicilio*

#### **3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)**

##### **3.2. Dimensión relación de ayuda**

##### **3.2.3. Emociones y sentimientos**

Tipos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inseguridad.</li><li>- Tensión.</li><li>- Incomodidad.</li><li>- Frustración.</li><li>- Vulnerabilidad.</li><li>- Tristeza</li><li>[...]</li><li>- Bienestar.</li></ul>
-------	---

Aunque las trabajadoras sociales son conscientes de la necesidad de gestionar estas situaciones emocionales para poder llevar a cabo una intervención eficaz:

*Salimos de nuestro espacio natural, no estamos ni en nuestra casa, ni estamos con nuestros amigos, ni estamos en nuestro despacho, vamos a un lugar que nos puede agradar o no, vamos a hacer un trabajo que puede ser más fácil o más complicado, pero claro, ahí entra mucho los factores emocionales, y si nosotros no somos capaces de controlar esto, pues, malamente. [Com\_Cs\_Snd:42:35]*

En las visitas el plano personal, ¡vamos! entras de lleno en la intimidad de la de las familias (...), yo creo que sí hay mucho más a nivel afectivo, emocional y personal que en el despacho. [Com\_Vlc:Ss.Ss.:6:30]

Por otra parte, también se señala la parte de las emociones que muestran las personas usuarias en sus propios domicilios y se expresaron opiniones contrarias donde unas profesionales pensaban que en el plano emocional las personas usuarias estaban más cómodas en su domicilio y otras que en el despacho. Extraemos dos ejemplos:

*En el domicilio la gente está más libre, está más, más real, y entonces esto les permite también, pues eso, que emocionalmente pues también sean más naturales, y puedan bueno expresar más cosas y un poco enseñarte cosas que tienen en casa, cosas que han hecho, ... [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:1:13:50]*

*(En el domicilio) pueden sentirse juzgados, pueden sentirse observados, para algo que ellos consideren que no tiene que ser ..., puede que ellos lo permitan, entonces ellos pierden la seguridad aun estando en el domicilio, quizás ellos tienen su cuadro mejor establecido en el despacho. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:57:37]*

Esta última reflexión creó mucho debate en los grupos, ya que incluso se hablaba de no conectar emocionalmente en las intervenciones y por eso se propuso introducir una pregunta en la encuesta en la que los profesionales pudieran expresar dónde consideraban que era más fácil realizar una conexión emocional con las personas usuarias o si procuraban no establecerla.

Los resultados nos devuelven que casi la mitad de las encuestadas entienden que esta *conexión es algo personal, no depende del espacio* (45%), sin embargo, entre las que sí que piensan que el espacio influye, piensan que es más fácil en el *domicilio* con un 34%, frente al *despacho* con un 10% o un 5% que lo

hace en otros espacios como *la calle, paseando, en el parque, ...* Tan solo un 6% procura no conectar emocionalmente.

**Tabla 57**

*Espacios para la conexión emocional*

	N	%
Es indiferente, la conexión es algo personal, no depende del espacio	567	45%
En el domicilio	447	34%
En el Despacho	115	10%
Procuro no conectar emocionalmente	66	6%
En la calle, paseando, en un parque, ...	64	5%
	1259	100%

### 3.2.4. Espacio de seguridad.

En la literatura consultada para analizar la relación de ayuda o la alianza de trabajo se señala el espacio de seguridad como una de las variables a tener en cuenta y de la misma manera también se refleja en los diferentes relatos de los grupos focales. En ocasiones estos relatos hacen alusión al espacio de seguridad de la persona usuaria y en otros a lo que significa el domicilio como espacio seguro o inseguro para el trabajador social. Expondremos algunos de ellos en los que se pueden analizar dentro de este espacio factores facilitadores u obstaculizadores:

**Factor facilitador:** la presentación transparente, equilibrar la relación, uso de técnicas de vinculación, anticipar nuestra visita y el objeto de la misma.

*creo que también depende del objeto de la intervención y de cómo nosotros nos presentemos en el espacio doméstico, así logramos como lo que decíamos antes, trabajar ese espacio positivo con la familia. Creo que la seguridad por parte de la familia será mucho más elástica. [Ra\_Cs\_Snd:1:02:49]*

*Creo que se va reajustando tanto por parte de la familia como por parte del trabajador social, que todos temen un poco por su seguridad, pero luego hay que tratar, que durante la visita domiciliaria se vaya ajustando. Que encontremos un espacio propio con esa familia, que podamos tener ese encuentro que de alguna manera es en su espacio, en el espacio propio de esa familia, encontrando de alguna manera cada uno nuestro lugar. De inicio perdemos un poquito nuestra seguridad. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:1:04:43]*

*la seguridad yo creo que hay que trabajársela, como todo cuando llegas a la casa, y yo seguramente me siento más segura en el despacho que en el domicilio.* [Ra\_Vlc\_Edu:56:28]

*La seguridad de la persona no se rompe, pero sí la privacidad. Yo entiendo que es una intromisión en su espacio, eso es evidente y a nadie le hace gracia, por ejemplo: viene una amiga cuando resulta que yo no tengo la casa arreglada (por decirlo de alguna manera) o lo que sea y no me hace ni pizca de gracia que venga, o sea, está entrando en mi espacio y no me ha avisado, sino yo la hubiera tenido de otra manera.* [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:59:19]

*Hay veces, de cómo preparamos la antesala de ir a hacer esas visitas ¿no? aunque sea de control de alguna manera hay que advertirlo, yo creo que, ... salvo las de sorpresa, sorpresa, que esas también las tengo cogidas con pinzas, porque para eso mandas a la policía, que a esa no le pueden cerrar la puerta. Entonces, cuanto más te lo trabajes mejor, ...* [Es\_Alc\_Ss.Ss.:29:01]

**Factor Obstaculizador:** la percepción de riesgo es el factor que se presenta como el mayor obstáculo para sentir el domicilio como espacio seguro, aunque en todos los grupos focales identifican este factor en la misma medida tanto en el domicilio, como en el despacho; sin embargo, desde lo que sería un espacio seguro emocionalmente hablando, se contempla el domicilio como menos seguro. Por otra parte, está la sensación de incomodidad y todos los sentimientos negativos que hemos reflejado en el apartado anterior y que nos hacen sentir vulnerables.

*Riesgo físico en casos determinados, pero en mi intervención normal, que suelen ser seguimientos, que en vez de hacerlos en el despacho lo haces allí, en principio no más que en el despacho.* [Et\_Vlc\_Snd:60:46:52]

*Muy incómoda, ha habido visitas que me he sentido muy incómoda, porque no podía respirar, porque me ahogaba, porque lo que veía me parecía penoso o porque he visto algún tipo de mirada de algún usuario y tal, que tampoco me ha gustado o no sé, ...* [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:42:40]

*Yo en cuanto a seguridad física, por ejemplo, no, no he tenido, alguna, pero en treinta años de profesión pocas, la verdad, que muy, muy pocas. Sí más en el tema de seguridad emocional, en el sentido de salir muy tocado de alguno, de algún domicilio.* [Ra\_Cs\_Snd:63:18]

... no tengo ningún mal recuerdo de ninguna casa, pero sí que tengo malísimos recuerdos de mi despacho, con lo cual nuestro espacio sería interesante que valoráramos si es seguro o no, porque yo creo que no es seguro.  
[Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:60:22]

### Tabla 58

*Elementos que obstaculizan o facilitan el domicilio como un espacio seguro*

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.2. Dimensión relación de ayuda	
3.2.4. Espacio de seguridad	
Agentes facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser transparente en la presentación.</li> <li>- Equilibrar la relación.</li> <li>- Uso de técnicas de vinculación.</li> <li>- Anticipar nuestra visita.</li> <li>- Explicar el objeto de la visita.</li> </ul>
Agentes obstaculizadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de riesgo.</li> <li>- Sensación de incomodidad.</li> <li>- Sentimientos negativos que nos hacen sentir vulnerables.</li> </ul>

#### 3.2.5. Vínculo.

Al igual que en el apartado anterior, los estudios sobre alianza de ayuda, el vínculo entre la profesional y la persona usuaria o familia es la variable que más influye en el buen establecimiento o no de la relación. De ahí la importancia que cobra este código cuando aparece en las narraciones de las y los profesionales.

Exponemos a continuación los datos del análisis cuantitativo y a continuación expondremos citas sobre estos términos que se reflejan en las transcripciones de los discursos cualitativos de los grupos focales.

La siguiente tabla nos muestra cómo el 66% de las encuestadas entiende lo necesario de establecer un vínculo con la persona usuaria o la familia a la que visitamos *por su visión técnica y humana del trabajo social*, el 23% solo se preocupa por ello *si va a trabajar una temporada con la familia*, el 6% está dentro de ese porcentaje que sabe que es preciso, que *le gustaría, pero que no lo hace por circunstancias diversas*; el 3% reconoce que *no tiene tiempo para hacerlo* y el 2% no lo hace porque sus visitas son para *trámites burocráticos/administrativos*.

**Tabla 59**

*Opiniones sobre el establecimiento del vínculo de confianza en las visitas a domicilio*

	N	%
Sí, por mi visión técnica y humana del TS	837	66%
Sí, si voy a trabajar una temporada con la familia	285	23%
Me gustaría, pero no lo hago por circunstancias diversas	79	6%
No, porque precisa tiempo del que no dispongo	36	3%
No, suelo visitar para trámites burocráticos/administrativos	22	2%
	1259	100%

En relación con las citas de los grupos el vínculo aparece de diferentes maneras como: la elección del momento idóneo para establecerlo, la diferencia entre despacho y domicilio, su relación con el propósito de cambio, la importancia de explicar nuestra presencia, flexibilizar nuestra intervención o interactuar con todos los miembros de la familia, incluido menores si hay en el domicilio.

*... si de entrada ves que la cosa no la puedes manejar y demás, mejor dejamos para otro momento antes de meterte, ..., si ves a la familia en esa actitud defensiva en esa primera visita, además si es por un tema muy grave, pues únicamente que te vean la cara. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:51:45]*

*Hay relaciones que han pasado a ser más profundas, en el sentido de que a lo mejor la persona, porque por parte de la persona me encuadraba como la trabajadora social que está en el despacho y en la casa, al ser a ser otro sistema de posicionamiento, de relación; la relación pasa a otro lado o incluso más honesta en la mayoría. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:1:02:37]*

*Para transformar, si hay cosas, que hay que modificar, primero se tienen que sentir que tú lo aceptas, porque creo que a partir de ahí es cuando puedes empezar a introducir modificaciones, de la otra manera si se sienten fiscalizados, ... [Es\_Alc\_Ss.Ss.:31:05]*

*... el cómo se resuelva este primer contacto, (el cómo) se inicie la relación, influye mucho en cómo se va a continuar o si se va a conseguir un objetivo positivo de cara a establecer un buen vínculo para la relación de ayuda. Muchas veces nos presentamos y nos ven como un ataque y en el momento en que se explica los motivos o lo que sea de alguna manera, la familia se muestra más, más accesible. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:3:26]*



*... si no eres flexible y te adaptas a lo que te vayas a ir encontrando, y que te plantea la familia, sobre todo, difícilmente se va a establecer un vínculo ...*  
[Ra\_Alc\_Ss.Ss.:12:04]

*... cuando entró en un domicilio, sobre todo si hay chavales, si hay menores en casa sí que intento, ..., no diría alianza, pero sí ganármelos un poco ¿me entendéis lo que quiero decir? ...* [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:14:00]

## **Tabla 60**

### *Elementos determinantes en el establecimiento del vínculo*

#### 3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)

#### 3.2. Dimensión relación de ayuda

#### 3.2.5. Vínculo

Elementos  
determinantes

- Elección del momento idóneo para establecerlo.
- Relacionarlo con el propósito de cambio.
- Importancia de explicar nuestra presencia.
- Flexibilizar nuestra intervención.
- Actuar con todos los miembros de la familia, incluido menores si hubiese en el domicilio.

#### 3.2.6. Actuaciones dentro de la casa.

En este apartado hablaremos de determinadas actuaciones que realizamos en las visitas a domicilio, pero únicamente de aquellas que influyen en el establecimiento de la relación de ayuda, ya que en el apartado de metodología se dará cuenta de las restantes.

Estas pequeñas actuaciones intentan crear el clima necesario para que pueda darse el vínculo del que acabamos de hablar, dejar fluir las emociones y sentimientos en un espacio de seguridad creando las mejores condiciones para favorecer el establecimiento de la relación de ayuda.

Podemos encontrar en los discursos de las profesionales las recomendaciones que hacen a las familias en cuanto a mejorar el espacio sonoro, buscar una posición confortable para mantener la entrevista o involucrar a los miembros de la familia que están en casa en ese momento:

*Hay situaciones, que tienes que recomendar que apaguen la tele porque es un medio que tienen tan integrado, ..., que les hace compañía, y sobre todo con personas que tienen problemas cognitivos y tienen dificultad a la hora de recibir tantos estímulos, entonces tienes que pedir que apaguen la tele, y son situaciones que, ..., cortan el discurso de la persona que estás entrevistando ...*  
[Es\_Cs\_Ss.Ss.:16:04]

*Yo, por ejemplo, yo me siento mucho, para darle cierta confortabilidad a la entrevista, sí que me siento mucho, incluso en algo jodido, en algo difícil de comunicar, a lo mejor porque el estar de pie es como que a mí me tensa, a mí y a lo mejor lo transmito de esa forma, ... [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:46:00]*

*La visita a domicilio tiene un objetivo y puedes aliarte con la familia en su totalidad o con uno de sus miembros, pero en principio trato de ver ese cuadro, esa impresión que me da. Y ya marco actuaciones con todos, o no con todos, es una cosa como bastante inmediata, o sea no es una cosa que a priori vas determinado es un poco el ejercicio de la práctica, la intuición. [Ra\_vlc\_Edu:6:00]*

## **Tabla 61**

### *Actuaciones que facilitan la relación de ayuda en el domicilio*

#### 3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)

##### 3.2. Dimensión relación de ayuda

##### 3.2.6. Actuaciones dentro de la casa.

Acciones que facilitan la relación de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar fluir las emociones y sentimientos.</li> <li>- Señalar el domicilio como un espacio seguro.</li> <li>- Crear el clima necesario para que se den las condiciones que favorezca la relación de la ayuda:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el espacio sonoro.</li> <li>- Buscar una posición confortable para mantener la entrevista.</li> <li>- Involucrar a los miembros de la familia que estén presentes.</li> </ul> </li> </ul>
---	--

##### **3.2.7. Respeto de los ritmos.**

El respeto de los ritmos ha ocupado gran parte de las reflexiones de los profesionales, aunque siempre desde dos posiciones diferenciadas, una en la que se reconoce que este respeto facilita la relación de ayuda aun en situaciones de riesgo y la otra, que este riesgo no tuviese una declaración de urgencia.

Exponemos algunos ejemplos del respeto de los ritmos como una forma de intervención centrada en la persona, en lo favorecedor que puede ser para una intervención o en acomodar el ritmo de la intervención asegurando el vínculo, se considera contraproducente forzar una visita para la que persona o familia no está preparada.

*Insistencia dentro del respeto ¿vale? insistes, salvo que haya alguna situación que pueda comprometer la vida ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:50:26]*

*el acompañamiento y el respeto a la persona, efectivamente me siento así, y más sobre todo nosotros que trabajamos desde los planes centrados en la persona, la persona situada en el centro, y además elige quién quiere que la acompañe en un proceso de proyecto vital, entonces en ese sentido me considero una afortunada porque efectivamente puedo tener más tiempo, puedo respetar más los tiempos de la persona, puedo hacer un acompañamiento diferente.* [Ra\_Vlc\_Snd:27:18]

*También puede ser que en una primera entrevista te digan que no, pero luego te lo trabajas y con seguimiento y al final, poco a poco, consigues entrar.* [Es\_Alc\_Ss.Ss.:29:27]

*Estoy pensando en una que voy a ir mañana, que siempre he tenido muchas resistencias y que, poco a poco, se van rebajando y me van permitiendo entrar de una forma mucho más confortable, con menos tensión.* [Es\_Alc\_Snd:40:31]

*... volver otro día. Quedamos en otro día, porque hoy no es el momento, hay que respetar también eso.* [Et\_Alc\_Snd:30:10]

*A veces hay que ir un poco más despacio y trabajar un poco más el vínculo, dependiendo de la gravedad, por supuesto.* [Et\_Alc\_Snd:54:35]

## **Tabla 62**

*Elementos a tener en cuenta para adecuar el ritmo de la intervención en la visita domiciliaria*

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.2. Dimensión relación de ayuda	
3.2.7. Respeto de los ritmos	
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El respeto en los ritmos de intervención facilita la relación de ayuda aun en situaciones de riesgo.</li> <li>- Este riesgo no puede tener carácter de urgencia.</li> </ul>
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite una mejor atención centrada en la persona.</li> <li>- Favorece la intervención.</li> <li>- Aseguramos el vínculo.</li> </ul>
Contraproducente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forzar una visita para la que la persona usuaria o familia no está preparada.</li> </ul>

### **3.2.8. Compartir el propósito de la visita con la persona usuaria.**

En estos momentos de la exposición de los resultados se ha señalado en varias ocasiones la importancia de compartir el propósito de la visita con la persona usuaria, aunque de manera transversal. Podemos decir ahora de una manera más concreta que de los resultados se extrae:

- Que forma parte de los principios éticos.
- Favorece el establecimiento de la relación de ayuda.

No obstante, queremos dejar constancia de algunas citas verbalizadas por las profesionales que exponen:

- La importancia que tiene para la familia saber por qué estamos en su domicilio.
- La necesidad que existe de explicar bien el objetivo de la visita.
- Lo fundamental de informar del contexto institucional y profesional de la intervención.

*... y cuando vamos a hacer la visita, ¿estamos seguros de que saben por qué estamos ahí?, ¿la persona sabe qué puede esperar de ti? [Es\_Alc\_Edu:12:01]*

*... quizás me cuesta a veces, cuando creo que no se ha entendido cuál es el objeto de la visita domiciliaria y ahí me entra un conflicto personal conmigo mismo, ... [Com\_Cs\_Snd:60:41:52]*

*... nos encasillan en un contexto de control siempre, hasta que no pasa como dice Mtn de puertas para adentro y no se establece el contexto de intervención, la familia no sabe para qué vas o de qué manera le puedes, le puedes ayudar ... [Ra\_Cs\_Edu:43:33]*

### **3.2.9. Empatía.**

Dentro de este apartado se comentan las citas que tienen correspondencia con la relación de ayuda, ya que la empatía como técnica, se expondrá de manera más exhaustiva al hablar de las competencias profesionales.

En este apartado describiremos cuatro citas que evidencian el testimonio de las profesionales:

- Al referirse al uso de la empatía como forma de acercamiento a la persona o familia usuaria.
- Cómo nos influye la empatía hacia el otro en la relación.
- Cómo la experiencia facilita la conexión desde nuestras propias experiencias.

*Porque al final yo siempre planteo lo de, siempre planteo lo mismo a la persona que tengo enfrente, es decir, "igual que tú ahora mismo estás siendo persona usuaria, también lo soy yo en el día a día, y las realidades que tú tienes las puedo tener yo". [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:42:26]*

*Si te encuentras una situación donde el otro es muy vulnerable, puedes llegarte a sentir como vulnerable. [Et\_Vlc\_Snd:60:45:38]*

*... importancia del contacto físico, la conexión, la empatía que nos vean como elemento de ayuda, con las habilidades a nivel personal que podamos tener a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo. [Com\_Alc\_Ss.Ss.:26:22]*

*Pienso que con el tiempo cuando tú has vivido ciertas circunstancias hace que tú puedas empatizar con esa situación, y que no respondas desde la cabeza, sino que respondas desde otro ámbito y eso creo que es muy importante, también creo que forma parte del proceso. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:60:19:50]*

Esta última cita nos conecta directamente con el siguiente código que versa sobre el autoconocimiento personal del profesional.

### **3.2.10. Autoconocimiento personal.**

Llamamos a este código del autoconocimiento personal porque a lo largo de las reuniones con los grupos focales de una manera u otra los profesionales referían la vinculación de la mejora profesional con el conocimiento personal que sobre ellos mismos tenían con el paso del tiempo y con el aumento de experiencia.

Expresaban cómo factores tales como:

- La gestión emocional y la confianza mejoran las intervenciones profesionales.
- El conocimiento sobre uno mismo ayuda a diferenciar las emociones propias y ajenas.
- La experiencia propia aporta seguridad personal y profesional como ya expresamos con anterioridad.

*... tienes una capacidad de auto confianza como para saber manejar la situación y tienes que tener unas altas dosis de gestión emocional para no quedarte pillado en esa situación. [Com\_Cs\_Snd:44:37]*

*Yo por normal general de entrada me siento incómodo, pero la incomodidad es mía, porque me siento como un invasor, por diferenciarlo, y otra cosa es la incomodidad de la familia, porque ellos entienden que tú vas a ese domicilio porque hay una demanda ... [Com\_Cs\_Snd:1:03:30]*

*Yo sí que siento una evolución ¿no?, en mi a nivel profesional y por supuesto personal, me cuesta diferenciar, sí que es verdad que yo, ... al inicio de mi profesión siempre se me decía que era importante que nos trabajáramos a nivel psicológico*

*para saber hasta dónde podemos conseguir nosotros, podemos acompañar y efectivamente me sometí a un trabajo personal. [Com\_Vlc\_Snd:60:19:00]*

*Creo que es muy importante el momento vital de cada uno, es decir, dependiendo de nuestras experiencias también vamos a ser más o menos flexibles o esos límites van a ir variando, dependiendo una cosa u otra. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:42:12]*

*Me autopercibo con una madurez que no tenía antes y lo que hablaba de los principios de no ser capaz de tocar a la gente, de lo nerviosa que me ponía, de tal, yo creo que ahora los años nos dan una seguridad y unas tablas por la práctica, que entramos con otra soltura a las visitas. [Com\_Alc\_Snd:15:20]*

*En la visita te tienes que revisar, controlar todo tu historial de creencias, vivencias, de estados de ánimo, de tu ciclo de vida y aunque las normalizamos mucho por otro lado, pero sí que es cierto que emocionalmente pueden ser duras. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:29:07]*

### **3.2.11. Distancia/Cercanía.**

Los conceptos de distancia y cercanía se utilizan de diferentes modos en la literatura que aborda la relación de ayuda y de igual manera ocurre en las conversaciones que mantienen los profesionales, a continuación exponemos algunas de ellas y como se puede observar, con significados tan similares y a la vez distintos aunque todas se concretan en la distancia física y emocional que se manifiesta en el despacho y que en la visita se acorta enormemente o en la distancia temporal que precisan algunos casos para enfocar de una manera más efectiva la intervención:

*Establecer la relación desde dentro, en el domicilio de la familia, nos proporciona cercanía a la familia ¿vale? nos proporciona calidez en la relación, creo que también nos puede proporcionar confianza. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:54:07]*

*... desde una posición de despacho que yo soy quien te facilitará hacer las ayudas, quien te facilita los impresos, quien te informa y tal, sí que creo que se es un poquito más estricto, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:42:44]*

*... nos permite acercarnos más a la realidad de la persona y el cómo vive esa persona su realidad, entonces sí que nos permite un mayor acercamiento, ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:10:00]*

*... si no es muy obligado continuar, pues dejar un tiempo, sí justo a tiempo, muchas veces lo prefiero, es importante también tener en cuenta para conseguir*

*el establecimiento de la relación de ayuda que sea un momento también ...*  
[Ra\_Alc\_Ss.Ss.:40:13]

### **3.2.12. Cultura.**

El factor cultura aparece en la bibliografía en el sentido de la competencia cultural que los profesionales del trabajo social deben tener refiriéndose sobre todo al trato con personas migradas para el establecimiento de la relación de ayuda.

*Tratando de que vean que controlo esos valores suyos, que los respeto y tratándolos como algo diverso, fundamentalmente. Que se vea el respeto, aunque haya cosas que no entienda. Que te expliquen cosas, que vean que te llama la atención, que tienes un desconocimiento, pero tienes un interés.*  
[Es\_Alc\_Edu:1:23:23]

*Yo me hago el mismo croquis que para cualquier visita, ara qué voy, para qué necesito que vengas, pero la manera de sentirte a gusto en ese momento dado intentar, ...en los casos de los árabes con el té, que sabes que no te entra ni de coña (el té y las pastas), pero sabes que te han preparado la platería esa con los pasteles que al final te los vas a llevar en el bolsillo por no hacerles un feo. Yo he ido a visitar a muchas familias árabes y te sacan porque es una tradición, y toda esa serie de cosas, tienes que hacer ver que valoras ese tipo de intereses.*  
[Es\_Alc\_Edu:1:23:23]

*... me costaba muchísimo era el tema de la interculturalidad, cuando hacía las visitas al domicilio para los informes de extranjería, pues yo iba contrarreloj porque tenía que hacer muchas visitas en un día, y ellos siempre con el té con las pastas, el querer invitarte..., entonces el agradecérselo, reconocérselo, el..., siempre lo he cuidado mucho para que no se sintieran ofendidos e incluso pues eso, que tenía que ir a otras casas pero no, no me siento contenta de cómo lo gestionaba porque sé que no terminaba de dejar un buen sabor de boca.*  
[Com\_Cs\_Ss.Ss.:60:43:02]

*Yo no sé hasta qué punto, podemos ser capaces de entender o empatizar porque son vivencias muy, muy diferentes a nosotros, entonces también yo creo que tenemos que hacer como una especie de acto de fe o algo así ...*  
[Com\_Vlc\_Ss.Ss.:58:54]

### Tabla 63

#### *Elementos para el establecimiento de una buena relación de ayuda en visitas a personas de otras culturas*

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.2. Dimensión relación de ayuda	
3.2.13. Cultura	
Conductores para el establecimiento de una buena relación de ayuda en visitas a personas de otras culturas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Respeto hacia los valores culturales diversos, aunque no haya un entendimiento de ellos.</li><li>- Interés real por su cultura.</li><li>- Programar las visitas con el tiempo suficiente que se precise para respetar los ritmos de vinculación.</li><li>- Reconocer y agradecer sus gestos de hospitalidad.</li><li>- Mostrar interés por sus historias de vida.</li></ul>

Aunque también cobra otro sentido en los grupos de discusión la cultura como conjunto de creencias, valores, mitos y tradiciones arraigadas en nuestro país. Vemos dos ejemplos:

*Y también, aparte ya dependiendo de qué cultura sea, haciendo la misma visita ella (compañera) y yo, va a ser diferente. porque yo voy a plantear una misma cosa que a lo mejor puede plantear ella, y a mí me lo van a rebotar de una forma y a ella se lo van a rebotar de otra forma. Por el simple hecho de ser hombre y de ser mujer, ya está, no hay mayor diferencia. A lo mejor dices, "pues a mí esto me ha funcionado", y es porque yo qué sé, o a la inversa también, es decir, muchas veces a lo mejor una mujer mayor tiene mayor contacto con ella que conmigo, porque conmigo es mucho más pudorosa, todo lo que es relativa a la dependencia, las mujeres son mucho más pudorosas. Cuando yo tengo que hablar de si se limpian bien el culo, o no se lo limpian, claro, una mujer mayor a ella se lo va a poder tratar mucho más relajada que conmigo, conmigo les entra la risa floja muchas veces. Entonces sí que claro, la cultura es importante.*  
[Esp\_Vlc\_Ss.Ss.:1:13:42]

*Por ejemplo, con renta valenciana se hizo una entrevista para una oportunidad de formación y diciendo, "no, es que mi marido... yo estoy cuidando, estoy cuidando de mi hija y mi marido pues va buscando chatarra, y un curso de cajera, mi marido...-bueno, lo puedes hacer tú y que tu marido cuide...-", ...*  
[Es\_Vlc\_Ss.Ss.:60:16:23]

### **3.3. Resultados del constructo según la dimensión del espacio.**

La dimensión del espacio dentro de la visita a domicilio alberga conceptos físicos de la propia vivienda, aunque también del contexto próximo en el que se

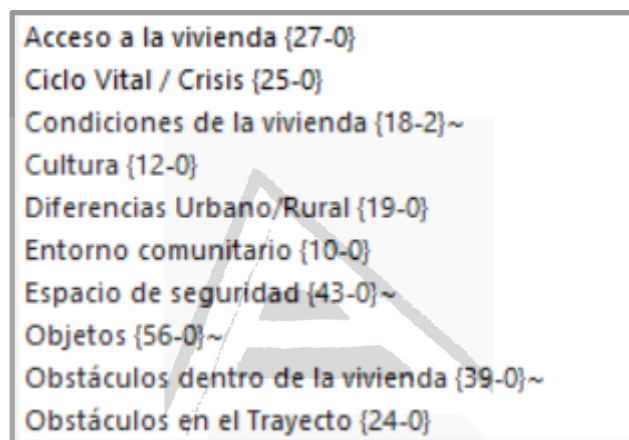


encuentra ubicada con sus obstáculos y sus recursos y las diferencias entre la visita en un espacio urbano o rural. Se expondrán también las dificultades físicas que se observan en el acceso y en la vivienda, así como los pequeños objetos llenos de recuerdos y significados.

Para poder hacer este recorrido, nos valdremos de los códigos que aparecen relacionados en la figura siguiente.

### **Figura 24**

*Códigos de citas vinculadas a la dimensión del espacio en la visita domiciliaria*



#### **3.3.1. Objetos.**

Los domicilios están repletos de objetos que las profesionales observan y utilizan, en su mayoría, para poder crear historias relacionales entre los miembros de la familia, presentes y pasados, bien entre ellos, con otras personas o con elementos que se encuentran en la vivienda.

Expondremos las citas después de mostrar los resultados de la encuesta que refleja los objetos elegidos por los profesionales encuestados en una pregunta con multirespuesta.

En el objeto que más se fijan las personas encuestadas y que utilizan para realizar preguntas relacionales son las fotografías con un 24%, los alimentos ocupan un 13%, muy seguido de los objetos culturales que cuenta con un 10%, a continuación se sitúan con el mismo porcentaje los libros y las fotos con velas y/o flores (6%), al igual que también obtienen el mismo porcentaje de 5% las plantas o títulos académicos, son menos los que se fijan en utensilios de cocina o trofeos (3%) o materiales coleccionables (2%).

Se tiene que destacar que el segundo porcentaje más elevado es precisamente la antítesis de la pregunta, con un 15% sitúan los encuestados la ausencia de objetos como algo que les llama la atención y sobre lo que preguntar y un 8% señala que no utiliza los objetos de manera relacional.

**Tabla 64**

*Porcentaje de uso o no de objetos para realizar preguntas relacionales*

	N	%
Fotografías	861	24%
Ausencia de objetos	540	15%
Alimentos	460	13%
Objetos culturales o folklóricos (tapetes, bandejas con tetera, matrioskas, ...)	381	10%
No utilizo los objetos con ese fin	282	8%
Libros	226	6%
Fotos con velas y/o flores	207	6%
Plantas	187	5%
Títulos académicos	176	5%
Utensilios de cocina	114	3%
Trofeos	110	3%
Material coleccionable	89	2%
	3633	100%

Si bien en la tabla de arriba se nombran los objetos más comunes que han sido nombrados en los grupos focales, no queremos dejar de mostrar otros que también han sido mencionados, aunque con menor prevalencia: diferencias en los objetos dependiendo de la cultura o de la edad de las personas que habitan la casa, si hay teléfono por el recurso de teleasistencia, restos de alimentos de la noche anterior, posters, revistas, DVDs, botellas de alcohol, objetos que entrañen peligro para los niños, televisión (número y tamaño), ...

*Cuando voy a un domicilio de una persona árabe siempre tienen un libro del Corán y si vas a casa de un abuelete de toda la vida te encuentras con una foto de San Pascual, o un Cristo y, sin embargo, cuando vas a domicilios donde la gente es más joven es diferente. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:35:25]*

*... hay cosas de la casa que es el teléfono por si hay que poner teleasistencia. Importante, muy importante [...] ... el microondas también para el menjar a casa ... [Es\_Vlc\_Snd:1:01:05]*

*Y otras (mesas) que te dicen lo mucho que se relacionan, porque están llenas de pipas, de restos de tal y de cual, de que han estado toda la noche muy a gusto ahí, viendo la tele, todos juntos, y todo sucio. [Es\_Alc\_Edu:20:34]*

*los mensajes que haya, en los posters, en los cuadros, en lo que tengan pueden tener connotaciones políticas, pacifistas, ..., que sé yo, te da muchas pistas, revistas si existen, o los DVD, ... [Es\_Alc\_Edu:23:29]*

*Yo me fijo en las botellas de alcohol que estén a la vista o esas que están relacionadas con la seguridad de los críos, de los menores, algo que puede ser peligroso para los niños y no le dan importancia en un principio, como la altura del balcón, ... ese tipo de cosas, ..., lo de las botellas me llama mucho la atención porque además me doy cuenta que cuando hago una visita conjunta, solamente me doy cuenta yo. "¿No has visto las botellas? ¿No?, pues es que además no había una, había como diez (risas)". Porque además, si las tienes en un armario, parece una cosa ocasional. Eso es la licorería, lo sé, pero si las tienes ahí a la vista, etc. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:25:00]*

*Yo me fijo mucho también en los muebles, a ver, de alguna manera me indica el grado de cuidado que tienen en su casa. [Es\_Cs\_Snd:43:00]*

*El tamaño de la tele también es importante muchas veces, hay una tele en la cocina, en las habitaciones, ... En la última visita que hice el niño tenía cinco años y ya tenía una tele en su habitación. [Es\_Cs\_Snd:47:27]*

La visión de estos objetos no es mera observación, también hay un análisis detrás de todos ellos que según los trabajadores sociales de los grupos focales se podría resumir en la construcción de historias relacionales de la familia: fotografías, sillas, camas, objetos de hobbies, ...

*... fotos a los niños muertos y demás, los abuelos me lo llegaron a comentar porque a mí eso me tocó, me sorprendió muchísimo. Pero ¡claro! Lo tenían ahí expuesto de por vida. [Esp\_Alc\_Ss.Ss.:25:00]*

*... las fotos que están ahí expuestas te sirven para hacerte un genograma. Si vas a casas de mayores y vas preguntando, directamente te van explicando y te hacen la planilla de cómo se llevan, porque conforme te van explicando, les notas quiénes son los preferidos, y quiénes son ... [Esp\_Alc\_Ss.Ss.:25:50]*

*El número de sillas, por ejemplo, el otro día fui a una vivienda que eran ocho chavales y el matrimonio, y solo había tres sillas. Mi pregunta siguiente es, ¿dónde comen? Entonces entendí que sí, que cada uno come a turnos, o de pie. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:45:20]*

*Objetos que tengan que ver con hobbies de algunos de los miembros. A qué se dedica más atención y cuánto uso hace esa persona de ese hobby en detrimento de lo que es la atención del entorno. [Es\_Cs\_Snd:50:55]*

### 3.3.2. Espacio de seguridad.

Como ya se ha mencionado en el punto de la relación de ayuda, el espacio tiene una doble vertiente: espacio de residencia para la persona usuaria o familia y espacio profesional para el trabajador social, y a su vez este espacio puede tener un carácter seguro o inseguro, tanto para unos como para los otros.

A continuación, presentamos diferentes testimonios que sí que consideran que la vivienda es un espacio seguro para las personas usuarias, y lo señalan especialmente adecuado para las entrevistas con los niños:

*Cuando vas al domicilio la persona usuaria, persona solicitante es quien está más seguro ¿de acuerdo? y de hecho es quien te invita a entrar, es quien te deja pasar a su espacio, quién te dice, quién te dice que te sientes, me refiero; tú después dentro de esa incomodidad buscas cierta seguridad [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:53:42]*

*Si tú entras y respetas el proceso de entrada, creo que no se debería de sentir la familia con esa... afectada esa seguridad que le da su casa. Si tú le muestras respeto en todo lo que ..., pero incluso con gestos y demás, ¿no? la habla, el lenguaje gestual, a veces también es muy importante cuidarlo cuando estábamos sobre todo en el ámbito suyo en un momento dado y la seguridad nuestra (...) yo me siento a gusto en las entrevistas. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:49:09]*

*Como factor protector para el niño, porque él se siente muy a gusto ahí, es su entorno conocido, pero es que los niños, más que con la casa es con la familia. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:17:40]*

La gran mayoría de las narraciones de las trabajadoras sociales señalan la visita como un espacio profesional seguro:

*Yo tampoco me siento especialmente insegura, a no ser que sea una cosa muy, muy heavy no, pero ... porque sí que pueden haber situaciones violentas, pero sino es una cosa muy dura, yo no me siento normalmente insegura en los domicilios. [Ra\_Alc\_Snd.:50:18]*

*... a veces tienes más seguridad estando con la familia en su propio ambiente que en un despacho, no sé me sale estar más, más, más cordial te puedes acercar, te puedes mover de otra forma, es diferente. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:1:01:30]*

En menor medida, también se habla del sentimiento de inseguridad por parte del trabajador social y las diferentes medidas de protección que se adoptan como acudir a la visita acompañada de otra profesional o de la policía:

*puede que esté la persona más insegura pero no lo estará tanto como el profesional en el domicilio y a la inversa me refiero en el despacho, tú te sientes más seguro 54:40 que una persona que vaya a contar su historia [Et\_Alc\_Ss.Ss.:54:27]*

*Normalmente si son visitas que pueden ser complicadas y demás, nosotros las hacemos con otra compañera. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:24:30]*

*... sí, incluso pedir acompañamiento policial en situaciones muy extremas [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:24:07]*

Dentro del constructo de la visita, cabe saber también dentro de esta dimensión del espacio la consideración que les merece según su experiencia, por lo que se preguntó si habían sufrido algún tipo de agresión y estas fueron las respuestas: del 59,3% de los participantes que han sufrido agresiones, 40% de ellas solo las han sido en el despacho, frente a 5,6% que sólo las han sufrido en una visita a domicilio. Este porcentaje aumenta porque hay un 7,9% que las han sufrido en el despacho y en la visita y un 1,1% que las ha sufrido en el despacho y en otro espacio.

**Tabla 65**

*Agresiones sufridas por los trabajadores sociales en el ejercicio de la profesión*

	N	%
Despacho	503	40,0%
Visita	70	5,6%
Despacho y visita	100	7,9%
Otro espacio	39	3,1%
Despacho y otro ...	14	1,1%
Varios espacios	20	1,6%
Nuna he sufrido una agresión	513	40,7%
Total	1259	100%

Esta estadística se repite al contrastar los resultados por contextos, los porcentajes más altos nos vienen a indicar que de los profesionales que las han sufrido agresiones, ha sido mayoritariamente en el despacho (servicios sociales 40,6%, sanidad 39,6% y educación 33,3%), con independencia de si pertenecen a servicios sociales, sanidad o educación, frente a valores muy inferiores con respecto a las sufridas en las visitas a domicilio o en otros espacios.

El porcentaje de personas que no han sufrido agresiones en ningún espacio oscila entre el 43,2% en sanidad, el 39,9% en servicios sociales y el 39,7% en educación.

**Tabla 66**

*Agresiones sufridas por los trabajadores sociales en el ejercicio de la profesión dividida por contextos*

	Servicios Sociales		Sanidad		Educación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca he sufrido agresión	345	39,9%	143	43,2%	25	39,7%	513	40,7%
Varios espacios	16	1,8%	4	1,2%	0	0,0%	20	1,6%
Despacho y otro espacio	11	1,3%	2	0,6%	1	1,6%	14	1,1%
Agresión Otro espacio	29	3,4%	10	3,0%	0	0,0%	39	3,1%
Despacho y visita	67	7,7%	24	7,3%	9	14,3%	100	7,9%
Visita	46	5,3%	17	5,1%	7	11,1%	70	5,6%
Despacho	351	40,6%	131	39,6%	21	33,3%	503	40,0%
Total	865	100,0%	331	100,0%	63	100,0%	1259	100,0%

Dado que hay un 23% de casillas con valores inferiores a 5, reagrupamos las dimensiones de las agresiones para poder estudiarlas en una sola llamada *en otro espacio*.

El recuento de casillas podemos considerarlos óptimo al no tener más que un 13,3% de casillas con valores inferiores a 5 y la Chi-cuadrado arroja un valor de 11,71 y un *p valor* de 0,164, por tanto mayor que 0,05 lo que nos hace rechazar la hipótesis de trabajo y aceptar la hipótesis nula de que no hay diferencias entre los contextos institucionales comparados en cuanto porcentajes de agresiones y siendo estas mayores para los tres contextos en los despachos, muy por encima de en las visitas.

**Tabla 67**

*Prueba Chi-cuadrado para comprobar si existen diferencias en cuanto a las agresiones sufridas por contextos*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,714 <sup>a</sup>	8	,164
Razón de verosimilitud	11,143	8	,194
Asociación lineal por lineal	,245	1	,621
N de casos válidos	1259		

<sup>a</sup>. 2 casillas (13,3%) han esperado un recuento menor que

5. El recuento mínimo esperado es 3,50.

En relación con las agresiones sufridas según el sexo, a continuación, exponemos una tabla en donde  $N = 1252$  dado que solo se calcularán las respuestas de hombres y mujeres y así no superar el 20% de casillas inferiores a 5.

En la tabla se puede observar que el 63% de los hombres y el 58,8% de las mujeres dicen haber sufrido alguna agresión en algún momento de su desempeño laboral como trabajador social. El espacio en el que más agresiones se han registrado ha sido en el despacho y se han producido hacia los hombres, sin embargo, en las visitas el porcentaje de las agresiones en las mujeres (5,8%), aun siendo un porcentaje poco significativo, representan casi el doble de las sufridas por los hombres (3%).

Dado que la prueba de Chi-cuadrado tiene un resultado de  $p\text{ valor} = 0,132$  y la  $V$  de Cramer un valor de 0,075, podemos concluir que no hay prueba evidente que nos lleve a rechazar la hipótesis nula y que no existe relación entre la variable sexo y el hecho de haber sufrido una agresión.

**Tabla 68***Porcentajes de las agresiones sufridas por espacios y sexos*

		Hombre	Mujer	Total
Despacho	Recuento	45	453	498
	%	<b>45,0%</b>	39,3%	39,8%
En el despacho y en la visita	Recuento	5	95	100
	%	5,0%	<b>8,2%</b>	8,0%
En la visita	Recuento	3	67	70
	%	3,0%	<b>5,8%</b>	5,6%
En otro espacio	Recuento	10	62	72
	%	<b>10,0%</b>	5,4%	5,8%
Nunca ha sufrido una agresión	Recuento	37	475	512
	%	37,0%	<b>41,2%</b>	40,9%
Total	Recuento	100	1152	1252
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**3.3.3. Obstáculos dentro de la vivienda.**

En la discusión con los grupos focales se insinuó que siguiendo la literatura sobre las visitas domiciliarias se narraba por parte de los trabajadores sociales, que una vez dentro de la casa, tenían que armonizar las entrevistas con diferentes obstáculos. A partir de ahí, comenzaron a enumerar una serie de obstáculos que se fueron recogiendo en las siguientes citas y sirvieron para poder establecer las respuestas de la encuesta. Estos son los resultados:

*A veces te encuentras el sonido de la televisión muy alto o los niños también por ahí, es típico estas cosas, e intento plantear cosas que sirvan para eliminar esos obstáculos de la comunicación para poder establecer un clima en el que nos podamos escuchar. A veces es posible y otras veces no. [Es\_Alc\_Snd:35:00]*

*... el que haya animales, animales estamos hablando de perros de presa, y de alguna manera decir, "por favor, puedes meter al perro", "no pasa nada", "¡ya! pero es cosa mía, no es del perro". Y decir, por aquí sí que no. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:38:11]*

*... un impedimento es cuando toco y oigo ladridos porque abre la puerta y el perro se te tira y entonces, eso me pone fatal. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:7:33]*

*... tengo mucho extranjero, el 45 por ciento de mis casos de dependencia son extranjeros y sigue subiendo, tengo muchos, muchos y tengo muchas dificultades con el idioma, con temas legales, ... [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:14:06]*



*Yo por ejemplo lo que sí intento es que no utilicen a los niños como traductor ¿vale? yo en eso soy muy rigurosa, porque los han utilizado un montón. Los están utilizando, ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:50:27]*

*... las condiciones de higiene en general y demás, como que también te entran ..., hasta cierto punto. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:18:48]*

*Los olores para mí son determinantes para la entrevista, a mí me pueden influir mucho, el olor me puede condicionar la duración de la entrevista, me puede con todo, es verdad, soy muy vulnerable. [Es\_Alc\_Edu:14:13]*

*... en algunos pacientes nuestros que fuman, y fuman mucho por lo que supone en sí la enfermedad, cuando llegas a su cuarto a veces puedes ni... La casa super bien pero el cuarto, abres la puerta y ya lo miras desde fuera, no, no puedes entrar por el tema del tabaco. [Es\_Vlc\_Snd:11:19]*

*Cuando hay más gente de las que yo esperaba, me cuesta más centrarme, pero tampoco puedo decir "mire usted, que se vaya a la calle", y ahí yo es cuando más me cuesta con las interferencias. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:34:08]*

*Hay ciertas cosas en la carrera que sabes que nosotros no podemos traspasar, necesitamos apoyo y necesitamos otros profesionales para, para trabajar bien un tema intercultural. [Com\_Vlc\_Edu:57:33]*

*Cuando vas a casa, a viviendas que son de Diógenes, ahí hay obstáculos físicos, y bueno también la persona claro, si está en una situación de deterioro pues tampoco hay comunicación. [Es\_Vlc\_Snd:12:13]*

*Yo me acuerdo de una entrevista que incluso había obstáculos físicos en el salón donde estábamos, estaba todo lleno de camas y teníamos que, ..., y de repente empezó a levantarse gente, teníamos que saltar, ... a veces se han dado situaciones, así como muy dantescas, no es lo general, pero sí, y luego los roedores, las condiciones, las cucarachas, ... [Es\_Alc\_Snd:13:22]*

*La ventilación también es muy importante, que haya ventanas, que no sean habitaciones interiores, ¿vale? que entre luz natural, la luz natural. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:59:46]*

*A mí se va, yo cuando veo cucarachas, ya se me va a la visita el aire y ya me centro solamente, exclusivamente en eso, y ya se me olvida el objetivo y se me olvida todo. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:11:50]*

Un 92% de los encuestados identifican algún obstáculo dentro de los domicilios que visitan y coincidiendo con los grupos focales los electrodomésticos como la televisión o la radio con el sonido muy alto son los que más incomodan a la hora de hacer la entrevista en el domicilio con un 17% de las respuestas, los animales que se perciben como un obstáculo se encuentra en segundo lugar con

un 12%, al igual que los problemas de comunicación tales como desconocimiento del idioma, problemas de entendimiento, auditivos, ... El exceso de suciedad también incomoda, pero casi en la misma medida que los olores desagradables o el hecho de que haya otras personas en el domicilio, cada uno de estos obstáculos obtienen un 11% de respuestas. En menor medida se señalan factores culturales, étnicos, obstáculos físicos, oscuridad excesiva o presencia de cucarachas, ratas o insectos, acumulando un 18% de las respuestas.

**Tabla 69**

*Obstáculos dentro del domicilio*

	N	%
TV, radio, ..., con un volumen muy alto.	580	17%
Animales sueltos que yo percibo como un obstáculo.	439	12%
Problemas de comunicación (desconocimiento del idioma, problemas de entendimiento, limitaciones auditivas, ...)	435	12%
Exceso de suciedad	407	11%
Olor muy desagradable.	406	11%
Otras personas en el domicilio, que yo percibo como obstáculo.	397	11%
No suelo encontrarme obstáculos.	253	8%
Factores culturales, étnicos, ...	205	6%
Obstáculos físicos (cajas, colchones u otros objetos en el suelo,...)	178	5%
Oscuridad excesiva	148	4%
Presencia de cucarachas, ratas, insectos, ...	99	3%
Total (multirespuesta)	3547	100%

### 3.3.4. Acceso a la vivienda.

La visita a domicilio tiene un objetivo general y común que es poder entrar en la vivienda y a partir de ahí, dependiendo de diferentes factores, se desarrolla de una manera u otra, pero este acceso no siempre está garantizado, de hecho, varias veces según las profesionales no se consigue entrar y la entrevista se realiza en el umbral de la casa, el porche o a través de la puerta, aunque añaden que en la mayoría de las casas, se termina entrando:

*Sí, hay visitas a domicilio que a lo mejor no he podido entrar en la casa y me he quedado en el umbral de la casa. [Es\_Cs\_Snd:1:10:06]*

*... en el porche, porque es muy significativo, no porque haya sol, sino porque había un rechazo muy grande a que yo fuera a hacer la visita. [Es\_Cs\_Snd:1:09:55]*

*No hace mucho tuve yo, hace tres semanas, una entrevista a través de la puerta, porque nos abrió abajo, pero no arriba. [Es\_Cs\_Snd:1:10:24]*

*Tardaremos más o menos, pero al final raro es el caso que no te permitan el acceso. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:52:18]*

### **3.3.5. Ciclo vital/Crisis.**

Los trabajadores sociales realizan visitas domiciliarias a las personas o familias en ciclos de vida diferentes que en muchas ocasiones coinciden con momentos de crisis. Dentro de la observación que hacemos en el espacio, parece inevitable detenerse en el análisis de la adecuación de la vivienda para el ciclo vital en el que se encuentra la persona usuaria o la familia o la situación de crisis.

Destacan principalmente los ciclos de vida de familias con hijos pequeños y/o adolescentes, y familias mayores con edad avanzada que precisa de atención. En cuanto a las crisis se dan principalmente por pérdidas funcionales del día a día (accidentes, enfermedades sobrevenidas, ...) y duelos.

Citaremos algunos datos que se extraen de los grupos focales donde a modo de resumen observan si hay espacios para poder estar toda la familia reunida o si está adaptada a las necesidades físicas de las personas que la habitan (mayores, pequeños, adolescentes o personas con movilidad reducida). También si los espacios permiten la individuación o si los espacios reflejan las ausencias de algún familiar o quedan como una foto fija de los que se fueron:

*Si hay una persona mayor que está pues ..., sentada en el sofá, pues preguntarle ¿qué tal? ¿cómo se encuentra? No sé, ser una persona un poco cercana, ... [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:15:11]*

*Armarios propios, pupitre, buena mesa para el estudio, un lugar de juegos, donde duermen,... [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:60:08]*

*Sí, el otro día hice yo una visita y cuando me abrieron la puerta de la habitación de los críos, me vi un plasmón así (con las manos representa que era grande), puse el grito en el cielo y dije "¿una tele en la habitación de los niños? y ¿gigantesca? ...". [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:1:03:60]*

*Cuando hay niños y no hay ninguna medida de seguridad. Sí que te fijas y es falta de concienciación, también en si hay espacios individuales para ellos, si tienen que compartir, si duermen con los padres, si tienen lo propio para poder estudiar, si tienen libros, el material, si tiene luz o mucho ruido en la casa. [Es\_Alc\_Edu:58:12]*

*En sanidad se refleja mucho la barrera arquitectónica, por ejemplo, entonces sí que valoras esta adecuación al ciclo vital porque son normalmente*

*gente mayor o dependiente o con una discapacidad grande o con un tal ..., entonces sí que valorar esas barreras arquitectónicas con la persona. [Es\_Alc\_Snd:57:16]*

*A veces tienen habitaciones museos, como que se han quedado en la fase previa al nido vacío, que se ha quedado una foto parada o cómo conservan las habitaciones de los hijos adolescentes que no han vuelto. Que igual podrían hacer uso de más espacios para ellos mismos, pero no. Hasta los peluches de cuando eran pequeños. También lo he visto en parejas separadas que han vuelto al domicilio de los padres, a su dormitorio de adolescente, el hijo con los nietos, metidos en ese contexto. Y te chirría, porque ahí el ciclo vital está confundido. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:60:00]*

*Cuando alguno de los cónyuges muere les cuesta mucho deshacerse de los enseres de la persona que se ha ido, No suelen tocar nada de la casa, aunque haya que hacer cambios, Hay una resistencia muy grande a cambiar el entorno. Hay alteres, hasta pasado el tiempo, y no solo de gente mayor, sino también de niños muertos, de pérdidas, sí en general. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:02:18]*

*Lo que sí que me llama la atención es la tolerancia que tenemos a edades tempranas de ese desorden. Aceptamos que haya juguetes, que estén descolocados y simplemente la madre está trabajando para conseguir que la casa esté más o menos limpia. Pero veo que, con los adolescentes, tenemos prejuicios y vemos que, si una habitación está descolocada, es que el problema es de límites y tal, y no entendemos el momento vital, a lo mejor, de los adolescentes, de más desorganización mental, a lo mejor la madre le está pidiendo más autonomía, le está permitiendo que gestione su propio espacio y tal, pero sin embargo en un diagnóstico diríamos: "ahí hay falta de límites". [Es\_Cs\_Edu:1:23:28]*

*El tema de que una parte quiera que desaparezcan las cosas del otro, lo más es en separaciones porque la parte que se queda la vivienda quiere hacer desaparecer los objetos personales de la otra parte.*

*En esas fotos: el tema a lo mejor de grandes fotos de niños que han muerto, que han desaparecido también. Son fotos que se quedan en el lugar. [Es\_Cs\_Ss.Ss.: 1:34:30]*

*Una cosa muy importante, la mesa. ¿Qué mesa hay y dónde está?, en el comedor hay una mesa grande donde toda la familia ¿cabe?, o ¿comen en la cocina en dos turnos? [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:1:00:19]*

*Sobre todo si son personas mayores, si tienen el espacio habilitado en la habitación o más en las zonas comunes. Entonces, ves si esa persona tiene más vida social. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:39:10]*

... en el caso de personas mayores o con cierto grado de discapacidad por la silla de ruedas, si cabe, si los marcos de las puertas son anchos porque hay algunas que no caben, ¿no? [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:1:00:53]

Si hay niños, si hay objetos tipo juguetes en el salón o en las habitaciones, o no hay absolutamente nada que te indique eso. Hay casas en donde en las habitaciones de matrimonio están las camas de los niños, no hay en las habitaciones de los niños a pesar de que hay espacios, pero comparten ese espacio. [Es\_Alc:Ss.Ss.:18:10]

Yo sí que he tenido casos de pérdidas de hijos, y de maridos ¡claro!, sí, eso sí. O sea, de parejas que también es un cambio de verdad en la casa. En la casa, ¿cómo se refleja? Pues hay casos que lo han tirado todo menos las fotos y hay algunos que siguen teniendo la habitación igual del matrimonio, misma estructura y todo igual. Y luego cuando han fallecido niños y tal, lo tenían todo igual, como lo dejó y luego la casa llena de fotos. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:32:00]

## Tabla 70

### Observaciones del espacio habitacional según el ciclo de vida o crisis

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.3. Dimensión del espacio	
3.3.5. Ciclo de vida / Crisis	
Familia con hijos pequeños y/o adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación del espacio: armarios, sitio de estudio, lugar para jugar, luz natural, material de estudio, que no haya mucho ruido, ...</li> <li>- Si hay juguetes en la casa.</li> <li>- Si las camas de los niños están en la habitación de los padres.</li> <li>- Que no haya plataformas digitales en el dormitorio.</li> <li>- Medidas de seguridad en la casa.</li> <li>- Orden o desorden de los objetos personales de los niños o de los adolescentes.</li> <li>- Los espacios de convivencia.</li> </ul>
Persona de edad avanzada que precisa atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirigirse a la persona mayor objeto de la visita.</li> <li>- Que no existan barreras arquitectónicas en el domicilio y en el acceso a este.</li> <li>- Se observan habitaciones museo que no tienen uso, pero tampoco utilizan ellos en su propio beneficio.</li> <li>- Pérdidas de personas queridas reflejadas en enseres u objetos.</li> <li>- Los espacios de convivencia si la persona mayor convive en familia.</li> <li>- Si la persona tiene movilidad reducida, si se fomenta la convivencia o se aísla en una habitación.</li> <li>- Si la persona necesita ayudas técnicas o si la casa está adaptada para su uso.</li> </ul>
Situaciones de crisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la persona necesita ayudas técnicas o si la casa está adaptada para su uso.</li> <li>- Duelos por pérdidas que se reflejan en espacios que en ocasiones recrean altares o habitaciones en las que el tiempo se ha quedado detenido.</li> <li>- Duelos por separación en donde se evidencia la intención de querer borrar la huella de la otra persona.</li> </ul>

### 3.3.6. Obstáculos en el trayecto.

Como se comentó en el marco conceptual al referirnos a la dimensión del espacio, en este estudio se considera el trayecto hasta el domicilio como una parte del espacio público que también merece nuestra atención, por lo que a continuación vamos a exponer los obstáculos que los profesionales encuentran hasta la llegada a la casa y que a su vez se reflejan en los resultados de la encuesta:

*Los timbres, los números de las casas que no corresponden, ..., y aun quedando..., y te toca llamar a... [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:4:05]*

*Problemas físicos como que el timbre, no coinciden los datos con la persona, vas a ver a una viuda y el timbre todavía va al nombre del marido, no están numeradas, y al final no sabes cuál de todos los timbres es (...). Bueno, y con la dispersión geográfica también, hay gente que vive en el campo y no sabes llegar en coche, te tienen que guiar ellos. Normalmente lo que hago es quedar con la persona en el centro, y vamos a su casa. [Es\_Cs\_Snd:9:50]*

*... si son en partidas, partidas de difícil localización a las que tienes que llegar con el GPS, que yo ahora gracias al GPS, porque hasta que esto existía, yo me he perdido mucho. [Es\_Alc\_Snd:6:3]*

*... no constan en ningún sitio, se necesita que te hagan cuarenta planos los antiguos forestales de ahí para enterarte dónde tienes que ir. Yo he llegado a ir a sitios, que no parecía que estuviéramos en el pueblo, ni en la región, ni en el planeta. Y eso te genera mucha dificultad, porque ya te genera mucha ansiedad para llegar. Así que luego para iniciar una buena relación ya vas quemao. [Es\_Alc\_Edu:1:12:55]*

*Las dificultades que encuentro muchas veces, es el tema de identificar la vivienda físicamente porque los números no están descritos, igual que luego se muestran físicamente, incluso a veces compruebas el padrón y encuentras una nomenclatura diferente a la que te dicen y a la que te han señalado en realidad. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:7:23]*

*Hay sitios muy cercanos a núcleos urbanos, que se han ido construyendo de aquella manera, por ejemplo, barrios que se han ido metiendo entre huertos, casas de campo, y hay dificultad muchas veces para encontrarlos. [Es\_Cs\_Snd:8:47]*

*La dispersión geográfica también, porque hay zonas que están muy diseminadas y son de difícil acceso a ellas, y ya no solo el difícil acceso sino el tiempo que empleas en el desplazamiento hasta ellas. [Es\_Cs\_Snd.8:10]*

*Dificultades para mí es la distancia porque [...] para mí eso es un infinito ya. Porque no me gusta hacer visitas en las que yo tengo que coger mi coche particular, por ejemplo, ¿vale?* [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:1:51]

*Con los animales sueltos también nos pasa muchas veces, que no sabes si están vacunados o no, algunos sabemos que no lo están Sí, Pero bueno, eso es la carretera en general, ahora llevamos un mes sin nevar, pero hielo había todos los días en las carreteras.* [Es\_Cs\_Ss.Ss.:11:49]

*... las características del barrio, porque es zona de tráfico, de trapicheo, y te están mirando en cuanto vas por ahí. Tráfico de drogas, venta, menudeo, peleas de gallos,...* [Es\_Vlc\_Edu:5:00]

*"Los pasajes", que te imponían un cierto respeto, también por lo que había allí de gente con problemas serios, de tráfico de drogas, de niños, se hablaba de embarazos, ... en ese momento era bastante problemático tenías que ir acompañada.* [Es\_Alc\_Snd:8:45]

*... hemos tenido que entrar a través de la valla, a través de un hueco que hay, otra visita, dentro del domicilio mucho problema en cuanto a cables enganchados, ...* [Es\_Alc\_Ss.Ss.:7:00]

Los resultados de esta tabla recogen la única discrepancia que se ha observado de manera general entre las aportaciones de los grupos focales y los resultados de la encuesta y nos referimos a la respuesta que dan el 21% de los encuestados que dicen *no encontrar obstáculos en el trayecto de las visitas a domicilio*. En los tres grupos focales todos los participantes hablaron de los muchos obstáculos que se encontraban, pero nadie comentó, ni por contexto institucional, ni por provincia que no se encontraran obstáculos.

No obstante, y dejando ese dato al margen, en las citas sí que se aprecia como obstáculos en mayor medida los timbres que no funcionan, al igual que en la encuesta que los sitúa con un 18%, con el mismo porcentaje que los problemas de ubicación. Distancias y problemas con el desplazamiento lo señalan un 15%, situaciones en las que hay animales sueltos en los accesos aparecen con un 14%. Ya en menor medida las encuestas recogen un 9% las barreras psicológicas o los accesos restringidos con un 3% y las barreras físicas con 2%.

**Tabla 71***Obstáculos en el trayecto al domicilio*

	N	%
No me encuentro obstáculos	407	21%
Timbres que no funcionan	357	18%
Problemas con la ubicación	352	18%
Distancias o problemas con el desplazamiento	302	15%
Animales sueltos	285	14%
Barreras psicológicas: miedo por el contexto, ansiedad, ...	177	9%
Accesos restringidos	55	3%
Barreras físicas: vallas, barrizales, ...	42	2%
Total (multirespuesta)	1977	100%

**3.3.7. Diferencias entre las visitas en espacio urbano o rural.**

Los grupos focales otorgan diferencias a las visitas que se realizan en las zonas urbanas y aquellas que se realizan en las zonas rurales.

Estas diferencias las podemos enumerar de forma general, ya que no se encuentra dentro de las pretensiones del estudio hacerlo de una manera profunda, pero además se dan varios puntos de vista que son contradictorios.

Parece ser que la dispersión geográfica y los animales sueltos, que como ya hemos visto anteriormente, se interpretan como un obstáculo del medio rural. Por contra se consideran elementos facilitadores en este medio, el ser un espacio más amable que el urbano y que invita a mantener mejor la entrevista, aunque no en todos los casos como revelan las citas.

Se señala que la intervención en pueblos pequeños las visitas pueden preservar la intimidad de la persona al no desplazarse al centro social y se puede considerar un factor de protección, pero este mismo hecho puede ser un factor de exposición pública. Sí que hay una coincidencia, y es que los equipos de trabajo cuentan con menos profesionales y el trabajo es más solitario.

*... en lo rural ha sido todavía más cálido todavía, porque es gente que no recibe muchas visitas y entonces cuando va alguien aquello es como, más relajado todavía que lo que pueda ser en la ciudad. Y las visitas allí también eran también más calmadas, más..., te lo tomabas con tiempo; aquí a lo mejor vas más rápido, más como los ritmos de aquí. [Es\_Vlc\_Snd:1:05:40]*

*Fuimos por el Vedat que estaba por allí abandonado en un campo ... sale una persona, un hombre y salen dos perros ladrando, fieras: "vete otra vez a tu despacho", pero como sabía que había que entrar, buscas a la policía. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:17:35]*



*Yo tengo dificultades con, por ejemplo, la calle del Raval, la calle de la Fuente no sigue los números como toca, pero bueno, eso son tres minutos, no más, lo bueno es que todos nos conocemos en los pueblos. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:11:13]*

*Pues mira, en el espacio rural podemos estar en el solecito haciendo la entrevista, es un entorno más propicio para la comunicación. Empiezan a enseñarte sus animales, sus cosas y siempre da juego, en un espacio cerrado cuesta más, depende también del espacio. [Es\_Alc\_Edu:1:06:59]*

*Ayuntamiento de 6.800 habitantes, y desde el principio, la verdad es que en mi planteamiento como la visita a domicilio ha sido siempre una herramienta muy importante, lo introduje, entonces posiblemente yo tengo mi agenda y dentro de mi agenda sé que hay casos que, a lo mejor, en vez de citarlos en el despacho, les pido "por favor les importaría que en vez de tener aquí la entrevista la hagamos directamente en su casa". [Et\_Alc\_Ss.Ss.:47:34]*

*... preservar la intimidad, y de estar ahí como en su entorno con más confianza y tal, que tener que ir a un despacho con todo el mogollón, con esperar el turno, con todos los que te vean, gente que no te apetece que te vean, por lo menos en los pueblos pequeños. [Ra\_Alc\_Edu:56:51]*

*... en el ambiente rural me siento más insegura por el aislamiento o la distancia que si estoy en un ambiente urbano. Y si hay una dificultad, dices, salgo por patas y estoy en la calle. Del entorno rural quizá por el tipo de familia con la que trabajo, me siento un poco más insegura, más aislada. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:09:47]*

*Los servicios sociales rurales son vividos muy positivamente, entonces, tú eres de servicios sociales y te abren la puerta, te hacen una fiesta y todo, quiero decir, depende de lo que atribuye esa familia a ese título de servicios sociales, sanidad o educación. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:45:00]*

*Yo he notado mucho el trabajar en un equipo más grande, en un pueblo más pequeño claro, eso, yo estoy sin educadora. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:50:04]*

**Tabla 72**

*Observaciones de las visitas en el ámbito rural según las profesionales de los grupos focales*

Obstáculos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Dispersión geográfica.</li><li>- Animales sueltos.</li></ul>	Facilitadores: <ul style="list-style-type: none"><li>- Un espacio más amable que el urbano e invita a manejar mejor las entrevistas.</li></ul>
Contradicciones: <ul style="list-style-type: none"><li>- Las visitas pueden preservar la privacidad de la persona al no tener que desplazarse hasta la institución.</li><li>- Al ser poblaciones reducidas de habitantes es más difícil preservar esa intimidad.</li></ul>	Coincidencias: <ul style="list-style-type: none"><li>- Menos medios materiales para trabajar.</li><li>- Trabajo más solitario, con menos equipo.</li></ul>

### **3.3.8. Condiciones de la vivienda.**

Si bien es cierto que dentro de la observación que se realiza en la visita, las condiciones de la vivienda se reflejan como uno de los factores más comunes, lo que se pretende con la exposición de los resultados de este código es descomponer en elementos diferenciados este espacio:

- Las condiciones higiénicas de la vivienda ha sido el elemento que más veces ha aparecido en las narraciones de las trabajadoras sociales.
- La distribución de los espacios y su mobiliario.
- Si la vivienda está acondicionada para el ciclo vital de la persona usuaria o familia o a condiciones físicas a las que no haremos alusión por haber sido ya tratadas en puntos anteriores (obstáculos dentro de la vivienda o ciclo vital/crisis).

*... me interesa saber en qué condiciones están viviendo, y claro, me fijo en la higiene, en el orden, en qué tipo de objetos ... Sobre todo eso, y si están conectados o están muy aislados, que viven en el campo,... [Es\_Cs\_Snd: 27:00]*

*... el olor ya me dice mucho. Bueno, y una mínima higiene. No pides tanto el orden de las cosas, sino una higiene mínima. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:22:56]*

*Cuando entras te dicen "siéntate" y no puedes encontrar un sitio donde sentarte en condiciones. Por las condiciones, la suciedad, de ... a lo mejor hay animales que también están en el sofá. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:13:16]*

*En los espacios de los niños, si se permite la individualización, si tienen sus camas, habitaciones separadas, sus pertenencias también identificadas, tienen su espacio de estudio. [Es\_Cs\_Edu:20:27]*

*Incluso yo me he encontrado, cómo está amueblada una habitación y otra, una desastrosa, hecha polvo que es la del usuario y la de su madre estupenda. [Es\_Cs\_Snd:28:55]*

### **3.3.9. Cultura.**

Hay determinados rasgos culturales que se reflejan en el espacio de la visita, los más destacados por los trabajadores sociales han sido determinados objetos como cruces, santos, determinado mobiliario, alfombras, cojines y servicios para el té.

*Todo el tema religioso marca mucho en el domicilio, ya no cruces y santos, sino tener en el suelo una mesa, una mesa redonda ¿de acuerdo?, y todos estar comiendo sentados en el suelo, ¿no? [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:28:12]*

*Yo tengo la sensación en visitas que estoy en otro país, por los objetos, las alfombras, el sofá, los cojines, la tetera,... [Es\_Cs\_Snd:35:55]*

*Me recuerda a una visita que hice, que los padres eran afganos y dormían en una alfombra y claro, cuando me va a enseñar la habitación ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:29:16]*

*En este caso, el ciclo vital se ve incluso en la alfombra, ¿vale?, tenían al bebé y a otra niña de dos años, entonces claro, él me quería justificar: "esto no está como lo utilizáis aquí, ya le digo, pero es que nosotros en nuestra cultura dormimos así" ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:29:43]*

### **3.3.10. Entorno comunitario.**

Retomamos con este código el espacio público que se transita al llevar a cabo la visita a domicilio. En él se destacan aquellos elementos en los que se fijan los trabajadores sociales antes de llegar al domicilio y que posteriormente se refleja en los informes sociales:

- Recursos y servicios comunitarios dentro del entorno más cercano.
- Barreras arquitectónicas, dificultades en general para transitar y acceder.
- Transporte público.
- Vecindario.

*... si están en un entorno comunitario, si tienen parques, ... Yo por ejemplo me fijo mucho en las personas que acompaño en que estén en contextos comunitarios y que puedan tener el acceso a los recursos de la comunidad.*  
[Es\_Alc\_Snd:59:15]

*... en las barreras arquitectónicas y en el entorno más inmediato donde está el paciente ...* [Es\_Cs\_snd:19:27]

*para que la madre se diera cuenta que las niñas necesitaban estudiar. Les abrió la puerta para que fueran a la biblioteca municipal. Mira que vivían en un barrio periférico, que la niña tenía que coger un autobús y todo y fue hacer la visita a domicilio y ver los espacios, y que la madre diera el permiso y autorizara a la niña que ya iba al Instituto, para que pudiera ir a la biblioteca y estudiar.*  
[Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:25:38]

*Ahora como estoy teletrabajando estoy llamando a los mayores de 85 años para ver cómo estaban. Pues entonces, hay muchos que están apoyados por la familia y hay otros que están controlados más o menos por algún vecino, alguna vecina, entonces la gente en los pueblos se conoce y entonces te llaman y llaman a servicios sociales y dicen "¡oye! que hay una señora en tal sitio, que está sola, que no tiene hijos, que no tiene familia" y bueno pues tú te personas directamente.*  
[Ra\_Vlc\_Ss.Ss:41:31]

*Yo lo reflejo como estabilidad y ya no sólo en el tema de vivienda sino en el entorno más cercano. Y qué nivel de integración tiene o no a partir del tiempo que hayan podido estar residiendo.* [Es\_Alc\_Ss.Ss.:45:39]

### **3.4. Resultados del constructo según la dimensión de las competencias.**

Desde el inicio de esta investigación se ha tenido la intención de presentar la visita a domicilio desde un abordaje profesional del trabajo social. Esto quiere decir que para llevar a cabo esta visita se precisa del conocimiento y manejo de las competencias socio-personales y técnico-profesional propias de la profesión tal y como se ha mostrado a través de la literatura revisada.

En los grupos focales se ha discutido sobre lo poco conscientes que son los profesionales de su uso en ocasiones y sobre las diferencias que existen entre ellas, aportando datos interesantes que complementan este significado de las competencias.

Las participantes parecían vincular aquellas que son más técnicas al espacio de la oficina o despacho y las más personales al domicilio, a no ser que estemos en un contexto de control o en una situación de especial dificultad en el domicilio

ya que entonces afloran más las competencias técnico-profesionales, según sus propias experiencias.

También se ha reflexionado en todos los grupos que al principio de ejercer sus competencias eran más técnicas, pero que la experiencia les ha permitido acomodar las personales de manera natural.

Pero comenzaremos este punto haciendo alusión a los contextos profesionales, ya que, según los profesionales, dependiendo del contexto se hace más uso de unas competencias que de otras y unos contextos son más propicios que otros para llevarse a cabo en la visita domiciliaria.

*el contexto sí que nos marca que se visibilicen más el factor personal en la visita al domicilio y el factor profesional en el despacho, porque el despacho lo normal es que tengamos una mesa y solo ese contexto físico, yo creo que ya saca nuestro perfil más técnico, y en el domicilio hay menos, hay más, o sea es un espacio más informal, entonces creo que salen más nuestras capacidades personales. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:5:05]*

*... dependiendo de la complejidad ... si la complejidad de lo que se vaya a hacer ¿vale? un problema de abandono, de desprotección, sí que ..., pues bueno sí, que sí, que es algo más de técnica, pero bueno creo que nunca abandonando la cuestión personal. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:14:40]*

*... cuando te falta o piensas que no puedes tener la seguridad suficiente que te da hacer una visita a domicilio sin ningún conflicto, es decir, que si tú vas a hacer una visita a domicilio donde puedas esperar hostilidad, el utilizar esas competencias técnico-profesionales te dan más seguridad. [Com\_Vlc\_Edu:16:09]*

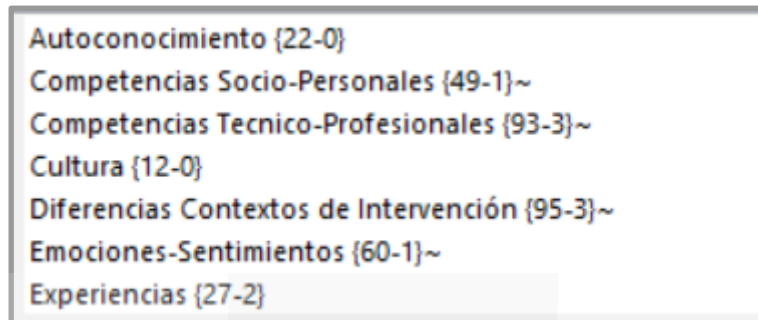
*A mí me da la impresión de que cuando empiezas, por debido a la inexperiencia e inseguridad, pues tiras más de técnica, ¿vale?, y conforme vas adquiriendo más experiencia, esto como que se va mezclando más, ¿no? vas a integrar los elementos de tu vida personal y de tu experiencia y de la formación continuada que solemos hacer. [Com\_Cs\_Snd:26:55]*

*al principio yo creo que sí que vamos más desde lo racional y después ya es como que lo tengamos interiorizado, ya trabajamos más con las habilidades personales que también hemos ido trabajándonos a lo largo de todos estos años, es decir, que también son técnicas y también es formación que hemos ido haciendo e integrando en nuestra vida. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:24:19]*

En la siguiente figura se reflejan los códigos de las competencias, pero también esos elementos que según las profesionales juegan un papel importante en la conducción de la visita a domicilio.

### **Figura 25**

*Códigos de citas vinculadas a la dimensión de las competencias en la visita domiciliaria*



Para ilustrar este punto cito una de las conversaciones que surgió en uno de los grupos y otra cita de una compañera que considero que son la esencia de este apartado:

*Snd: Las competencias personales también evolucionan en función de las competencias (técnicas) que adquirimos.*

*Ss.Ss.: Están en constante evolución y las que comprobamos que no son útiles las deseamos.*

*Snd: Sí, yo creo que están en evolución continua y que van creciendo las dos competencias por igual. [Com\_Alc\_Ss.Ss./Snd:16:37]*

*Tú no te vas a hacer una visita domiciliaria igual que si te vas a visitar a una amiga a su casa, son conceptos totalmente diferentes. Entonces, desde el momento en que te sitúas como profesional creo que utilizas las mismas capacidades profesionales y personales, ... [Com\_Cs\_Snd:8:06]*

#### **3.4.1. Diferencias en las visitas según los distintos contextos de intervención.**

De manera sistemática se ha dado en los tres grupos y con independencia del contexto institucional la influencia que tiene el contexto profesional a la hora de realizar una visita a domicilio y cómo influye en el desarrollo de esta.

Precisamente se justifica la exposición de estos datos sobre los contextos profesionales en este apartado, ya que es precisamente en este intersticio en el que el profesional desarrolla sus competencias.

Sí que hay consenso en considerar el espacio del domicilio como idóneo para poder llevar a cabo cualquiera de estos contextos profesionales, bien sea control, terapéutico, asistencial, evaluativo o informativo, aunque no lo consideran adecuado por igual, ni siempre es utilizado en la misma medida.

Ante estas consideraciones se introducen unas preguntas dentro de la encuesta que tienen como objetivo conocer la opinión de las profesionales que participaron en la investigación sobre la adecuación o no de la visita a diferentes contextos profesionales. De estas preguntas surgen las siguientes tablas que como en ocasiones anteriores contienen en sus respuestas los argumentos que las profesionales contemplaban en los grupos focales. Es cierto que al comparar estos contextos con los revisados en la bibliografía se echa de menos algunos, pero no se consideró oportuno ampliar más el cuestionario:

*Dependiendo del contexto que tenga la visita domiciliaria va a ser más de control, más de ayuda o más de apoyo, más información; pero yo creo que no cambian los principios éticos. [Et\_Alc\_Snd:17:41]*

#### **a) Contexto de control.**

Comenzaremos por el contexto de control por haber sido en general el que más porcentaje de respuestas ha obtenido en el punto de *propósito de la visita*.

Las respuestas han sido muy variadas y a pesar de que en varias ocasiones las trabajadoras sociales opinaban que el despacho era un espacio más adecuado para tratarlo, finalmente se han decantado por el domicilio, ya que si no perdían una parte importante de la información.

*La visita de control es de las más complicadas y claro siempre yo entiendo que es más fácil para el profesional tener una entrevista de control en el despacho. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:14:56]*

*... en contexto de control de madre, menor, etcétera, normalmente la primera visita de cortesía, [...] el tema en cuestión es mejor abordarlo en el despacho en un contexto más controlado ... [Re\_Alc\_Ss.Ss.:21:10]*

*... todo lo que tiene que ver con violencia, ese tipo de problemática normalmente la familia no va a reconocer que existe eso, entonces a mí me da la sensación de que ese tipo de problemática es más fácil tratarlo en el despacho que*

*en casa, aunque también sea un instrumento que debes de gastar.*  
[Ra\_Cs\_Ss.Ss.:30:26]

*... las que son desagradables pues son difíciles, en el despacho, y en el domicilio como hablábamos de cuando estas intervenciones son más del control cuando hablamos de menores porque estamos viendo que tienen una parte de control sobre menores o personas mayores que pueda haber maltrato siempre todo lo negativo va a ser difícil. Yo las veo complementarias en general.*  
[Ra\_Cs\_Ss.Ss.:34:06]

Dentro de estas respuestas la que más porcentaje acumula coincide con los discursos de los grupos focales, según ellos la idoneidad de la visita a domicilio *no depende tanto del contexto sino del objetivo* de esta, de hecho, el 41% de los casos opina que:

*Depende del objetivo de la visita, quiero decir, hay algunas que son de puro control, para investigar, hacer una recogida de cómo está la vivienda y otras utilizan ese contexto para ...* [Es\_Alc\_Ss.Ss.:27;58]

Pero con independencia del objetivo, se considera la *visita a domicilio más idónea* con un 36% para los contextos de control, frente al *despacho* con un 16%, en donde un 6% no lo consideran una opción sino una prescripción ya que opinan que los contextos de control *deben abordarse desde el despacho*. Tan solo un 1% opina que se debe abordar desde otros espacios.

**Tabla 73**

*Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto de control*

	N	%
No depende tanto del contexto, sino del objetivo que me haya marcado	512	41%
Visita a domicilio	458	36%
Despacho	198	16%
Los contextos de control deben de abordarse desde el despacho	73	6%
Espacios abiertos como paseando, en un parque, ...	18	1%
	1259	100%

#### **b) Contexto asistencial.**

Con respecto al contexto asistencial, tanto en los grupos focales como en la encuesta encuentran que el *despacho* (73%) es el espacio ideal frente a un 20%



que prefiere el *domicilio*. Un 7% de los encuestados no gestiona recursos y por tanto no escoge entre estas dos opciones.

*... yo para mí el contexto fundamental, no básico ni exclusivo, pero de ayuda es el despacho asistencial. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:20:57]*

*... yo creo que si es un contexto de ofrecer ayudas o tal pues es mucho más fácil establecer la relación en contextos de [...] domicilio. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:32:37]*

#### **Tabla 74**

*Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto asistencial*

	N	%
Despacho	914	73%
Visita a domicilio	252	20%
No gestiono recursos	93	7%
	1259	100%

#### **c) Contexto terapéutico.**

Este contexto aparece en los grupos focales como poco extendido dentro de las funciones inherentes de los trabajadores sociales, de hecho, en el punto de propósito de la intervención en el domicilio tiene una puntuación de 4,72 sobre 100.

Según la encuesta del 72% de las participantes encuentra casi igual de idóneo un espacio que el otro pues no existe una diferencia significativa, el 38% piensa que el *despacho* es un lugar ideal y el 34% piensa que lo es el *domicilio*. El 27% dice no trabajar desde contextos terapéuticos. No obstante, los participantes de los grupos focales que trabajan en contextos terapéuticos consideran que el espacio domiciliario es un buen lugar para desarrollarlo.

*... yo la verdad es que ahora mismo me sitúo en un contexto más terapéutico e incluso de educación. [Ra\_Vlc\_Snd:17:20]*

*... muchas veces con estas familias has trabajado en contextos terapéuticos también en el centro, pero bueno que sí, que el vínculo general está creado y cuando he tenido que hacerlo en el domicilio también lo he hecho, previo a lo mejor, a imponer otra serie de cuestiones. [Ra\_Vlc\_Snd:37:37]*

... en muchos casos mejorar la relación terapéutica, o la intervención. Yo hago menos de las que me gustaría, por tiempo. [Et\_Vlc\_Snd\_15:27]

### **Tabla 75**

*Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto terapéutico*

	N	%
Visita a domicilio	483	38%
Despacho	434	34%
No trabajo desde contextos terapéuticos	342	27%
	1259	100%

#### **d) Contexto evaluativo.**

En la encuesta se refleja como el espacio idóneo para llevar a cabo una evaluación es el domicilio con un 53%, frente a un 22% que señalan el domicilio.

A pesar de que en la discusión de los resultados nos extendamos sobre este tema, sí que es preciso aclarar que muchas de las citas de los grupos focales verbalizan la necesidad situar este contexto evaluativo en el domicilio aludiendo a las gestiones vinculadas a la valoración de autonomía personal:

*los objetos de personas que presentan diversidad funcional: si la tienen adaptada para ser autónomos o no. Me he encontrado casos, en que esa persona podría ser mega súper dependiente y sin embargo es muy autónoma gracias a que tienen la habitación super acoplada, o la casa super acoplada para que esa persona sea más feliz, es que eso finalmente repercute en felicidad. Más autonomía, es eso, es calidad de vida. [Es\_Cs\_ss.Ss.:29:11]*

Un 25% de los encuestados considera que no depende tanto del contexto, sino del objetivo que te hayas marcado con la visita.

Además en los grupos focales, aunque en menor medida, se habla también de la valoración de *relaciones familiares* o determinadas evaluaciones para el ámbito judicial, ambas en el domicilio:

*Una pregunta frecuente es ¿cómo te manejas?, cuéntame ¿qué haces tú en un día normal?, ¿cuándo entras?, ¿cuándo sales?, aquí en casa ¿cómo te manejas dentro de casa?, con la comida, ... y ya te va contando. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:1:04:06]*

*En valoraciones de dependencia les indico que me enseñen las estancias para ver cómo hacen las cosas, y no hay problema. Y les pides que hagan esa acción y me enseñen cómo la hacen, y la hacen. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:00:36]*

*De hecho, yo la gran mayoría de visitas que hago es para valorar las dinámicas familiares. [Es\_Vlc\_Snd:54:44]*

*... en contadas ocasiones cuando tenemos que llevar algún seguimiento de una medida judicial, cuando a veces nos piden alguna evaluación desde lo judicial ... [Ra\_Vlc\_Snd:27:51]*

## **Tabla 76**

*Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto evaluativo*

	N	%
Visita a domicilio	663	53%
No depende tanto del contexto, sino del objetivo que me haya marcado	321	25%
Despacho	275	22%
	1259	100%

### **e) Contexto informativo.**

El contexto informativo tan solo aparece dos veces en los grupos focales y en ningún caso fue el motivo principal de la visita, pero sirvió de conexión con la familia, lo cual se corresponde de alguna manera con los resultados de la investigación bibliográfica y con la encuesta que refleja como espacio ideal en un 86% el despacho o la institución y el domicilio en un 14%.

Las dos veces que aparece en los grupos focales están relacionadas con determinada información que se ofrece a familias extranjeras relacionadas con formación de actividades que les puede servir para una mejor integración en la comunidad, aunque el objetivo inicial de la visita no sea ese:

*Pues muchos días pasas a hacer visitas domiciliarias, tienen las cadenas árabes, por ejemplo, y vas a hacer un informe de la vivienda porque tienen que reagrupar a alguien y entonces le das las alternativas y recursos que pueden utilizar para aprender el idioma, como recursos que pueden utilizar y las características del territorio, del municipio ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:32:24]*

**Tabla 77**

*Percepción de la idoneidad de la visita a domicilio para el contexto informativo*

	N	%
Despacho/Institución	1086	86%
Visita a domicilio	173	14%
	1259	100%

### **3.4.2. Competencias Técnico-Profesionales.**

Los datos que se aportan en este apartado no son sólo las opiniones de los participantes sobre las competencias técnico-profesionales que tienen, sino también una reflexión sobre las carencias que presentan.

En sus discursos se hace visible de manera casi automática cómo explican la puesta en marcha de competencias profesionales que tienen tan interiorizadas que parece que sean innatas, aunque no lo son. Los tres grupos focales coinciden con una idea que hemos expuesto en el apartado anterior y es como ante contextos de control parece que los profesionales se valen más de las competencias técnicas:

*(En) una visita a un tema de desprotección como que tratas de aplicar más las herramientas técnicas ... [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:11:06]*

La exposición de estos datos la haremos utilizando diferentes espacios, el primero en el que se desarrollan las competencias observadas y en el segundo las carencias que se detectan. Por último, en el objetivo general 3 se desarrollarán códigos específicos que ahora de manera general se tratan en este apartado, como el código agendar, que en este punto estaría dentro de organización y planificación, o el propio de las competencias técnico-profesionales que versará sobre las competencias propias en el domicilio.

Bien, dentro de este primer espacio se muestran las competencias técnico-profesionales detectadas:

- **Organización y planificación.**

Aparecen algunas acciones como calcular el tiempo que se invertirá en el desplazamiento y en la visita, pensar en cómo vamos a desplazarnos, registro posterior o material que precisas como agenda o formularios.

*La planificación supone más tiempo, o coger el coche, ...*  
[Es\_Vlc\_Ss.Ss.:4:01]

*Es que cuando llega mi padre de trabajar, un día estaba enfadado y pegó una patada... y claro, toda esa información tú la registras (no en ese momento), ...*  
[Es\_Cs\_Ss.Ss.:53:29]

*yo siempre voy con la agenda, con la carpetita de M...s número tal, ¿vale?, pero eso no son datos sensibles.* [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:28:26]

- **Análisis para el diagnóstico.**

Este tipo de diagnóstico puede ser más lineal (descriptivo y analítico) o más relacional (depende de la formación del profesional), ya que lo que exponen las profesionales es que, ante la observación de un hecho concreto, objeto o conducta, realizan una hipótesis casi de manera inmediata. A partir de ahí comienzan a indagar para refutar o corroborarla, de esta manera en el domicilio se pasa por la fase de investigación, formulación de la hipótesis y diagnóstico en una sola visita.

*... una persona con Alzheimer que tiene la casa acondicionada y aseada, en perfecto estado, y desde hace 4 años para acá, ha sufrido un deterioro. Entonces esto me está dando mucha información. Muebles buenos que dices, este mueble lleno de polvo de hace tiempo, dices, este deterioro es reciente.*  
[Es\_Cs\_Snd:43:50]

*¿Qué fotos hay?, por ejemplo hay fotos de una persona, y no hay fotos de la pareja, entonces al final se ve que no es un espacio compartido o las relaciones son asimétricas, o tal.* [Es\_Cs\_Edu:46:20]

*... el ordenador, ¿dónde está ubicado el ordenador? y si hay, si están en espacios comunes de la casa se ve que hay más control parental. Si no hay ordenador, ya nos está dando información de que pueda haber cierto aislamiento o hay precariedad económica.* [Es\_Cs\_Edu48:30]

- **Competencias que generan cambios en la familia y en la sociedad.**

El uso de esta competencia se asocia en los grupos focales al conocimiento del profesional en el uso de técnicas de intervención familiar y terapia familiar, pero a la vez a confrontar prejuicios sociales que persisten en la sociedad en perjuicio de un género determinado, el femenino.

*... se intenta buscar una vinculación con todos los miembros ¿de acuerdo? después, a lo mejor percibes que puede haber más afinidad con uno que con otro o que a lo mejor, una persona se muestra un poco dependiente de las decisiones de la otra persona, a lo mejor son matrimonios de personas mayores y una persona es muy dependiente de lo que decida la otra, entonces también buscas un poco más de alianza en la otra pero generalmente yo creo que de inicio sobre todo sí que buscas un contacto o una alianza, o sea, un buen hacer con todos los miembros. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:4:02]*

*Una relación de ayuda, independientemente del espacio que tiene que ver, pero no es determinante para poder establecerla, va a depender de la persona, va a depender del profesional, y de la capacidad que tenga para hacerlo. [Ra\_Vlc\_Edu:2:20]*

*... lo que ellos te marcan, ¿cuál es la regla de cada uno en las dinámicas familiares? incluso me servía muchas veces para crear vínculos de comunicación de los hijos para que aprendieran y les pidieran a las madres y a los padres que les enseñaran a hacer determinadas cosas, sobre todo cuando trabajas la autonomía personal. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:37:04]*

*... un poco romper eso, ¿no?, aunque sabes que culturalmente a lo mejor para ciertas etnias, o culturalmente no es lo más adecuado, pero también quieres romper y afrontar, o confrontar la idea preconcebida. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:60:16:35]*

- **Aprendizaje autónomo.**

El aprendizaje autónomo lleva implícita la capacidad de adquirir conocimientos y habilidades de la relación entre nosotros y nuestros compañeros o con las personas usuarias a través de la experimentación y la reflexión. La primera cita hace alusión a este aprendizaje en una fase temprana en la labor profesional.

*... nadie me había dicho cómo ni cuál era el objetivo que tenía que poner en el informe y claro, eso con 21 años, coger el coche e irte a la otra punta de...,*

*era una sensación muy rara, y aprendiendo sobre un poco lo que decíamos al principio ... [Com\_Cs\_Snd:33:26]*

*... con la práctica de las visitas, o sea, ya trabajando haciendo visitas cometiendo errores y luego también contrastando con compañeras, haciendo visitas conjuntas con alguna otra compañera. De ese modo. Tropezando y tropezando, cometiendo errores. [Com\_Cs\_Snd:34:21]*

*Si que te puedo decir que nunca he mirado libros para prepararme una visita a domicilio. Así que yo creo que por ensayo error y por una responsabilidad ética de querer hacer las cosas lo mejor posible. [Com\_Cs\_Edu:37:30]*

#### - **Organización y gestión.**

La importancia de esta competencia queda más que demostrada al comprobar en los resultados sociodemográficos que un 21% de las profesionales que han contestado a la encuesta ostentan un cargo de responsabilidad dentro de las funciones de dirección, coordinación o gestión.

#### - **Carencias detectadas.**

Pero por otro lado, los profesionales de los grupos focales también han sido capaces de observar determinadas carencias como por ejemplo la necesidad de una formación continua, idiomas, espacios para la construcción del conocimiento y mayores competencias informáticas (pero no para todos) :

*... nos confiamos en esas habilidades nuestras y nos perdemos un poco en tener que seguir formándonos ¿no? [Com\_Alc\_Ss.Ss.:11:36]*

*... me acuerdo de una mujer que tenía mega formación, pero de español nada y no se podía relacionar con ninguno, nada más que con su marido, tenemos que aprender idiomas, porque aquí hay mucho inglés, alemán, ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:48:32]*

*... poder construir conocimiento sobre el trabajo social, vivimos muy en el día a día y en los casos a casos individuales y trabajamos muy poco lo que es la dimensión de la profesión en un sentido más amplio. [Com\_Alc\_Ss.Ss.:22:21]*

#### - **Competencias informáticas:**

Se decide exponer este apartado por último dentro de estas competencias técnicas ya que no hay un acuerdo o una unanimidad de criterio. Según el relato se significan como necesarias o no las consideran importantes:

*El monitor, el ordenador y todo ..., no viene al caso, pero creo que nos falta entrenamiento visual para localizar las nuevas tecnologías. No estamos entrenados.* [Es\_Cs\_Snd:49:19]

*De cara a las valoraciones, o sea, si necesitamos la informática en un domicilio, más allá de valoraciones, por ejemplo, del tema de la dependencia, yo no considero en estos momentos, por lo menos desde sanidad, que a mí me sean imprescindibles.* [Com\_Cs\_Smd\_60:12:25]

*Yo no tengo necesidad de utilizar ningún soporte informático cuando voy a los domicilios, pero sí que es verdad que reflexionándolo, hay ocasiones en que he utilizado medios particulares y propios para esos momentos.* [Com\_Cs\_Snd:60:15:53]

*Competencias informáticas tenemos, evidentemente, no nos queda otra, pero sí que a veces echo en falta no tanto todas las competencias como los medios, porque en algunos programas pues sí que se hacen visitas domiciliarias que luego necesitas pues bueno, pues que a lo mejor teniendo una Tablet pues te sería muy fácil y después subir inmediatamente la información ...* [Com\_Cs\_Ss.Ss.:60:16:39]

## **Tabla 78**

*Competencias técnico-profesionales que se ejercitan principalmente para las visitas domiciliarias*

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)

3.4. Dimensión de competencias

3.4.2. Competencias técnico-profesionales

Necesarias para la visita a domicilio

- Organización y planificación.
- Análisis para el diagnóstico.
- Competencias que generan cambios en la familia y en la sociedad.
- Aprendizaje autónomo.
- Organización y gestión.

---

Carencias detectadas:

- Formación continua.
- Idiomas.
- Espacios para la construcción del conocimiento.
- Competencias informáticas.

### **3.4.3. Competencias Socio-Personales.**

Del mismo modo que se ha hecho en la sección anterior, primero se expondrán los resultados de las competencias socio-personales y a continuación, dentro de este apartado se tratarán otros códigos.



Estos códigos han tenido una gran relevancia en los relatos de los profesionales de tal manera que tienen entidad suficiente como para ser tratados de manera independiente y serían: las emociones y sentimientos, las experiencias y el autoconocimiento.

En el objetivo general 3, al hablar de metodología se atenderá, entre otras cosas, al código de la interdisciplinariedad que también es una competencia socio-personal.

En general estas citas contienen datos que reflejan estas competencias como por ejemplo, el conseguir determinados objetivos sin agraviar a la persona usuaria o ser excesivamente directivo. En ellas también se refleja la propuesta de utilizar el espacio del domicilio para aflorar de una manera más notable esta parte más personal del profesional, para empatizar y conseguir que todo esto forme parte de la filosofía de la institución o del equipo.

*Si es porque el niño no come, porque cuando llega del colegio no quiere la comida que hay y la madre le hace lo que quiere, pues sí que le digo que me enseñe la cocina y vemos las cosas que hay, si son nutritivas, y es cuando llegamos a la nevera y no hay casi nada depende del objeto. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:00:27]*

*En el domicilio, en el entorno de la persona es más lo personal, pero quizá es una manera de acompañar o esta filosofía que intentamos implementar en nuestro equipo que cada vez nos sitúa más en un plano socio-personal. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:6:01]*

*... el despacho es un poco más frío ¿no? hay una mesa entre medias, hay una relación de profesional y usuario o usuaria que en la casa es un poco, su espacio, ¿no? estás... en fin... estás al mismo nivel, a lo mejor, de alguna manera empatizas más. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:7:03]*

*en una visita a domicilio como entras en su espacio, lo personal es lo que más juega para la persona usuaria, ... [Com\_Cs\_Snd:50:26:27]*

*Entablado en ese clima de relax con el entorno de la casa te relajas y utilizas más precisamente todas esas energías que salen de la relación entre las personas. [Com\_Vlc\_Edu:5:31]*

*... por ejemplo, llegas y el tema es que ves al niño por ahí pululando, y esta es la mía, para que no me vean como una amenaza, entonces a lo mejor sí que saco todas mis capacidades personales para empatizar con ese enano y que la madre me vea como que no voy a hacer daño, pero sí que soy mucho más consciente que estoy utilizando ... [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:11:16]*

### **a) Emociones y sentimientos.**

Es inevitable que cuando se realiza una visita a domicilio profesional las emociones y los sentimientos estén presentes y que influyan en el discurrir de la misma. A continuación, exponemos dos ejemplos de aquellas que se han verbalizado en los grupos focales y que se relacionan con las competencias socio-personales que se debe tener para gestionarlas.

Estas sensaciones que expresan las profesionales de relajación y tensión se pueden traducir en confianza y miedo, hay otras sin embargo que se expresan de una manera más evidente como rabia, impotencia, ...

*... si te deja pasar, si ya una persona te permite acceder a su vida, a su domicilio, a su intimidad, ya es ..., ya de repente, ya parece que tú también te relajas, eso no significa que no vayas a observar y no significa que no vayas a prestar atención a cosas que tienes que prestar atención, o que vas ya de forma expresa a prestar atención. Pero sí que es verdad que te relajas, de la misma manera que te tensas cuando te impiden el paso, cuando te ponen muchas más pegas, o te impiden ejercer tu trabajo. [Et\_Vlc\_Edu:58:17]*

*... unas situaciones en las que no consigues o estás percibiendo que no controlas tus emociones ¿de acuerdo?, entonces sí. Porque visitas en las que dices "me voy a cabrear, me voy a poner... a llorar", también creo que -impotente- eso también. Y también creo que depende del momento vital de cada profesional, en qué momento se encuentre te va a afectar más una visita, en el que veas una desprotección de una persona mayor, cuando tú diariamente estás cuidando a tu padre o a tu madre, por ejemplo. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:46:03]*

Dentro de este apartado estarían también todas las emociones y sentimientos ya enumerados en la dimensión de la relación de ayuda y que han servido para construir las respuestas de esta pregunta en la encuesta y que a continuación exponemos sus resultados.

De todas las encuestadas el 56% responde sentir *conexión y/o comodidad* en las visitas a domicilio con la persona usuaria y/o familia, el 28% *satisfacción laboral y/o personal*, el 10% dice haber sentido *vulnerabilidad, preocupación, inseguridad física*, frente al 4% que dice haber sentido vulnerabilidad, preocupación, inseguridad *emocional*. En menor medida *ansiedad* (2%) o *asco* (1%).

Hay un 19% que no identifica ninguna de las emociones o sentimientos anteriormente descritos.

**Tabla 79**

*Emociones o sentimientos que dicen haber experimentado los encuestados en las visitas a domicilio*

	N	%
Conexión/comodidad con el usuario/familia	581	56%
Satisfacción laboral/personal	294	28%
Vulnerabilidad, preocupación, inseguridad FÍSICA	109	10%
Vulnerabilidad, preocupación, inseguridad EMOCIONAL	46	4%
Ansiedad (normalmente me pongo muy nervioso/a)	24	2%
Asco (no me gusta entrar en la casa de los usuarios)	11	1%
Ninguna de las anteriores	194	19%
	1259	100%

### **b) Experiencias.**

Este código quiere redundar en la idea de cómo influye la experiencia personal en integrar las competencias socio-personales con las técnico-profesionales. De cómo se respalda muchas de las intervenciones que realizan los profesionales pudiendo observar una evolución de cuándo se comienza a ejercer la profesión, al momento de hoy, en el que todas y todos los participantes llevan más de 5 años como trabajadores sociales. Además, cuando hablamos de trabajo en equipo, esta experiencia nos la devuelve con las diferentes miradas que cada uno aporta.

*Yo pienso también que en nuestro trabajo la persona es un recurso fundamental ¿no?, tú como persona y lo que tú has ido aprendiendo y creciendo, pues te sirve como recurso para tu trabajo. [Com\_Vlc\_Snd:60:18:40]*

*... me encanta lo de echar mano de los recursos de la bolsa, pero eso te lo da la práctica profesional, no es igual cuando empezamos que ahora, yo también lo creo y la práctica, la experiencia de vida, quiero decir que yo tampoco veo las cosas igual, ahora con mis años, que cuando acabé la carrera. Entonces yo creo que todo eso te hace conformarte, te vas conformando como profesional y como persona, ... [Com\_Cs\_Snd:22:55]*

*... en la práctica lo haces y es algo innato, que automáticamente visualizas desde fuera: "esa vivienda de esa finca, esa entrada, esas condiciones", es como*

*el conducir ¿no? yo creo que ya llega un punto durante una visita, ..., que las observaciones van innato en lo práctico (...) no lo piensas. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:28:16]*

*... tengo la suerte de trabajar en equipo, es la manera de objetivar muchas veces esas diferencias, que por supuesto que cada uno tenemos una realidad y una visión en base a nuestras experiencias, que la manera de objetivarlas es con el equipo y eso es una riqueza. [Et\_Alc\_Snd:15:30]*

*... no es lo mismo empezar a trabajar con 22 años o 24 que con ¡50! Si no se notara, malo, todo el tema de la experiencia. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:21:36]*

Las primeras experiencias en las visitas fue un tema que los tres grupos comentaron y los datos nos llevan a reflexionar sobre el aprendizaje de estas: unas comenzaron a visitar en sus prácticas (en formación) , otras directamente solas como profesionales (de manera autónoma) y otras con compañeros de trabajo cuando ya estaban ejerciendo (en equipo).

*Con mi tutora de prácticas hice una visita y además super jovencita, un caso brutal, de esas que dices no, no me gusta esto de hacer visitas. Fue muy mal. Para reflexionar, no digo, no sé hasta qué punto fue una buena estrategia y después, después sola es decir lo que sí que agradezco mucho, es cuando he hecho visitas con otro compañero. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:30:40]*

*En la formación, lo digo por las alumnas que tienes, las tienes que educar en el sentido de la visita a domicilio y le pones, bueno, es lo que hago yo, visitas de situaciones de un domicilio con limpieza y otro domicilio de limpieza, donde el suelo está pegajoso, contextos diferentes para que pase de un sitio a otro y sepa adaptarse y que le haga reflexionar, porque creo que es necesario tener ese bagaje en las prácticas, es decir, ver esa realidad en las prácticas, porque sí te sientes vulnerable emocionalmente, como dices tú es primordial y tienes que trabajártelo ahí para no dejar llevarte. [Et\_Alc\_Snd:1:27:09]*

*... creo que sola y creo que he ido aprendiendo o modulando o modificando cuando he estado acompañada por otras profesionales, bien desde los sanitarios, compañeras sanitarias, enfermería, médicos y tal, como por trabajadoras sociales. Yo en las prácticas nunca hice visitas a domicilio. [Com\_Cs\_Snd:32:26]*

### **c) Autoconocimiento.**

En las visitas domiciliarias, como en las entrevistas, se crea el sistema relacional entre el trabajador social y la persona usuaria o la familia. Esto significa

que existe una parte de las creencias y prejuicios del profesional que van a influir en esta relación, por lo que las conductas profesionales deben de tener una revisión crítica y a ser posible externa. Todos los profesionales que han participado en los grupos focales así lo pensaban y nos han dejado estos testimonios:

- Se hace alusión a la autocrítica en cuanto a la responsabilidad sobre el resultado de las intervenciones.
- Abogan por compartir visiones de un mismo caso con compañeros o hacer supervisión para la revisión de sus actuaciones.
- Algunos profesionales señalan que no todos están preparados para realizar una supervisión.
- Resalta la importancia de exponerse a trabajos psicológicos de carácter personal.

*... pues a veces si en la relación de ayuda hay algo que no ha funcionado puede ser por parte de las personas que estamos atendiendo o también puede ser por nuestra parte. Puede estar ahí pasando muchas cosas, entonces yo sí que hago eso, mi autocrítica y una revisión de qué podía haber pasado y ampliar el campo de visión viene muy bien, apoyarte en los compañeros. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:43:16]*

*... en este caso a mí me parece muy importante la supervisión no porque sí, que es cierto que algo has hecho mal en el proceso, algo has hecho mal si no llegas a llegar a un consenso de intervención, evidentemente habrá que cambiarlo porque para eso entiendo que es importante la supervisión. [Ra\_Cs\_Snd:56:26]*

*... debemos estar preparados para esta supervisión y ser conscientes y ser autocríticos, pues fácilmente podría ser que no las asumiésemos directamente, es decir, yo mismo, personalmente pues una supervisión a lo mejor me costaría asumirla porque no sé si me sentiría cuestionado. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:60:31:47]*

*... ¿hasta dónde en determinados contextos éticamente también tenemos que trabajarnos personalmente para poder acompañar a las personas y poder llegar hasta dónde tú también te has trabajado? porque no perdamos que venimos efectivamente con una, con una mochila y yo lo vivo en primera ... y la verdad es que cuando trabajas determinados aspectos de tu vida, cambias mucho el acompañamiento y no tiene que ver con la edad, yo creo que además periódicamente necesitamos a veces trabajar según qué cosas y efectivamente, cada vez, lo comparto más. [Et\_Alc\_Snd:1:28:34]*

**Tabla 80**

*Objetivos en el uso de las competencias socio-personales y elementos que las complementan*

3. Resultados sobre el constructor de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.4. Dimensión de las competencias	
3.4.3. Competencias socio-personales	
Objetivos en la visita con el uso de estas competencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar el espacio del domicilio para aflorar de una manera más notable esta parte más personal del profesional, para empatizar y que esto forme parte de la filosofía de la institución o del equipo.</li> <li>- Conseguir determinados objetivos sin agraviar a la persona usuaria o ser excesivamente directivo.</li> <li>- Aprender a gestionar las emociones y sentimientos que afloran en la visita a domicilio.</li> <li>- La experiencia como un elemento integrador de estas competencias en las intervenciones profesionales.</li> <li>- Autoconocimiento desde la revisión crítica y a ser posible externa de creencias y prejuicios del profesional.</li> </ul>
Emociones y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de comodidad o bienestar.</li> <li>- Satisfacción personal y/o laboral.</li> <li>- Vulnerabilidad física.</li> <li>- En menos medida, vulnerabilidad emocional, ansiedad o asco.</li> </ul>
Experiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La experiencia personal como eje integrador de las competencias socio-personales con las técnico-profesionales.</li> <li>- Permite observar una evolución con el paso de los años en el ejercicio profesional.</li> <li>- La experiencia personal permite ampliar las miradas profesionales sobre un mismo caso (trabajo en equipo).</li> <li>- Las primeras experiencias en las visitas como punto de partida de un aprendizaje en formación, de manera autónoma o en equipo.</li> </ul>
Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se hace alusión a la autocrítica en cuanto a la responsabilidad sobre el resultado de las intervenciones.</li> <li>- Abogan por compartir visiones de un mismo caso con compañeros o hacer supervisión para la revisión de sus actuaciones.</li> <li>- Algunos profesionales señalan que no todos están preparados para realizar una supervisión.</li> <li>- Resalta la importancia de exponerse a trabajos psicológicos de carácter personal.</li> </ul>

#### 3.4.4. Cultura.

Tal y como se explicó en el marco conceptual, la cultura como competencia podríamos clasificarla en socio-personal o en técnico-profesional dependiendo de donde se centre el foco de análisis.

En estos resultados, las participantes de los grupos focales pareciera que lo identifican más como una competencia técnico-profesional por la parte de aprendizaje que requiere. Cuando consideran que forma parte de las competencias socio-personales se vincula a la empatía, a la misma empatía con la que se trabajaría en cualquier otro caso.

Se utiliza por varias profesionales en diferentes momentos la metáfora de las gafas para identificar la necesaria mirada consciente en los elementos interculturales de la visita a domicilio. Aparece el desconocimiento de la lengua como un obstáculo cultural y la formación como una manera de disminuir las barreras multiculturales.

*... por naturaleza no somos interculturales, y se ha de adquirir a través de competencias, ponerte las gafas. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:10:03:55]*

*cuando hago las visitas y eso, me suelo poner varios filtros: por una parte, las gafas moradas, por otra parte, el filtro cultural y tener en cuenta variables de multiculturalidad significativa y luego ya pues vamos viendo ... [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:18:34]*

*Ahora mismo por ejemplo, estoy trabajando con una traductora de búlgaro, la que me acompaña una visita a domicilio donde sabemos que la competencia lingüística no existe y además necesito afinar con el mensaje y cuando esa persona no viene del mundo de lo social, ni educativo, ni psicológico y de hecho, ella es exmilitar, pues claro es una herramienta muy guay, (...), pero por otra parte también es todo un reto, el cómo tienes que manejar a toda la familia y a la traductora que no suelte más de cuatro cosas, muchas emociones. "que tú estás para traducir" pero bueno que ella es una persona que conoce la cultura, que conoce perfectamente la lengua, que además conoce el caló, la lengua gitana, con lo cual es una persona que también me aporta una cantidad de información bestial, es decir, es que estaría muy chulo que otras disciplinas entendieran que la visita a domicilio también es una herramienta de trabajo. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:50:52]*

*Hay barreras que como la lengua son muy difíciles y son en realidad un hándicap con lo cual la formación hasta cierto punto es importante ... [Com\_Vlc\_Edu:57:16]*

*Falta formación porque yo llevo años haciendo cursos, muchos cursos de la diputación o de la federación, siempre en los comentarios lo pongo "que hagan cursos intercultural y multiculturales" porque no hay, no hay formación en inmigración, en intercultural, en todo esto, no hay, entonces está claro porque además tocamos colectivos de todo, tanto de subsaharianos como de américa, como en fin de ... vamos, ... entonces nos falta y me falta formación.*  
[Com\_Vlc\_Ss.Ss.:59:28]

Por otra parte, como hemos señalado otras compañeras consideran que, con el respeto, la empatía o mostrando interés por las culturas de origen de las personas que visitamos es suficiente para ayudar a crear el sistema relacional de vinculación.

*la empatía que es una característica que solemos tener bastante, nos ayuda con esa competencia intercultural, nos han puesto la base para poder entender y estar abiertos a otras realidades que se nos han ido dando y cada tiempo de una cultura diferente.* [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:56:36]

*para familias musulmanas el tema de ramadán, "ay, en este año cómo cae y tal", que me cuente, como interesarme, que es interés de verdad, pero que te quiero decir que son cosas ..., o de otros países que también tenemos, de Colombia o Venezuela, pues preguntas un poco sobre la situación del país y eso les ayuda también a... ¿por qué vinieron?, y entonces ellos como que conectan un poco con su cultura, es un poco conectar con su cultura para saber e interesarse.*  
[Es\_Vlc\_Snd:60:15:11]

### **Tabla 81**

*Vinculación de las competencias técnico-profesionales y socio-personales en el código de cultura*

3. Resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2)	
3.4. Dimensión de las competencias	
3.4.4. Cultura	
Competencias técnico-profesionales	Competencias socio-personales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Requiere de un aprendizaje específico.</li> <li>- Su observación debe ser consciente (gafas culturales).</li> <li>- El desconocimiento de la lengua como un obstáculo.</li> <li>- La formación como una forma de disminuir las barreras multiculturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeto.</li> <li>- Empatía.</li> <li>- Interés por la persona y por su cultura.</li> </ul>



#### **4.- Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3).**

A través de los datos extraídos podremos realizar en la discusión de resultados una propuesta metodológica y en anexos se expondrá un esquema que puede servir como guía para la recogida de datos y reflexión en las visitas a domicilio para el conjunto de profesionales del trabajo social en los contextos institucionales públicos de servicios sociales, sanidad o educación aumentando de esta manera su eficacia y calidad en este tipo de intervenciones.

Pero antes debemos exponer los resultados de los códigos que hemos vinculado desde la transcripción de los grupos focales que presentamos en la siguiente figura, complementándose con los resultados de la encuesta.

El orden de presentación de estos resultados no corresponde al orden metodológico de una visita domiciliaria por exponer determinados códigos que están presentes en diferentes momentos de la intervención y por motivos distintos, este orden se podrá apreciar en la discusión de resultados.

**Figura 26**

Códigos que recogen la metodología seguida en las visitas a domicilio por los participantes en la investigación

<b>Recibimiento</b>	(19-1)
<b>Actuaciones dentro de la casa</b>	(32-0)
<b>Observación del espacio</b>	(71-0)
<b>Objetividad</b>	(31-1)
<b>Resolución de conflictos éticos</b>	(6-2)
<b>Competencias Técnico-Profesionales</b>	(93-3)
<b>Técnicas entrevista</b>	(34-3)
<b>Simetría</b>	(16-1)
<b>Agendar</b>	(8-0)
<b>Manejo de la información</b>	(34-2)
<b>Interdepartamental</b>	(30-1)
<b>Trabajo en Equipo</b>	(26-1)
<b>Multidiscipliar</b>	(24-0)
<b>Sola/o</b>	(2-0)
<b>Competencias Socio-Personales</b>	(49-1)
<b>Compartir el Propósito</b>	(26-2)
<b>Deslizamientos</b>	(3-1)
<b>Proyección</b>	(5-0)
<b>Acceso Digital</b>	(0-0)

#### **4.1. Recibimiento.**

El cómo se recibe en el domicilio por parte de la persona usuaria o familia va a condicionar el comportamiento del profesional. Algunos de los ejemplos de los relatos reflejan cómo el profesional reacciona de una manera más tensa si la situación tiene un inicio difícil. Ante esto se propone reaccionar con mucho respeto y cordialidad y si se sigue sin ser bien recibido, no seguir adelante con la visita, comprender que debe buscarse un momento más idóneo; esto se identifica incluso como una medida de seguridad.

Por contra también se refleja como un buen recibimiento facilita el inicio de la relación de ayuda, pero no distorsiona la valoración neutral y ética, como por ejemplo de unos indicadores de riesgo que se estén observando. Este recibimiento positivo, en ocasiones, viene determinado por la solicitud de una ayuda o prestación por la persona usuaria y se identifica como una buena noticia el hecho de que el trabajador social vaya al domicilio (ejemplo: valoración del grado de dependencia o una solicitud de ayuda por emergencia habitacional).

Es importante la aportación que cuestiona si los trabajadores sociales anuncian suficientemente la visita antes de realizarla, de tal modo que la familia esté preparada para recibir al profesional y si llegamos sin avisar explicar muy bien desde el principio el motivo y qué rol desempeñamos en ella.

Algunas profesionales proponen un acompañamiento de otra profesional si ya conoce a la familia, aunque sea de otro contexto institucional, valorando esta medida como una buena práctica que facilita la entrada en el domicilio.

Si finalmente no conseguimos acceder al domicilio, los tres grupos focales consideran actuar de la misma manera: citar a la persona o familia en el despacho y explicarles el motivo que se pretende con la visita.

*Si te dan un portazo, tú te pones más en tensión, estamos invadiendo su intimidad, y yo ahí agarro mi ética y digo, bueno, hay que comprender y que no ha sido el momento. [Et\_Alc\_Snd:32:37]*

*... si la familia no se siente atacada, juzgada en un primer momento, las defensas bajan de alguna manera y en la primera parte del contacto y demás, es una manera de garantizar tanto que la familia se sienta segura como nuestra propia seguridad [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:51:32]*

*El hecho de que no te dejen pasar a la casa, ya te hace dudar, que es lo normal, es decir, una persona que a lo mejor conozco, o incluso no conozco puede*

*darse de que no conozca, no te deje pasar, pues podría ser normal, es decir, pues si no lo conozco, no lo dejo pasar. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:59:38]*

*... cuando por ese tema, cuando hago las visitas a domicilio trato de ser como muy hiper respetuosa a la hora de entrar, también por mi forma de ser, entonces cuando percibo que la persona puede estar sintiéndose mal o invadida, sobre todo si voy por sorpresa, entonces ¡claro! entiendo que no siempre es grato, trato de eso trabajarlo a la hora de entrar de "mira, pues he tenido que venir ..." siempre como tener el consentimiento de la persona, emocional también, para entrar. Para mí es muy importante. [Ra\_Vlc\_Snd:54:52]*

*Está claro que una buena recepción, facilita la relación, el desarrollo de la entrevista, pero eso no quiere decir que no deje de estar a lo que estás, (...) y que el encuentro puede ser más amable o más facilitador para el establecimiento de una relación de ayuda, que al final es para lo que estamos, ¿no? [Et\_Alc\_Ss.Ss.:28:54]*

*... a mí me pasa, en salud muchas veces tú vas para valorar una situación ante alguna intervención de cara a conseguir algo, alguna posible ayuda ..., con lo cual la disponibilidad por parte de la familia es bastante grande. [Es\_Cs\_Snd:1:03:57]*

*Normalmente no eres bien recibida, pero también hay que pensar si nosotros preparamos a las familias para lo que es una visita a domicilio. Eso también hay que pensarlo por otro lado. [Et\_Alc\_Edu:33:14]*

*Cuando llegamos a la casa para establecer esa relación de ayuda, tenemos que hacer lo que he explicado en otros encuentros, explicar nuestro rol profesional y encuadrarlo en el ámbito institucional [Ra\_Cs\_Edu:9:09]*

*En muchas ocasiones (sanidad) es la puerta de entrada porque conoce a la usuaria, conoce a Pepita, y si tú acompañas a Pepita pues, yo por lo menos con Cristina (TS de Sanidad) lo hacemos así. Si es usuaria primera de ella y me necesita pues me lo dice, ..., somos un pueblo chiquito, 6.000 habitantes o menos y al contrario, cuando es mío el caso y me pide ayuda, soy yo la introductora. Es un facilitador que la familia te vea como un amigo y no como un enemigo, aunque tengas que hacer tu trabajo con todos los objetivos que cumplir. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:34:58]*

*..., citarlos si no abren en la visita, cita en el despacho y cuál es el motivo de la visita y vamos a intentar convencerles que entiendan los motivos de por qué una visita. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:50:31]*

**Tabla 82**

*Observaciones en el recibiendo según circunstancias y premisas a tener en cuenta antes de la visita*

4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

4.1. Recibimiento

Premisas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cómo se reciba al profesional en el domicilio por parte de la persona usuaria o familia va a condicionar el comportamiento del profesional.</li> <li>- Avisar con suficiente antelación la fecha de la visita y el motivo por el que se realiza.</li> <li>- Como ejercicio de buenas prácticas se propone el acompañamiento de otra profesional si ya conoce a la familia, aunque sea de otro contexto institucional.</li> </ul>
Tensión en el acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar los mecanismos de respeto y cordialidad.</li> <li>- Si llegamos sin avisar explicar muy bien desde el principio el motivo y qué rol desempeñamos en ella.</li> <li>- Valorar posteriormente si se ha disminuido la tensión o no.</li> <li>- Si la tensión sigue siendo alta, entender que puede haber un momento más idóneo.</li> <li>- No continuar con la visita y emplazarla para otro día.</li> <li>- Esta actuación se circunscribe dentro de las propias medidas de seguridad del profesional.</li> <li>- Citar a la persona o familia en el despacho y explicarles el motivo que se pretende con la visita.</li> </ul>
Facilidades en el acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda en la tarea, pero no distorsiona la observación neutral y ética.</li> <li>- En ocasiones este tipo de acceso viene determinado porque se realiza a demanda del propio interesado.</li> </ul>

**4.2. Actuaciones dentro de la casa.**

Estas actuaciones a las que hacemos referencia por estar en un apartado de metodología describirán el tipo de acciones que se realizan dentro del domicilio y a la vez se valora el resultado de su puesta en marcha.

Se traslada en forma de citas unas actuaciones que describen el cómo se transita por la casa comenzando por el mero hecho de dejarnos guiar y a la vez ir haciendo preguntas sobre los espacios sin ser invasivos y siempre justificando las acciones o preguntas, pero otras veces sin embargo dicen los profesionales que se debe adoptar un rol más autoritario para cumplir con su objetivo (contextos de control).

Se propone cuando hay niños, involucrarlos en la entrevista y de esa forma conocer sus espacios de una manera natural.

El espacio de la visita nos ofrece como ya hemos mencionado anteriormente determinados objetos que nos hace posible establecer una relación que en el despacho no es posible, señalamos una cita que nos visualiza la imagen de una de estas actuaciones con una foto o un objeto hecho a mano que nos facilita un acercamiento relacional.

También aparece una constante que sitúa como mejor hora para realizar las visitas sobre las 13:30 o 14:00 horas si el objetivo es conocer el tipo de alimentación que tiene la persona usuaria o la familia por diferentes motivos.

*... la persona que abre la puerta ¿a dónde te llevan? Si te llevan al comedor o te llevan a la cocina, o a la primera estancia que tienen. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:20:28]*

*Me puedes enseñar dónde duerme esta persona. Y ya de camino, vas viendo el resto de la casa y vas preguntando, ¿eso es el baño? ¿eso es la cocina? Normalmente se prestan a abrirte, a enseñarte los distintos espacios. ¿Qué no tienen baño adaptado?, ¿han pensado en hacer alguna reforma para que pueda entrar la persona?, un poco de la manera menos invasiva posible, porque es complicado a veces. [Es\_Cs\_Snd:58:30]*

*otras veces fluye y la misma persona te va, no sé, se siente bien y van enseñándote su casa y sus álbumes de fotos. [Es\_Alc\_Snd:20:30]*

*por ejemplo, "ábreme la nevera", queda un poco frío y entonces dices "a ver, para ver qué cosas comes", y se lo vas explicando, igual que el baño y todo. Siempre lo dices con una explicación. [Es\_Vlc\_Snd:33:44]*

*Hay veces que lo tienes que pedir, casi exigir, voy a verle la nevera. [Es\_Alc\_Snd:27:30]*

*A mí ahí, me es muy útil si hay niños, les pido a los niños que te enseñen sus espacios, entonces rápidamente ellos te llevan y también una forma de romper hielo porque ya te pones a nivel del niño ... [Es\_Alc\_Ss.Ss.:31;52]*

*... es muy rico en elementos de aportes puedes que da mucha más facilidad de relacionarte pues ves una foto y la podrás utilizar ves como un visillo, ... ¡ah! Pues ¿ese visillo lo has hecho tú? es mucho más, o sea, es lo natural lo que para mí debería ser nuestra relación siempre en ese espacio, en ese entorno y el entorno del despacho es una construcción de laboratorio, es postiza. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:1:09:00]*

*... hay personas que les cuesta más explicar su día a día y entonces..., y ya os digo que lo de la una y media, a ver cómo se preparan, qué comen, qué no... eso también, es una hora de hacer visitas que a mí me da mucha información. [Es\_Vlc\_Snd:36:05]*

## Tabla 83

### Posibles actuaciones dentro de la casa

4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

#### 4.2. Actuaciones dentro de la casa

Actuaciones

- Transitar por la casa dejándose guiar.
- Realizar preguntas por los espacios sin ser invasivos.
- Fundamentar nuestras acciones o preguntas.
- Si el objetivo no se consigue y estamos en un contexto de control, ser un poco más autoritario.
- Cuando hay niños, involucrarlos en las entrevistas para conocer los espacios de la casa de una manera más natural.
- Utilizar objetos para un acercamiento relacional.

### 4.3 Observación del espacio.

La propuesta que realizan los profesionales a este respecto está mediatizada por el objetivo que se tenga con la visita, aunque los tres grupos dicen fijarse en un primer instante a nivel general y después en cuestiones más concretas.

Sobre ese nivel general podríamos decir que se resume en organización de la casa, orden (obstáculos que dificultan la movilidad), limpieza, peligros y barreras arquitectónicas. Desde los tres contextos institucionales coinciden en que, desde el análisis de esta observación general, se revelan las dinámicas relacionales de las familias. También comentan cómo se observan determinadas dinámicas de cómo se organizan las familias en espacios alrededor de determinados acontecimientos diarios o vitales como un duelo o una crisis.

*Lo primero que miras es la situación, cómo está el arreglo, la higiene, -el arreglo, ¿a qué te refieres?- el cómo está. Si está ordenada, si está recogida, si está todo por medio, un poco eso, si hay restos de la cena, platos,...* [Es\_Vlc\_Edu:14:35]

*A veces, también te llama (la atención) que a lo mejor la casa en sí es vieja, muy deteriorada, pero la tienen muy bien arreglada, y eso también lo valoras, que está muy bien arreglada a pesar de lo hecha polvo.* [Es\_Vlc\_Edu:17:20]

*Depende del objetivo que tengas en la visita a domicilio, focalizas la mirada en un sitio u otro. Por ejemplo, si es una familia, en general cómo está organizada la casa, de acuerdo a las necesidades de esa familia. Si hay niños pequeños, si hay adolescentes, si los niños tienen un espacio para ellos, un espacio de estudio para*

*cubrir sus propias necesidades, si tienen mesa de estudio o no. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:21:50]*

*Si existe cierto orden o es una casa caótica, porque a mí ya me dice mucho, la organización, no solamente lo que son los objetos y demás, sino también de las personas. A veces, entras en casas que todos son montones y en esas casas las familias son un poco así. [Es\_Alc\_Ss.Ss.:17;15]*

*Sí, yo creo que también que el tema de la higiene es una de las cosas que a mí me llaman la atención cuando, ..., es de las primeras cosas que a mí me impactan cuando voy a una casa. [Es\_Cs\_Snd:23:45]*

*... me fijo en la higiene, el olor, porque claro, las visitas que yo hago normalmente son a personas que viven solas ... [Es\_Cs\_Snd:26:40]*

*Yo en lo primero que me fijo es en qué está haciendo. En qué posición está en la casa, si está trabajando, si está durmiendo, si está sentada, si está viendo la tele, ... Y a nivel visual, pues el entorno de cómo está la casa, qué sensación me da. [Es\_Alc\_Edu:16:39]*

*... si esa persona tiene dificultades de movilidad funcional y cognitiva, sí que miro mucho el peligro que pueda haber a nivel de barreras arquitectónicas ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:23:16]*

*Las barreras si tienen personas mayores o críos con discapacidad, si está adaptado, si hay ascensor, si hay escaleras... (...) Pues eso, si está adaptado y si puedes subir el carrito, si hay carritos, si tiene habitación para estudiar, para jugar, ..., si tiene un mínimo de intimidad. [Es\_Vlc\_Edu:59:04]*

*... si ves algún espacio, los sofás enfocados a la tele, entonces sí que piensas o dices, "esta tele cuando coméis la pagaréis", también buscando si hay algún momento que dicen "sí, porque es el momento en que no nos vemos en todo el día y es el momento para charrar". [Es\_Cs\_Snd:1:38:22]*

*La distribución de la casa, la iluminación, la ventilación, todo, ..., el ruido, la manera de hablar, el volumen de la televisión también es acorde al de la familia. En un caso en el que estuve interviniendo la madre tenía un cáncer terminal y habían trasladado la cama al salón, el centro del salón era la cama de la madre y había niños y demás, pero la colocaron como el centro de todas las interacciones y elaboraron el duelo ahí, porque lo tenían totalmente naturalizado, ahí se hacían las curas del centro de salud, y ellos estaban elaborando así su propio proceso. Era un piso, y ella estaba en el centro, y eso dice mucho. La información que daba era de cómo la familia se había reorganizado alrededor de esto. [Es\_Alc\_Ss.SS.:53:07]*

*Es como cuando entras en una casa que parece un santuario y que tiene fotos de vírgenes por todas partes, y cristos, ¿sabes? o sea, pues bueno, será para la persona..., importante. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:18:48]*

Sobre las cuestiones más específicas, se fijan en el número y distribución de los espacios o habitaciones, de los aparatos digitales o tecnología que hay en ellos, contenido de la nevera o de los armarios en determinados contextos de evaluación o de control y en objetos nimios tales como candados en las puertas, plantas, ..., pero sobre todo si la casa tiene las adaptaciones pertinentes (más allá de las barreras), para fomentar la autonomía personal:

*El equipamiento que tiene la casa, casas sin agua y con un plasmón qué flipas, La tecnología y la limpieza. [Es\_Alc\_Edu:18:38]*

*A mí sí que me da muchísima información estas casas que tienen muchas habitaciones con teles y que no hacen vida en común o que no tienen un espacio así de estar, lo que el espacio está tan ocupado de cosas que se nota que no lo pueden ocupar porque no se puede, y luego también es un fiel reflejo de las dinámicas de la familia. Si la casa es muy caótica, pues las relaciones son muy caóticas también. [Es\_Alc\_Snd:52:23]*

*... tenían candados en la nevera, en los armarios, fue un reflejo de que no acababan de llegar a ningún acuerdo de nada, hasta en el baño, había un candado en uno y otro en el otro. [Es\_Alc\_Snd:55:04]*

*También, hay gente mayor, que deja la ropa en las sillas porque no llegan a las perchas y tienen familia. Entonces es una falta de atender esa necesidad de acceder a tu ropa libremente. Igual que si la ducha no está habilitada correctamente, no puede tener una higiene adecuada, no se atiende esa necesidad. Bueno y ¿cuándo tienen escaleras y no pueden salir a tomar el sol o a relacionarse con la gente? [Es\_Cs\_Ss.Ss.:55:18]*

En menor medida, pero también es importante resaltarlo, hay una observación del espacio comunitario: los servicios y recursos que ofrece ese entorno comunitario, si es urbano o rural, si existen buenas conexiones o está aislado, si hay parques, que sea accesible y permita le permite ser autosuficiente, la orografía del espacio, si hay red de vecinos de apoyo, ...

*También si están en un entorno comunitario, si tienen parques, ...Yo por ejemplo me fijo mucho en las personas que acompaño en que estén en contextos*



comunitarios y que puedan tener un el acceso a los recursos de comunidad.  
[Es\_Alc\_Snd:59:15]

Ahora como estoy teletrabajando estoy llamando a los mayores de 85 años para ver cómo estaban. Pues entonces hay muchos que están apoyados por familia y hay otros que están controlados más o menos por algún vecino, alguna vecina, ... [Ra\_Vlc\_Ra:41:31]

M...a es especialmente difícil para vivir las personas mayores. Hay muy poca luz, casas muy estrechas, no tienen muchas vistas, no pueden salir de casa<sup>7</sup>, ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:43:27]

## Tabla 84

### Observación del espacio público y privado en la visita

4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

#### 4.3. Observación del espacio

<p>Nivel General en el domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización de la casa.</li> <li>- Orden (obstáculos que dificultan la movilidad).</li> <li>- Limpieza, higiene y olor.</li> <li>- Peligros.</li> <li>- Barreras arquitectónicas.</li> <li>- Desde el análisis de esta observación general, se revelan las dinámicas relacionales de las familias.</li> <li>- Cómo se organizan las familias en espacios alrededor de determinados acontecimientos diarios o vitales como un duelo o una crisis.</li> </ul>
<p>Nivel Específico en el domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de espacios diferentes que hay en el domicilio.</li> <li>- Qué organización presenta.</li> <li>- Aparatos digitales o tecnológicos que hay en ellos (TV, consolas, ...) y a quién pertenecen.</li> <li>- Si la casa está adaptada para fomentar la autonomía personal y la socialización.</li> <li>- Contenido de la nevera o de los armarios en determinados contextos de evaluación o de control.</li> <li>- Objetos nimios como candados en puertas, plantas, ...</li> <li>- Todos los objetos expuestos en la dimensión del espacio.</li> </ul>
<p>Espacio comunitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los servicios y recursos que ofrece el entorno comunitario.</li> <li>- Si es rural o urbano.</li> <li>- Si tiene buenas conexiones de transporte o es un entorno aislado.</li> <li>- Si hay parques y zonas verdes.</li> <li>- Entorno accesible que permita la autosuficiencia.</li> <li>- La orografía del espacio.</li> <li>- Red de apoyo vecinal.</li> </ul>

<sup>7</sup> La dificultad se debe a la difícil orografía que presenta la ciudad.

#### **4.4. Objetividad en la intervención.**

Cuando se realizan visitas domiciliarias la objetividad es uno de los factores éticos que precisa de revisión y que según las narraciones de los profesionales esta objetividad puede verse influida por determinados factores.

Al exponer los resultados de la dimensión ética, se han mencionado aquellos factores que pueden hacer perder la objetividad en una visita a domicilio.

En este apartado metodológico, nos centraremos en aquellos factores que pueden reforzar la intervención desde una posición objetiva.

La primera que se expone en los grupos focales es la de revisar los propios instrumentos que se crean en la intervención como el Plan diseñado, y posteriormente la necesidad de compartir con otras compañeras la información y el seguimiento de la visita en la búsqueda de una mayor objetividad. La supervisión aparece en varias ocasiones como una alternativa, aunque no todas tienen el mismo concepto sobre ella e incluso como un medio para analizar dilemas éticos. Todos coinciden en que la visita aparece como una visión ampliada de la información, esto permite una mayor observación de la situación de la persona usuaria o de la familia. Esta información sistematizada facilitará la toma de decisiones de manera más objetiva, añadiendo además otros profesionales participantes mayor amplitud de esa mirada si se realiza desde la multidisciplinariedad y/o desde la interdisciplinariedad.

*También hay que tener en cuenta los métodos para apoyar lo que tú observas, la información que tú tienes a través de una visita a domicilio, si buscas ser lo más objetivo ¿qué haces? informes, y lo mejor está en el Plan de intervención, que se vaya revisando. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:16:41]*

*... nos apoyamos como podemos en otras compañeras o en el equipo interdisciplinar y en lo que nos puedan ayudar, ¿vale?, pero vamos que si consiguiéramos servicios de supervisión sería fantástico. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:60:40:10]*

*... en este campo de la visita domiciliaria yo pienso que es importante el poder tener esos espacios de confrontación y de supervisión o de revisión de nuestro hacer. [Et\_Cs\_Snd:60:41:05]*

*¡Ojalá! que algún día pudiéramos hacer supervisión, sobre todo los que trabajamos en la pública ¡vale!, ¡ojalá, ojalá! y no nos veríamos más de cuatro veces en determinados embolaos. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:13:04]*

... nos lo hemos buscado de nuestro tiempo libre o de nuestro trabajo, por ejemplo, compañeras que compartíamos reuniones trimestrales, para, para, un poco ver otra visión de una situación o nos ayudará en nuestro trabajo otras visiones. [Com\_Vlc\_Ss.Ss.:60:40:18]

... para mí lo rico que tiene la visita domiciliaria es que te permite oír más voces, te permite ver más cosas y configurando un poco la estrategia de por dónde ir para realmente servir de ayuda a quien lo necesita, puede ser todo el conjunto de la familia o si estamos hablando de situaciones de vulneración de derechos muy graves pues para la persona más vulnerable. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:24:28]

... encuentras una serie de indicadores claros y taxativos de que, ... te ayudan, contribuyen a que tú puedas valorar o pues no sé, analizar de alguna manera lo que es el diagnóstico social de esa familia y aplicar la intervención correspondiente según lo que has visto, es que si no, te falta una visión muy importante de esa situación. [Et\_vlc\_Ss.Ss.:11:00]

... como distintos profesionales, tenemos visiones diferentes, y entonces en eso, alguna preocupación de riesgo que pueda tener yo, a lo mejor la psiquiatra dice "no sé qué...", o al revés. Y entonces realmente en mi trabajo, como trabajamos bastante en equipo multidisciplinar ... [Et\_Vlc\_Snd:27:55]

Posiblemente dos profesionales que hacen simultáneamente la misma visita a domicilio, pues igual, la visión es diferente porque partes de que nuestra propia experiencia personal, nuestras creencias, nuestro bagaje, entonces ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:13:30]

Universitat d'Alacant

Universidad de Alicante

## Tabla 85

### Acciones que refuerzan la objetividad en la visita a domicilio

4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

4.4. Objetividad en la intervención

Acciones que la refuerzan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los instrumentos creados como el plan de intervención.</li> <li>- Compartir la información y seguimiento de la visita con el resto del equipo.</li> <li>- Supervisión ante dilemas éticos.</li> <li>- La visita amplía la información por lo que se debe sistematizar para poder tomar decisiones más objetivas.</li> <li>- Visitar si es posible desde la multidisciplinariedad y/o desde la interdisciplinariedad.</li> </ul>
---------------------------	--

#### 4.5. Resolución de conflictos.

Los conflictos han sido tratados en la dimensión ética, así como las acciones preventivas que se pueden poner en marcha para evitarlos, sin embargo en este punto se quiere dar cuenta de aquellas situaciones en las que el trabajador en el plazo inmediato de la vista tiene que tomar una decisión. Como ya hemos dicho los dilemas que se dan en el domicilio, deben resolverse en el domicilio.

En medio o largo plazo la única propuesta resolutive que hacen las profesionales para la resolución de conflictos éticos es la supervisión, la formación o el compartir con el equipo tus dilemas:

*Hay cosas o que son blancas o son negras, pero cuando hablas ya de tonalidades, de grises, es muy difícil valorarlo in situ y en el momento, entonces sales fuera un poco, lo comentas con un compañero, con una compañera y bueno, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:44:00]*

Para resolver los conflictos que se han descrito en el apartado de la dimensión ética y utilizando las citas que ya se han expuesto a lo largo de este título exponemos los siguientes resultados que suponen unos ítems generales que más adelante en la discusión se justificarán:

1. Responsabilidad profesional: ¿Cuál es nuestro rol en esa visita a domicilio?, ¿podemos en esta situación desempeñarlo?, ¿podemos hacerlo solo o precisamos de otros profesionales?

2. Protección de personas vulnerables: Si se quedan en el domicilio ¿corren riesgo?, ¿podemos hacer algo en el domicilio que disminuya el riesgo?, ¿hay algún agente o elemento protector?, ¿es un riesgo que deriva de la forma de vida o hay peligro inminente?

3. Privacidad, confidencialidad: ¿cuánto de importantes son los detalles de la situación que hacen dudar en mantener o desvelar la privacidad?, ¿existe alguna otra fuente de información desde la que podamos obtener información sin desvelar la identidad de la persona usuaria?, ¿Tan importante puede ser la información que vayamos a recopilar como para no mantener la confidencialidad?

4. Autodeterminación: ¿las decisiones que está tomando la persona usuaria le afecta a ella y/o a las personas que conviven con ella?, ¿es consciente de esta afectación?, ¿nuestra decisión la estamos basando en hechos o en prejuicios?,

¿pensamos que podemos ayudar a equilibrar la autodeterminación con la seguridad y bienestar?

5. Delitos y relación de ayuda: ¿estos delitos están exponiendo a alguien a algún peligro o daño?, ¿está justificado romper el principio de confidencialidad?, ¿podemos involucrar a la persona usuaria en la resolución de estos temas?, ¿si se denuncia se puede mantener la relación de ayuda?

Uno de los conflictos que surgieron frecuentemente en los grupos focales, pero que no ha tenido la misma consideración de importancia en las respuestas de la encuesta al considerarlo como un obstáculo (Tabla 69 - 11%), fue el hecho de encontrar a personas no convivientes en el domicilio que vamos a visitar.

A continuación, se muestra un ejemplo y se analiza el resultado de la encuesta:

*Al entrar en una casa y encontrarte a gente que sabes que no es de la familia y dices, "y este ¿qué hace aquí?" Porque tú has avisado, has dicho que vas y de repente te encuentras allí al amigo de la pareja de no sé quién, y te entra un sentimiento de indefensión, de decir, es que no sé, porque yo venía para una cosa y me estoy colapsando yo misma porque esta persona externa está, así como supervisando a mí, vigilándome y encontrarme mal de decir, salir un poco del paso y volver otro día. Y sobre todo indefensión, yo me quedo cuando pasa eso, de cara al que vas a ayudar, ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:18:03]*

*para mí lo importante y si hay más de una persona es que todos se sientan incluidos. [Ra\_Alc\_Edu:10:41]*

Ante la situación de llegar al domicilio y encontrar a personas no convivientes en el domicilio el 51% de las profesionales encuestadas le preguntarían al usuario qué prefiere que hagamos antes esa situación, el 17% pediría permiso para involucrar a estas personas en la entrevista, el 12% le informaría que la visita es a solas y que se despida de esas personas, el 5% optaría por realizar unas preguntas rápidas y acordaría otra cita y el 1%, pediría disculpas y volvería otro día.

De las participantes el 12% no se ha encontrado nunca en esta situación.

**Tabla 86**

*Propuestas de resolución del conflicto de encontrar a persona/s no convivientes en el momento de la visita*

	N	%
Le preguntamos al usuario qué prefiere que hagamos en esta situación	642	51%
Le pedimos permiso al usuario para involucrar a las otras personas en la entrevista	212	17%
No me ha ocurrido nunca	176	14%
Le informamos al usuario que la visita es a solas, para que se despidiera de esas personas	156	12%
Hacemos unas preguntas rápidas y acordamos otra cita	58	5%
Nos disculpamos y volvemos otro día	15	1%
	1259	100%

#### **4.6. Competencias Técnico-Profesionales.**

A diferencia de la exposición realizada anteriormente sobre las competencias técnico-profesionales que se precisan para llevar a cabo la visita y aludiendo desde su organización hasta el registro, en este punto se quiere destacar las competencias que se precisan en la visita, pero ya en el propio domicilio.

Dentro de la metodología de las visitas, en el desarrollo de las competencias técnico-profesionales que se requieren en el domicilio se destaca el hecho de estar capacitados para hacer partícipe en la entrevista de la visita a las personas usuarias o a todos los miembros de la familia para que no parezcan como meros espectadores (entrevista sistémico relacional), observación y análisis de objetos del entorno, poder construir narrativas personales o familiares, la capacidad de observar el espacio y analizar las relaciones familiares a la vez.

Estas capacidades técnico-profesionales capacitan a los profesionales para poder intervenir en los domicilios en cualquier contexto profesional, aunque señalan el de control como el que precisa de mayor competencia técnica para gestionarlo.

*Yo creo y hablo por mi experiencia, (...) no se trata de llegar y que como yo voy con una idea, con un objetivo definido lo voy a imponer porque sí, (...) posiblemente tenga más posibilidades de fracasar que de prosperar, por lo que normalmente aunque sí que lleve un propósito busco implicar a las personas que hayan en el domicilio. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:11:00]*

*A mí siempre me agrada revisar las cosas que tienen colgadas en la pared, fotos, cuadros, porque te ubica un montón para saber a quién tienen en cuenta, quién es importante para ellos y además eso me da paso para hablar de la relación familiar, por ejemplo, "¿y éste? - Pues este es el nieto de mi hijo mayor..." Entonces todo este tipo de cosas me gusta revisarlo, y también si no hay nada de todo eso, también te da muchas pistas porque nosotros ya no ponemos tantas fotos, pero las personas más mayores siempre tienen recuerdos de todos, entonces una persona mayor sin fotos parece que no tengan pasado. [Es\_Cs\_Snd:23:56]*

*... la estructura de la propia casa, de cómo tienen dispuestos los muebles, sino también las dinámicas que se establecen en ese momento, tú estás libre cuando estás por tu casa, pero cuando estás en el despacho, estás muy sujeto a una silla, a un entorno y en su casa son ellos son los que te indican, siéntate aquí o allá. Las directrices te las dan ellos con lo cual, ... [Es\_Cs\_Snd:1:20:30]*

*El armario roto como de una patada, o la puerta dañada como si le hubieses dado un puñetazo, ..., Ahí barajo la hipótesis de que ha habido discusiones fuertes, no se sabe de quién, hacía quién y agresividad hacia objetos y que a lo mejor no se acaba ahí. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:52:56]*

*El poder entrar en los domicilios, encontrarme con las personas en otros espacios que no son el despacho, la mesa y todo eso, me ayuda muchísimo. Hablábamos de intervenciones terapéuticas que son, a lo mejor, las que más haría yo, o para evaluar o incluso el tema de menores, el haber acudido a la vivienda incluso después de haber hecho la retirada de menores seguir trabajando con la familia en la vivienda es difícil y desagradable en un primer momento, pero si consigues, si se consigue encontrarle un encaje y llegar a un tipo de relación que te permita seguir trabajando con los padres ... [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:35:03]*

*... en un contexto de control o más complicado, yo lo que me planteo siempre, cuando es un contexto de control en la primera visita a domicilio es una toma de contacto como para no estropear la relación de ayuda. [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:1:36]*

*... usar de esas competencias más técnicos profesionales cuanto más complicado o difícil sea el asunto que vas a tratar (...) la comprobación de una situación de maltrato de negligencia de abandono ... [Com\_Vlc\_Snd:12:20]*

**Tabla 87***Competencias técnico-profesionales en la visita a domicilio*

4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

---

4.6. Competencias técnico-profesionales

---

Competencias en la visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista sistémico relacional.</li> <li>- Formación específica para construir narraciones personales o familiares a través del uso de objetos.</li> <li>- Capacidad de observación y análisis del espacio y de las relaciones familiares.</li> <li>- Capacidad técnica para intervenir desde el domicilio en cualquiera de los contextos profesionales.</li> <li>- El contexto de control se señala como el que requiere mayor capacitación técnica.</li> </ul>
--	--

Una de las competencias técnico-profesionales precisamente que se llevan a cabo es la preparación de la visita a domicilio y es una de las preguntas que se añaden a la encuesta, obteniendo los siguientes resultados: El 75% de las encuestadas aseguran revisar las notas del caso y marcarse un objetivo, un 12% cuando el caso lo precisa diseña una estrategia, un 7% dice no preparar la visita, aunque sí que preparan la documentación que precisan, un 5% las considera rutinarias y por tanto no las prepara y 1% realiza las visita sin preparación previa.

**Tabla 88***Acciones previas a la realización de la visita domiciliaria*

	N	%
Sí, reviso las notas que tengo antes del caso y me marco un objetivo	953	75%
Cuando el caso precisa del diseño de una estrategia	147	12%
No, pero sí que preparo la documentación que me tengo que llevar	84	7%
Son rutinarias, el objetivo está implícito	64	5%
No	11	1%
	1259	100%

**4.7. Posición simétrica.**

Una de las ventajas que refieren los profesionales de los grupos focales sobre la visita domiciliaria es la posición simétrica que se tiene con respecto a las personas usuarias y con respecto al acompañamiento multiprofesional. Sobre esto último se expondrán los resultados en un punto diferente, sin embargo, sobre la relación simétrica con los usuarios, aportamos algunas citas que ejemplifican: cómo el espacio del domicilio permite esa simetría o cómo podemos utilizar



también determinadas técnicas para conseguir la simetría entre todos los miembros de la familia por igual. Esta simetría será contraproducente en contextos en los que exista tensión, teniendo que pasar a ocupar una posición *Down* complementaria.

*... yo creo que sí que es rico en el tema de la relación cómo se puede vivir las cosas en ese, en ese contexto más rico que en un ..., porque en un despacho, en despacho nosotros ya tenemos una altura que es muy difícil de romper esa distancia, que por mucho que tú quieras encuadrar en igualdad con él, con el usuario, en el respeto al usuario, a su vida, ya ellos van con otra, con otra predisposición. En el domicilio puede llegar un momento que vincules verdaderamente, emociones que ellos pueden vivir bien. [Ra\_Vlc\_Edu:10:05:09]*

*... todos los que estén presentes de alguna manera intentar darles la información de por qué estoy aquí de qué objetivo podría tener esa entrevista un poco para que todos estuvieran con el mismo nivel de información. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:7:29]*

*... de entrada el intentar captar la atención y conseguir esa alianza con los diferentes miembros que hayan en el domicilio, de esa manera también te permite observar qué posición ocupa cada uno en la dinámica familiar y también el evitar contra alianzas en contra de la profesional en un momento dado, también porque de alguna manera la responsabilidad de las situaciones es compartida, no se etiqueta a alguien como responsable de ningún nivel de la intervención ni de nada, claro, es del conjunto de la familia. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:8:19]*

#### **4.8. Agendar.**

En este código se aprecia una diferencia por contextos institucionales que al realizar la discusión de los resultados de la hipótesis se expondrán con mayor abundancia, en estos momentos queremos mostrar las diferencias que se observan en los grupos focales y a nivel general en la encuesta.

Las diferencias que se aprecian por contextos nos permiten observar cómo en sanidad el agendar las visitas es una cuestión metodológica que tienen integrada, en servicios sociales también, aunque aluden a menor disposición de tiempo para realizar las visitas y en educación muchas veces la visita se presenta como la única forma de localizar a la familia y por tanto es más espontánea y depende más del día que se atiende a ese centro escolar que de una organización general.

## SANIDAD

*¿Vosotras no tenéis un día cerrado para visitas a domicilio? En sanidad sí. Porque nosotras en sanidad la agenda te permite hacer muchas cosas, ponerme más tiempo, menos tiempo; por lo menos a los trabajadores sociales.* [Et\_Alc\_Snd:48:16]

*... tienes a la semana un día especial para visitas, también es verdad que en sanidad no estamos ni de lejos con la presión asistencial que hay en servicios sociales.* [Et\_Alc\_Snd:45:25]

## SERVICIOS SOCIALES

*Ayuntamiento de 6.800 habitantes y desde el principio la verdad es que en mi planteamiento como la visita a domicilio ha sido siempre una herramienta muy importante lo introduje, entonces, posiblemente yo tengo mi agenda y dentro de mi agenda sé que hay casos que, a lo mejor, en vez de citarlos en el despacho, les pido "por favor ¿les importaría que en vez de tener aquí la entrevista la hagamos directamente casa?".* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:47:30]

*... lo he hecho con la compañera, los miércoles se cierra agenda y a las 12:30, no atendemos y vamos conjuntamente* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:48:22]

*El volumen de gestión que tenemos en tramitaciones en S.V. en servicios sociales se tienen dos días a la semana y tenemos media hora de tiempo por cita. No da tiempo."* [Et\_Alc\_SsSs.:44:09]

*Por retomar un poco lo que se decía, antes comparto eso, la sobrecarga que llevamos ahora en cuanto mucha burocrática nos hace, no hacer tantas (visitas a domicilio), e incluso reducir estas a momentos de urgencia o a momentos de confirmar o no confirmar hipótesis o momentos puntuales, que tengo que ir a ver que, ... cuando la visita domicilio, yo la consigo como parte de la metodología, como parte del acompañamiento, como parte del trabajo, ..."* [Et\_Alc\_Ss.Ss.:41:56]

## EDUCACIÓN

*Sí, por el tema de disponibilidad de tiempo, claro, yo comentaba que En el SPE (Servicios Psicopedagógico Escolar) no hay una instrucción (sobre las visitas a domicilio porque allí, entre otras cosas, somos un solo profesional por equipo, de trabajo social, que el resto ni se plantea lo de las visitas, tienen una atención directa en centro (escolar). Y ¡claro!, con una cantidad de centros, que tampoco puedes llevar una intervención continuada, entonces es algo que, ... la haces porque realmente sabes que necesitas hacerlo, ...* [Et\_Alc\_Ed.:42:39]

... pues por lo que hemos comentado otras veces, vas de imprevisto porque no tienes forma de localizar porque es el último cartucho. [Ra\_Alc\_Edu:5:28]

En general las respuestas de la encuesta sobre si los trabajadores sociales tienen un día específico dentro de sus agendas para realizar visitas a domicilio, nos devuelve que el 50% dice que *sí* lo tiene, un 41% dice *no* tenerlo y un 9% lo tiene, aunque *rara vez termina haciendo las visitas en ese día agendado*.

**Tabla 89**

*Se tiene un día específico para realizar visitas a domicilio*

	N	%
Sí	627	50%
No	514	41%
Sí, pero rara vez lo termino cumpliendo	118	9%
	1259	100%

#### **4.9. Manejo de la información.**

En las visitas a domicilio las trabajadoras sociales gestionan mucha información confidencial entre la que se encuentran los datos personales de las personas usuarias, pero también determinada información sensible que se recoge de una manera directa o indirecta en esa visita. Vamos a exponer algunas citas de las transcripciones de los grupos focales donde se reflejan las distintas actuaciones que llevan a cabo las trabajadoras sociales con estos datos y en ocasiones con la forma de conseguir esa información.

Una de las cuestiones más comentadas en los tres grupos en los que se hacía alusión al manejo de la información que se obtenía de las intervenciones en general era el uso de un consentimiento informado. Éste presentaba diferencias, parecía que *sí* que estaba institucionalizado su uso para compartir la información con otras instituciones o compañeros, sobre todo si afectaba a menores, aunque era visto por muchos profesionales como un gran inconveniente que dificulta la coordinación.

*Consensuamos un modelo para todos nosotros del centro de salud, sí que todo el departamento, sí que hemos consensuado, pero hace muchísimos años, antes de esta Ley de Protección de Datos y tal consensuamos un modelo donde*

*estaba implicado todo el mundo, estaba educación, estaba servicios sociales, está sanidad y tal, pero ese modelo lo hicimos y pasó por el visto bueno del servicio jurídico del Departamento. [Et\_Alc\_Snd:1:12:30]*

*Siempre que hay un tema de menores, si me llama la de menores en esos siempre le digo "que te lo firme a ti y me pasas que te lo ha firmado o me lo firma a mí", dependiendo de si conozco al paciente y lo firmamos los dos, cuantos más mejor. [Et\_Vlc\_Snd:60:31:45]*

Yo con la protección de datos estoy ya hasta las narices, me refiero, todo acaba siendo protección de datos, es decir, no nos podemos coordinar con nadie por la protección de datos. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:28:33]

Por otra parte, y como ya se expuso en la dimensión ética, hay profesionales que preguntan y obtienen la información de los vecinos de las personas usuarias o familias si llegan al domicilio y no se encuentran con nadie que les abra la puerta:

*... yo lo utilizo mucho como estrategia, lo siento mucho, a lo mejor es porque mi contexto es de un modo diferente. En la población en la que yo trabajo hay mucha dispersión y es muy difícil contactar con la gente, llegar hasta a ellos. Y a ver, como estrategia para tener información, yo sí que lo uso, por supuesto, no se me ocurre dar datos ni nada, pero sí que pregunto si lo han visto salir o cuándo fue la última vez que lo vieron. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:24:29]*

**Tabla 90**

*Elementos a tener en cuenta sobre el manejo de la información en las visitas a domicilio*

4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

---

4.9. Manejo de la información

Origen de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De manera directa de la persona o familia en el despacho.</li> <li>- De manera directa en la visita a domicilio.</li> <li>- De manera indirecta por documentación o personas no relacionadas con la persona usuaria o familia (denuncias, vecinos, diferentes instituciones, ...)</li> </ul>
Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imprescindible para compartir información.</li> <li>- Especial relevancia en la información relativa a menores.</li> <li>- Es visto por muchos profesionales como un inconveniente a la coordinación.</li> </ul>
Datos sensibles en la visita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayoritariamente se realizan visitas domiciliarias con datos sensibles.</li> </ul>

Por último, y como también se expuso en la dimensión ética, hubo discrepancia de aquellos profesionales que decía que sí que realizaban la visita con datos sensibles y otros que no, por lo que se sometió la pregunta a encuesta con los siguientes resultados:

*Yo no llevo nada. Yo voy a pelo. Llevo mis ojos, el olfato, el disco duro, ...*  
 [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:27:20]

El 40,9% reconoce que sí que realiza la visita con datos sensibles y el 9,1% dice que no los lleva cuando va a la visita, pero sí cuando regresa con los formularios rellenos. El 40% de los encuestados dice que lleva la agenda con nombres de la familia y su dirección, y solo el 9,9% dice no llevar ningún dato sensible.

**Tabla 91**

*Visitas domiciliarias con datos sensibles o personales de las personas usuarias*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí	515	40,9%
Sólo la agenda con los nombres de la familia y su dirección	504	40,0%
Cuando voy no, pero al venir sí que llevo formularios rellenos	125	9,9%
No	115	9,1%
Total	1259	100%

#### **4.10. La visita como espacio multiprofesional.**

A lo largo de la exposición de los resultados, en las citas de los profesionales, se hace evidente que las visitas a domicilio son un espacio multiprofesional, al igual que en la bibliografía también se hacía referencia a ello.

Los trabajadores sociales de los tres contextos institucionales en estudio dicen realizar las visitas solos, pero también en numerosas ocasiones se refleja que las realizan acompañados de otras trabajadores sociales de su mismo ámbito o de otro, también que les acompañan profesionales de otras disciplinas o

compañeros de otros departamentos diferentes como es el caso más extendido de la policía junto al personal de servicios sociales.

*... la necesidad final de trabajar en equipo, desde un enfoque multidisciplinar o al menos en equipo, porque en la visita - porque estamos hablando de ello -, pero a veces varias entrevistas te hacen decir, ¡ostras! ¿me ha dicho esto o lo he entendido yo? Lo de la supervisión sería ideal, pero al menos tener un enfoque de equipo tener un enfoque compartido, ¿no?, no trabajar a solas. [Et\_Alc\_Ss.S.:15:07]*

*... por sí misma nuestra metodología de trabajo, nuestros métodos marcan un sistema de trabajo en equipo y por qué digo eso, porque tenemos que dar una respuesta integral a las necesidades, tenemos que determinar objetivos de intervención en muchas áreas de intervención y en muchas dimensiones de la persona, por lo tanto, cuando hacemos el plan de intervención ya estamos incluyendo y haciendo participar a otros profesionales. [Com\_Cs\_Edu:60:21]*

Es interesante conocer las citas que lo ilustran, así como saber en compañía de quién se realizan estas visitas, por ello en la encuesta se introduce una pregunta dividida por contextos institucionales cuyas respuestas se extraen de los grupos focales.

Según el ámbito varían los profesionales, pero los que han aparecido en las transcripciones son trabajadores sociales de su mismo contexto o de otro, profesionales de la educación social, de la enfermería, psicología, psiquiatría, policía y en menor medida auxiliares de enfermería, traductores o médicos.

*... he ido con compañeras trabajadoras sociales de servicios sociales donde a veces la percepción ha sido diferente. [Com\_Cs\_Snd:50:26]*

*Hoy mismo por ejemplo hemos ido a hacer una visita domiciliaria con la trabajadora social del centro de salud, ... [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:21:02]*

*Yo las hago sola, casi siempre sola, cuando voy con alguna otra compañera es porque hay o bien un plan de intervención con menores que van a hacer las educadoras con un objetivo muy claro, y no hay ningún problema, tenemos claras las competencias. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:54:40]*

*... me organizo la agenda así y digo voy al domicilio un día o voy dos. Que también hacemos mucho domicilio, sobre todo con enfermería. [Et\_Alc\_Snd:45:10]*

*... yo tengo la suerte de que mi trabajo en general es en equipo entonces las visitas a la inmensa mayoría de las veces en mi caso son interdisciplinarias con la psicóloga ... [Com\_Vlc\_Snd:52:05]*

*... yo lo planteé y la psicóloga y la psiquiatra al principio eran reacias a hacerlas y luego cuando hicimos una conjuntamente me dijeron que les ampliaba la visión y veían -eso más las de salud mental- veían su entorno y entonces entendían más y mejorar la situación. [Et\_alc\_Snd:39:10]*

*Hay que negociar, y de la negociación, luego ya pasará lo que pase, con convencimiento, quiero decir que yo creo que puede ser con la policía, pero si hay que entrar, hay que entrar. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:60:15:00]*

*... últimamente casi todas son sorpresa y en otro idioma entonces ahora tengo una dificultad mayor, es que voy con una traductora detrás que sabe la otra lengua pero que la mujer de tacto tiene lo justo ... [Ra\_Vlc\_Ss.Ss.:55:55]*

*Sí que se han dado casos de hacer visitas con algún médico y sacar muchísimo provecho de esa visita, pero después piensas ¡macho! Si esta persona y yo hubiéramos trabajado un poquito antes, si tuviéramos más costumbre de trabajar juntos sería fantástico, es que nos ahorraríamos la mitad de trabajo y sería todo más eficiente. [Com\_Vlc\_Snd:50:32]*

Los objetivos de este trabajo multidisciplinar podemos resumirlos según las citas en complementariedad de la observación a través de distintos enfoques institucionales o a través de distintas disciplinas, definir la intervención de cada profesional y después estarían los objetivos de apoyo que lo aportarían otras profesiones como las citadas anteriormente: policía, traductores, auxiliares, ...

Y también se habla del número máximo de profesionales para realizar la visita y que resulte lo menos invasiva posible, estableciendo el número ideal en dos.

*No me gustan las visitas compartidas de ir más de dos o tres personas – tres personas, ya ...,- no, no, no, no, pero es que hace poco una de las compañeras me propuso ir tres, y digo ¿cómo?, eso es una expedición, lo siento, pero yo no invado ninguna casa, es que me parece que no procede. Máximo yo puedo ir con una compañera o con un compañero, dos, más de dos no me apunto. [Et\_Vlc\_Ss.Ss.:25:56]*

*En salud mental a veces voy con servicios sociales, normalmente si ellos me piden que vaya, pero no, en la unidad muchas veces si podemos cuadrar vamos*

*dos, yo y la enfermera, yo y la psiquiatra, depende lo que vayamos a valorar, o yo y una auxiliar, ... depende del objetivo, si es más clínico, más social o de hábitos saludables. [Et\_Vlc\_Snd:27:27]*

En la siguiente tabla de múltiple respuesta podemos observar cómo el 34% de los trabajadores sociales del contexto de los servicios sociales realiza las visitas a domicilio solo, el 16% lo hace con trabajadores sociales de su mismo contexto y el 15% con el educador social. El 12% realiza visitas a domicilio con trabajadores sociales de otros contextos profesionales, el 9% con psicólogos u orientadores, en menor medida (7%) con auxiliares de hogar, policía (4%) o con otro tipo de profesionales (3%).

**Tabla 92**

*Profesionales más comunes con los que realizan visitas domiciliarias los trabajadores sociales del ámbito de servicios sociales*

	N	%
Sola/o	642	34%
Trabajadores/as sociales del MISMO contexto de servicios sociales	310	16%
Educador/a social	278	15%
Trabajadores sociales de OTROS contextos institucionales(sanidad, educación,...)	234	12%
Psicóloga/o / Orientador/a	175	9%
Auxiliar de hogar	128	7%
Policía	68	4%
Otras/os profesiones	62	3%
Total (multirespuesta)	1897	100%

Desde el ámbito sanitario también predominan las visitas en solitario (28%) y con otros profesionales de diferentes contextos institucionales (24%). El 21% visita con la enfermera, el 13% con el médico, el 5% con otros profesionales del mismo contexto sanitario, el 8% con el psicólogo o psiquiatra por partes iguales y el 1% con los auxiliares de enfermería.



**Tabla 93**

*Profesionales más comunes con los que realizan visitas domiciliarias los trabajadores sociales del ámbito sanitario*

	N	%
Sola/o	225	28%
Otras/os (Diferentes contextos institucionales)	199	24%
Enfermera/o	169	21%
Médica/o	103	13%
Otras/os (Mismo contexto de sanidad)	44	5%
Psicóloga/o	33	4%
Psiquiatra	30	4%
Auxiliar de enfermería	12	1%
Total (multirespuesta)	815	100%

En el ámbito educativo sigue predominando la visita domiciliaria practicada de manera individual en un 40% de los encuestados, el 18% las realiza con trabajadores sociales de diferentes contextos institucionales y el 12% con trabajadores sociales de su mismo contexto, el 12% con algún educador social, el 9% con algún maestro o alguien del equipo directivo del colegio, el 7% con el psicólogo u orientador, el 1% con maestras de apoyo o de pedagogía terapéutica y otro 1% con enfermería.

**Tabla 94**

*Profesionales más comunes con los que realizan visitas domiciliarias los trabajadores sociales del ámbito educativo*

	N	%
Sola/o	42	40%
Otras/os trabajadoras/es sociales de DIFERENTE contexto institucional (servicios sociales, sanidad, ...)	19	18%
Educador/a social	13	12%
Otros/as trabajadores/as sociales de mi MISMO contexto de educación	13	12%
Maestro/docente/alguien del equipo directivo	10	9%
Psicóloga/o / Orientador/a	7	7%
Profesoras/es de apoyo o maestras/os de pedagogía terapéutica	1	1%
Enfermera/o	1	1%
Total (multirespuesta)	106	100%

Teniendo en cuenta a las encuestadas en su totalidad y rescatando la propuesta que hacíamos en el apartado de perspectiva de género, la siguiente tabla nos ofrece los valores de la población encuestada en general y dividida por sexos donde responden a si la visita la realizan solos o en compañía.

Las visitas se realizan en un 72,2% en solitario, por tanto, de manera habitual en compañía suelen visitar el 27,8% de las encuestadas. No apareciendo desde la observación una gran diferencia entre hombre, mujeres o personas que no se identifican con ninguno de los dos sexos binarios o no prefieren no decir el sexo, no obstante, sometemos los datos a la prueba Chi-cuadrado.

**Tabla 95**

*Resultados sobre la realización de visitas sola o en compañía dividido por sexos*

		Hombre	Mujer	Otro o prefiere no decirlo	Total
Sola/o	Recuento	72	831	6	909
	%	73,5%	72,0%	85,7%	72,2%
Acompañada/o	Recuento	26	323	1	350
	%	26,5%	28,0%	14,3%	27,8%
Total	Recuento	98	1154	7	1259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La prueba Chi-cuadrado nos ofrece un  $p$  valor = 0,692, por tanto, mayor al valor 0,05, lo que nos indica que no existe relación entre hacer visitas solo o acompañado y el sexo del profesional.

**Tabla 96**

*Resultado prueba Chi-cuadrado relación sexo y hacer la visita solo o en compañía*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,736 <sup>a</sup>	2	,692
Razón de verosimilitud	,827	2	,661
Asociación lineal por lineal	,004	1	,947
N de casos válidos	1259		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,95.

#### 4.11. Competencias Socio-Personales.

Dentro de la metodología se quiere destacar en estos resultados como los grupos focales inciden en crear un clima de confianza, cuida esta parte social de la entrevista en la que se realiza la presentación personal e institucional, se espera la indicación de dónde sentarse y se atiende a unas normas básicas de cortesía y respeto. Por otra parte, se explica muy bien el papel del trabajador social en el domicilio a la persona o familia que se encuentra presente.

*... te digan dónde te sientas creo que es importante cuando entras y ve un poco por lo menos presentarnos que a veces también es tonto perder tiempo en eso presentarnos, como preocuparnos cómo ha ido el día y a partir de ahí en un momento dado ya ir entrando poco a poco, pero ese previo de cortesía yo creo que hay que cuidarlo, además, además es que si no se cuida creo que ya entramos con mal pie y entramos con mal pie y además lo que decía C...a esa cortesía ¿no? el trabajar y el cuidar un poquito ese primer vínculo es la primera imagen que vamos a dar nosotros creo que va a influir mucho en nuestro trabajo posterior. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:34:12]*

*... establecer un clima de confianza, y ya cuando se establece el clima de confianza otra vez quizá vuelvo a aclarar el rol profesional e incido siempre en la relación de ayuda, pues ahí la gente ya se va desmontando y entonces sí que se van abriendo y ya le pides si te puede enseñar qué ropa tiene, si es suficiente para los niños... pues sí, pero primero tiene que haber confianza. [Es\_Cs\_Edu:59:47]*

Si se entra con respeto la familia no se siente vulnerado en su seguridad y creo que también eso sirve para garantizar la seguridad del propio profesional, aunque si no se sienten atacados no nos van a atacar, salvo situaciones heavy, pero como norma general creo que no, creo que sí de entrada se respeta la seguridad de todas las partes ... [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:50:56]

#### Tabla 97

##### *Metodología de uso de las competencias socio-personales en la visita*

#### 4. Metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3)

##### 4.11. Competencias socio-personales

Metodología de su uso en la visita

- Crear un clima de confianza al llegar al domicilio.
- Cuidar la parte social de presentación personal e institucional.
- Seguir unas normas básicas de cortesía y respeto.
- Explicar claramente el motivo de nuestra visita.

#### **4.12. Compartir el propósito. Deslizamientos.**

Explicar muy bien el rol que tiene el profesional en el domicilio está estrechamente ligado a evitar deslizamientos de contexto (término ya explicado en el Marco teórico al hablar de los diferentes contextos).

Esto es algo que en las transcripciones se ha visto en varias ocasiones y de diferentes modos como, por ejemplo, el hecho de explicar claramente los objetivos de la visita, clarificar nuestra presencia, las implicaciones de una firma o incluso compartir cuál es la propuesta de intervención para consensuar con la persona usuaria.

*... si encuentras que la familia está respondiendo y esta no lo ve como un ataque tu intervención, lo ven como positivo, comparte los objetivos que estás planteando. [Ra\_Alc\_Edu:75:18]*

*Muchas veces da lugar a que se pongan sobre la mesa cuestiones que no estaban presentes, realmente es cuando yo creo que se puede iniciar realmente lo que sería la relación de ayuda como tal. Que una vez que ya estás puesto, si llegas a ese punto de confianza con los profesionales y demás, es como que es el inicio ya del proceso de cambio en todo y eso también yo creo que es el indicador fundamental en un momento dado. [Ra\_Alc\_Ss.Ss.:60:16:17]*

*Y eso (explicar lo que se va a firmar con el consentimiento de la protección de datos) la gente lo recibe muy bien, muy bien. [Et\_Alc\_Ss.Ss.:1:16:37]*

*... el propósito te lo marcas tú, dentro del método de intervención, de la evolución de la intervención y luego ya, con las personas consensas diferentes puntos de la intervención. [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:21:40]*

#### **4.13. Proyección.**

Cuando los trabajadores sociales de los grupos focales hablan de proyección lo hacen desde varios puntos de vista. El primero sería la imagen que las personas usuarias tienen de los contextos institucionales desde sus experiencias vividas o desde las experiencias que vinculan a ese contexto en particular, bien sea de servicios sociales, de sanidad o de educación. El segundo sería lo que le evoca al trabajador social a nivel de emociones y sentimientos determinados elementos del caso sin ser conscientes *a priori*.

*A ver, yo a priori y desde el prejuicio, digamos, creo que sanidad entra mejor, tengo la experiencia de trabajar tanto en sanidad como en servicios sociales*

*y luego un poco depende, es que depende de lo que la persona, la familia, atribuye a eso ... [Ra\_Cs\_Ss.Ss.:44:43]*

*La imagen de estereotipo de que la de servicios sociales es la que me quita a los chiquillos. Está muy mal, eso yo creo que sí, creo que hace que sea más difícil en ese sentido porque uno me niega la ayuda económica o me niega no sé qué, por eso digo yo que sí que es verdad que yo siento que desde esa realidad cuando me reúno con mis compañeras de servicios sociales, que nos coordinamos un montón y trabajamos un montón juntas, sí que es verdad que yo tengo esa facilidad que ellas no tienen ¿no? por tanto, dentro de lo que opinan con respecto a nosotros en educación lo tenemos más fácil. [Ra\_Alc\_Edu:31:18]*

*lo que me pasa ahora con la hija que además, claro, yo a ella le tramité el certificado de minusvalía, esto es ya un poco..., pero lo que le pasa ahora que ella es madre en el cole, es que no quiere, es muy reacia a cualquier intervención, no quiere, digamos ... supervisión porque está pasando por una situación complicada, le informo de lo de la renta, no quiere supervisión, ... [Es\_Vlc\_Edu:1:18:37]*

*Ahora también tenemos un padre super reacio y claro, cuando te enteras un poco, es que él también viene de un centro de menores, o sea, no quiere saber nada... [Es\_Vlc\_Edu:1:21:27]*

*¿Qué te provoca a ti cuando tienes que hacer esa visita a nivel de inversión personal?, ..., los miedos, etc, etc, ... [Et\_Alc\_Ss.Ss.:14:51]*

*Yo salí de ahí, salimos muy bien y además de camino a mi casa -bien- y llegué a mi casa y lloré como una Magdalena y habían pasado muchos años desde que empecé a trabajar, ¿por qué? Porque no nos deja de pasar desapercibido, no nos da igual lo que le pase a la gente, ... [Et\_Alc\_Edu:1:26:26]*

#### **4.14. Acceso Digital.**

El acceso digital es un código que se registró ya que desde el enfoque deductivo se proponía por haber tenido cierta relevancia en la bibliografía revisada, pero sin embargo en los encuentros con los grupos focales no se llegó a plantear por ninguna de las participantes.

Como se ha podido comprobar en la exposición de otros códigos sí se habla de medios o plataformas digitales para el uso en las visitas presenciales, se refleja también el hecho de teletrabajar en el momento de la pandemia por COVID-19 y también se refleja como una carencia dentro de las competencias informáticas, pero no se registra el acceso digital en la visita, lo que nos parece destacable reseñar en este punto en resultado, pero no se tomará en cuenta para la discusión posterior.

## **5.- Resultados del contraste de la hipótesis.**

Antes de iniciar el contraste de hipótesis y a modo de resumen, recordamos que la hipótesis nula (H0) mantiene que las visitas a domicilio realizadas por los trabajadores sociales de los contextos públicos de servicios sociales, educación o sanidad no presentan diferencias metodológicas, más allá de las características propias de su ámbito. Sin embargo, la hipótesis de trabajo o alternativa (H1) sugiere que el contexto desde el cual se realizan las visitas a domicilio presenta diferencias metodológicas según se lleven a cabo desde servicios sociales, sanidad o educación.

Para el contraste de hipótesis recordamos que se utilizará el software SPSS. Para ello, analizaremos 9 variables nominales y una ordinal, cuyos datos están extraídos de una muestra de 1.259 profesionales y que se realiza mediante la prueba de Chi-cuadrado o ANOVA según el caso. Se estudiará su *p valor* o nivel de significación. No se entrará a analizar el valor de los grados de libertad de la prueba Chi-cuadrado por no considerarlos imprescindibles para su correcta discusión y porque además su interpretación podría resultar redundante al tratarse de variables categóricas.

Por último, es preciso explicar que, si bien en el punto anterior los códigos que se redactan para exponer la metodología son superiores a estas 10 variables que proponemos a continuación, su explicación viene dada por no poder analizar los otros códigos de manera cuantitativa, pero que en la discusión de los resultados se verán reforzados unos datos con otros.

### **1.- ¿Se concierta la visita con la persona usuaria?**

Los tres contextos institucionales contestan de manera afirmativa. El Sí, acumula un 65,9% en servicios sociales, un 74,3% en sanidad y un 27% en educación. En este último, representa su segundo porcentaje más alto; aunque como se puede apreciar existen diferencias porcentuales entre ellos.

El segundo dato que llama nuestra atención es el alto porcentaje en educación de profesionales que *realizan la visita domiciliaria cuando no han podido contactar de otra manera* (14,3%). En este sentido, contrastan con los resultados de servicios sociales y sanidad, que no llegan al 1%.

En cuanto a si las profesionales avisarán o no *dependiendo del objeto de la visita* nos encontramos con resultados dentro de la misma decena entre servicios

sociales y sanidad (29,7% y 23,3% respectivamente), mientras que educación significa su porcentaje más elevado con un 50,8%.

Por último, es Educación la que ofrece un mayor porcentaje de respuestas sobre el hecho de *normalmente no avisar* antes de hacer la visita con un 7,9%, mientras que en servicios sociales y sanidad ofrecen resultados por debajo de 5.

**Tabla 98**

*Frecuencias y porcentajes sobre las respuestas de los profesionales ante el hecho de informar antes de realizar la visita domiciliaria*

	Servicios Sociales		Sanidad		Educación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí, normalmente sí	570	65,9%	246	74,3%	17	27,0%	833	66,2%
Cuando realizo la visita es porque no he podido contactar de otra manera	1	0,1%	2	0,6%	9	14,3%	12	1,0%
Dependiendo del objeto de la visita	257	29,7%	77	23,3%	32	50,8%	366	29,1%
No, normalmente no	37	4,3%	6	1,8%	5	7,9%	48	3,8%
Total	865	100,0%	331	100,0%	63	100,0%	1259	100,0%

Se observa en la tabla anterior que el porcentaje de casillas con resultados menores a 5 se sitúa en el 25% del total, por lo que restaría fuerza a la prueba Chi-cuadrado para comparar estadísticamente los resultados de relación entre las dos variables, por tanto, se propone calcular su resultado y confrontarlo para mayor seguridad con la prueba de Fisher que no tiene esa limitación.

Los resultados en ambos casos coinciden ofreciendo un *p valor* de <0,001, por tanto, menor de 0,05 lo que nos hace rechazar la hipótesis nula y aceptar las diferencias que se dan en el hecho de *avisar o no para hacer la visita*, según el contexto en el que nos encontramos.

**Tabla 99**

*Prueba de contraste Chi-cuadrado y Fisher entre las variables de informar antes de hacer la visita y su relación con el contexto institucional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	163,198 <sup>a</sup>	6	<,001		
Razón de verosimilitud	84,284	6	<,001	<,001	
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	84,429			<,001	
Asociación lineal por lineal	1,801	1	,180	,182	,094
N de casos válidos	1259				

<sup>a</sup>. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Al obtener un resultado estadístico que nos lleva a aceptar las diferencias por contextos, calculamos la V de Cramer para saber cuán fuerte es esta relación y nos ofrece un resultado de 0,255, al ser superior a 0,2, interpretamos que las dos variables están relacionadas moderadamente.

**Tabla 100**

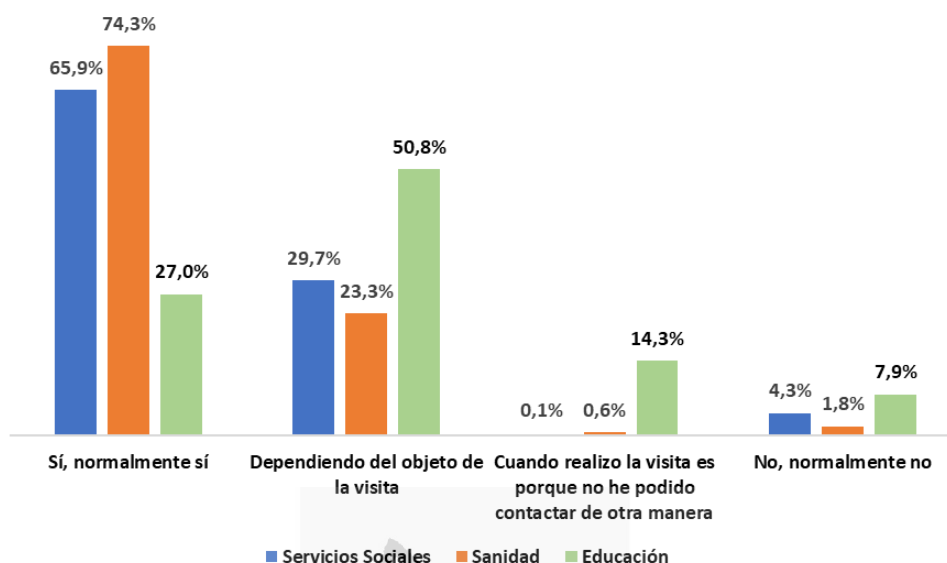
*Prueba V de Cramer para calcular el tamaño de la relación entre el hecho de concertar la visita antes de realizarla y el contexto institucional*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,360	<,001
	V de Cramer	,255	<,001
N de casos válidos		1259	



**Figura 27**

*Representación gráfica por contextos de si se concierta la visita antes de realizarla*



## 2.- ¿Se agenda un día específico para la realización de visitas domiciliarias?

El siguiente resultado intenta arrojar información entre la relación de agendar o tener un día específico los trabajadores sociales para realizar visitas a domicilio y si esto se da por igual o existen diferencias según los contextos. La respuesta mayoritaria es que sí se tiene un día específico, aunque esto no siempre se cumple.

En la tabla 101 se aprecian los porcentajes por contextos.

**Tabla 101**

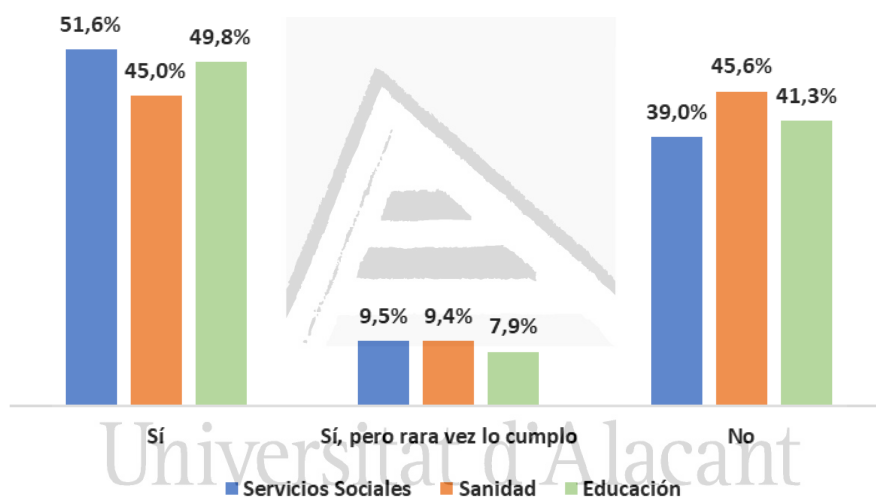
*Distribución de respuestas por contextos donde informan si tienen un día específico para realizar las visitas a domicilio*

		Servicios Sociales	Sanidad	Educación	Total
Sí	Recuento	446	149	32	627
	%	51,6%	45,0%	50,8%	49,8%
Sí, pero rara vez lo cumpla.	Recuento	82	31	5	118
	%	9,5%	9,4%	7,9%	9,4%
No	Recuento	337	151	26	514
	%	39,0%	45,6%	41,3%	40,8%
Total	Recuento	865	331	63	1259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Si bien es cierto que en la observación porcentual no se observa una gran diferencia en las respuestas sobre si los trabajadores sociales tienen un día específico para realizar visitas domiciliarias y si hay diferencias según el contexto, por lo que se realiza la prueba de Chi-cuadrado. Esta nos dará mayor contundencia ya que nos informa que no existen diferencias significativas puesto que el *p valor* es 0,306 (mayor que 0,05), llevándonos a aceptar la hipótesis nula. En el siguiente gráfico lo podemos apreciar.

**Figura 28**

*Incluir un día de visitas dentro de la metodología habitual según el contexto*



### 3.- ¿Se prepara la visita antes de realizarla?

Preparar la visita antes de realizarla, presenta unas similitudes en los porcentajes que a continuación exponemos. El mayor porcentaje total se concentra en la respuesta del *Sí* en los tres contextos, lo que significa que tanto servicios sociales (73,6%), como sanidad (81,3%) y educación (74,6%) de manera mayoritaria preparan la visita antes de realizarla. Los porcentajes minoritarios para los tres contextos se sitúan en el *No*, siendo estos en servicios sociales de un 0,8%, en sanidad en un 0,6% y en educación en un 3,2%.

Las respuestas centrales adquieren porcentajes totales del 11,7% *cuando el caso lo precisa*, del 5,1% aluden a que *son rutinarias* y el 6,7% que asegura, *no prepararlas, pero sí preparan la documentación*.

**Tabla 102**

*Frecuencias y porcentajes sobre el hecho de preparar la visita antes de realizarla por contextos*

		Servicios Sociales	Sanidad	Educación	Total
Sí, reviso las notas	Recuento	637	269	47	953
	%	73,6%	81,3%	74,6%	75,7%
Cuando el caso lo precisa	Recuento	109	34	4	147
	%	12,6%	10,3%	6,3%	11,7%
Son rutinarias	Recuento	48	12	4	64
	%	5,5%	3,6%	6,3%	5,1%
No, pero sí preparo la documentación	Recuento	64	14	6	84
	%	7,4%	4,2%	9,5%	6,7%
No	Recuento	7	2	2	11
	%	0,8%	0,6%	3,2%	0,9%
Total	Recuento	865	331	63	1259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Estos datos más pequeños que se concentran en las respuestas relacionadas con la *no preparación de la visita* hacen que el porcentaje de casillas inferior a 5 se sitúe en 26,7%, lo que nos lleva a calcular la prueba exacta de Fisher para aumentar su fiabilidad. Este resultado sitúa su *p valor* en 0,052, mayor de 0,05, lo que hace que tengamos que desechar la hipótesis de trabajo y aceptar la nula, lo que significa que no se aprecian diferencias estadísticas significativas entre los tres contextos a la hora de preparar la visita domiciliaria.

**Tabla 103**

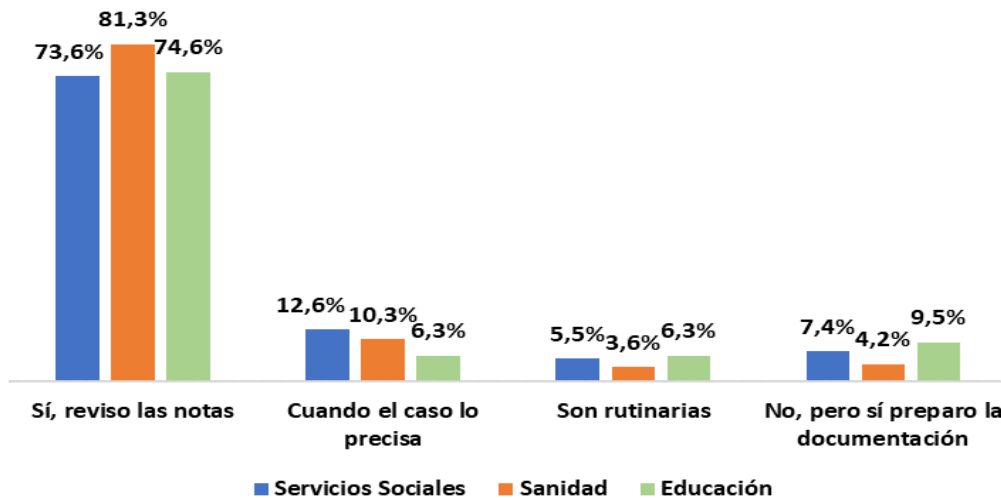
*Prueba de Chi-cuadrado y Fisher para comprobar la relación entre preparar la visita domiciliaria según el contexto*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,072 <sup>a</sup>	8	<b>,058</b>	,062	
Razón de verosimilitud	14,300	8	,074	,094	
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	14,807			<b>,052</b>	
Asociación lineal por lineal	1,517	1	,218	,222	,105
N de casos válidos	1259				

<sup>a</sup>. 4 casillas (26,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,55.

**Figura 29**

*Gráfico sobre acciones a realizar antes de la visita por contextos*



**4. ¿Cuál es la fórmula de presentación que se utiliza?**

Esta variable define la fórmula de presentación de los trabajadores sociales a la hora de llegar al domicilio:

1. Se identifican con la profesión.
2. Se identifican con la institución.

En este sentido los datos son muy claros, tal y como se refleja en la tabla 104, los tres contextos se identifican con la profesión.

Tampoco existen diferencias estadísticas significativas entre los contextos pues la prueba de Chi-cuadrado nos ofrece un resultado de *p valor* de 0,195 y, por tanto, como en el caso anterior superior a 0,05 que declara la independencia de las variables.

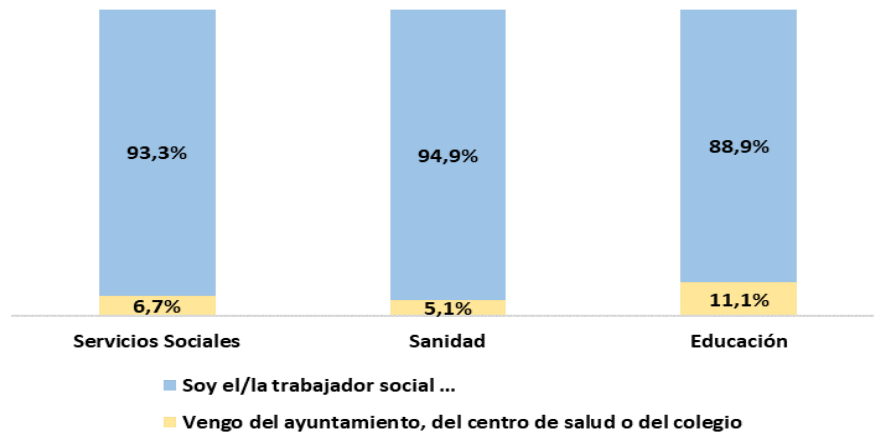
**Tabla 104**

*Resultado del modo de presentación que realiza el trabajador social en una visita a domicilio*

		Servicios Sociales	Sanidad	Educación	Total
Vengo del ayuntamiento o del centro salud o del colegio.	Recuento	58	17	7	82
	%	6,7%	5,1%	11,1%	6,5%
Soy el/la trabajador/a social ...	Recuento	807	314	56	1177
	%	93,3%	94,9%	88,9%	93,5%
Total	Recuento	865	331	63	1259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Figura 30**

*Forma de presentación cuando se llega al domicilio*



### 5.- ¿Nos aseguramos de que la familia conozca el motivo o propósito de la visita?

Dada la importancia en la literatura sobre compartir el objetivo de la intervención para poder establecer una buena relación de ayuda, esta pregunta se hacía inevitable.

Los resultados que se observan en la tabla guardan, a simple vista, bastante armonía en la posición de sus porcentajes. Como podemos observar los tres contextos coinciden en sus mayores porcentajes sobre que *Sí, se aseguran previamente a la visita* que la persona usuaria conoce el objetivo por el cual se está haciendo la visita a domicilio. Aunque desde el ámbito de educación se reporta una pequeña diferencia y es que el mayor porcentaje de educación proviene la respuesta *Sí, lo hago cuando llego al domicilio*.

**Tabla 105**

*Respuestas sobre el conocimiento que tiene la familia sobre el objetivo de la familia según contextos*

	Servicios Sociales		Sanidad		Educación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí, previamente a la visita	551	63,7%	221	66,8%	25	39,7%	797	63,3%
Sí, lo hago cuando llego al domicilio	190	22,0%	59	17,8%	30	47,6%	279	22,2%
Sí, a lo largo de la entrevista	120	13,9%	50	15,1%	7	11,1%	177	14,1%
No, intuyo que ellos lo saben	4	0,5%	1	0,3%	1	1,6%	6	0,5%
Total	865	100,0%	331	100,0%	63	100,0%	1259	100,0%

Se calcula la prueba de Chi-cuadrado para estar seguros de que sí existe diferencias entre las variables obteniendo un resultado  $<0,001$ , pero como los contextos también coinciden en su respuesta de que *no informan del objetivo, porque intuyen que la persona usuaria lo sabe* con frecuencias menores a 5 en sus respuestas superando el 20%, tenemos que someter los datos a la prueba exacta de Fisher. Ambos resultados coinciden en resultado ( $<0,001$ ), por tanto, tenemos que rechazar la hipótesis nula y aceptar estas diferencias.

**Tabla 106**

*Prueba exacta de Fisher para comprobar la independencia entre las variables de asegurar que se conoce el motivo de la visita según el contexto institucional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	29,965 <sup>a</sup>	6	<,001	,001		
Razón de verosimilitud	25,839	6	<,001	<,001		
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	26,889			<,001		
Asociación lineal por lineal	1,661 <sup>b</sup>	1	,197	,202	,105	,011
N de casos válidos	1259					

<sup>a</sup>. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,30.

<sup>b</sup>. El estadístico estandarizado es -1,289.

El resultado de la prueba V de Cramer nos informa que estas diferencias son mínimas con un resultado de 0.109 muy cercano a 0, por lo que aun manteniendo que estadísticamente sí que existen diferencias, estas son muy pequeñas.

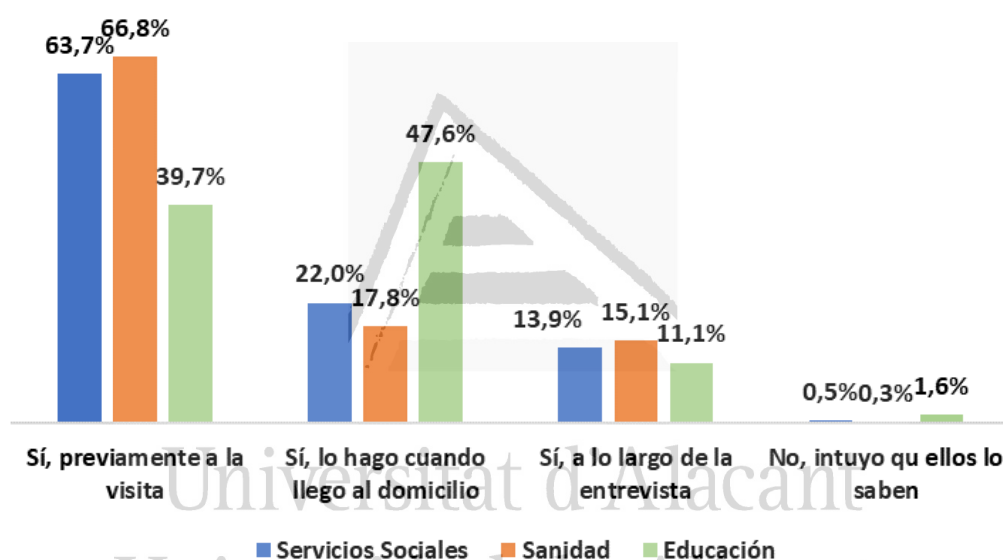
**Tabla 107**

Prueba V de Cramer para calcular el tamaño de la independencia de las variables de asegurar el propósito de la visita según el contexto

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,154	<,001
	V de Cramer	<b>,109</b>	<,001
N de casos válidos		1259	

**Figura 31**

Información sobre el propósito de la visita a la familia según contextos



## 6.- ¿Acudimos a la visita con datos de carácter personal?

La protección de datos de carácter personal (Ley 3/2018), es una variable muy discutida a lo largo de toda la exposición de estos resultados y en la tabla de frecuencias y porcentajes se observa bastante similitud en las respuestas. El 40,9% de las respuestas en su totalidad que acumulan el *Sí*, es decir, que desde los tres contextos acuden con datos de protección oficial a las visitas.

El otro gran porcentaje de los resultados en su totalidad se acumula en la respuesta de que acuden *Solo con la agenda* con un 40%.

También son muy similares las respuestas de *Cuando voy no, pero al venir sí que llevo formularios rellenos* o que directamente dicen *No* llevar datos de carácter personal.

A pesar de las similitudes observadas, se realiza la prueba Chi-cuadrado que viene a corroborar estadísticamente que no existen diferencias significativas entre los contextos a la hora de acudir a las visitas con datos de carácter personal, pues se obtiene un resultado de 0,445, (por tanto mayor de 0,05) que nos hace aceptar la hipótesis nula con una distribución del 0% en el recuento de casillas menores a 5, lo que le da total validez a la prueba.

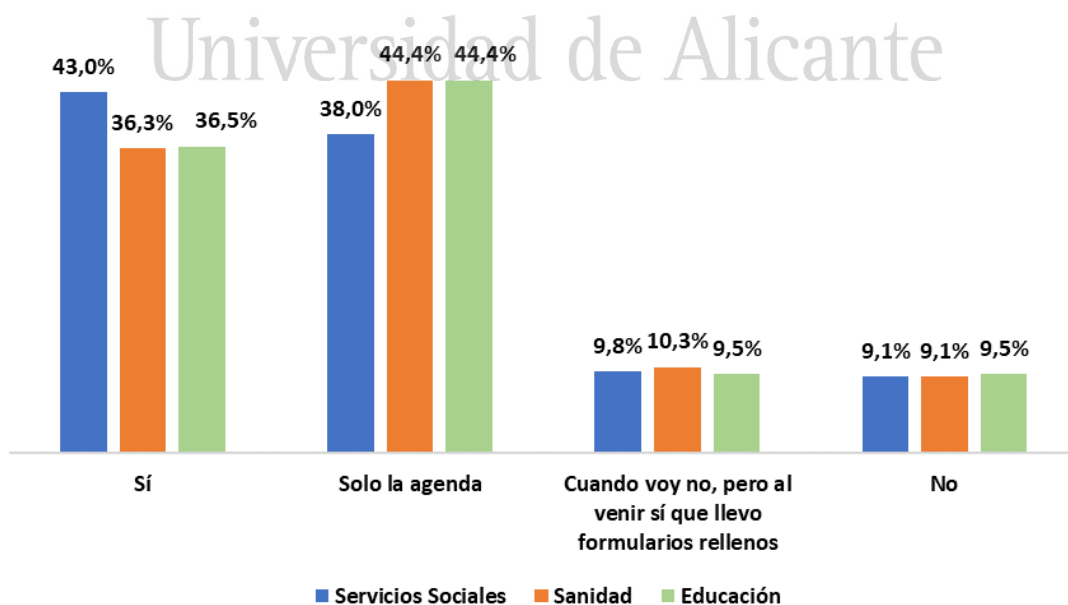
**Tabla 108**

*Resultado de acudir a las visitas con datos de carácter personal según contextos*

	Servicios Sociales		Sanidad		Educación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	372	43,0%	120	36,3%	23	36,5%	515	40,9%
Solo la agenda	329	38,0%	147	44,4%	28	44,4%	504	40,0%
Cuando voy no, pero al venir sí que llevo formularios rellenos	85	9,8%	34	10,3%	6	9,5%	125	9,9%
No	79	9,1%	30	9,1%	6	9,5%	115	9,1%
Total	865	100,0%	331	100,0%	63	100,0%	1259	100,0%

**Figura 32**

*Datos personales en la visita según contextos*





## 7.- ¿Invertimos tiempo en vincular con la persona usuaria cuando realizamos una visita?

En las visitas a domicilio, es donde se entra en el espacio privado de la persona usuaria, la vinculación se estudia en la literatura profesional como uno de los elementos que mayor éxito puede asegurar en la intervención.

En las respuestas de las profesionales se refleja el acuerdo que se tiene desde los tres contextos con esta afirmación, aunque de manera diferenciada por ejemplo, para sanidad el vincular es algo que se hace por su *visión técnica y humana como trabajadores sociales* en un 75,2%, en educación en un 69,8% de los casos y en servicios sociales en un 62,9%.

En este último contexto, responden que *sí invierten tiempo en la vinculación si van a trabajar una temporada* en servicios sociales con un porcentaje del 24,7%, en menor medida educación (20,6%) y menor medida todavía en sanidad (17,5%).

Por otra parte, los tres contextos exponen que *sí les gustaría, pero que no lo hacen* en porcentajes muy pequeños, en servicios sociales 6,8%, en sanidad 4,8 y en educación 6,3%.

Aluden a no disponer de tiempo los servicios sociales en un 3,5%, en educación en un porcentaje similar 3,2% y en sanidad en uno más bajo 1,2%.

Por último, las profesionales que dicen *no vincular, ya que únicamente visitan por trámites administrativos* son servicios sociales con un 2,1% y sanidad con un 1,2%. De educación ninguno.

**Tabla 109**

*Vinculación con la persona o familia en la visita domiciliaria según contextos*

		Servicios Sociales	Sanidad	Educación	Total
Sí, por mi visión técnica y humana del TS	Recuento	544	249	44	837
	%	62,9%	<b>75,2%</b>	<b>69,8%</b>	66,5%
Sí, si voy a trabajar una temporada	Recuento	214	58	13	285
	%	<b>24,7%</b>	17,5%	20,6%	22,6%
Me gustaría, pero no lo hago	Recuento	59	16	4	79
	%	6,8%	4,8%	6,3%	6,3%
No, porque precisa tiempo del que no dispongo	Recuento	30	4	2	36
	%	<b>3,5%</b>	1,2%	3,2%	2,9%
No, suelo visitar por trámites administrativos	Recuento	18	4	0	22
	%	<b>2,1%</b>	1,2%	0,0%	1,7%
Total	Recuento	865	331	63	1259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Estas diferencias que hemos ido señalando se constatan al calcular la prueba de Chi-cuadrado cuyo resultado resuelve un *p valor* de 0,014, por tanto menor de 0,05 lo que nos hace rechazar la hipótesis nula y aceptar la alternativa que como hemos dicho, establece que existen diferencias estadísticas, aunque estas diferencias son muy débiles ya que el cálculo de la V de Cramer aporta un valor de 0,087 y por tanto próximo a 0, lo que se asocia a esa relación débil entre las diferencias.

**Tabla 110**

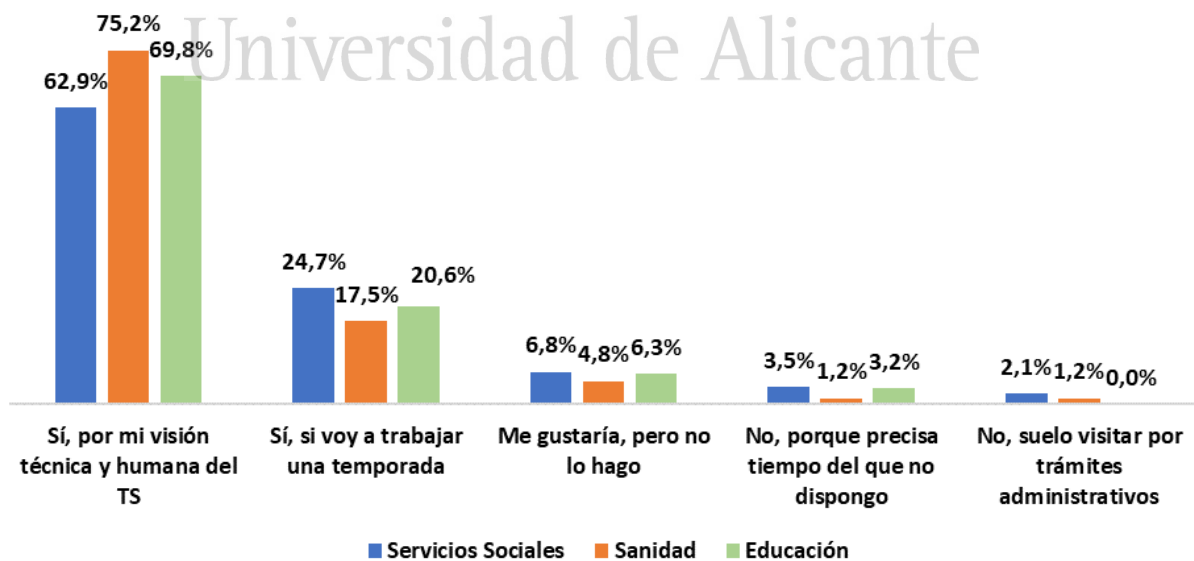
*Cálculo de Chi-cuadrado y V de Cramer para establecer la existencia de relación y su fortaleza de la vinculación por contextos*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,225 <sup>a</sup>	8	,014
Razón de verosimilitud	21,408	8	,006
Asociación lineal por lineal	11,377	1	<,001
N de casos válidos	1259		

a. 3 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,10.

**Figura 33**

*Gráfico que representa la relación del vínculo por contextos*



## 8.- ¿Cómo nos desplazamos por la casa?

A la hora de desplazarse por la vivienda los profesionales utilizan diferentes maneras siendo de las más contestadas la respuesta en donde la trabajadora social *se deja guiar, pero siempre ve el baño y la cocina* con porcentajes del 34,1% en servicios sociales, del 45,9% en sanidad y del 25,4% en educación siendo este su segundo mayor porcentaje. La respuesta de *me dejo guiar por donde ellos consideran*, acumula el mayor porcentaje de educación con un 39,7%, el segundo mayor porcentajes en sanidad (24,2%) y el cuarto en servicios sociales (20,6%).

A muy poca distancia en porcentajes totales se encuentra la respuesta de *Voy indicando al usuario lo que quiero ver*, con un 21,8% en servicios sociales, un 18,1% en sanidad y un 23,8% en educación.

Por último, la respuesta que acumula un menor porcentaje (19,8%), pero sin tampoco mucha diferencia con el anterior, es cuando *se dejan guiar, pero les dicen que abran puertas que están cerradas*, con un 11,8% en sanidad y un 11,1% en educación. Servicios sociales presenta un 23,5%, es decir su segunda mayor respuesta porcentual.

**Tabla 111**

*Frecuencias y porcentajes sobre la forma de desplazarnos por el domicilio en la visita según el contexto*

	Servicios Sociales		Sanidad		Educación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me dejo guiar, pero siempre veo el baño y la cocina	295	34,1%	152	45,9%	16	25,4%	463	36,8%
Me dejo guiar por donde ellos consideran	178	20,6%	80	24,2%	25	39,7%	283	22,5%
Voy indicando al usuario lo que quiero ver	189	21,8%	60	18,1%	15	23,8%	264	21,0%
Me guían, pero les digo que abran puertas que están cerradas	203	23,5%	39	11,8%	7	11,1%	249	19,8%
<b>Total</b>	<b>865</b>	<b>100,0%</b>	<b>331</b>	<b>100,0%</b>	<b>63</b>	<b>100,0%</b>	<b>1259</b>	<b>100,0%</b>

Como se puede entrever tras la exposición de los resultados, sí que parece que existen determinadas diferencias, lo que nos viene a corroborar la Chi-cuadrado cuyo resultado es de  $< 0,001$ , y por tanto menor de 0,05, lo que nos hace rechazar la hipótesis nula en una tabla con 0% de casillas menor de 5.

La V de Cramer nos sugiere que, aunque sí que existen diferencias estadísticas significativas, estas son muy pequeñas al arrojar un resultado cercano a 0 (0,130).

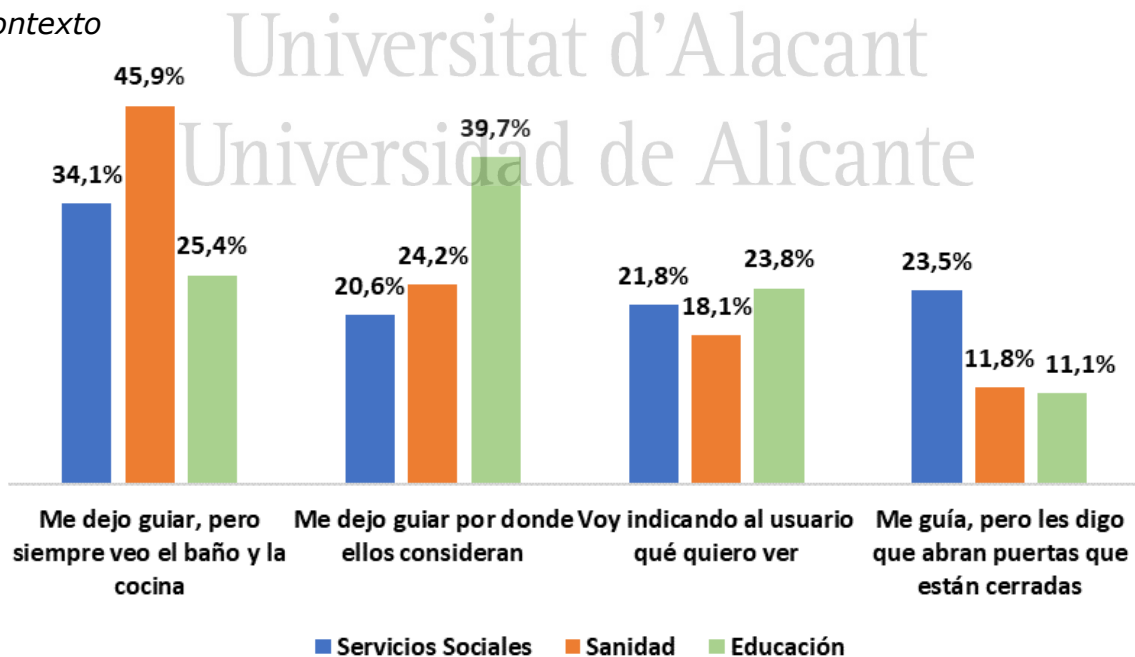
**Tabla 112**

*Cálculo V de Cramer para establecer la fortaleza de la diferencia metodológica del desplazamiento por el domicilio según el contexto*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,184	<,001
	V de Cramer	,130	<,001
N de casos válidos		1259	

**Figura 34**

*Representación gráfica del modo de desplazarse por la vivienda según el contexto*



## 9.- Número de visitas por contextos.

Si bien los resultados de esta variable ya han sido expuestos en el punto 2.6 al analizar la situación de las visitas en España, la prueba de contraste de hipótesis la hemos reservado para este apartado.

Puesto que el número de visitas es una variable ordinal para poder contrastar las medias por contextos nos servimos de la prueba ANOVA y un post test de Tukey para calcular si existen diferencias estadísticas significativas.

De los resultados de la prueba ANOVA ( $\alpha = 0,05$ ,  $p = ,065$ ) no podemos concluir que las medias de los tres grupos sean diferentes al referirnos al número de visitas, pues su nivel de significancia 0,065 es mayor que 0,05 ( $\alpha = ,05$ ).

**Tabla 113**

*Resultados del cálculo del nivel de significancia de las visitas a domicilio por contextos (ANOVA)*

Número Visitas	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	98,734	2	49,367	2,744	,065
Dentro de grupos	22593,768	1256	17,989		
Total	22692,502	1258			

Para afianzar los resultados se calcula y analiza el post test HSD Tukey, los resultados de las comparaciones de las medias entre los grupos nos dan resultados similares. La significancia de cada test entre las medias no es menor de 0,05 en ninguno de los casos como podemos ver en la siguiente tabla. El *p valor* de HSD Tukey = 0,224, con lo que no podemos concluir que las medias de los grupos estudiados sean diferentes estadísticamente, esto nos lleva a aceptar la hipótesis nula.

**Tabla 114***Comparación de medias del número de visitas según contextos institucional*

(I) 9.Contextos: Ss.Ss., Sanidad, Educación	(J) 9.Contextos: Ss.Ss., Sanidad, Educación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Servicios Sociales	Sanidad	-,6158	,2741	,064	-1,259	,027
	Educación	,1944	,5535	,934	-1,104	1,493
Sanidad	Servicios Sociales	,6158	,2741	,064	-,027	1,259
	Educación	,8102	,5830	,347	-,558	2,178
Educación	Servicios Sociales	-,1944	,5535	,934	-1,493	1,104
	Sanidad	-,8102	,5830	,347	-2,178	,558

**Tabla 115***Test HSD Tukey sobre la variable del número de visitas por contextos*HSD Tukey<sup>a, b</sup>

Contextos	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
Educación	63	6,833
Servicios Sociales	865	7,028
Sanidad	331	7,644
Sig.	1259	,224

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 149,624.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**10.- ¿Se está sustituyendo la visita domiciliaria por otras formas de intervención?**

Por último, introducimos esta variable en el contraste de hipótesis ya que el mero hecho de estar sustituyendo la visita domiciliaria por otro tipo de intervención tal y como acuerdan la mayoría de los trabajadores sociales encuestados supone un cambio cualitativo que pone en riesgo esta práctica.

El resultado de la tabla expone esta realidad ya que el conjunto de porcentajes totales que, de una manera u otra, sí que está sustituyendo supone

el 74,6% de las respuestas. Y de entrada podemos observar que no existe mucha diferencia de opinión a este respecto según el contexto.

Los tres contextos consideran que mayoritariamente esta sustitución viene por mayor presencia en el *despacho* con porcentajes de 39,1% en servicios sociales, 41,7% en sanidad y 42,9% en educación.

El segundo porcentaje más alto de los que consideran que sí que se está sustituyendo es además de por más *presencia en el despacho, por más teléfono y videollamadas*, con porcentajes también muy parecidos, en servicios sociales con 16,9%, en sanidad con un 18,1% y en educación con un 14,3%.

Por más contactos telefónicos únicamente la distribución sería de en servicios sociales de 14,6%, en sanidad de 11,2% y en educación de 9,5%.

Mucho menor la opinión de los que piensan que por *videollamadas* siendo mayor en el ámbito de educación con un 6,3%, después en sanidad con un 4,8% y por último de servicios sociales con un 3,7%.

Las profesionales que consideran que *no se está sustituyendo* la visita por ningún otro tipo de intervención acapara el 25,4% del total, siendo mayoritario el porcentaje en educación con un 27%, en servicios sociales con un 25,8% y en sanidad con un 24,2%.

**Tabla 116**

*Frecuencias y porcentajes de relación entre las respuestas de sustitución de la visita domiciliaria por otro tipo de intervención según el contexto*

		Servicios Sociales	Sanidad	Educación	Total
Sí, por más presencia en el despacho	Recuento	338	138	27	503
	%	39,1%	41,7%	42,9%	40,0%
No	Recuento	223	80	17	320
	%	25,8%	24,2%	27,0%	25,4%
Por más presencia en el despacho, más teléfono y más videollamadas	Recuento	146	60	9	215
	%	16,9%	18,1%	14,3%	17,1%
Sí, por más contactos telefónicos	Recuento	126	37	6	169
	%	14,6%	11,2%	9,5%	13,4%
Sí, por videollamada	Recuento	32	16	4	52
	%	3,7%	4,8%	6,3%	4,1%
Total	Recuento	865	331	63	1259
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sometemos los resultados a la prueba Chi-cuadrado, aunque es fácil determinar que no existen diferencias significativas entre los contextos, ya que los porcentajes por contextos son parecidos y efectivamente se demuestra con su resultado de 0,679, por tanto, mayor que 0,05, lo que nos hace rechazar la hipótesis de trabajo y aceptar la hipótesis nula.

**Tabla 117**

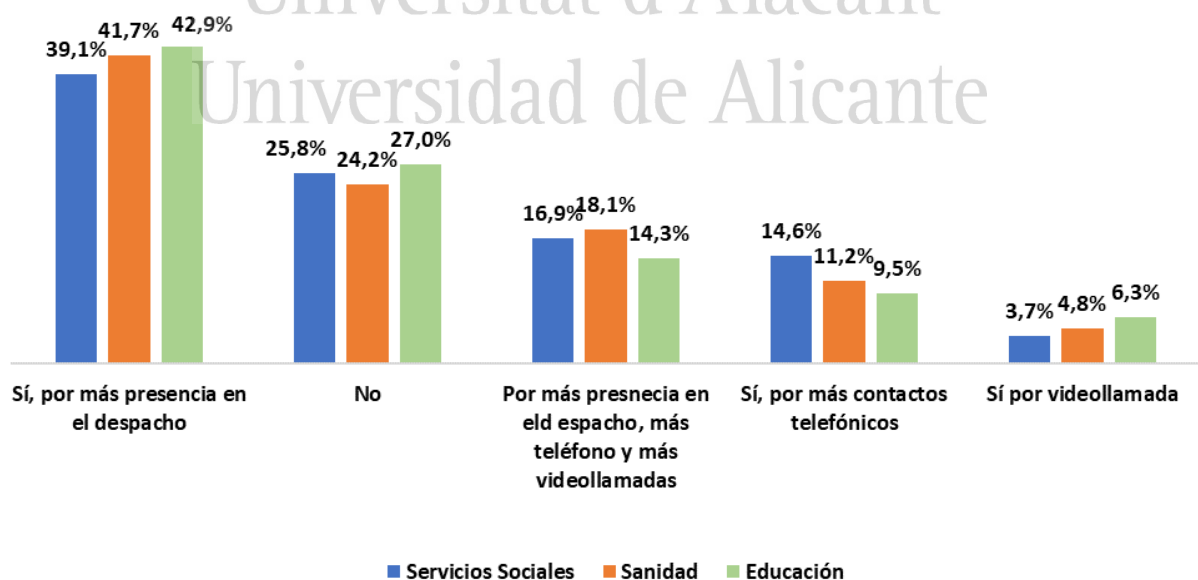
*Resultado Chi-cuadrado de relación entre la sustitución de la visita por otro tipo de intervención y el contexto institucional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,715 <sup>a</sup>	8	,679
Razón de verosimilitud	5,745	8	,676
Asociación lineal por lineal	,000	1	,998
N de casos válidos	1259		

<sup>a</sup>. 1 casillas (6,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,60.

**Figura 35**

*Gráfica de la sustitución de la visita por otras formas de relación*





## **11.- Epílogo contraste de hipótesis:**

En resumen podemos decir que para el estudio de las diez variables que nos han servido para contrastar las hipótesis nula y alternativa se ha necesitado realizar cinco cálculos diferentes: para las variables nominales chi-cuadrado para comprobar si existe asociación entre las variables, Fisher para cuando el número de casillas menor a 5 era superior al 20% y V de Cramer para calcular cuánto de débil o fuerte era la asociación entre las variables que estadísticamente resultaron ser significativas y para la única variable ordinal se ha utilizado la prueba ANOVA y el test de HSD Tukey para comprobar si las diferencias entre las medias por contextos eran significativas.

Aunque profundizaremos en el siguiente título la discusión de estos resultados, avanzamos a continuación algunas conclusiones relevantes.

El resultado en su conjunto nos conduce a aceptar la hipótesis nula, es decir que no hay diferencias significativas en la metodología que se lleva a cabo en las visitas domiciliarias entre los contextos de servicios sociales, sanidad y educación. No existen diferencias estadísticas entre los contextos a la hora de establecer un día específico para realizar las visitas a domicilio o a la hora de preparar la visita. Tampoco las hay en la presentación cuando se llega al domicilio. Los tres contextos realizan la misma media aproximada de visitas al mes, a las que acuden con datos personales. Por último, todos concuerdan con que la visita se está sustituyendo por más intervención en el despacho.

Se aprecian diferencias entre los contextos, pero estas son poco significativas y relativas en cuanto a asegurarse que la persona usuaria conozca el objetivo por el que se está realizando la visita, el uso de la vinculación profesional y el desplazarse por el domicilio. Tan solo se aprecia una diferencia moderada, aunque también muy débil, en cuanto al hecho de informar a la familia o persona usuaria que se va a realizar la visita domiciliaria.

**Tabla 118***Cuadro resumen del contraste de hipótesis*

VARIABLE	PRUEBA/RESULTADO	SIGNIFICACIÓN	CONTRASTE
1. Informar de la visita	Chi-cuadrado <i>p</i> valor <0,001 Fisher <i>p</i> valor <0,001 V de Cramer Valor 0,255	Hay diferencias estadísticamente significativas, pero moderadas	H1 Moderada
2. Tener un día específico para visitar	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = 0,306	No hay diferencias significativas	H0
3. Preparar la visita	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = 0,058 Fisher <i>p</i> valor = 0,052	No hay diferencias significativas	H0
4. Presentación	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = 0,195	No hay diferencias significativas	H0
5. Objetivo	Chi-cuadrado <i>p</i> valor <0,001 Fisher <i>p</i> valor <0,001 V de Cramer Valor 0,109	Hay diferencias estadísticamente significativas, pero débiles	H1 Débil
6. Datos personales	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = 0,445	No hay diferencias significativas	H0
7. Vínculo	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = 0,014 V de Cramer Valor 0,087	Hay diferencias estadísticamente significativas, pero débiles	H1 Débil
8. Desplazarse por la casa	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = <0,001 V de Cramer Valor 0,130	Hay diferencias estadísticamente significativas, pero débiles	H1 Débil
9. Número de visitas	ANOVA=0,065 Tukey=0,224	No hay diferencias significativas	H0
10. Sustitución de la visita	Chi-cuadrado <i>p</i> valor = 0,679	No hay diferencias significativas	H0



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**TÍTULO IV**  
**DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **TÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

Para la discusión de resultados se ha escogido el método de triangulación de datos o de informantes siendo sus vértices:

- La investigación documental.
- La información recabada y analizada de los grupos focales.
- Los resultados calculados que aporta la encuesta.

Triangulación de datos o de informantes: esta hace referencia a que los investigadores consultan en diferentes fuentes la información necesaria para su investigación y que, La utilización de una metodología mixta en investigación social además, tiene en cuenta los distintos actores del contexto en que se encuentran por ejemplo pueden hacer uso de la observación participante. (Chaves Montero, 2018, p. 176-177).

La discusión de los resultados se expondrá comenzando por el perfil demográfico de los encuestados, se continuará con objetivos y se finalizará con el contraste de hipótesis. Los apartados que dan respuesta a los objetivos generales cuenta con un esquema que simplifica el contenido y adicionalmente los objetivos 1 y 2 finalizarán además con un resumen.

### **1.- Perfil sociodemográfico.**

Al abordar el análisis de este punto se hace inevitable la comparación con el IV Informe sobre los Servicios Sociales en España (en adelante IVISS) y la profesión del Trabajo Social realizado por el Consejo General del Trabajo Social (2022).

El primer rasgo presente en este IVISS coincidente con esta investigación es la feminización estructural de la profesión en general, que según los datos de nuestro estudio coincide plenamente con los contextos específicos de servicios sociales, sanidad y educación.

En el IVISS presenta una distribución por **sexos** de 89% de mujeres y el 11% de hombres, y en nuestra investigación es del 91,5 % de mujeres y el 7,9% de hombres.

En cuanto a la **edad** también se obtienen resultados muy parecidos, el IVSS sitúa el tramo de mayor concentración de profesionales entre los 30 y 60 años atesorando un 84% de las respuestas de las profesionales y en nuestra investigación en el mismo tramo se concentran el 82,8% de las encuestas. Aunque por otra parte, y como reconoce el IVSS, estos datos también coinciden con los de la población general laboralmente activa.

Para poder comparar la siguiente variable sociodemográfica, de **formación**, se ha revisado otro Informe del Consejo General, ya que el IVSS no contempla este aspecto. La investigación e Informe sobre Trabajo social, deontología y ética profesional (2020) presenta mayores diferencias con nuestra investigación en relación con los porcentajes, pero no en cuanto a orden establecido por número de respuestas acumuladas. De tal manera que de las encuestadas en los dos estudios mayoritariamente cuentan con la titulación de Diplomado en Trabajo Social, después con el Grado, seguido de Máster, menos con Licenciaturas y por último con Doctorado.

Otra de las variables sociodemográficas a estudio ha sido la **experiencia laboral**. En los resultados la moda sitúa en 3 años de ejercicio profesional al grupo que mayor encuestas ha respondido. Sin embargo, la media de años de ejercicio en el total de las encuestas se encuentra en 15,7 años, lo que nos lleva a valorar que la mayoría de los profesionales encuestados de la muestra tienen una cantidad significativa de experiencia en visitas a domicilio. Al tener una desviación estándar tan alta (10,12), junto con los datos de la moda y la simple visualización de los porcentajes podemos asegurar que nuestra muestra ha tenido una gran representación en todos los grupos de edad. También podemos añadir que, al situarse la media en 15,7 años, ésta está muy por encima de la pretensión teórica que era superar la de los 5 años, tal y como proponían Giménez Bertomeu y Doménech López (2012), siendo además uno de los requisitos para participar en los grupos focales.

En cuanto a la participación por **comunidades autónomas** las respuestas de nuestra investigación coinciden con el IVSS en donde las mayores tasas se sitúan en: Comunidad de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana, existiendo una discrepancia con el País Vasco (Euskadi) que en el IVSS está entre las cuatro primeras y en nuestra investigación se encuentra Andalucía como la segunda con mayor tasa de respuestas.

Se presume, que el hecho de haber realizado los grupos focales en Castellón, Valencia y Alicante, más la implicación en esta investigación de los tres Colegios profesionales de la Comunidad Valenciana, ha influido en que esta comunidad autónoma haya obtenido el mayor número de respuestas con un resultado del 31,7%.

La característica del ejercicio profesional con **diversidad funcional** quería poner de manifiesto la existencia de estos y su propia heterogeneidad ya que, si

la discapacidad física es la que mayor tasa alberga, también se quiere hacer visible que existen trabajadores sociales activos con discapacidad auditiva y/o visual.

Con respecto a las profesionales que están ejerciendo algún **cargo de responsabilidad** como coordinadora, directora o gerente, se hace necesario resaltar el hecho de cómo en una estructura tan feminizada, los puestos de responsabilidad están ocupados proporcionalmente en su mayoría por hombres en vez de por mujeres.

Los datos que arrojan el **modo y la marca temporal** de acceso a la encuesta demuestran que a pesar de haber estado expuesta un amplio período de tiempo, el 90,15% de los resultados se obtuvieron en un mes y 8 días. Además, también se hace patente que lo más efectivo fue la difusión a través de amigos, colegas de profesión y su publicación en internet (66,40% de las respuestas).

Los propios colegios profesionales mencionaron en la campaña de difusión el poco éxito que tiene la divulgación que realizan para la recogida de datos para investigación entre sus colegiados, el Consejo General, publicó la encuesta de las visitas en su apartado del *rincón de la investigación* obteniendo un acceso mínimo.

Hemos dejado para el último lugar la discusión de los datos del **contexto institucional** de las personas que han participado en la encuesta, que reflejan similitudes con el Informe de Trabajo Social, deontología y ética profesional (2020), en el que se muestra una participación mayoritaria del ámbito de servicios sociales con un 77,5% o con en el más reciente IVSS (2022) con un 74%, seguido de sanidad con un 18% en el IVSS y educación que aparece dentro de un grupo de otros ámbitos con un 8% (en el Informe sobre deontología no se especifica de manera concreta los porcentajes de sanidad y educación, aunque los sitúa conjuntamente en el 22,5%). Recordamos que nuestra investigación ha conseguido llegar a la muestra teórica que se propuso obteniendo los siguientes resultados: servicios sociales 69%, sanidad 26% y educación un 6%.

El hecho de haber circunscrito la encuesta a estos tres ámbitos hace que la representación de sanidad y educación sea significativa, ya que como se manifestó en los resultados, en la mayoría de los informes resalta la hegemonía de los servicios sociales quedando los datos sobre educación, principalmente, infrarrepresentados.

Durante esta investigación se ha hecho referencia a la Tesis de Valentín González Calvo (2016) sobre las visitas a domicilio que ha servido de gran inspiración y desafío para el propio planteamiento de esta Tesis. El estudio de



González se basa en los datos de 25 participantes (entre profesionales y estudiantes) de los servicios sociales de cada una de las ciudades seleccionadas para el estudio (Bogotá, Valparaíso y Sevilla), resultando un total de 75 participantes (entre profesionales y estudiantes), todo un desafío para el análisis cualitativo.

**Por tanto, el análisis de estos datos en los contextos de servicios sociales, sanidad y educación, la participación de 27 profesionales en los grupos focales y los resultados extraídos de 1.259 encuestas a nivel nacional, convierten a esta investigación en la mayor realizada en España sobre las visitas a domicilio desde el trabajo social.**

## **2.- Discusión de los resultados sobre el análisis actual de las visitas a domicilio en España (OG 1):**

El primer hallazgo demostrado con la investigación es que sí existen **diferencias entre la intervención realizada en el despacho u oficina y la que realizan en la visita domiciliaria** los trabajadores sociales. En la literatura se ha hecho alusión a las bondades que aprecian diferentes autores al atender las demandas desde el domicilio (desde Richmond hasta Ferguson), y coincidiendo con González (2016), la mayor diferencia a nivel general es “el propio escenario donde se produce”, y no por ser obvio, se puede dejar de mencionar este resultado de nuestra investigación, pues será la base en la que se construya la propia identidad de la visita demostrando que la intervención en el domicilio, no es una extensión del trabajo que se realiza en el despacho:

**Lo que más destacan las profesionales es que la visita en el domicilio nos ofrece una posición excepcional de observación física, psíquica, emocional y relacional de la persona usuaria o familia y de su contexto más cercano, que desde el despacho no es posible tener.**

Las diferencias específicas son las que se reflejan en la Tabla 27 y sobre ellas nos detenemos para vincular los resultados obtenidos en una narrativa secuencial: la visita domiciliaria se debe agendar con el acuerdo de la persona usuaria para no hacerla coincidir con otras actividades propias que pueda tener.

El mero hecho de tener que hacer un desplazamiento para la intervención también supone una diferencia en sí misma, con determinados obstáculos que

salvar y por el uso que tenemos que hacer, en algunos casos, de medios de transporte.

Hasta el domicilio se tiene la oportunidad de observar y analizar el **entorno comunitario**, otro elemento más para el diagnóstico que desde el despacho no es posible realizar.

Por otra parte, el **acceso y recibimiento** en el domicilio por la persona usuaria ya marca una diferencia con hacerlo desde el despacho, nos podemos encontrar **obstáculos en el espacio de la vivienda**, tendremos que activar nuestras **competencias** socio-personales y técnico-profesionales y estar atentos a nuestro sistema emocional para valorar si es posible establecer la relación de ayuda en ese momento o escoger otro mejor. En esta interacción se pueden dar determinados **actos de hospitalidad** que solo desde la visita son posibles e incluso se pueden generar **conflictos éticos**, propios de las vistas que deben resolverse en el propio domicilio.

Hasta despedirnos y marcharnos en la visita es diferente con respecto a la intervención en el despacho que quién se marcha es la persona usuaria.

Sobre estas visitas se propone conocer cuáles eran **los propósitos o motivos** que llevan actualmente a los trabajadores sociales a desplazarse hasta los domicilios. **Mayoritariamente aparecen los contextos de control-protección (infancia en riesgo, personas mayores y/o dependientes, sufrimiento psíquico, discapacidad y absentismo escolar), aunque también aparece en control-asistencial pero solo en servicios sociales.**

También se señalan otros datos con menor porcentaje como recabar datos para realizar un informe social, valoración de una situación dada para establecer un plan de intervención o un seguimiento. En menor medida para un cierre, contrastar hipótesis, como única manera de contactar con la persona o familia o como búsqueda de un espacio relacional más privado para la persona usuaria.

En la revisión de la bibliografía estos propósitos aparecen divididos según el autor o la autora por contexto institucional o por contexto profesional. Lo hemos podido observar al referirnos en el Capítulo II a las visitas a domicilio en los servicios sociales. El III Informe sobre servicios sociales realizado por el Consejo General de Trabajo Social (2019) ratifica esta mayor intervención en contextos de control, también describen situaciones de control Illescas (2016) o Toledano (2010). En cuanto a sanidad, lo señala la Guía publicada de intervención del trabajador social de atención primaria de salud en atención domiciliaria (2012).

En educación, Fernández (2011) es la que apunta que este control se ejerce en la protección a la infancia, aunque también nombra la ayuda al alumnado con necesidades especiales que estaría enmarcado dentro de los motivos de gestión y/o información de ayudas o recursos.

Estos resultados mayoritarios sobre el control como motivo de la visita contravienen gran parte de la bibliografía revisada desde la etapa profesionalizante, cuyo punto fuerte de la visita lo vinculan a la relación de ayuda.

Este control muestra una similitud en los tres contextos institucionales, y aunque en educación aparece como primer motivo el absentismo escolar, este también se enmarca en este contexto de control. Por tanto, estos resultados están más en consonancia con las propuestas británicas de Ferguson (2010) que con las cautelosas de Lamas (2001) que proponía utilizar este contexto como último recurso y ante situaciones de maltrato.

Las diferencias por contextos institucionales vienen reflejadas en las tablas 29, 30 y 31 y consideramos oportuno mantener estos datos segregados, ya que en ocasiones, al intentar integrar determinados parámetros hace que se pierda la esencia que marca la diferencia en los contextos institucionales invisibilizando sus particularidades y por tanto su identidad e idiosincrasia, pero no queremos adelantar la discusión de los resultados del contraste de la hipótesis.

Si bien es cierto, que en los propósitos que acabamos de nombrar hemos hablado de los **informes sociales**, una de las variables que se sometieron a estudio fue el *contenido* que en ellos se refleja. Siguiendo la exposición de la Tabla 32, exponemos brevemente y recordamos que *el motivo* por el que se realiza el informe fue un hallazgo emergente que se expuso en resultados, pero no se hace constar en la discusión.

El contenido refleja datos pragmáticos y objetivables compatibles con los que hemos relacionado en el marco teórico citando entre otras autoras a Munuera (2012) que hace una relación pormenorizada de apartados que debe contener el Informe. En los resultados también se hace evidente el escaso desarrollo y reflejo en los informes de las emociones y sentimientos de las personas usuarias, siendo datos significativos como por ejemplo refleja Escudero (2020), la importancia de identificar los espacios de apego de los adolescentes. **Pareciera que expresar datos sobre sentimientos y emociones que se han constatado en la visita domiciliaria podría restar competencia técnica al informe, cuando lo que**

**ocurre es que su ausencia invisibiliza una parte importante de las historias de vida de las personas usuarias.**

Los trabajadores sociales no expresan en sus informes el apego que las personas usuarias sienten por determinados bienes materiales como pueden ser sus objetos personales o determinados espacios como su hogar o su entorno, lo que en la literatura hemos expresado como topofilia siguiendo a Bachelard (1957). También anima a ello Ramos-Feijòo (2017) que expresa promover y por tanto conocer, sobre los afectos, costumbres y deseos.

Existe un acuerdo unánime por parte de las profesionales que participaron en los grupos focales de expresar estos extremos emocionales y consideran hacerlo como una buena práctica según su propia reflexión. Expresar estas emociones cuenta con el respaldo de casi la mitad de los profesionales según los resultados de la encuesta, pero finalmente no tiene reflejo en los informes a no ser que sea en gestiones específicas como búsqueda de residencia para personas mayores o personas con diversidad funcional.

Por último, a cerca de los informes se aprecia que dentro del contenido de los mismos cuando son remitidos al ámbito judicial, estos se envían mayoritariamente con toda la información que obra en el expediente, incluida la recogida en y sobre la vivienda, aunque esta no haya sido solicitada expresamente. Esta práctica se justifica porque los jueces valoran esta información positivamente, y este dato viene refrendado en la encuesta alcanzando esta variable la cifra más alta con casi la mitad de los profesionales encuestados.

Aunque la remisión de esta información para algunas trabajadoras sociales les hacía pensar en algún dilema ético, para la inmensa mayoría no les causó ningún cuestionamiento deontológico. Por tanto, los informes en cuanto a su contenido deberían de ceñirse a lo estrictamente necesario, tal y como se señaló al inicio de la exposición teórica de la dimensión ética haciendo referencia al Capítulo II del Código Deontológico del Trabajo Social (2012).

Acerca de la **autonomía** que tienen los trabajadores sociales para decidir si realizan visitas domiciliarias o no, los resultados nos devuelven una respuesta relativa y condicionada. La decisión de realizar una visita está condicionada por los procedimientos administrativos que la consideran prescriptiva, por la filosofía o cultura de la institución y por la elección libre del profesional desde el ejercicio responsable. Esta decisión libre, en ocasiones, contrapone determinadas

estipulaciones legales como la de realizar visitas domiciliarias con datos protegidos por la legislación, aun cuando esta es la única manera de poder tramitar un recurso a alguien que no puede salir de casa, con escasas competencias o sin recursos digitales.

Más allá de las limitaciones legales, la autonomía viene señalada como uno de los principios generales de la profesión en el Código Deontológico aprobado por el Consejo General del Trabajo Social (2012) y como una de las competencias socio-personales (Bisquerra y Pérez, 2007) necesarias para desempeño profesional. Aunque también hay que tener en cuenta que es una decisión técnica que solo se puede decidir en base a criterios metodológicos de la intervención y de esta manera justificar razonadamente su realización o no.

En la discusión de los resultados sobre el uso de los **principios de la profesión** en la visita, queda totalmente demostrado que este espacio cuando recibe la visita del trabajador social se convierte en un espacio profesional en el que se dan y deben darse, los mismos valores y principios que cuando se interviene desde la oficina o despacho. Los principios que aparecen en los discursos y que hemos relacionado en los resultados son el respeto activo, la individualización, la autodeterminación, la coherencia profesional, la colaboración profesional, la autonomía y la confidencialidad a la antes hacíamos referencia.

Es preciso darle la importancia que se merece este punto, ya que una de las pretensiones que tiene esta investigación precisamente es la defensa de las visitas a domicilio desde el ámbito profesional y por ello debe estar enmarcada dentro de los valores y principios de la profesión.

La disminución en el **número de las visitas a domicilio** en el contexto de los servicios sociales es un resultado que se vincula a la carga burocrática, lo cual se refleja tanto en la parte cualitativa, como en el contraste de la hipótesis. Esta carga en gestiones tiene un papel relevante en los discursos de las profesionales y se repite en los tres grupos focales.

Observando los resultados de las encuestas podemos decir que sanidad es el contexto que más visitas realiza, seguido por servicios sociales y por último educación. No obstante, este último contexto, educación es el que tiene una menor desviación típica lo que quiere decir que es más homogéneo el número de visitas que realizan los trabajadores sociales de este contexto, mientras que es más variable en el de sanidad y mucho más en el de servicios sociales dada su desviación típica. **Al poner en relación estas medidas con estas desviaciones**

**típicas, lo que nos ofrece el resultado es una gran variabilidad en el número de visitas.**

Además, como más adelante analizaremos tres cuartas partes de los encuestados piensa que la visita domiciliaria se está sustituyendo por otro tipo de intervención más presencial en el despacho, por llamadas telefónicas, por videollamadas o por las tres cosas en conjunto.

Del uso de **protocolos** estandarizados cuando realizamos visitas, los resultados nos vienen a decir que, muchos profesionales los encuentran útiles a la hora de delimitar su objetivo en el momento en el que se le explica a la persona usuaria porque están en su domicilio o porque van a ir a visitarlo. En la propia bibliografía se recomiendan determinadas escalas administradas por trabajadoras sociales en los domicilios. Recordamos algunas de ellas como el Apgar familiar, la escala Barthel, Pfeiffer, Lawton y Brody, Gijón, ..., que entre otros sitios aparecen recomendados en la web de sanidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana (2012). Según los profesionales las preguntas de estas escalas ayudan a focalizar la demanda, como por ejemplo en servicios sociales los protocolos sirven para identificar los indicadores en situaciones de negligencia o maltrato en el ámbito doméstico, entre otros autores Ramírez (2008) nos remite al uso de determinados protocolos en este contexto. Sin embargo, estos protocolos según los profesionales les resta espontaneidad a la hora de mantener la entrevista y el registro por escrito de las respuestas no permite el mismo nivel de empatía que en las visitas donde la relación que se establece entre el profesional y la persona usuaria es lo más importante. Fombuena (2017) reflexiona sobre la utilidad del uso de protocolos, pero también de cómo pueden ser un elemento que dificulte la relación de ayuda.

En los discursos de los grupos focales aparece el uso de los **medios de transporte** que usan los profesionales a la hora de realizar las visitas a domicilio, así como los **medios personales** que tienen que utilizar por la falta de estos medios en la administración pública. Esta variable ofrece resultados desde la parte cualitativa, pero también desde la cuantitativa. De la unión de los dos resultados podemos decir que casi la mitad de los profesionales utilizan sus vehículos propios para realizar las visitas y más de un tercio sus propios móviles y smartphone. En la bibliografía consultada Méndez (2015) también hace mención al uso de medios de transporte para desplazarse a las visitas, Ferguson (2010) hace referencia

específica a los vehículos y Santas (2014), al uso de la tecnología en general como móviles o tablets.

Cambiando a la discusión de otra variable, como ya se expresó en los resultados, **la influencia del sexo del profesional en las visitas a domicilio** es una pregunta que se formuló en la encuesta porque en los grupos focales no fue algo muy discutido, pero en la bibliografía sí que aparece como un indicador a tener en cuenta para el establecimiento de la relación de ayuda según Escartín (1998), y como un elemento a tener en cuenta por el significado de poder que se le atribuye según Pelegrí (2004). De hecho, así debemos considerarlo porque en la encuesta aparece relevante para casi la mitad de las profesionales.

Continuamos con el hecho de **avisar en la institución** donde trabajan a través de algún compañero o compañera cuando van a realizar una visita a domicilio. Esta variable se ha cruzado con el sexo del profesional para analizar si existe relación entre ellas. El primer resultado nos informa que el 76% de los encuestados sí que se lo comunican a alguien de la institución. Y el segundo resultado, nos informa que esta comunicación se da con independencia de si quien va a realizar la visita es hombre o mujer. Esta información no ha podido ser contrastada con la bibliografía, ya que este dato no se refleja en la literatura estudiada.

Por otra parte, también ocurre que en muchas ocasiones se realizan **visitas a personas que no conocen** o de las que no se tiene información. Esta intervención que comienza en el domicilio puede representar una oportunidad de trabajo en el espacio del usuario y de hecho así lo consideran más del 40% de los encuestados. Este punto no puede ser confrontado con bibliografía tal cual se expone aquí, ya que en toda la exposición de la literatura revisada lo que encontramos es justo lo contrario, toda una serie de información con la que se debe contar antes de realizar la visita, las fuentes para poder conseguirla y la importancia de su estudio antes de la visita, pero lo cierto es que estas situaciones ocurren de una manera más habitual de lo que se expresa en la bibliografía profesional.

Esta **incomodidad** se manifiesta de muchas maneras a lo largo de los discursos de las profesionales, de hecho en la encuesta hay unanimidad entre las profesionales que reconocen haberse sentido incómodas en alguna ocasión, pero el mayor porcentaje lo obtiene el hecho de percibir que *la persona usuaria o familia está incómoda con la visita*, esta respuesta obtuvo el mayor porcentaje de

respuestas, por encima incluso de *presenciar conflictos entre los miembros de la familia* o el *cómo se dirigen al profesional en el domicilio*.

Esta variable, al contrario de las dos anteriores sí que está presente en numerosa bibliografía empezando por los escritos Richmond (1899), pasando por Behrens y Ackerman (1956) y continuando por autores más actuales como Illescas (2016), Chamorro (2016) o Razeto-Pavez (2020). En todos ellos se muestra no solo la necesaria identificación personal de esta incomodidad, sino también el hecho de afrontarla y de registrarla por escrito.

Por último, en esta fotografía actual sobre la visita a domicilio en España, queremos exponer los resultados de una variable que apareció de manera poco unificada en la parte cualitativa, y es la visita a domicilio a la descendencia de familias a las que anteriormente ya se había visitado, es decir, familias con intervención **intergeneracional**. Pero debemos decir, que el resultado de la encuesta sigue sin ser nada concluyente, ya que el 38,52% de las encuestadas dice que sí, y el 37,56% responde que no, siendo estos los porcentajes más altos en esta pregunta. Aunque sí que podemos extraer dos datos importantes que aparece en la parte cualitativa, uno que cuando la relación con la familia de origen ha sido positiva, la relación con la descendencia es positiva también, y dos, que aunque sí que se siga la intervención intergeneracional, es fácil reconocer procesos más funcionales de una generación a otra.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



**Tabla 119**

*Cuadro resumen del análisis actual de la visita domiciliaria en España desde la profesión de trabajo social*

Diferencias intervención despacho y visita a domicilio	La intervención en el domicilio no es una extensión del trabajo que se realiza en el despacho.	
	Oportunidad de observar y analizar el entorno comunitario.	
	El acceso y recibimiento en el domicilio te sitúa en un escenario diferente al del despacho.	
	La observación y análisis del espacio de la vivienda.	
	Sólo en el domicilio se pueden dar actos de hospitalidad.	
	Los conflictos éticos en el domicilio tienen unas características propias.	
Motivos de la visita	Mayoritariamente contexto de control-protección, aunque también se da el de control-asistencial (servicios sociales).	
Autonomía	Procedimientos administrativos que consideran la visita como prescriptiva.	
	Filosofía o cultura de la institución que las promueva o no.	
	Elección libre del profesional.	
Principios de la profesión predominantes en las visitas	Respeto activo, la individualización, la autodeterminación, la coherencia profesional, la colaboración profesional, la autonomía y la confidencialidad a la que antes hacíamos referencia.	
Número de visitas	Gran variabilidad en el número de visitas ( $\sigma$ ).	Sanidad = 7,64 Servicios Sociales = 7,29 Educación = 6,83
Protocolos	Ayudan: delimitar el objeto de la visita.	Dificultan: Menos espontaneidad Menor empatía por el registro sistemático
Medios que se utilizan	Mayoritariamente vehículo y teléfonos móviles propios.	Escasa dotación de medios por parte de las administraciones públicas.
Avisa en la institución cuando se realizan visitas	Mayoritariamente sí que se avisa (76%).	No hay diferencia de resultados por sexos.
Incomodidad en la visita	La han experimentado un 95,85%.	Principalmente al percibir incómoda a la persona usuaria por la visita.
Intervención intergeneracional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando la relación con la familia de origen ha sido positiva, la relación con la descendencia es positiva también.</li> <li>- Aunque sí que se siga la intervención intergeneracional, es fácil reconocer procesos más funcionales de una generación a otra.</li> </ul>	

En resumen, y para dar cumplimiento a este objetivo sobre el análisis de la visita domiciliaria en España por parte de los trabajadores sociales podemos concretar que presenta diferencias significativas con las que se dan en el despacho de la institución. Que los motivos mayoritarios de las mismas vienen determinados por los contextos de control-protección y control-asistencial. Que los trabajadores sociales, en su mayoría, desde las administraciones públicas cuentan con autonomía para gestionarlas, aunque finalmente su uso está quedando relegado a las visitas prescriptivas por legislación (valoración de autonomía) y al citado contexto de control-protección.

El número de visitas varía según el territorio, existiendo una gran diferencia entre ellos, aunque se sitúa en una media de 7,18 por mes.

Los trabajadores sociales que utilizan protocolos en las visitas los consideran útiles porque les ayuda a enmarcar el objeto de la visita, aunque sienten que les resta espontaneidad y dificulta la empatía.

Se evidencia una falta de medios públicos que faciliten el acceso a las visitas, lo que aboca a los profesionales a utilizar sus medios particulares como vehículos o plataformas digitales (teléfonos móviles).

Hay un consenso muy alto en avisar en la institución cuando vamos a realizar una visita (con independencia del sexo del profesional) y pesar de estar realizando visitas a descendientes de familias que ya se conocía, se aprecia una mayor funcionalidad de una generación a otra y si la relación con la familia de origen ha sido positiva, facilita el acceso a la vivienda.

### **3.- Discusión de los resultados sobre el constructo de la visita en trabajo social (OG 2):**

Los resultados conseguidos en este objetivo general devienen de la puesta en marcha de las acciones que han logrado conseguir los objetivos específicos cualitativos y cuantitativos, que grosso modo tratan de aportar datos para el constructo de la visita domiciliaria desde los discursos de los grupos focales y los datos recogidos desde la encuesta respectivamente.

La discusión de estos resultados aportará una construcción del concepto de visita a domicilio desde el trabajo social y en España, sobre la base de la cita de Gergen y Gergen (2011), "nosotros construimos el mundo", y desde la propuesta de Cubero (2005), a través de "la propia participación de las personas en los contextos sociales ...".

Los resultados obtenidos en esta dimensión se analizan como elementos separados, pero su discusión sólo puede ser entendida de una manera compleja y sistémica tal y como se recoge en el marco teórico de esta investigación.

### **3.1. Discusión de los resultados del constructo según la dimensión ética.**

Del mismo modo que al describir *los principios de la profesión* en el punto anterior, se reivindicaba el espacio de intervención en el domicilio como un espacio profesional en los mismos términos que en el despacho, este apartado de **principios éticos y deontológicos** sirve al mismo propósito.

Los principios sobre los que basan sus intervenciones en los domicilios las profesionales son los siguientes: el trato individual que debe tener cada una de las personas que se visita, el respeto con el que debemos entrar en el espacio particular de la persona usuaria y la necesaria privacidad a la que se debe someter el profesional. Valorar de manera justificada si precisamos de colaboración profesional y por supuesto todas estas actuaciones deben revestir obligatoriamente de la integridad que se espera de un trabajador social.

Toma un valor relevante la confidencialidad de toda la información que se desprende de la visita domiciliaria, no sólo la trasladada de manera verbal o documental por la persona usuaria, sino también por la observada o detectada por cualquier otro medio.

Todos estos principios profesionales vienen recogidos en el Capítulo II del Código Deontológico del Trabajo Social en España (2012) citado en la bibliografía y en la Declaración de Principios Éticos de Trabajo Social Global (2018) que vienen a representar la vertiente deontológica y pragmática a la que hacíamos referencia al citar a Cazorla (2007), Lima (2008), De la Red (2008) o Las Heras (2019).

Estas situaciones pueden presentar determinados dilemas éticos vinculados con la atención en los domicilios y la **gestión de la información** confidencial de datos personales que puede llevar a los profesionales a incumplir (sin ser conscientes en muchos casos) la legislación de protección de datos personales al compartirlos o al trasladarlos fuera de la institución. El conflicto se presenta cuando determinadas demandas o necesidades se quedan sin atender al no poder desplazarse las personas usuarias a la institución pertinente o no ceder datos sobre una persona sin su consentimiento tácito, aunque esto promueva la concesión de una ayuda, prestación o recurso.

Todo esto y ante los cambios legislativos y las realidades de intervención en los domicilios, debemos seguir el planteamiento de Munuera (2012) sobre la revisión de nuestras acciones en el manejo de datos personales. Sin embargo, Toledano (2010) sí que sugiere que la visita se puede aprovechar para realizar la revisión de la documentación que se precise ante un trámite específico como el de servicio de ayuda a domicilio, por ejemplo. Campanini (2012) propone la visita al domicilio ante la imposibilidad del usuario de acudir a la institución y Santas (2019) añade además, aunque eso suponga el manejo de datos confidenciales fuera de la protección del despacho.

Todo este tipo de planteamientos al fin y al cabo se producen por la búsqueda que se tiene de la **objetividad** en nuestras intervenciones y por la detección de los elementos que nos pueden hacer perder esta objetividad. Tal y como sugieren los resultados, la mayor pérdida de objetividad se da cuando se entremezclan las emociones y los sentimientos provocados por la relación tan estrecha que se llega a establecer al realizar sistemáticamente visitas continuas a la misma familia creando una relación "un poco más especial".

Estas emociones y sentimientos han estado presentes en multitud de puntos de esta Tesis y en esta discusión volverán a estar presentes al exponer los resultados de la dimensión de la relación de ayuda, pero en estos momentos nos centramos en esos que hacen que no se desliguen de la ética como proponía Navarro (2017) en su idea principal de "ética de la proximidad", donde exponía que no era posible una aproximación ética en las intervenciones si estas se hacían sin emociones y sentimientos.

Desde el marco teórico, la pérdida de la objetividad viene sustentada por pertenecer el trabajador social, y más en el marco de una visita, al sistema observante tal y como define Foerster (1991) al explicar la cibernética de segundo grado. Escartín (2012) apoyándose en autores como Bateson, Maturana o Varela, establece la imposibilidad de realizar una observación objetiva de sistemas en los que estamos inmersos.

Por tanto, es normal, que esta relación de ética y emociones pueda provocar algún tipo de **conflicto o dilema ético** y como se desprende de la bibliografía y de los resultados, estos presentan diferencias con los que se dan en el despacho.

El primero al que queremos hacer referencia está relacionado con el punto anterior. Hay ocasiones en las que se mantiene una relación tan fuerte (positiva o negativa) con determinadas familias al realizar tantas visitas que se pierde la

objetividad y se precisa de supervisión para poder tener una visión diferente sobre el caso. En ocasiones, estas situaciones pueden provocar que el respeto a la autodeterminación vaya más allá de lo que la protección permite. Aparece de nuevo en los resultados la supervisión o compartir con el equipo estas situaciones, como la mejor forma de poder disminuir estos conflictos éticos.

El segundo conflicto que tan sólo se puede dar en el domicilio es cuando se llega para hacer la visita y en la casa únicamente hay menores de edad y se tiene que decidir qué hacer. Este tipo de conflictos no pueden esperar a una supervisión, los conflictos que se dan en el domicilio necesitan formación específica, entrenamiento y un conocimiento exhaustivo de los principios éticos y deontológicos que nos permita tomar decisiones *in situ* y poder justificarlas posteriormente si fuera preciso. Por supuesto estos principios incluyen el de confidencialidad, a la que se está sujeto como profesional, aunque se sospeche, tal y como se refleja en los resultados, que puede existir algún acto constitutivo de delito, pero que no se encuentra dentro de los supuestos del artículo 54 del Código Deontológico, sobre todo, si eso rompiera la relación de ayuda con la familia, aplicando de manera muy particular el principio *in dubio pro reo*. Por ello, es importante recordar a las familias el sometimiento que se tiene en el trabajo social a guardar este principio de confidencialidad, para poder facilitar la apertura de estructuras más cerradas.

El tercer conflicto se da cuando el trabajador social llega al domicilio y no hay nadie, y se crea el dilema de preguntar en el vecindario por la familia. En los resultados de las encuestas encontramos que más de un tercio respondieron que *Sí* preguntarían a algún vecino siendo esta la respuesta con el porcentaje más alto, pero solo ante un contexto de control (menores, violencia doméstica, adultos mayores vulnerables, personas con discapacidad, ...). Esta respuesta, además de cuestionar los principios éticos a los que hemos hecho referencia, también debe hacer pensar al profesional que con ese acto abre todo un listado de preguntas en el entorno social más cercano donde no solo se empieza a cuestionar a la persona que vamos a visitar sino también la labor por la cual se ha hecho la visita. Esta propuesta está relacionada con la etapa diletante, como consejo que ofrecía Vives (1781), pero recordamos que en esta etapa no se ejercía desde la profesión reglada que es ahora.

El segundo resultado más significativo aporta que estas preguntas al vecindario se harían para verificar el paradero de la familia y poder volver en otra ocasión (29,30%).

El cuarto conflicto se da en el despacho, pero ya hemos explicado el motivo por el cual se incluye, y se da cuando la profesional considera necesario hacer una visita y la carga de trabajo dificulta esas salidas para poder hacerlas. En cuanto a este dilema, tan sólo se podría abordar a través de la mejora en la ética del sistema a través de la modificación de las políticas sociales, tal y como se propone en el Informe del Consejo General sobre Trabajo Social, Deontología y Ética coordinado por De la Red (2020). Coincidimos con González (2016) que al preguntar a los vecinos sitúa esa actuación en el límite de la confidencialidad y por tanto de vulnerar el código ético y el principio de confidencialidad. Sin embargo, para este mismo autor uno de los riesgos éticos es la sensación de intromisión o invasión en la visita, pero esta sensación que sí ha sido manifestada por los participantes de los grupos focales en algún momento, nunca se ha expresado como conflicto ético.

**Todo esto nos lleva a afirmar que los conflictos que se dan en los domicilios son cualitativamente diferentes a los que se dan en los despachos y que cuando se dan, deben resolverse en el propio domicilio y en el mismo momento en el que se presentan.**

El sistema de políticas sociales también está íntimamente ligado a la **gestión de los recursos**, y estos a su vez a la probabilidad de generar conflictos éticos en su gestión. Esta variable es la única que de una manera mucho más plausible se presenta en el contexto de servicios sociales, pero no tanto en sanidad y mucho menos en educación. Los conflictos que se dan en estas circunstancias al realizar la visita a domicilio, es la percepción que tiene el profesional de la alta susceptibilidad que puede tener la persona usuaria al sentir invadida su privacidad con la justificación de la gestión eficaz de estos recursos. Cuando estas visitas se realizan sin previo aviso y teniendo la familia una información escasa sobre el objetivo de la misma, crea situaciones incómodas entre la persona usuaria y el profesional.

Esta incomodidad se hace mayor cuando el trabajador social considera preciso que para poder cumplir con su cometido solicita a la persona que le abra armarios, cajones o la nevera, y aunque esto se ha comentado alguna vez en el contexto de control, no es una práctica mayoritaria. Cuando las trabajadoras

sociales realizan esta petición lo hacen desde la justificación de la protección ante enfermedades que puedan poner en riesgo la salud de la propia persona asegurando así la correcta medicación, viendo qué alimentos hay en la nevera o qué puede cocinar y evitar una desnutrición, ..., es decir, valorando normalmente la autonomía de personas mayores adultas o personas con sufrimiento psíquico.

No obstante, el uso de las visitas para la valoración adecuada de recursos aparece en la bibliografía desde el inicio de esta investigación en la etapa diletante hasta en las publicaciones más actuales y siempre dentro de un contexto de control.

Otro de los dilemas que puede presentarse por el hecho de visitar de manera sistemática a algunas familias o simplemente por cuestiones culturales, son los **actos de hospitalidad** que se dan en los domicilios. Si reflexionamos sobre esto, el hecho de sentarse en el domicilio de la persona usuaria a tomar un té, como por ejemplo se cita en las transcripciones, podría llevar a confusión sobre la verdadera naturaleza de la relación, pudiendo confundir lo laboral, con lo personal si los límites no están bien establecidos desde el inicio de la relación. Esto puede enturbiar el juicio del profesional y dificultar la objetividad y su capacidad para tomar decisiones sobre la situación. En el caso de la persona usuaria, podría crear una sensación de amistad y/o dependencia con el profesional que entorpecería la relación de ayuda. Estos actos según Viscarret (2019), pertenecen al grupo de dilemas deontológicos como la aceptación de regalos y también hace referencia a ellos González (2016) al hablar de los riesgos y dilemas que se pueden dar en el domicilio, por tanto, tienen que manejarse con habilidad y responsabilidad.

También nombra este autor el **acto de movernos por el domicilio** como otra de las variables con riesgo de dilema ético que puede presentarse en las visitas. Y efectivamente, en nuestros resultados cualitativos se refleja el dilema de la necesidad del profesional de ver las condiciones de la vivienda o de las personas que hay en ella y el respeto a la privacidad, a las diferencias culturales y de género. Las variables fundamentales que se mencionan para evitar estos conflictos son actuar siempre desde el respeto y desde la solicitud a la persona usuaria que nos guíe por las instancias de la casa de una manera subordinada. En los casos de control, la actitud toma otro cariz adoptando una posición más directiva. De manera específica aparecen las vistas desde sanidad o servicios sociales vinculadas a la valoración de autonomía/dependencia que de una manera

más concreta van señalando a la persona que precisan ver o qué instancias (cocina, baño y dormitorio) les es fundamental conocer.

Por último, dentro de esta dimensión, **informar a la persona usuaria del motivo de la visita** contiene unas implicaciones, además de metodológicas para establecer la relación, claramente vinculadas a los principios éticos y deontológicos de la profesión. Sobre esto último, no informar de la visita conlleva una falta de respeto a la autonomía y dignidad de la persona, que le puede hacer sentir como una invasión en casa. Esta información se hace necesaria trasladarla de forma adecuada a la persona usuaria para que pueda darse el ejercicio de la autodeterminación y de la participación activa de igual manera como aparece en el ya mencionado Capítulo II del Código Deontológico del Trabajo Social en España (2012).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



**Tabla 120**

*Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión de ética*

Principios éticos y deontológicos más dogmáticos en la visita	Individualización	Cada visita supone una adecuación a las particularidades específicas.	
	Respeto	Al entrar en el espacio privado de la persona.	
	Integridad profesional	Ante las intervenciones en el domicilio.	
	Relación con otros profesionales	Valorar de manera justificada esta colaboración e informar antes de realizar la visita.	
	Confidencialidad	Con respecto a toda la información obtenida incluida la de la visita.	
	Gestión de la información confidencial	Compartir datos extraídos de la visita. Trasladar datos de carácter personal en la visita sólo ante casos de imposibilidad de hacer las gestiones en la institución o cuando sea prescriptivo hacerlas en el domicilio.	
	Conflictos éticos que se dan en las visitas	Respecto autodeterminación vs protección.	Al realizar la visita sólo hay menores en el domicilio: ¿se aborda la entrevista?
		Observación de delitos: denuncia vs trabajo con la familia.	No hay nadie en casa: ¿Preguntamos a los vecinos o no?
		Necesidad de hacer la visita, pero existe mucha carga de trabajo que lo dificulta.	
		Formas de disminuir los conflictos éticos de más generales a más concretos	- Modificación políticas sociales. - Supervisión. - Compartir con el Equipo. - Formación específica. - Entrenamiento en situaciones de conflicto ético.
Objetividad	Visitas continuas y sistemáticas a la misma familia	- Relación estrecha (positiva/negativa). - Emociones y sentimientos más evidentes. - Menor objetividad.	
Gestión de recursos (Mayoritariamente Ss.Ss.)	Percepción de que la persona usuaria está incómoda	Factores éticos que incrementan la incomodidad: - No avisar de la visita. - Escasa información del objetivo por parte de la persona usuaria. - Se solicita la apertura de armarios, cajones o nevera.	
Actos de hospitalidad	En determinadas ocasiones puede confundir la naturaleza de la relación profesional a personal, tanto en el profesional, como en la persona usuaria. Disminuye la objetividad. Actuar con habilidad y responsabilidad.		
Acto de movernos por el domicilio	Conflicto	Necesidad de ver las condiciones de la vivienda vs respeto a la privacidad.	
	Actuación	Respeto y solicitud de guiar por las instancias de la vivienda.	
	Contexto control	Actitud más directiva.	
	Contexto evaluación	Valoración autonomía: cocina, baño y dormitorio como estancias fundamentales.	
Informar a la persona usuaria del motivo de la visita	Implicaciones éticas y metodológicas (relación de ayuda)	- No avisar promueve el sentimiento de invasión. - Avisar transmite respeto y dignidad. - Informar del objetivo permite un mejor ejercicio de la autodeterminación y de la participación activa.	

De una manera más resumida podemos decir que el domicilio como espacio de intervención profesional está expuesto a los principios éticos y deontológicos que se espera de una trabajadora social en cualquiera de sus ámbitos de intervención. Son varios los conflictos o dilemas éticos a los que se enfrentan los profesionales al realizar las visitas a domicilio y algunos de ellos, sólo se pueden dar en este tipo de intervención como la gestión de datos personales fuera de la institución, actitud ante actos de hospitalidad o el simple hecho de desplazarse por la vivienda. También el manejo de la información con la comunidad o con los niños, si cuando se llega al domicilio no hay nadie o únicamente hay menores de edad. Reflexión sobre el trabajo a realizar si se observan determinados delitos en la vivienda.

El hecho de tener que objetivar situaciones de personas con las que el trabajador social se ha relacionado en la privacidad de su hogar hace un poco más difícil la toma de decisiones trascendentales.

Estos conflictos que se dan únicamente en las visitas requieren de una resolución en el propio domicilio y en el mismo momento en el que se dan. Para facilitar este abordaje es conveniente avisar de que se va a realizar la visita, explicar el motivo y mostrar respeto, pero igual de necesario es tener una formación específica y entrenamiento en dilemas y resolución de conflictos éticos.

### **3.2. Discusión de resultados del constructo según la dimensión de relación de ayuda.**

Dentro del constructo de la visita domiciliaria la dimensión de la relación de ayuda es tan relevante que coincidimos con Miranda (2005) al asegurar que si no se consigue establecer la relación de ayuda el fracaso de la intervención está asegurado.

Como se hace constar en la bibliografía, la **ayuda** se vincula a la visita domiciliaria desde los primeros textos que se revisaron al inicio de esta investigación. Es fácil citar a autores del principio de la etapa diletante como Juan Luis Vives, Vicente de Paul o Luisa de Marillac, así como también del final de esta etapa como Concepción Arenal o Marian C. Putnam.

La **relación de ayuda** ha sido mencionada en tantas ocasiones por las profesionales de los grupos focales, que se ha optado por darle la doble consideración de dimensión de estudio en su globalidad, y como código específico de manera particular.

Desde esta forma particular, los resultados nos vienen a demostrar que en las visitas a domicilio se dan fundamentalmente dos factores que favorecen el establecimiento de la relación de ayuda y uno que la dificulta:

Son agentes favorecedores el simple hecho de estar en el espacio privado y personal de la persona usuaria ya que permite establecer una mejor conexión emocional de manera recíproca con el profesional. Esto permite hacer uso de objetos y recuerdos que están presentes ahí mismo para apoyar sus narraciones. El segundo factor es que la persona usuaria está en su espacio de seguridad (con las matizaciones que esto precisa y que serán descritas más adelante).

El elemento que se revela como obstáculo es el cierto autoritarismo que ejerce el trabajador social desde el contexto de control-asistencial, según parece, para velar por la buena gestión de los recursos públicos. Sobre esta cuestión volvemos a la idea de un necesario cambio en el sistema público de políticas sociales. También se considera importante la necesidad de una mejor formación de los trabajadores sociales en contextos de control, pues en las narraciones se puede observar cómo se identifica control con autoridad y poder, igual que describe Pelegrí (2004) en la bibliografía citada en los contextos de control.

Volviendo a elementos que constituyen la relación de ayuda, nos encontramos con **las emociones y los sentimientos** que forman parte de este sistema relacional y que los profesionales identifican en la visita domiciliaria siendo estos los siguientes: inseguridad, tensión, incomodidad por el contexto, frustración, vulnerabilidad, tristeza, ..., aunque también exponen la sensación de bienestar. Muestran además los resultados, la conciencia que tienen las trabajadoras sociales sobre la importancia de una buena gestión de las emociones y de los sentimientos para poder intervenir eficazmente de la siguiente manera: reconocer las emociones y sentimientos propios y de la persona usuaria facilitará la confianza entre ambos y por tanto la conexión, convirtiéndose en un elemento valioso para la intervención. Toda esta gestión se señala en la bibliografía al relatar las competencias emocionales (Guinot, 2017; Saltiel & Lakey, 2020).

Según los profesionales, las emociones y sentimientos se pueden expresar más libremente en el domicilio por ser éste un espacio de seguridad para los usuarios y llegar a esa conexión emocional de la que hablan Escudero (2020) y Lillo (2019b) donde el cliente se siente acompañado, comprendido y aliviado.

Aunque no todos los profesionales opinan que el domicilio es un **espacio de seguridad** para la persona usuaria, por lo que dependiendo de las

circunstancias se podrá dar esta conexión emocional o no, de hecho, la mayoría de los encuestados opinan que el espacio es indiferente puesto que la conexión es personal, aunque entre el domicilio y el despacho, opinan que se da más fácilmente en el domicilio.

No obstante, el domicilio como espacio de seguridad va mucho más allá, ya que no solo comprende a la persona usuaria o familia, sino también al trabajador social.

Existen determinados factores que favorecen el establecimiento de la relación de ayuda y que se han hecho presentes en los resultados, como avisar cuándo se va a realizar la visita, el realizar una presentación transparente y explicar el objeto de la misma, equilibrar la relación entre profesional y la persona usuaria y usar técnicas vinculativas.

Entre los elementos que se consideran un obstáculo, la percepción de riesgo es la que se presenta con mayor asiduidad, después la sensación de incomodidad y aquellos sentimientos que les hacen sentir vulnerables.

En la investigación literaria se ha citado a Saltiel & Lakey (2020) haciendo referencia precisamente a la propia seguridad del profesional ante visitas difíciles e incluso peligrosas, al igual que Ferguson (2018) que además del peligro, hablaba de la propia sensación de malestar del trabajador social y por su parte Martins (2017) la sensación de seguridad o inseguridad, corroborando estos estudios los resultados obtenidos. Richmond (1899) sí que sugiere que el domicilio es un espacio de seguridad para la persona usuaria, por eso propone que la primera entrevista se realice en su casa pues ese ambiente natural propiciará una mejor relación.

Todos estos factores influyen en la posibilidad de crear un **vínculo** con la persona usuaria siendo esta la variable que más contribuye a establecer una relación de ayuda. Esto nos lleva al análisis de los resultados de la encuesta donde los profesionales de manera mayoritaria sí que consideran importante la vinculación con las personas usuarias por su visión técnica y humana del trabajo social. Estos datos encuentran su fundamento en estudios como el de Cuartero (2017) que considera el domicilio como un espacio informal para el establecimiento del vínculo. Por otra parte, casi un cuarto de los encuestados se plantea establecer ese vínculo si se planifica una temporada de trabajo con la persona, al igual que justifica Cardona (2012) cuando escribe que en aquellas demandas que son puntuales no da pie a establecer una relación de ayuda, aunque

sí tiene una función de enganche. Para finalizar, queremos hacer alusión a ese porcentaje que contesta que sí que querría establecer vínculos, pero que no puede, de forma similar a como cita Ginesta (2013) al relatar que la falta de tiempo es usada para justificar la imposibilidad de establecer vínculos con las personas usuarias en sus procesos de acompañamiento. Pero si seguimos a Caparrós (1993), Friendlander et al. (2009), Gómez (2010), ..., que entienden que **el primer encuentro es crucial para el establecimiento del vínculo y, por ende, para la relación de ayuda, debemos entender que todas las personas que no han contestado que sí que establecen el vínculo sin más premisas, están perdiendo la oportunidad de realizar un trabajo social humanista y centrado en la persona.**

Por último, se revelan unos elementos determinantes en el establecimiento del vínculo como son la elección del momento idóneo, relacionarlo con el propósito de cambio, explicar el motivo de la presencia del trabajador social en el domicilio, ser flexibles en la intervención y actuar con todos los miembros de la familia que se encuentren en el domicilio.

Este último elemento, involucrar a todos los miembros que están en casa en ese momento se indica como una de las **actuaciones dentro del domicilio** que mejora la relación de ayuda y que pueden aumentar la calidad de la comunicación, así como mejorar el espacio sonoro de la habitación en la que se va a llevar a cabo la entrevista y buscar una posición confortable. Si todo esto ocurre será más fácil expresarse desde un plano más emocional y el domicilio proporcionará un mayor sentimiento de espacio seguro para ambos. El ambiente abrumador y con cierta contaminación acústica lo refleja Ferguson (2018) al hablar de ruidos en las visitas tales como móviles sonando, niños llorando, televisión encendida, ... y el mismo autor (2010) refleja igualmente el domicilio con un ambiente más acogedor y confortable. Pero ya en 1894, Arenal invitaba a salvar los obstáculos del ambiente buscando la comodidad que beneficie el establecimiento de la relación con la persona que se visita y a mostrar interés tanto por ella, como por las personas que estén en casa en ese momento.

En la relación de ayuda también es importante respetar **los ritmos de la persona** usuaria o de la familia, de los resultados se extraen unas observaciones, los elementos favorecedores de su aplicación y el momento en el que puede ser contraproducente su aplicación. Con relación a las observaciones se explica que el respeto de los ritmos de la persona usuaria facilita la relación de ayuda aun cuando

estemos en situaciones de riesgo y siempre que este riesgo no tenga un carácter de urgencia. A mayor abundamiento en cuanto a los beneficios, permite una mejor atención centrada en la persona y favorece la intervención por la relación más vinculativa que se establece. Para conseguir ese respeto de los ritmos no podemos forzar una visita, ya que en ocasiones las personas no están preparadas, por lo que precisamente el respeto puede darse dejando un espacio de tiempo y señalando la visita para otro momento. De la bibliografía revisada coinciden con estos resultados lo expuesto por Richmond (1899) al escribir sobre la necesaria paciencia que hay que tener para crear el vínculo o por ejemplo aconseja no sobre visitar. También autores como Gómez (2010) se refieren a este respeto de los ritmos al hablar del establecimiento del vínculo en una primera fase de contacto.

Siguiendo con la exposición de variables que favorecen la relación de ayuda en los domicilios, según la bibliografía consultada y las citas de los grupos focales, se presenta el **compartir el propósito de la visita** con la persona usuaria o con la familia en su caso. En los resultados obtenidos esta información debe contener una explicación clara exponiendo el motivo de la visita, cuál es el objetivo que se pretende alcanzar con la misma y aparece como fundamental informar el contexto institucional del que procedemos y el contexto profesional o de intervención en el que nos situamos para evitar deslizamientos.

Sobre la bibliografía consultada podemos citar a Friedlander et al. (2005), Escudero (2012), Cardona-Cardona (2017), Escudero (2020), ..., donde todos ellos coinciden en la importancia de compartir el objetivo de la visita para el establecimiento de la alianza terapéutica o relación de ayuda.

Los resultados de la investigación encuentran su eco en la bibliografía investigada, y estos vienen a determinar que cuando realizamos una visita a domicilio se activa la competencia socio-personal de la **empatía**, que esto nos permite un acercamiento a la persona o familia, que debemos estar preparados porque nos afecta positiva o negativamente y debemos aprender a gestionarla ya que al empatizar con alguien conectamos con la experiencia propia.

Los siguientes autores justifican por separado estos resultados que nos ofrecen Bisquerra y Pérez (2007) al clasificar la empatía dentro de las competencias socio-personales, Toledano (2010) al proponer la visita como un buen instrumento que favorece la empatía, Giménez y Doménech (2012) la señalan como una habilidad esencial para establecer la relación con el cliente, Navarro (2017) la considera una competencia clave para los trabajadores sociales

y Cuartero (2018) nos sobre avisa del desgaste por empatía y algunas de sus consecuencias negativas como que esta puntúa en mayor proporción cuanto más expuesto se está al trabajo de protección infantil y como ya se ha señalado en esta investigación también puede influir en la pérdida de objetividad en la valoración de los casos.

El efecto de la variable **autoconocimiento personal** en los grupos focales se presenta como un elemento que ayuda a establecer y mantener una buena relación de ayuda en las visitas. En los resultados, las profesionales expresan que un aumento del autoconocimiento aumenta el manejo de las emociones y la confianza, lo que hace que mejore la calidad en las intervenciones, evita resonancias, ayuda a identificar las emociones propias y a distinguirlas de las de la persona usuaria y este autoconocimiento que se crea a partir de, entre otras cosas, de la experiencia, aporta seguridad personal y profesional. Como indicamos en la etapa diletante, para Arenal (1894) era tan relevante el autoconocimiento, que le dedica el Capítulo II de su libro el visitador del pobre. Más reciente es la aportación de Báñez et al. (2017) que lo considera una competencia básica que los profesionales del trabajo social deben tener dentro del marco de la relación de ayuda. Suárez (2017) además propone que debe formar parte del currículum de la formación de los futuros profesionales.

Asimismo, ocurre con la **distancia y cercanía** que se presenta en los resultados a la hora de hablar de relación de ayuda, los profesionales hablan de la distancia física y emocional que se percibe en el despacho y como en la visita a domicilio se hace más estrecha, todo es más cercano. Estos conceptos toman otras acepciones como la distancia que en ocasiones se ha de tener con determinados casos, personas, familias, ..., para mejorar la relación y enfocar de otra manera la intervención, lo cual está relacionado con el respeto de los ritmos en la intervención que ya hemos comentado. Sobre esta distancia y cercanía encontramos en la bibliografía revisada todas las citas que nos llevan al entendimiento de la cibernética de primer orden (posición externa) Wiener (1947), Maruyana (1963), y de segundo orden (posición interna), comenzando por Foerster (1991), Escartín (2012) o Cardona-Cardona (2017). La distancia relacional la encontramos en las citas de Martins (2017) donde queda perfectamente relatada al hablar de distancia o cercanía, física, cultural y actitudinal. También Ursúa (2019) al escribir sobre premisas éticas hace alusión a la distancia que significa el respeto a la autonomía y la preocupación por el

bienestar que refleja esa cercanía. Sobre la distancia física Fernández y Ponce citando a Wasik (2000) y Fernández (2011), refieren la diferencia entre la entrevista en el despacho y en el domicilio, y en sus consideraciones aconsejan mantener la distancia apropiada al realizar la entrevista en la visita.

Por último, hablaremos de la **cultura**, como otro elemento que influye en el establecimiento de la relación de ayuda en las visitas a domicilio. En los resultados se presentan dos acepciones de cultura, a saber: una trata sobre la competencia que se precisa para la intervención con personas migradas y la otra sobre situaciones etnográficas propias del entorno. En ambas se hace prescriptivo el conocimiento sobre el conjunto de creencias, valores, mitos y tradiciones para una mejor adherencia y vinculación al realizar una visita a domicilio.

Sobre la primera acepción los resultados nos orientan a mantener una relación con las personas migradas basada en el respeto hacia sus valores culturales, aunque no haya un entendimiento de los mismos y mostrar un interés real por su cultura y por sus historias de vida. Programar los horarios de las visitas con el tiempo suficiente que se precise para respetar los ritmos de su vinculación, ya que por diferencias de idiomas o por diferencias en la acogida, estas entrevistas pueden ser más extensas y donde en más de una ocasión, tendremos que reconocer y agradecer sus gestos de hospitalidad.

Si la persona usuaria percibe ese respeto por su cultura o sus tradiciones es más probable que se pueda establecer una conexión de confianza y la relación de ayuda. Además, ese respeto debe ir acompañado de un conocimiento que hará que la trabajadora social evite hacer comentarios o acciones que puedan ser ofensivos o inapropiados para la persona entrevistada.

La competencia intercultural o multicultural se refleja en la bibliografía como una competencia que puede considerarse socio-personal o técnico-profesional, ya que depende de donde establezcamos el foco de análisis.

Son muchos los autores que hemos citado en esta investigación y que tienen en cuenta la cultura como un elemento importante en el sistema relacional de ayuda, De la Red (2008), Lima (2008), Cardona-Cardona (2017), Marcos et al. (2017), ... Por ejemplo, Escartín (1993; 1998, 2012) señala la cultura como una competencia personal al igual que se señala en Libro Blanco del Trabajo Social, Vázquez (2005). Respecto a los obstáculos que las diferencias culturales pueden acarrear en la relación de ayuda, coinciden los resultados que se extraen en esta investigación, con el pronunciamiento de Escudero (2020) para referirse a las



dificultades en el establecimiento de la alianza terapéutica. Sin embargo, previamente Vázquez (2002) por su parte, propuso la cultura como una competencia que precisa ser incorporada a los planes de estudio de los grados de trabajo social y por tanto, adquirida. Con respecto a estas costumbres a las que hemos hecho referencia como segunda acepción, también vienen recogidas como competencias sistémicas y generales en el Libro Blanco.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Tabla 121**

*Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión de la relación de ayuda*

Relación de ayuda	Agentes favorecedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar en el espacio privado y personal de la persona usuaria favorece la conexión emocional.</li> <li>- Percepción de espacio de seguridad.</li> </ul>
	Obstáculo	El ejercicio de cierto autoritarismo en los contextos de control-asistencial.
Emociones y sentimientos	Inseguridad, tensión, tristeza, incomodidad por el contexto, frustración, vulnerabilidad, ...	El reconocimiento emocional propio y ajeno aumenta la eficacia de la intervención.
	Bienestar.	
Espacio de seguridad	Persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para todos no es un espacio de seguridad.</li> <li>- Mayor conexión en el domicilio.</li> <li>- Primera entrevista en el domicilio.</li> </ul>
	<b>Profesional</b>	
	Agentes favorecedores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avisar de la visita.</li> <li>- Presentación transparente.</li> <li>- Explicación del objetivo.</li> <li>- Equilibrar la relación entre profesional y persona usuaria.</li> <li>- Utilizar técnicas vinculativas.</li> </ul>	Obstáculos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de riesgo.</li> <li>- sensación de incomodidad.</li> <li>- Sensación de vulnerabilidad.</li> </ul>
Vínculo	Considerada la variable que más influye en la relación de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayoritariamente se da importancia a la vinculación.</li> <li>- Casi un cuarto, solo plantea la vinculación si va a trabajar una temporada larga.</li> </ul>
	Elementos determinantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elección momento idóneo.</li> <li>- Relacionarlo con el propósito del cambio.</li> <li>- Explicar el motivo de la visita.</li> <li>- Flexibilidad.</li> <li>- Intervención con todos los miembros que estén presentes en la visita.</li> </ul>
Actuaciones dentro del domicilio	Mejorar la comunicación: facilita la expresión de sentimientos y la percepción de seguridad para el sistema relacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el espacio sonoro.</li> <li>- Posición confortable.</li> <li>- Involucrar a los miembros presentes.</li> </ul>
Ritmos de la persona o familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El respeto de los ritmos individuales facilita la relación de ayuda.</li> <li>- Permite una mejor atención centrada en la persona.</li> <li>- Favorece la intervención por la mayor vinculación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se debe forzar una visita.</li> <li>- Las personas no siempre están preparadas.</li> <li>- Con respecto acordar otra fecha para la visita.</li> </ul>
Compartir el propósito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación clara del motivo.</li> <li>- Objetivo de la visita.</li> <li>- Contexto institucional.</li> <li>- Contexto profesional.</li> </ul>	Favorece: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción espacio de seguridad.</li> <li>- Vínculo.</li> </ul>
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite un acercamiento a la persona o familia.</li> <li>- Afecta de manera positiva o negativa.</li> <li>- Precisa de gestión emocional → conexión propia experiencia.</li> </ul>	
Autoconocimiento personal	A mayor autoconocimiento, mejor manejo emocional, crece la confianza y aumenta la eficacia de las intervenciones. Evita resonancias.	
Distancia y cercanía	Mayor cercanía emocional en el domicilio que en el despacho.	Tomar distancia en determinadas situaciones puede mejorar la relación.
Cultura	Conocimiento de creencias, valores, mitos y tradiciones, evitará comentarios que puedan ser ofensivos o inapropiados aumentando las posibilidades de conexión.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas migradas.</li> <li>- Entorno etnográfico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeto valores culturales o tradiciones, aunque no se entiendan.</li> <li>- Mostrar interés por las historias de vida.</li> <li>- Visitas que precisan de más tiempo.</li> </ul>

Podríamos resumir estas ideas exponiendo como idea principal que la dimensión de la relación de ayuda por prestarse en el domicilio se convierte en sí misma como un agente favorecedor, pues permite una mejor conexión con la persona usuario. También posibilita el uso de objetos y recuerdos para la construcción de las narraciones personales dentro de un espacio de seguridad.

Son muchas las emociones y sentimientos que afloran en el sistema relacional cuando se da en la visita, por lo que se prescribe que un buen reconocimiento de estos aumenta el autoconocimiento propio del profesional y por tanto mejora su gestión.

El mayor obstáculo que se aprecia para el establecimiento de la relación de ayuda es la percepción de riesgo en la visita, por lo que favorecerá el uso de técnicas vinculativas y el realizar una presentación transparente del rol profesional y del objeto de la visita. Todo esto también facilitará el vínculo y permitirá detectar el ritmo de la persona o familia para poder respetarlo, pues la visita acerca la distancia física y emocional con la persona usuaria.

Hay determinadas actuaciones que predisponen o acomodan el domicilio a la relación de ayuda como el hecho de mejorar la sonoridad o la confortabilidad de una habitación. Y el respeto en general y hacia la cultura de la persona usuaria en particular hace que se sienten las bases para el establecimiento de una buena relación de ayuda.

### **3.3. Discusión de los resultados del constructo según la dimensión del espacio.**

En esta investigación la dimensión del espacio es particularmente interesante porque viene a suponer la gran diferencia que existe entre la intervención en el domicilio y en otros espacios, convirtiéndose así en el gran territorio de la acción profesional. Como se viene demostrando en esta discusión, el trabajo en los hogares es diferente a cualquier otro, y como se expone en los resultados este apartado no solo consta de las acciones propias del trabajo que se realiza en el espacio privado de la persona usuaria, sino también de las que se realizan en el espacio público que hay que transitar de camino a la visita.

Utilizando a Ferguson (2010) para la formulación de la discusión de los resultados, "comenzaremos por el trayecto que existe desde el despacho hasta la puerta del domicilio, cruzaremos el umbral y entraremos en el hogar. Nos

moveremos por los espacios privados de las personas y por los rincones más íntimos de sus vidas” (p. 1103).

Si bien en los grupos focales todos los participantes expusieron que se encontraron **obstáculos en el trayecto**, en la encuesta hay un 21% de profesionales que responde que no encuentran obstáculos desde la oficina de la institución hasta el domicilio, es el único dato en la triangulación de información en el que existe una discrepancia manifiesta, a pesar de no poder obviar el resultado tan elevado del que manifiesta *sí* encontrar obstáculos.

De los resultados obtenidos en la parte cualitativa, se construyen las respuestas de la parte cuantitativa y al igual que en los grupos focales, son los timbres y los problemas con las ubicaciones los mayores obstáculos que se encuentra la trabajadora social al realizar las visitas. También se señalan las distancias o los problemas con el desplazamiento cuando existe necesidad de utilizar el transporte público en las grandes ciudades o el coche propio cuando se acude a casas situadas en la periferia, en las zonas rurales, caminos, urbanizaciones fuera del núcleo urbano, ... En menor porcentaje encontramos el hecho de encontrar animales sueltos, aunque en esta respuesta juega un papel importante la subjetividad ya que las citas de los profesionales mencionan desde el perro que ladra en casa, a un perro no vacunado o a vacas sueltas. El resto de obstáculos estarían relacionados con barreras psicológicas, físicas o accesos restringidos, pero no tienen relevancia estadística.

Como acabamos de decir, en la triangulación de los datos contamos también con citas de la bibliografía que hablan de estos obstáculos como Fernández (2011) al referirse a la dispersión geográfica o Ferguson (2010, 2018) a los perros; pero también es importante rescatar los instrumentos que propone Ávila (2017) para la visita como el uso de croquis para tener una representación territorial de la zona o mapas cuando el espacio es mayor. Podemos relacionar estos datos con los instrumentos tecnológicos que dicen los trabajadores sociales que usan como terminales móviles o smartphones con aplicaciones de geolocalización.

Durante este trayecto la observación del **entorno comunitario** se agudiza ya que muchos detalles de los que se aprecian son datos que posteriormente se detallan en los informes sociales. Los resultados muestran que donde mayor atención se presta es en los recursos y servicios comunitarios dentro del entorno más cercano, barreras arquitectónicas y dificultades en general para transitar y acceder al domicilio, la existencia de transporte público (lo bien o mal comunicado

que está el barrio) y en el vecindario para valorar redes de apoyo. Coinciden estos resultados con lo expuesto por Cardona-Cardona et al. (2017) al referirse al conocimiento que se debe tener del barrio, del entorno comunitario, de las personas en la comunidad, ..., o por el contrario del aislamiento al que puede estar sometida la persona o familia. Mara (2020) prescribe recoger las características urbanas, accesibilidad, red vecinal, recursos comunitarios, barreras sociales y arquitectónicas. Enfatiza un poco más González (2016) al hablar de la importancia de conocer la vecindad que rodea el domicilio para conocer el ambiente social de las personas atendidas. Por otra parte, a Zuliani-Arengo et al. (2015) desde el ámbito sanitario le interesa el acceso al barrio, el transporte, las instituciones que le rodean y la red de apoyo que puede existir y McDonell (1991) desde el contexto educativo observa la existencia de zonas de juego o para actividades sociales, seguridad y recursos para el apoyo social y formal.

Llegados a la puerta del domicilio según los resultados de la investigación en la mayoría de los casos se suele cumplir con el objetivo de **acceder a la vivienda** y poder realizar la visita, pero existen otras situaciones en las que esto no es posible y la entrevista se tiene que realizar en el umbral de la vivienda, en el porche cuando son visitas en el ámbito rural o casas de campo o a través de la puerta cuando no abren. El propio Ferguson (2010) escribe sobre las experiencias cruciales que ha vivido en la protección infantil a las puertas de los hogares o Razeto-Pavez (2020) sobre las prácticas que hacen disminuir la probabilidad de rechazo a la hora de entrar en los domicilios. Casallas et al. (2006) también habla sobre las negativas de las familias a dejar entrar a la trabajadora social por la propia inseguridad y otras veces no se ha accedido por temor a los comportamientos agresivos de los animales de la familia (Ferguson, 2018).

Una vez dentro del domicilio debemos reflexionar sobre el sentido del **espacio de seguridad** desde dos vertientes diferentes, según los resultados la casa es a la vez un espacio de residencia y convivencia para la persona usuaria y un espacio profesional para la trabajadora social que realiza la visita y estos dos espacios pueden ser percibidos desde la seguridad o desde la inseguridad por los dos agentes intervinientes (familia o persona usuaria y profesional).

Centrándonos en los profesionales según los resultados de la encuesta podemos asegurar que en datos absolutos la visita domiciliaria registra un menor índice de agresiones (5,6%) que las sufridas en el despacho (40%). Si bien es cierto que el número de horas que se permanece en un sitio y en otro difiere,

estadísticamente no podemos catalogar de inseguro el trabajo en los domicilios si lo comparamos con otros espacios de intervención social además de las oficinas institucionales. Por otra parte, y a estas alturas de esta investigación, podemos decir que las actitudes de respeto, las acciones preventivas que se toman como medidas de precaución y los esfuerzos que hacen los profesionales por establecer una buena relación de ayuda en las visitas, son factores que intervienen para que este número de agresiones en los domicilios sea inferior que en el despacho. Quizá el mayor número de agresiones en los despachos se produce porque la acción violenta cuenta con determinada premeditación por parte del agresor que en la visita no se da y además es más sencillo detectar la escalada de violencia, excusarse y marcharse como medida de precaución.

Debemos destacar en los resultados, que casi el 60% de las encuestadas han sufrido agresiones en sus puestos de trabajo y si atendemos a la variable de los contextos, no se aprecian diferencias significativas.

Aun no existiendo diferencias significativas, sí que queremos destacar que el mayor número de ellas se producen en educación, después en servicios sociales y por último en sanidad, lo que confirma el hecho de las visitas que no se conciertan (dándose el mayor número de ellas en educación), cuentan con mayor probabilidad de convertirse en un espacio inseguro.

En la literatura revisada Allen & Tracy (2004) se dicta que en la preparación segura de la visita una de las cosas importantes a tener en cuenta es el estudio de la información que existe sobre la violencia en la familia para pensar la mejor estrategia de reunión y buscar el espacio que pueda ser más neutral.

El trabajador social debe estar preparado para afrontar esta situación por si ocurre, ya que la probabilidad es alta y de ahí la integración de determinadas competencias, habilidades y actitudes, como por ejemplo las nombra Bisquerra y Pérez (2007) en cuanto a "los saberes", "saber-hacer", "saber estar" y "saber ser".

Inmediatamente después de entrar en la casa y antes de comenzar la entrevista el trabajador social es capaz de observar los **obstáculos que hay dentro de la vivienda** y que suponen una dificultad para llevarla a cabo. Los encuestados señalaron varios, siendo los más comunes los siguientes: aparatos electrónicos con el volumen muy alto como televisores o radios, animales sueltos que se perciben como un obstáculo, problemas de comunicación debido al desconocimiento del idioma, problemas de comprensión, limitaciones auditivas, ...

, exceso de suciedad, olores desagradables o el hecho de haber personas ajenas a la familia en el domicilio.

Todos estos factores que surgen de los resultados encuentran su correspondiente reflejo en la bibliografía consultada: sobre la eliminación de ruidos y otras distracciones, así como evitar personas que puedan obstaculizar la entrevista López & Deslauriers (2011) lo aconsejan para desarrollar la entrevista con calidad. Chamorro (2016) escribe sobre la presencia de familiares que crean incomodidad en la entrevista ocasionando ruidos incómodos. Según Behrens y Ackerman (1956) este ambiente del hogar (ruidos) y el aspecto físico del hogar (orden, limpieza, olor, ...) son aspectos que deben ser recogidos en el plan de observación de la visita domiciliaria. Ferguson (2018) también describe estos obstáculos del olor, falta de luz y de aire fresco y comenta la sensación de malestar que puede causar en el trabajador social.

Siguiendo con esta visión general que se realiza al entrar en el domicilio, lo siguiente en lo que se fija el trabajador social es en las **condiciones de la vivienda**, cuyos resultados enunciaremos de una manera más minuciosa: las condiciones higiénicas de la vivienda han sido el elemento más mencionado, a continuación la distribución de los diferentes espacios de la vivienda y su mobiliario y por último, porque utilizan este punto como conclusión valorando los anteriores elementos, si la vivienda está acondicionada para el ciclo de vida de la persona usuaria o familia o a sus condiciones físicas actuales. Sobre este primer indicador de higiene hacen referencia desde Arenal (1894), pasando por Richmond (1899) y llegando hasta nuestros días por varios artículos o guías como la de la intervención del trabajador social de atención primaria de salud en atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana (2012). Sobre los límites cerrados en los espacios, Illescas (2016) escribía sobre las cerraduras que había en algunas puertas que hacían inaccesible su acceso y Fierro & Salcedo (2003) hacen alusión concretamente a la distribución de espacio y muebles de la misma manera en la que se recoge en estos resultados. Por último, exponen que, dentro de las condiciones de la vivienda, se observa la adecuación de la casa al ciclo vital de la persona o familia, y se comenta a continuación.

Las visitas a domicilio por parte de los trabajadores sociales se realizan en diferentes momentos del **ciclo vital** o en situaciones de **crisis**.

En los resultados se refleja que los ciclos vitales que acumulan el mayor número de visitas son las etapas de familias con hijos pequeños y/o adolescentes

o personas mayores con edad avanzada que precisan de algún tipo de atención. El ciclo vital tiene su reflejo en el modo de organización y distribución en el hogar según González (2003).

Las crisis que se han detectado de una manera más asidua han sido las producidas por pérdidas funcionales en la cotidianidad (accidentes, enfermedades sobrevenidas, ...) o las crisis provocadas por duelos.

Por tanto, la observación según el ciclo vital o crisis la vamos a dividir en estos tres puntos diferentes:

Cuando las trabajadoras sociales realizan visitas a familias con hijos pequeños y/o adolescentes la observación que realizan se sitúa principalmente en los espacios comunes de la vivienda que fomentan la convivencia. Por otra parte, en los espacios propios de la infancia y adolescencia como la habitación o el lugar de estudio, si estos están ordenados o cuentan con objetos personales. Si hay luz natural, no hay mucho ruido y si hay plataformas digitales en estos espacios. Se observa también si tienen material de estudio o juguetes y armarios propios. Cuando los niños son más pequeños, si existen peligros y medidas de seguridad y por último si las camas de los niños cuentan con un espacio propio o están dentro de la habitación de los padres.

Esta observación difiere de cuando se realiza la visita a domicilio a personas mayores que precisan de atención y se tiene que realizar una valoración de su situación y entorno. Este análisis en principio debe comenzar con la persona objeto de la visita. Si existen dificultades de movilidad o en previsión de haberlas más adelante se estudian las posibles barreras arquitectónicas que pueden existir en el domicilio, en su acceso y en el entorno. Si la casa está adaptada, si precisa de ayudas técnicas para fomentar su autonomía o si se habilitan espacios para la convivencia en los que se incluya a la persona mayor que precisa de atención.

Los resultados también muestran determinadas estancias que parecen habitaciones "museos" que no tienen ningún uso, y no las están utilizando en su propio beneficio, como la reconversión de un dormitorio en una sala de estar más accesible y acogedora, en vez de utilizar un comedor incómodo y frío. Se advierten las pérdidas de personas queridas a través de los enseres u objetos que hay en la casa.

El siguiente apartado nos sitúa ante situaciones de crisis por pérdidas de funcionalidad cotidiana, donde se repara fundamentalmente en la valoración de ayudas técnicas o si la casa está adaptada.



Terminamos este punto con las visitas que realizan las trabajadoras sociales en situaciones de crisis por duelo. Las pérdidas quedan reflejadas en espacios que recrean altares o habitaciones que pareciera que se ha detenido el tiempo, señal en muchos casos de duelos no resueltos.

Ante separaciones muy dolorosas, se evidencia la intención de querer borrar a la otra persona porque no se observa nada que pueda recordarla. Por tanto, poder trabajar desde el domicilio estos duelos hace que la persona conecte mejor con sus emociones y sentimientos y además de tener toda la historia de su vida colgada en las paredes para poder narrarla.

Por otra parte, sobre la infancia y adolescencia, Illescas (2016) prescribe la visita a domicilio por la proximidad que proporciona a su mundo, desde su propia visión cotidiana y aporta claves para entender el contexto familiar y social. Esto se puede hacer de muchas maneras, Díaz (2015) por ejemplo, citado en la bibliografía sobre los animales en las visitas, realiza todo un recorrido por los diferentes ciclos vitales de las familias vinculando las funciones a desarrollar con sus mascotas, introduciendo un elemento vinculativo para llevar a cabo la entrevista. Como también propuso Casas (2021) con el uso del apartograma, en el que se puede involucrar a los niños en las descripciones de la casa y de una manera casi lúdica hacer un diagnóstico de las relaciones familiares. Escudero (2020) reflexiona sobre la entrevista que se realiza con familias cuyos miembros están en diferentes momentos evolutivos, lo que él considera que se debe tener en cuenta a la hora de llevarla a cabo pues varía la comprensión e interpretación de los conflictos.

Acerca de las personas mayores que requieren una valoración o atención, la observación de las barreras arquitectónicas recoge referencias abundantes en la investigación, como Munuera (2012) o Mara (2020) citadas anteriormente.

Respecto a las crisis, se presupone competente al trabajador social pues tal cual lo indica el Libro Blanco del Trabajo Social, Vázquez (2005), aunque también son muchas las referencias bibliográficas que avalan estos resultados como Norris-Shortle (1987) que escribía sobre la experticia del trabajador social en intervenir desde el domicilio en momentos de crisis o Faucett (1961) que incluye la visita en los momentos de crisis por la gran desestabilización que le supone al sistema.

En el análisis de las transcripciones, en la familia de la dimensión del espacio, el código de **objetos** dentro de la vivienda fue el que más citas acumuló.

**Los objetos deben ser fuente de observación y diagnóstico casi en un proceso paralelo, los resultados reflejan cómo son utilizados por los trabajadores sociales para crear historias relacionales entre los miembros de la familia presentes y pasados, acontecimientos vitales, relaciona personas ajenas a la familia, pero cercanas en el afecto y sirven también para trazar la vida cotidiana de una persona o familia. Estas intervenciones de corte más terapéutico encuentran mayor sentido en los domicilios.**

Los objetos fueron listados de los discursos de los grupos focales y de la encuesta podemos discutir los siguientes resultados.

El primer análisis que extraemos es que la inmensa mayoría de los encuestados utilizan estos objetos o la ausencia de ellos, tal y como hemos explicado, con un fin relacional, desde una metodología constructivista sobre la historia de esa persona o familia. Así lo explica Martins (2013) al escribir que el conocimiento no se encuentra, sino que se crea, igual que hacen las trabajadoras sociales al vincular estos objetos con las vidas de las personas.

Son las fotografías los objetos que mayor cúmulo de respuestas acumula, lo cual no es extraño, también lo refleja la guía de SARquavita (2012), que dice que además de tener un fin ornamental y decorativo, expresan la historia de vida. Pero también llama la atención la ausencia de objetos. Los alimentos ocupan un tercer lugar de respuestas más puntuadas, lo cual coincide con los discursos de los grupos focales que hablan de la observación de las rutinas en cuanto a hábitos de alimentación, si estos son saludables, suficientes o precarios, alimentos en mal estado, ... Después se sitúan los objetos culturales o folclóricos, libros, fotos con velas y/o flores, que intentan mantener viva la memoria de alguien, especialmente de los que ya no están entre nosotros. Para Richmond (1917) todos estos objetos deben poder ser interpretados por el "ojo experto" y nosotros añadimos "profesional".

Para terminar con **la observación de estos objetos que se encuentran en las casas, se quiere manifestar que estos son una expresión de identidad religiosa, personal y cultural**, lo que nos lleva al siguiente punto.

Se ha querido diferenciar del conjunto de objetos, aquellos que nos desvelan una **cultura** idiosincrásica de la propia familia y que envuelve el espacio de la visita. Estos objetos que identifican las trabajadoras sociales representan el 10% de las respuestas (objetos culturales o folklóricos), que si las descomponemos nos

encontramos los siguientes: cruces, santos, determinado mobiliario, alfombras, cojines y servicios para el té. Con relación a la identidad cultural que se percibe en la vivienda es Martins (2017) quien hace una referencia explícita.

El último código dentro de la dimensión del espacio engloba las diferencias que se han detectado entre las visitas que se han llevado a cabo en el **ámbito rural y urbano**. Los resultados de este código se exponen poniendo el foco en los obstáculos y elementos facilitadores que presenta el contexto rural, así como las coincidencias y contradicciones que se surgieron en los grupos focales.

Los resultados nos sugieren que los trabajadores sociales en el ámbito rural que se enfrentan a obstáculos del tipo dispersión geográfica y animales sueltos, deben afrontar con mayor creatividad que los del ámbito urbano su labor profesional, aunque no debemos olvidar que en esta investigación la localización de las viviendas y los perros en los domicilios ha sido una variable constante que también se ha descrito en el contexto urbano.

El hecho de que se describan las visitas como más amables en el espacio rural, puede ser una ventaja a la hora de construir las relaciones de confianza y acercamiento con las personas usuarias, debiendo siempre llevar la máxima cautela para preservar la privacidad, ya que en entornos poco poblados esto puede suponer una estigmatización. Martins (2017) alertaba sobre esta dualidad de la seguridad y a la vez inseguridad que se puede tener en las zonas urbanas.

Finalmente, el hecho de que haya menos medios y equipos en el espacio rural frente al urbano, puede aumentar el nivel de autonomía y responsabilidad para la trabajadora social al tener que tomar decisiones o abordar conflictos éticos casi en solitario.

**Tabla 122**

*Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión del espacio*

Obstáculos en el trayecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Timbres.</li> <li>- Problemas de ubicación.</li> <li>- Problemas de desplazamiento.</li> <li>- Animales sueltos (dato subjetivo).</li> </ul>	
Entorno comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos y servicios comunitarios.</li> <li>- Barreras arquitectónicas.</li> <li>- Dificultades de acceso al domicilio.</li> <li>- Transporte público.</li> <li>- Redes de apoyo.</li> </ul>	
Acceder a la vivienda	Mayoritariamente se consigue acceder.	Cuando no se consigue se han hecho entrevistas en porches, puertas o a través de ellas.
Espacio de seguridad	Espacio de seguridad profesional en los tres contextos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeto en el acceso.</li> <li>- Medidas de precaución.</li> <li>- Establecer relación ayuda.</li> </ul>
Obstáculos en la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contaminación acústica.</li> <li>- Animales sueltos.</li> <li>- Problemas de comunicación (idioma, limitaciones auditivas, problemas de comprensión, ...)</li> <li>- Suciedad, olores desagradables y personas ajenas a la familia en el domicilio.</li> </ul>	
Condiciones de la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones higiénicas de la vivienda.</li> <li>- Distribución de los diferentes espacios de la vivienda y su mobiliario.</li> <li>- Vivienda acondicionada al ciclo vital de la persona o familia o a sus actuales condiciones físicas.</li> </ul>	
Ciclo vital	Familias hijos pequeños o adolescentes.	Observación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacios comunes de la vivienda.</li> <li>- Espacio propios de la infancia y adolescencia.</li> <li>- Objetos que hay en estos espacios.</li> <li>- Peligros o medidas de seguridad.</li> </ul>
	Personas adultas mayores que precisan atención.	Observación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibles barreras en el domicilio, acceso y entorno.</li> <li>- Adaptación de la vivienda o posibilidades de hacerlo.</li> <li>- Si se precisan ayudas técnicas para fomentar la autonomía.</li> <li>- Si existen espacios habilitados para la convivencia o para una mejora en las condiciones de habitabilidad.</li> </ul>
Crisis	Pérdidas funcionales en la cotidianidad (accidentes, enfermedades, ...)	Observación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptación de la vivienda o posibilidades de hacerlo.</li> <li>- Si se precisan ayudas técnicas para fomentar la autonomía.</li> <li>- Si existen espacios habilitados para la convivencia o para una mejora en las condiciones de habitabilidad.</li> </ul>
	Duelos.	Observación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitaciones "museo" o espacios que simulan altares.</li> <li>- Objetos cargados de simbolismo que facilita la narración y el trabajo del duelo en el domicilio.</li> <li>- Separación dolorosa evidencia de intentar borrar la huella del otro.</li> </ul>
Objetos	Uso relacional. Metodología constructivista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotografías.</li> <li>- Alimentos.</li> <li>- Objetos culturales o folclóricos.</li> <li>- Ausencia de objetos.</li> </ul>
Ámbito rural o urbano	Obstáculos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispersión geográfica.</li> <li>- Animales sueltos.</li> </ul>	Facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un espacio más amable que el urbano e invita a manejar mejor las entrevistas.</li> </ul>
	Contradicciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las visitas pueden preservar la privacidad de la persona al no tener que desplazarse hasta la institución.</li> <li>- Al ser poblaciones reducidas de habitantes es más difícil preservar esa intimidad.</li> </ul>	Coincidencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos medios materiales para trabajar.</li> <li>- Trabajo más solitario, con menos equipo.</li> </ul>

Se puede decir que la dimensión del espacio, en cuanto a la visita a domicilio, lo constituye no solo el espacio privado de la vivienda, sino también el espacio público que hay que recorrer hasta que se llega a ella, siendo merecedor de planificación, observación y análisis. Este espacio presenta determinadas características, como por ejemplo si se da en un entorno rural o urbano, o determinados obstáculos que el trabajador social deberá tener en cuenta.

Los obstáculos principalmente están relacionados con los problemas de ubicación o con los timbres cuando se llega a los domicilios. También con la necesidad de tener que utilizar transporte público o privado para los desplazamientos.

Justo antes de llegar al domicilio tendremos la oportunidad de observar el entorno comunitario, desde donde se tomará nota de los recursos y servicios comunitarios, barreras arquitectónicas, dificultades para transitar o acceder al domicilio, la existencia de transporte público o redes de apoyo.

Una vez en la vivienda debemos ser conscientes que este espacio tiene diferentes vertientes, pues hablamos de él como espacio de seguridad para la persona usuaria, aun sabiendo que no lo es para todas y desde el momento en el que entra el trabajador social, se convierte en un espacio profesional que por norma general es seguro.

Se observará y se tendrá en cuenta los obstáculos que hay dentro de la vivienda, ya que pueden dificultar nuestra labor en ella, como por ejemplo el hecho de aparatos electrónicos con un volumen muy alto, animales sueltos, problemas de comprensión con la persona usuaria o falta de condiciones higiénicas.

También es importante comprobar si la vivienda está adaptada a los distintos ciclos o crisis vitales en los que se encuentra la persona o la familia, así como proponer intervenciones específicas desde el domicilio.

Atenderemos a los múltiples objetos que son el reflejo de las historias de vida de las personas que vamos a visitar, de sus acontecimientos vitales y de sus actividades cotidianas, pudiendo todos ellos ser utilizados de manera relacional. Serán las fotografías los objetos que más se utilizan en la construcción de estas narrativas, pero no los únicos.

### **3.4. Discusión de los resultados del constructo según la dimensión de las competencias.**

**La visita a domicilio como acto profesional precisa de unas competencias que según el contexto profesional varían, aunque lo idóneo es la integración de las competencias socio-personales y las técnico-profesionales. Por otro lado, y según los resultados, la experiencia personal las hace crecer en paralelo.**

Iniciamos la discusión de los resultados sobre la dimensión de las competencias por contextos en los que se desarrollan:

Comenzamos por **el contexto de control ya que es donde según los resultados, más compenetradas tienen que estar las capacidades personales y profesionales para transmitir seguridad y conocimiento de la situación. En resumen, no sólo hay que tener unas buenas habilidades personales y profesionales para gestionar la situación problema, sino que además hay que mostrar seguridad en su ejercicio.**

Recordamos que el control es el contexto más puntuado dentro de los propósitos de la visita, ya que hasta en educación que le supera el motivo de absentismo escolar, también se considera un contexto de control.

Este número de visitas mayoritario viene dado por el control-protección a la infancia, personas mayores y/o con discapacidad.

Son muchos los autores que defienden que las visitas deben formar parte de la intervención en protección de menores, así lo expresa Ferguson en casi toda su bibliografía o Illescas (2016) en la defensa que realiza de la visita como posición de observación interna para la protección de menores.

Se considera preciso destacar que en el contexto de servicios sociales el segundo motivo y muy cercano en porcentaje se sitúa el seguimiento por la aplicación de recursos. Esto coincide con la afirmación que realiza Pelegrí (2004) al relacionar el control-asistencial, con el poder y la sumisión de la persona usuaria en la gestión de recursos, ayudas o prestaciones que emanan del sistema de políticas sociales. En este mismo sentido Molleda (2012) asimila este contexto a la torre guía desde la que se sitúa el trabajador social para el control de los casos que visita sin avisar previamente.

Los resultados nos muestran que existe una mayoría de trabajadores sociales que consideran que el contexto de control-asistencial tiene un mejor abordaje en el domicilio que en el propio despacho. Una explicación plausible sería

la que nos proporciona De la Red (2008) al establecer dificultades que derivan desde la propia profesión como es el ejercicio en paralelo de la ayuda y el control, tan enunciado también por los grupos focales. Esto sustentaría el hecho de pensar en un mejor ejercicio de este contexto en el domicilio que en el despacho, la necesidad de observar y controlar.

Como se puede observar, este último control está muy ligado al **contexto asistencial** en el que los encuestados que tramitan recursos consideran por contra, que el espacio del despacho es más oportuno que el domicilio para su abordaje, aunque sí que realizan visitas precisamente para ejercer ese control.

Estos resultados tienen un **sentido práctico y ético, ya que muchos de los recursos, ayudas o prestaciones precisan de apoyo administrativo, documentación, revisión de esta documentación o de unas herramientas digitales a las que en los despachos se tiene un mejor acceso. Para su ejercicio, podemos pensar que se precisa de un mayor uso de las competencias técnico-administrativas.**

Este contexto representa según los grupos focales y la bibliografía utilizada, una estructura relacional complementaria, profesional - persona usuaria. Así lo describen Rodríguez (2006) o la recién citada Molleda (2012) al hablar del modelo panóptico. En un sentido parecido, Méndez (2015) hacía alusión a la percepción de muchos profesionales sobre la ocultación de datos que se hacen en la visita por parte de las personas beneficiarias de ayudas y de ahí el hecho de realizarla sin concertar una fecha concreta y ejercer ese control asistencial.

Además, también participa la dimensión ética, al no deber manejar fuera de la institución datos personales y desplazarse posteriormente con ellos desde la vivienda de la persona usuaria hasta la institución o viceversa. Hasta que los trabajadores sociales no acudan a las visitas con plataformas digitales con conexión a las instituciones para las que trabajan, es complicado ejercer con calidad este contexto en el domicilio. Las citas de los autores nos llevan a describir situaciones concretas que también han aparecido en esta investigación, como el hecho, ya comentado, de tener que desarrollar este contexto en el domicilio dado que la persona usuaria no pueda desplazarse (Santas, 2018).

Con respecto al **contexto terapéutico**, los resultados nos demuestran el poco desarrollo que tiene este contexto en la visita, pues tan solo un 4,72% lo considera dentro de las intervenciones que se realizan en el domicilio. Sin embargo, casi tres tercios de los participantes piensan que este contexto se puede

llevar a cabo de una manera más o menos igual de idónea en el despacho que en el domicilio. Son las trabajadoras sociales de sanidad las que reflejan este contexto como el segundo en sus motivos de visita.

Estos datos contrastados con la práctica general difieren, no en resultados, sino en el potencial que la bibliografía estudiada nos muestra de la visita como espacio terapéutico. Un ejemplo serían Behrens y Ackerman (1956) que entendían las visitas como una parte de la terapia precisa para conocer la interacción familiar, y otro sería González (2016) que también considera la visita como un espacio para la intervención terapéutica y en este mismo sentido Norris-Shortle y Cohen (1987).

**Es necesario insistir en los resultados de los participantes de los grupos focales que intervienen desde contextos sanitarios que validan la consideración de la visita como un espacio terapéutico, aunque si bien para su ejercicio es preciso ampliar la formación más allá del título de grado de trabajo social y especializarse, lo que nos lleva a una carga importante de las competencias técnico-profesionales, aunque también se demuestra que sin las socio-personales sería imposible llevarla a cabo.**

Sin embargo, el contexto **evaluativo** sí que es considerado por más de la mitad de las respuestas como idóneo para llevarlo a cabo en el espacio de la visita domiciliaria. En este contexto se aprecia una tímida aparición tecnológica para llevar a cabo su objetivo, buena parte de ello depende de las valoraciones de la autonomía personal que se realizan desplazándose en muchas ocasiones hasta la vivienda con una plataforma digital.

Este contexto permite observar las ya nombradas barreras que puede haber en el acceso y en el propio domicilio y entorno, así como las posibles redes de apoyo, recursos del barrio, ... Es conveniente recordar que en la bibliografía se citan recreaciones digitales para poder realizar este entrenamiento como las que propone Minguela & Hernández (2021) o Wilson et al. (2013). Pero también hay otro tipo de valoraciones que se realizan y que se desprenden de los resultados obtenidos como las relaciones familiares o algunas determinadas por el ámbito judicial.

Las posibilidades de observar en el domicilio las relaciones de la familia nos sitúa como evaluadores clave de muchos de los informes que se están solicitando a los tres contextos institucionales de esta investigación. El propio González (2003), propone la visita domiciliaria como una oportunidad para la evaluación



familiar, identificar las necesidades y relaciones que presenta una familia. Además, la competencia de evaluar se registra como específica dentro del Libro Blanco del Grado de Trabajo Social (Vázquez, 2005) aludiendo a la identificación de comportamientos, situaciones o circunstancias que representen un riesgo para el sistema cliente.

**El uso en muchas ocasiones de instrumentos de evaluación como valoraciones, cuestionarios, escalas, ..., para desarrollar el contexto evaluativo hace preciso el conocimiento y manejo de determinadas competencias técnico-profesionales y dentro de ellas, cada vez más las informáticas.**

Por último, haremos mención al contexto **informativo**, aunque en la triangulación de los resultados de los grupos focales, bibliografía y encuesta, no se considera que la visita sea un espacio ideal para su desarrollo. Por centrarnos en el dato objetivo de la encuesta, más de tres cuartas partes considera idóneo el despacho o la institución para desarrollar este contexto. Estos resultados nos llevan a descartar el contexto informativo dentro de la visita domiciliaria.

González (2003) también menciona la poca repercusión que tiene este contexto en las visitas a domicilio. Cardona-Cardona (2012) hace coincidir los resultados de esta investigación con su artículo al mencionar que este contexto puede tener una función de enganche, es decir, se puede proponer acudir al domicilio con la justificación de informar sobre alguna cuestión que se sabe que la familia precisa, y de esta manera ir creando una alianza con ella, lo cual también se refleja en los resultados de esta investigación. De este modo se da respuesta a una demanda de la familia, y se crea una percepción sobre el trabajador social de figura de ayuda.

**Dada la propuesta de función de conexión, vínculo, cercanía, que le otorgamos al contexto informativo, serían las competencias socio-personales las que se mostrarían de una manera más evidente.**

**Tabla 123***Relación de competencias según el contexto de intervención*

Contexto	Delimitaciones	Competencias
Control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se precisa mayor integración de las competencias personales y profesionales.</li> <li>- Principal motivo de la visita: Control-protección Control-asistencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades profesionales.</li> <li>- Habilidades personales.</li> <li>- Conocimiento.</li> <li>- Seguridad.</li> </ul>
Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para su gestión se considera más idóneo el espacio del despacho.</li> <li>- Gran carga burocrática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencias técnico-profesionales. Relevancia en las funciones administrativas.</li> <li>- Conocimiento específico y actualizado de recursos.</li> </ul>
Terapéutico	El domicilio está validado como espacio terapéutico (bibliografía y grupo focal), pero poco desarrollado en la práctica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencias técnico-profesionales.</li> <li>- Mayor especialización.</li> </ul>
Evaluativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El domicilio como espacio idóneo para su ejercicio.</li> <li>- Precisa de una mayor implementación tecnológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencias técnico-profesionales.</li> <li>- Conocimientos específicos para la administración de instrumentos de evaluación.</li> <li>- Competencia informática.</li> </ul>
Informativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No está considerada la visita como un espacio ideal para su abordaje.</li> <li>- Puede tener una función de conexión con la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencias socio-personales, por la función de conexión.</li> </ul>

Para gestionar estos contextos adecuadamente se precisa de competencias técnico-profesionales y socio-personales. Comenzaremos por las primeras.

La siguiente exposición recoge las **competencias técnico-profesionales** que las trabajadoras sociales expresan que más emplean en las visitas a domicilio y aquellas de las que consideran que carecen.

La primera es la de **organización y planificación** previa que se precisa para realizar la visita, ya que antes de salir del despacho se agenda la cita o las citas, se piensa en el tiempo y en el modo de desplazarse, si la vista se realiza solo o con otro profesional, lo cual nos lleva de nuevo a agendar de manera múltiple, preparar el material que se precise (documentos, formularios, plataforma digital, ...), revisión del caso y registro posterior. Estas competencias las agrupa el Libro Blanco (2005), dentro de las competencias generales que debe tener un trabajador social. La planificación la considera Garcés (2010) como una función propia con la que el trabajador social debe contar para la atención directa.

La segunda competencia es el **análisis para el diagnóstico**. Si bien muchas de las citas de los grupos focales apuntan a discursos lineales, también se han pronunciado de manera relacional profesionales con formación específica. Más adelante se señala la carencia de formación continua, ya que un gran número de profesionales hablan de la necesidad de formación específica en contextos de control por la mayor técnica que se precisa para su abordaje y en el contexto terapéutico. Gómez (2010) corrobora estos resultados y además propone que la primera fase de estudio para el diagnóstico se realice en el domicilio. También Toledano (2010) habla de la visita como instrumento de diagnóstico. Y este diagnóstico puede no ser únicamente intrafamiliar, también puede ser comunitario o de redes de apoyo como proponen Cazorla y Fernández (2007), Barranco et al. (2010) o Ramos-Feijóo (2017) y que coincide con las múltiples citas de los grupos focales.

Las **competencias que generan cambios en la familia y en la sociedad** las profesionales las vinculan al conocimiento y al uso de técnicas específicas de intervención con familias, por una parte, y con confrontar estereotipos familiares que forman parte del imaginario social por otra, pero además estos se dan en un sentido perjudicial para el sexo femenino.

Estas técnicas y el manejo de los prejuicios en los domicilios deben ir acompañados de respeto, asertividad y tolerancia, ya que muchas veces se observan determinadas conductas que pueden parecer retrógradas o anacrónicas, pero no deben ser confrontadas inicialmente.

El uso de una comunicación efectiva, empatía y de conocimientos teóricos engloban de manera general estas competencias con el poder de generar cambios desde el domicilio; empezando por la familia y trasladándolas al mesosistema, a un nivel de relación más amplio, como describe Bronfenbrenner (1987) en su modelo ecológico.

En los discursos de las trabajadoras sociales la formación en estrategias de terapia familiar ha sido muy relevante, en ocasiones por su estudio por parte de las profesionales y en otras por la manifestación de su carencia. Estos resultados vuelven a tener una correspondencia con las experiencias de Behrens y Ackerman (1956) con las visitas a domicilio y uso de técnicas de terapia familiar desde el ámbito de la salud mental infantil. Sin embargo, Campos (1996) diferencia el uso de la terapia para un contexto más clínico y el uso del modelo sistémico en general para otros contextos, en cualquier caso, los conocimientos teóricos no son

estancos y es perfectamente plausible conciliar todos estos conocimientos en una visita domiciliaria. Todo esto nos lleva al planteamiento que hizo Mara (2020) y se recoge en la bibliografía sobre si hablamos de entrevista en domicilio o visita domiciliaria, por el uso y definición de estas técnicas de una manera u otra.

De esta manera llegamos al **aprendizaje autónomo** que parte de la adquisición de conocimientos a través de nuestra propia relación con los compañeros y las personas usuarias, por lo que desde el punto de vista de este investigador **pierde el sentido de autónomo por acercarse más al término autodidacta relacional. Sin las experiencias de los otros, nuestro aprendizaje no tendría sentido, sólo se adquiere a través de la relación y de la reflexión y tendría un mayor sentido agrupado con las competencias socio-personales.** En muchas ocasiones los trabajadores sociales se enfrentan a las visitas a domicilio sin experiencia y sin un buen entrenamiento, y esta práctica hace que lo aborden como un desafío que puede tener consecuencias negativas para las partes implicadas. Una buena preparación en el ejercicio de la visita domiciliaria, puede ser una forma de prevenir situaciones violentas y provistas de rigor profesional. No se pretende con esta discusión reprimir el aprendizaje autónomo, todo lo contrario, pero éste se debe emprender con prudencia y garantizando los principios éticos y deontológicos profesionales. Esta es una de las competencias que el Libro Blanco (2005) denomina generales sistémicas y además encuadra este aprendizaje dentro de los procesos de prácticas a los que se enfrentan los alumnos del Grado. Wilson et al. (2013) escribe sobre el aprendizaje de sus alumnos en el que recrean las visitas a través de una simulación digital, lo cual combina aprendizaje autónomo con disminución de riesgos.

Otra de las competencias técnico-profesionales son las de **organización y gestión**, las cuales requieren una matización ya que esta organización difiere de la que acompaña a planificación, esta última hace referencia a la planificación del trabajador social dentro de su propio trabajo, y esta organización, vinculada a la gestión se refiere a la que se requiere para dirigir un servicio, un centro, un recurso, ... **Como hemos destacado en los resultados y al inicio de la discusión de las personas encuestadas un 21% ha respondido que ocupa un cargo de dirección, coordinación o gestión, lo cual les proporciona la posibilidad de introducir las visitas dentro de las tareas o funciones primordiales de las instituciones que dirigen.** La bibliografía también hace

alusión a esta gestión que se refleja en los resultados, por ejemplo, en las competencias específicas del Libro Blanco (2005) se señala de manera general la gestión de entidades de bienestar social y Agulló et al. (2012) de una manera más específica hace referencia a la gestión de los trabajadores sociales en determinados servicios sanitarios específicos, aunque en ningún caso se habla de la organización de visitas por parte de estos profesionales gestores.

Por último, los resultados exponen una serie de **carencias** que según los trabajadores sociales mejorarían la prestación de sus servicios: formación continua y/o específicas en intervención familiar, idiomas, espacios para la construcción del conocimiento y competencias informáticas.

Con respecto a la **formación continua** es obvio que la profesión de trabajo social precisa de una actualización constante de políticas, programas, técnicas de intervención, ..., lo que nos permite integrar la experiencia que se va acumulando con el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos, así como la especialización por áreas brindando un servicio más efectivo y de mayor calidad. Sobre esta formación continua, información y reciclaje concluía De la Red (2020) que era una necesidad para adquirir conocimiento y compromiso personal.

Respecto a los **idiomas** permiten una mejor comunicación intercultural y en primera instancia conocer los sentimientos de los recién llegados aumentando su sentimiento de acogida y seguridad.

Los espacios para la **construcción del conocimiento** ofrecen la oportunidad de compartir experiencias entre profesionales de igual o diferente disciplina que nos ofrecen una visión diferente y una oportunidad de aprender de los demás, esto se puede hacer a través de grupos de discusión, redes sociales, ..., pero no debe confundirse con la supervisión.

Por último, se evidencia por parte de las profesionales una carencia en **competencias informáticas**, no solo para su conocimiento, uso y aplicación, sino también para ampliar el foco de observación en las visitas digitales. De las profesionales que sienten que las herramientas digitales facilitan el trabajo, muchas confiesan no ser conocedoras de aplicaciones que podrían ayudar a mejorar la atención en la visita, pero sí que les gustaría aprender. Lo cierto es que es una competencia a la que no se le puede dar la espalda desde los currículums universitarios ya que sería negar lo evidente y esto no significa un retroceso en el uso de técnicas vinculativas, en el establecimiento de la relación de ayuda o en disminuir la calidad y calidez humana propia del trabajo social. Santás (2014)

describe su experiencia en el uso de tablets con conexión a internet en las visitas domiciliarias, como herramienta de registro y consulta, valorando una mejora en la prestación del servicio.

A continuación, se exponen las competencias **socio-personales** cuyo objetivo es doble según la visión de las profesionales, por una parte es lograr una buena intervención con la persona usuaria o familia sin ser excesivamente directivos o hacerles sentir agraviados, y por otro, instaurar una filosofía de trabajo donde lo socio-personal tenga más relevancia en la institución. Esto último podría situar dentro de la gestión de recursos a la visita como una práctica más común, relegando las acciones más burocráticas a otros compañeros de formación más administrativa.

Según los resultados estas competencias hacen que en la visita se muestre la cara más personal y empática del profesional. Giménez y Doménech (2012) comparten esta visión, ya que dicen que para la construcción de una relación satisfactoria entre el sistema profesional y la persona usuaria debe destacar la escucha activa, empatía y transmisión clara de la información, que se resume en respeto a la persona usuaria.

Las **emociones y los sentimientos** que se expresan en los resultados desde los grupos focales de manera general a la hora de hacer una visita son miedo, rabia e impotencia. Pero de una manera más específica, se recogieron otras emociones y sentimientos positivos que según la encuesta y de manera mayoritaria coinciden con matices con los de los grupos focales y han sido conexión, comodidad y satisfacción (personal o profesional). En menor medida se dan otros sentimientos negativos como vulnerabilidad, preocupación y/o inseguridad. Estos datos requieren una atención especial en cuanto a las condiciones laborales porque al final lo que indican es que un 84% de las profesionales se sienten satisfechas o cómodas en las visitas.

Los resultados que nos proporciona el código de las **experiencias** están divididos en varias voces: experiencia personal, experiencia profesional, experiencias de trabajo en equipo y primeras experiencias.

La primera nos lleva a pensar en la **experiencia personal** como eje integrador de las competencias socio-personales con las técnico-profesionales. **Según las profesionales la experiencia personal te va dotando de herramientas que hace que cada vez sea más sencillo integrar las experiencias propias con las técnicas que se van aprendiendo a través de**

**la formación continua o del aprendizaje autodidacta relacional a lo largo de la vida profesional.** Esto mismo es lo que González et al. (2016) entendían al hablar de la mayor efectividad del trabajador social cuando integra sus apartados personal y científico.

La segunda voz habla de cómo el desarrollo profesional se ve influido y evoluciona con el paso del tiempo al acumular veteranía en la propia **experiencia profesional**. Esto es una obviedad, pero en los discursos de los trabajadores sociales se narra las diferencias a la hora de hacer una visita al inicio de su carrera profesional donde predomina la rigidez, el miedo y la inseguridad. Con el paso de los años y la experiencia acumulada, se observa una mayor flexibilidad, empatía y comprensión en su ejercicio. Según Cuartero (2018) esta menor experiencia influye en aumentar los niveles de desgaste por empatía, ya que una de las bondades de la experiencia, es que te permite fijar mejor los límites. Recordamos que mencionamos a Farías (2016) en la revisión literaria por unir la experiencia práctica con la construcción de saberes, lo cual sólo se puede lograr con la experiencia profesional.

La tercera voz recrea la mejor inmersión en el **trabajo en equipo**. Cuanta mayor experiencia personal y profesional se tenga, más capacidad de integrar discursos ajenos y de poder transmitir con mayor seguridad los propios.

Para discutir los resultados de la cuarta y última voz de la experiencia se hace inevitable escribir sobre **las primeras veces que se ha hecho una visita domiciliaria**. Las profesionales describen cómo se enfrentaron por primera vez a esta experiencia concluyendo en general que las que lo hicieron desde un aprendizaje compartido con otros compañeros, expresan una mayor adherencia al uso de las visitas, que las que lo hicieron de manera autónoma. En todos los casos se habla de la importancia de las visitas en las prácticas preprofesionales y deben tener una graduación en la exposición al conflicto. También sobre las prácticas se ha hecho referencia con anterioridad al citar el Libro Blanco del Grado de Trabajo Social.

El **autoconocimiento** como competencia socio-personal según los resultados surge de la autocrítica de los resultados de las intervenciones, también hace alusión a la supervisión de las actuaciones (desde equipos internos y/o externos) y resalta la importancia de trabajos introspectivos para mejorar la calidad de la salud mental del trabajador social a nivel personal y por ende profesional. Por tanto, el autoconocimiento se considera crucial para el éxito de

determinadas intervenciones profesionales, sobre todo con aquellas que están vinculadas a contextos de control o terapéuticos, esto permitirá examinar y reflexionar sobre los comportamientos, habilidades, sentimientos y pensamientos personales que juegan un papel fundamental en la práctica para mejorar continuamente su desempeño. No debemos olvidar que el autoconocimiento forma parte también en esta discusión de resultados de los elementos que influyen en el establecimiento de la relación de ayuda, por lo que toda la bibliografía que apoya esta competencia ya ha sido expuesta.

De la misma manera que se ha hecho en los resultados, discutiremos ahora sobre la **competencia cultural** por tener la consideración de competencia tanto socio-personal, como técnico-profesional dependiendo de donde se fije la atención para su análisis.

Cuando se pone el foco en la cultura como competencia técnico-profesional estamos refiriéndonos a un aprendizaje específico, su observación debe ser constante (gafas multiculturales), se prescribe el desconocimiento de la lengua como un obstáculo y la formación como una manera de disminuir las barreras multiculturales.

Con respecto a la cultura como competencia socio-personal se detectan tres elementos fundamentales a tener en cuenta a la hora de realizar la visita: el respeto por la diversidad cultural, la empatía cultural y el interés real por la historia de vida de la persona usuaria y por su cultura. De manera más específica los resultados nos sugieren que también tiene que servir para poder identificar objetos en la visita a domicilio, comprender determinados comportamientos de personas de culturas diferentes o que tienen muy arraigada la propia y los cambios en ese sentido les pueden incomodar, nos informa de determinados actos de hospitalidad e influye en la relación de ayuda.

Tener conocimiento y entender cuáles son los valores, creencias, costumbres e incluso prácticas culturales de la persona usuaria o familia, permite tener una mejor comprensión de sus necesidades y preferencias, pero también son precisos para disminuir el estigma, ya que al mostrar interés genuino por la diversidad cultural, y por la de esa persona en particular, el trabajador social se convierte en un elemento de inclusión social.

Esto nos lleva a pensar que puede haber premisas a nivel mundial que sean iguales o parecidas a la hora de hacer una visita a domicilio por parte de



trabajadores sociales, pero su construcción en primer término debe basarse en culturas que guardan de alguna manera una similitud cultural.

De hecho, en el código de *actos de hospitalidad* el análisis se realiza desde esta cultura española y no es extrapolable per se a otras cuya identidad cultural esté muy alejada de esta. De hecho, el Principio de integridad profesional dice textualmente: *Se reconoce que, en algunos países y culturas, es parte de la experiencia cultural y del trabajo social dar y recibir regalos. En esas situaciones, esto debería ser abordado en el código de ética del país.* Lo que nos lleva al ejemplo que puso una de las profesionales, al dudar de si sentarse a tomar un té porque no lo veía profesional, ... Es más, Fernández y Ponce de León (2019), citando a Wasik (2000) y a Fernández (2011), entienden que en principio el trabajador social rechazará cualquier ofrecimiento de comida o bebida.

Recordamos que este conocimiento cultural debe ser tanto de las personas migradas como de las autóctonas, por lo tanto, es más que pertinente el conocimiento de las historias de la región, donde se incluyen costumbres locales o tradiciones. También las barreras que se pueden presentar como las idiomáticas, normas de comportamiento y diferencias en la interpretación de estas.

Esta discusión viene avalada por toda la literatura consultada y ya expuesta al desarrollar la importancia de la cultura en la relación de ayuda, aunque no podemos acabar este apartado sin reconocer que la diversidad cultural y multicultural forma parte de las competencias personales generales del Libro Blanco del Trabajo Social, así como el conocimiento de otras culturas y costumbres como competencias sistémicas generales.

**Tabla 124**

*Cuadro resumen discusión de resultados de la dimensión de las competencias*

COMPETENCIAS TÉCNICO-PROFESIONALES	Resultado práctico	
Organización y planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agendar la visita.</li> <li>- Planificar el tiempo necesario.</li> <li>- Organizar el medio de transporte u otros recursos que precise.</li> <li>- Revisión del caso.</li> <li>- Registro posterior a la visita.</li> </ul>	
Análisis para el diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preciso para realizar diagnósticos relacionales en las visitas: familiar, comunitario o de redes.</li> </ul>	
Competencias que generan cambios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención familiar ➡ Cambio social.</li> <li>- Confrontar estereotipos: respeto, asertividad y tolerancia.</li> <li>- Comunicación efectiva, empatía y conocimientos teóricos (formación en terapia familiar).</li> </ul>	
Aprendizaje autónomo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizaje autodidacta relacional.</li> <li>- Aprendizaje de las visitas a través de la experiencia por lo que requiere de entrenamiento.</li> <li>- Garantizar principios éticos y deontológicos.</li> </ul>	
Organización y gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De un centro, servicios, recurso, ...</li> <li>- Introducir las visitas dentro de las tareas primordiales de la institución.</li> </ul>	
Carencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación continuada.</li> <li>- Formación en intervención familiar.</li> <li>- Idiomas.</li> <li>- Espacios para la construcción del conocimiento.</li> <li>- Competencias informáticas.</li> </ul>	
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gafas multiculturales.</li> <li>- Desconocimiento del idioma obstáculo.</li> <li>- Formación como elemento que disminuye las barreras.</li> </ul>	
COMPETENCIAS SOCIO-PERSONALES	Resultado práctico	
Visión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención personas o familias.</li> <li>- Filosofía institucional de trabajo.</li> </ul>	
Emociones y sentimientos en la visita	Mayoritariamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conexión.</li> <li>- Comodidad.</li> <li>- Satisfacción (personal/profesional)</li> </ul>	Menor medida: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo.</li> <li>- Rabia.</li> <li>- Impotencia.</li> <li>- Vulnerabilidad.</li> <li>- Preocupación.</li> <li>- Inseguridad.</li> </ul>
Experiencias	Personales	Eje integrador
	Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilidad.</li> <li>- Empatía.</li> <li>- Comprensión.</li> </ul>
	Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asunción de discursos ajenos.</li> <li>- Mayor seguridad en transmitir los propios.</li> </ul>
	Primeras visitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizaje compartido = mayor adherencia.</li> <li>- Importancia prácticas preprofesionales.</li> </ul>
Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surge de la autocrítica de las intervenciones.</li> <li>- Alude a la supervisión.</li> <li>- Resalta la introspección del profesional.</li> </ul>	
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeto diversidad cultural.</li> <li>- Empatía cultural.</li> <li>- Interés real por la historia de la persona.</li> </ul>	

Resumiendo, esta cuarta dimensión hace referencia a las competencias que debe tener adquiridas el trabajador social para poder abordar una visita a domicilio de manera eficaz. Estas competencias difieren del contexto profesional desde el que se lleven a cabo. No todos los contextos se consideran adecuados para enmarcarlos dentro de una visita a domicilio sin embargo hay otros que se revelan como el espacio idóneo.

Teniendo esto en cuenta, el contexto de control tanto en su vertiente de protección como asistencial se considera especialmente adecuado para llevarlo a cabo en el domicilio, así como el evaluativo. Para el primero será imprescindible la integración de las competencias socio-personales y tecno-profesionales. En el segundo, se precisará de un conocimiento específico de instrumentos de evaluación y competencias informáticas.

El contexto terapéutico precisa de una mayor especialización en técnicas de intervención o terapia familiar.

El contexto asistencial e informativo no se considera en estos momentos apropiado, posiblemente por la falta de competencias informáticas y de plataformas digitales con las que realizar las visitas a domicilio.

Dentro de las competencias tecno-profesionales cobran relevancia aquellas que hacen referencia a la organización, planificación, gestión, análisis para el diagnóstico y las de aprendizaje autodidacta relacional.

De las competencias socio-personales mayoritariamente aparecen aquellas que tienen que ver con la gestión de las emociones y de los sentimientos. Aquellas que puedan crear conexión y vinculación y conducen al profesional a la satisfacción personal y profesional. Esta gestión también afronta emociones y sentimientos que se revelan en las visitas como el miedo, la rabia, la impotencia, ...

Serán las experiencias personales las que se erijan como un eje integrador que permitan acomodar el conocimiento adquirido a través de la práctica profesional. Surge el autoconocimiento como aprendizaje personal que proviene de la autocrítica, la supervisión y la introspección.

Por último, la competencia cultural debe analizarse desde la posición técnico-profesional y socio-personal, teniendo en cuenta las dos vertientes.

**Por tanto, para dar cumplimiento al objetivo 2 de esta investigación que versa sobre el constructo de la visita a domicilio proponemos lo siguiente:**

**La visita domiciliaria desde el trabajo social se constituye como una metatécnica de la intervención profesional que consta de cuatro dimensiones: la ética, la relación de ayuda, el espacio y las competencias socio-personales y técnico-profesionales.**

**La dimensión ética garantiza que esta intervención revista de los principios deontológicos de la profesión. Se erige como una guía para actuar de una manera adecuada que evite los conflictos propios que se dan en las visitas. Se propone para la resolución de estos dilemas afrontarlos en el mismo domicilio y en el mismo momento en el que se dan.**

**La dimensión de la relación de ayuda se sitúa en el domicilio en un espacio que permite acercarnos a la realidad física, psíquica y emocional de la persona usuaria. Facilita la observación directa del espacio y de las relaciones acortando la distancia en el sistema relacional. Hay conocimientos, actitudes y aptitudes que pueden facilitar u obstaculizar el establecimiento de esta relación. Es obligación del trabajador social conocerlos y aplicarlos en el ejercicio profesional de la visita.**

**La dimensión del espacio permite localizar físicamente la intervención, constituyendo la esfera privada del domicilio y la pública en la que se ubica. Estos espacios contienen elementos (obstaculizadores o facilitadores) que hay que planificar, observar, analizar y registrar. Pero también está lleno de objetos que favorecerán la construcción de las historias de vida de las personas que visitamos. Esta dimensión, por lo general, es un espacio de seguridad personal y profesional.**

**Por último, la cuarta dimensión nos aporta las competencias que envuelve toda la intervención y que la constituye como una metatécnica por el conocimiento y destreza que se precisa para la utilización de varias técnicas al unísono, convirtiéndola en una sola.**

**Estas competencias difieren en su uso y prevalencia dependiendo del contexto profesional en el que se lleve a cabo la visita. La integración de las competencias socio-personales y técnico-profesionales garantizan una mejor intervención y la experiencia personal y profesional facilita esta unión.**

#### **4.- Discusión de los resultados de la metodología en las visitas a domicilio desde los contextos de servicios sociales, sanidad y educación (OG 3).**

Esta discusión de resultados, de manera inicial, contendrá un análisis pormenorizado siguiendo la misma estructura que se propone para una visita domiciliaria ordinaria y posteriormente se presentará un cuadro con la propuesta metodológica de la visita a domicilio que viene a dar respuesta al objetivo número tres de esta investigación.

El hecho de plantearse realizar una visita es porque existe información que nos lleva a pensar que esta es la mejor intervención posible. De entrada, el **manejo de la información** tal y como se expone en los resultados es lo primero que hay que tener en cuenta. De manera indirecta se puede acceder a la información que consta en la institución sobre la persona o familia por actuaciones pasadas, (denuncias, informes, ...), de vecinos o del entorno cercano a la familia, aunque ya se ha advertido de los riesgos éticos del origen de esta información. Estos datos pueden considerarse una fuente directa si la información la ha proporcionado la persona o familia tanto si ha sido en el despacho, como si ha sido en la visita. Recordamos como Allen & Tracy (2004) daban instrucciones iniciales para realizar organizar una visita segura y expresaban la necesidad de valorar con esta información si la visita era la mejor opción o se planteaba un espacio neutral sobre todo en los casos de violencia.

Hay que tener en cuenta la firma del consentimiento informado si pensamos que va a ser precisa la coordinación multidisciplinar y/o interinstitucional, lo cual es más difícil si la visita es un primer contacto, pero muy factible si ya se conoce previamente. Y al margen de esto, pero relacionado a la vez, de los resultados se extrae que de forma mayoritaria los trabajadores sociales llevan consigo datos personales al hacer las visitas. Además, y de manera indirecta, también se presume la falta de información que hay sobre esta cuestión por parte de los profesionales. Esto se deduce ya que el 40% de los encuestados dicen llevar sólo la agenda con los nombres de la familia y la dirección, pero no marcan la casilla de "*Sí, acudo a la visita con datos personales*", por lo que no están dando a estos datos el tratamiento de protección al que obliga Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Esta capacidad de gestión de la información la recoge el Libro Blanco al hablar de las competencias generales transversales.

Una vez que se ha decidido que se va a realizar la visita, dentro de la planificación hay que **agendar**, lo cual conlleva: acordar la visita con la persona usuaria o familia, estimar cuánto tiempo ocupará, lo que ya hace prever el tiempo que se va a invertir en ella y si se programa una o más visitas. Hay que pensar si es necesario utilizar algún medio de transporte para desplazarnos hasta el domicilio y programarlo también. Se debe tomar conciencia de los obstáculos que puede haber en el trayecto, cerciorarnos de la ubicación correcta de la vivienda y reflexionar sobre el mejor itinerario. Como se refleja en la literatura no hay un acuerdo sobre se acordar la visita es una buena práctica en todo momento, ya que como relataba Méndez (2015) el trabajador social partía de la premisa que la familia tiene cosas que ocultar y construye una realidad para ser observada por el visitador social, algo con lo que desde esta investigación se está en desacuerdo.

**Las razones que encontramos en la discusión de estos resultados avalan el hecho de que preparar conscientemente la visita aumenta la calidad de la misma y garantiza la disponibilidad de la persona usuaria en el momento de realizarla, lo que nos lleva a una gestión más eficaz del tiempo y de los recursos. Transmite que esa relación es profesional y formal, que se valora el tiempo y compromiso de la persona usuaria, que no se pretende sorprenderla, facilitando a la vez la relación de ayuda.**

Aunque normalmente la visita se realiza en solitario, según los resultados, lo cierto es que también tiene la consideración de **espacio multiprofesional**. Cuando se decide compartir este espacio se debe definir el número de profesionales que acudirán (se recomienda no más de dos), la intervención o el rol de cada uno, los objetivos y las responsabilidades que se estipulan según la institución y/o disciplina. También el uso de otras profesiones como policía, auxiliares, traductores, ..., debe estar justificado y se debe explicar a la familia antes de acudir o en el preciso momento de acceder al domicilio, si no se hubiera podido hacer antes.

Este espacio multiprofesional tiene algunas limitaciones que han surgido en las citas de los resultados, como el hecho de no haber pactado previamente los acuerdos de la visita y surgir por parte de alguno de los profesionales determinadas acciones que sean vistas por el otro como improcedentes, por tanto, las instituciones deberían garantizar protocolos que guíen las visitas conjuntas.

Después de la visita, hay que realizar una evaluación de los objetivos, compartir la información para valorar si existe una misma interpretación y si la

visita de manera conjunta ha sido eficaz para los profesionales y no ha sido incómoda para la persona usuaria. Chamorro (2016) escribe precisamente sobre la importancia de los registros posteriores que se deben realizar para evaluar. A favor de la intervención inter, trans y/o multidisciplinar encontramos dentro de la literatura revisada a autores como Torres (2002), Casallas et al. (2006), Cazorla y Fernández (2007) o Garcés (2010). Recordamos que Martos et al. (2017) realizan una investigación en la que proponen un instrumento de registro de las visitas domiciliarias.

Dilucidada la parte de visita en solitario o conjunta, se llega al domicilio tras recorrer todo un trayecto cuya parte de los obstáculos y de la observación ya han sido recogidas en la dimensión del espacio. Nos situamos en el **recibimiento** por parte de la persona usuaria o familia. En los resultados se exponen tres apartados que son: las premisas o consideraciones previas, los elementos que pueden disminuir la tensión en el acceso y que hay que conocer para reaccionar y los elementos que determinan un buen acceso en el inicio.

Dentro de las *premisas* o *consideraciones previas*, cómo se reciba al profesional por parte de la persona usuaria o familia va a condicionar en gran parte el comportamiento de éste y por ende de la intervención (comportamiento relacional). De ahí la importancia que se da, para que la persona no se sienta sorprendida, avisar con la suficiente antelación e informar del objeto de esta antes de realizar la visita.

**Compartiendo este propósito, la persona no se llevará a engaño y no provocaremos un deslizamiento de contexto, lo cual ha sido señalado en los grupos focales como un error difícil de reparar, por eso se propone además de clarificar el porqué de nuestra presencia y explicar el objeto de la visita, consensuar con la persona usuaria la propuesta de nuestra intervención.**

Para facilitar este acceso, si ya ha habido alguna intervención previa por parte de algún o alguna compañera, aunque sea de otra institución, se considera como un ejercicio de buenas prácticas el acompañamiento en la primera visita.

El profesional debe identificarse personal y profesionalmente antes de ingresar en un domicilio, siendo mayoritaria la identificación de *trabajador social de ...*, más que con la identificación única de la *institución* (vengo del centro del ayuntamiento, del centro de salud o del colegio). En ese mismo acceso, el trabajador social debería solicitar la identificación de la persona que visitamos si

no la conoce, para asegurarnos que se está hablando con la persona correcta (cuestión que no aparece en ningún caso de las narraciones de los grupos focales, ni de la literatura revisada). Sí que dice Razeto (2018) que la no identificación acreditativa del profesional debilita la percepción de protección y seguridad de la persona visitada, de ahí la importancia de tener alguna tarjeta de identificación en el momento en el que se realiza la visita si no se conoce a la familia.

Según los resultados obtenidos cuando en el recibimiento por parte de la persona usuaria o familia se detecta *tensión a la hora de acceder* es necesario aumentar los mecanismos de respeto y cordialidad, lo que nos lleva a adoptar una posición *Down* en complementariedad y humildad en la relación, hasta tener el consentimiento expreso de la persona usuaria para entrar en su casa. Si se llega al domicilio sin previo aviso, explicar muy bien desde el principio cuáles han sido los motivos que nos han llevado ahí y el rol que desempeñamos en la visita. Con el *feedback* que se va recibiendo se tiene que ir haciendo una valoración constante sobre la magnitud de la tensión. Si esta sigue siendo alta, no continuar con la visita, emplazarla para otro día o citar en el despacho y explicarles el motivo que fundamenta la visita. No continuar con la visita y salir del domicilio es la principal medida preventiva para evitar sufrir una agresión.

Por último, el que la visita se conforme desde el primer momento con *facilidad en el acceso* ayuda mucho en la tarea u objetivo del trabajador social, pero no distorsiona o no debe distorsionar la observación real y ética del contexto. Normalmente, este tipo de encuentros con facilidades de acceso, vienen determinados por una demanda previa cuyo trámite ineludible pasa por la visita a domicilio.

Sea de una manera o de otra, se debe tener el consentimiento expreso verbal de la persona o familia para entrar o tal y como subraya en la bibliografía Fernández y Ponce de León (2019), citando a Wasik Bant (2000) y a Fernández (2011), esperar a ser invitados por la persona para entrar en el domicilio.

Para poner en marcha todos estos mecanismos, se precisan las competencias socio-personales y técnico-profesionales de las que ya hemos hablado de manera general, y ahora aludimos a ellas brevemente desde una perspectiva metodológica con relación a los resultados y aunque se describan de manera separada para su mejor explicación y entendimiento, huelga decir que precisan de su integración y ejecución al unísono y desde el inicio hasta el final.



Con respecto a las **competencias socio-personales** se atenderá dentro de la metodología a crear un clima de confianza al llegar al domicilio, cuidar la parte social y extenderse en ella todo lo que se considere oportuno hasta vincular con la persona o familia. Esta parte social debe iniciarse primero por el profesional con la presentación institucional y personal antes que por parte del usuario. Acto seguido explicar como ya hemos repetido otras veces, el motivo de la visita, seguir unas normas básicas de cortesía y respeto durante todo el tiempo que dure la visita, si observamos que esto empieza a disminuir por la parte del trabajador social o por parte del usuario porque comienza a ser incómodo, se debe dar por finalizada la entrevista antes de que ocurra algo que después sea más difícil reparar. Cuestión diferente sería, si esa incomodidad, es una técnica elegida por el profesional con recursos y competencias técnicas suficientes como para poder manejarla y con un objetivo muy concreto.

Durante la visita demostraremos empatía hacia la persona usuaria y hacia sus necesidades, sentimientos y preocupaciones. Lo haremos desde una comunicación analógica y digital efectiva que demuestre una escucha activa, demostrando sensibilidad cultural, siendo capaz de establecer límites correctos y claros y con capacidad de observar cuidadosamente el entorno del hogar.

**Las visitas pueden ser emocionalmente agotadoras y con una gran carga de estrés, así se describe en una de las citas de las profesionales, por lo que se propone desde esta investigación que dentro de estas competencias socio-personales, incluiríamos la resiliencia ante la necesidad que tienen los trabajadores sociales de recuperarse y manejar este tipo de situaciones difíciles.**

Con respecto a las competencias **técnico-profesionales** en la metodología, se comparten los resultados de la encuesta donde la gran mayoría de las profesionales dicen revisar las notas que tienen sobre el caso y se marcan un objetivo antes de realizar la visita. Una vez ya en el domicilio, se precisa de un buen conocimiento y manejo de las técnicas y herramientas propias del trabajo social como observación, entrevista, diagnóstico relacional y evaluación. De esta manera, tal y como aparece en los resultados se podrá llevar a cabo una entrevista familiar, construir narraciones (incluso utilizando los objetos del entorno), así como analizar las relaciones familiares que se observan (González, 2003). Además de todo esto en la visita a domicilio se debe tener un buen conocimiento sobre legislación (Putnam, 1894), recursos y servicios (Lima, 2008), así como técnicas

específicas de intervención y evaluación familiar (Norris-Shortle y Cohen, 1987) y destreza en el uso de las habilidades de mediación (Munuera, 2008).

También será de ayuda en todos los contextos y en el terapéutico especialmente, una de las ventajas a las que se hace referencia en los resultados y es la **posición simétrica** en la que sitúa al profesional la visita domiciliaria. El hecho de estar los dos en el domicilio hace que la comunicación sea más abierta y el trabajador social activa más la escucha, ya que la observación es constante y el discurso de la persona puede ser ubicado fácilmente en el entorno que le están mostrando. Esta posición de igualdad permite crear un ambiente más cordial y con mayor predisposición a la colaboración, esto redundará en una intervención más efectiva y satisfactoria para las partes implicadas.

De la misma manera que apuntábamos antes al decir que facilitar el acceso por parte de la persona usuaria, no significa perder la **objetividad** por parte del profesional, sí que hay determinados factores que influyen en ella. Según esta investigación, la revisión de los instrumentos propios de un caso antes de hacer la visita como el plan de intervención o establecer unos objetivos antes de ir al domicilio hace que la afrontemos con mayor objetividad. La supervisión interna o externa también se revela como un instrumento que mejora la objetividad, como habíamos avanzado. Aunque todos coinciden en que la visita aparece como una visión ampliada de la información que, sistematizada por todos los profesionales participantes, facilita la toma de decisiones. Por tanto, **su registro y evaluación posterior determinará si se han cumplido los objetivos o si nos hemos desviado de nuestra propuesta, también será útil para discernir hechos objetivables de suposiciones y observaciones a tener en cuenta para el próximo encuentro**. En el apartado sobre el análisis actual de la visita, se ha puesto de manifiesto el uso de herramientas de evaluación en las visitas a domicilio y ahora volvemos a nombrarlo ya que se vincula a una mayor objetividad: cuestionarios, escalas y otros instrumentos que ya hemos citado anteriormente y en la bibliografía revisada que los avalan.

A continuación, nos detenemos en las **actuaciones que se realizan en el domicilio** según los resultados objetivos y a modo de orientación. Se transita por la casa dejándose guiar, se realizan preguntas sobre los distintos espacios o instancias sin ser invasivos, las preguntas que se formulan deben estar fundamentadas, es decir, no se realizan por curiosidad sino porque tienen un objetivo concreto y suelen responder a la capacidad económica que tiene la familia

para responder a sus necesidades básicas, incluyendo alimentación, vestido o salud; a su capacidad organizativa que permita el desarrollo de las funciones intrínsecas y extrínsecas de la familia. Cuando hay niños en la casa se considera una buena técnica de conexión interactuar con los niños e involucrarlos en la entrevista.

En los contextos de control-protección, si el objetivo no se consigue, se permite ser un poco más autoritario y las preguntas estarán dirigidas a examinar los indicadores de protección o desprotección siendo más normal el uso de preguntas relacionales.

**Estas actuaciones deben tener un fin específico que el trabajador puede conocer de antemano o no, pero que finalmente se resumen en: valorar las necesidades de la persona usuaria a través del conocimiento de su situación personal, familiar y social. Recoger información que permita posteriormente planificar y coordinar servicios, intervenir y/o dar apoyo emocional. Evaluar las situaciones de seguridad y de bienestar de una persona o familia en su propio hogar a través de la detección de riesgos por una parte, y de apoyos y redes comunitarias y familiares con las que se cuenta por otra, así como los obstáculos (físicos, psíquicos y/o emocionales) que existen en su domicilio y entorno.**

Para poder llevar a cabo estas actuaciones se precisa de una **observación constante del espacio** y desde los resultados presentamos una propuesta sistematizada dividida en un primer nivel general, en otro más específico sobre el domicilio y en un tercero que sería sobre el espacio comunitario que se detalla en la tabla 83.

Según los resultados obtenidos a nivel general debemos fijarnos en la organización y las condiciones de la casa, en su orden, si este permite o dificulta la movilidad, en la limpieza, higiene y olor, en la seguridad de la casa analizando los peligros o barreras que puedan existir teniendo en cuenta el ciclo vital de la familia. Desde esta observación se revelan las dinámicas familiares y cómo se organizan las personas y espacios ante determinados acontecimientos diarios o vitales como un duelo o una crisis.

A nivel específico la observación de la vivienda se detiene en identificar el número de espacios diferentes que se tiene en el domicilio, que organización presenta cada uno de ellos y a quién pertenecen, qué objetos hay en ellos en especial cuántos aparatos digitales o tecnológicos existen y dónde se encuentran,

si la casa está adaptada para fomentar la autonomía personal y la socialización. El contenido de armarios o de la nevera en contextos de control sanitario, como medida preventiva ante situaciones de personas que puedan tener problemas para discernir lo que es real, de lo que no lo es y su vida o la de las personas de su entorno pueda correr riesgo. También se observan objetos nimios como candados, plantas, títulos, fotos, ..., y todos aquellos objetos que ya se han señalado en el apartado de la dimensión del espacio.

Por último, dentro de la metodología tenemos la observación del espacio comunitario, que nos lleva a poner la atención en los servicios y recursos que nos ofrece el entorno en el que se encuentra ubicada la vivienda: servicios de salud, servicios sociales, educativos, ocio, ..., si es entorno rural o urbano, si tiene buena accesibilidad y conexión interurbana que permita la autosuficiencia, si hay parques o zonas verdes, la orografía del barrio y la red de apoyo vecinal.

Toda esta interacción puede llevar a ciertos conflictos éticos que deben resolverse en el propio domicilio como ya hemos visto en la dimensión ética por ser dilemas que precisan de una toma de decisión inmediata.

En los resultados se ha expuesto cinco ítems a tener en cuenta y que justificamos de la siguiente manera como propuesta de **resolución de los conflictos éticos** valorando cada uno de estos ítems y en este orden:

1. Responsabilidad profesional:

El tener claro cuál es el rol que ejecuta el trabajador social en esa visita en concreto, con esa familia y para esa situación única, hace que sea más fácil que el profesional pueda saber dónde empieza y dónde termina su responsabilidad y empieza la de otros profesionales o la de la propia familia. Esto siempre desde el cumplimiento de las obligaciones legales y éticas que se extiende a la protección de los derechos de las personas usuarias o familias que visitamos y a su protección.

2. Protección de personas vulnerables:

La protección, seguridad y bienestar de las personas que visitamos, en especial las más vulnerables, debe ser una prioridad dentro de nuestra responsabilidad profesional. La formación especializada nos ayudará a determinar qué situaciones son de riesgo para su intervención y cuáles de peligro inminente que concluyen con la protección inmediata de la persona vulnerable. También nos servirá de ayuda ante el dilema de saber o promover si cuentan con algún agente de protección en la casa.

### 3. Privacidad, confidencialidad:

Existen determinadas situaciones en las visitas en las que el trabajador social se ve tentado a preguntar en el vecindario por la persona usuaria o por la familia, pero antes de esto es preciso preguntarse si la información que se va a obtener no se puede hacer por otros medios y si esta información va a ser tan determinante que se rompa la relación con esta familia por romper su confidencialidad.

### 4. Autodeterminación:

Si en una visita se duda si la persona al cargo de la familia o de ella misma está en condiciones físicas, psíquicas y/o emocionales para regir su vida o la de las personas de su familia, según los resultados se propone valorar inicialmente si esa competencia es del trabajador social o debemos coordinar la actuación con alguien más, la conciencia de la afectación que tiene la persona y si esta afectación está siendo valorada con hechos demostrables y no con prejuicios. Por último y quizás lo más importante, valorar hasta qué punto permitir el ejercicio de la autodeterminación puede suponer un peligro.

### 5. Delitos y relación de ayuda:

Lo primero que debemos aclarar es que la observación de los delitos que se han hecho en los grupos focales ninguno supone un peligro para los miembros de la familia, por lo que este indicador es el primero a valorar, dado que si existe peligro para algún ser humano, no cabe el dilema ético, sólo la denuncia.

Con respecto a estas situaciones en las que se observan delitos no dolosos el dilema lo podemos analizar pensando en si está justificado romper la confidencialidad, si podemos involucrar a la persona usuaria en la resolución de estos temas o si denunciamos, debemos pensar si podríamos mantener la relación de ayuda.

Por último, y vinculado con el punto anterior, cuando un trabajador social realiza una visita es posible que se enfrente a determinadas situaciones emocionales, sentimentales o psicológicas por estar **proyectando** determinados elementos del caso sobre su persona y que puede afectar en la toma de decisiones éticas y profesionales adecuadas. De hecho, no es casual que este código se haya ubicado en metodología y como único punto, pues precisa de una revisión o *feedback* constante mientras dure la visita. Esta proyección, según los resultados presenta dos versiones: la primera la imagen que las personas usuarias tienen de

los contextos institucionales desde los que hacemos las visitas y la segunda lo que le evoca al trabajador social determinados elementos del caso.

Es importante que el trabajador social sea consciente de ellas para poder abordarlas. Según los resultados estas proyecciones están relacionadas con las experiencias vividas por la persona usuaria vinculadas a una institución en particular (servicios sociales, sanidad o educación). Por otra parte, están las experiencias personales del profesional que le evocan emociones y sentimientos determinados elementos del caso sin ser consciente *a priori*.

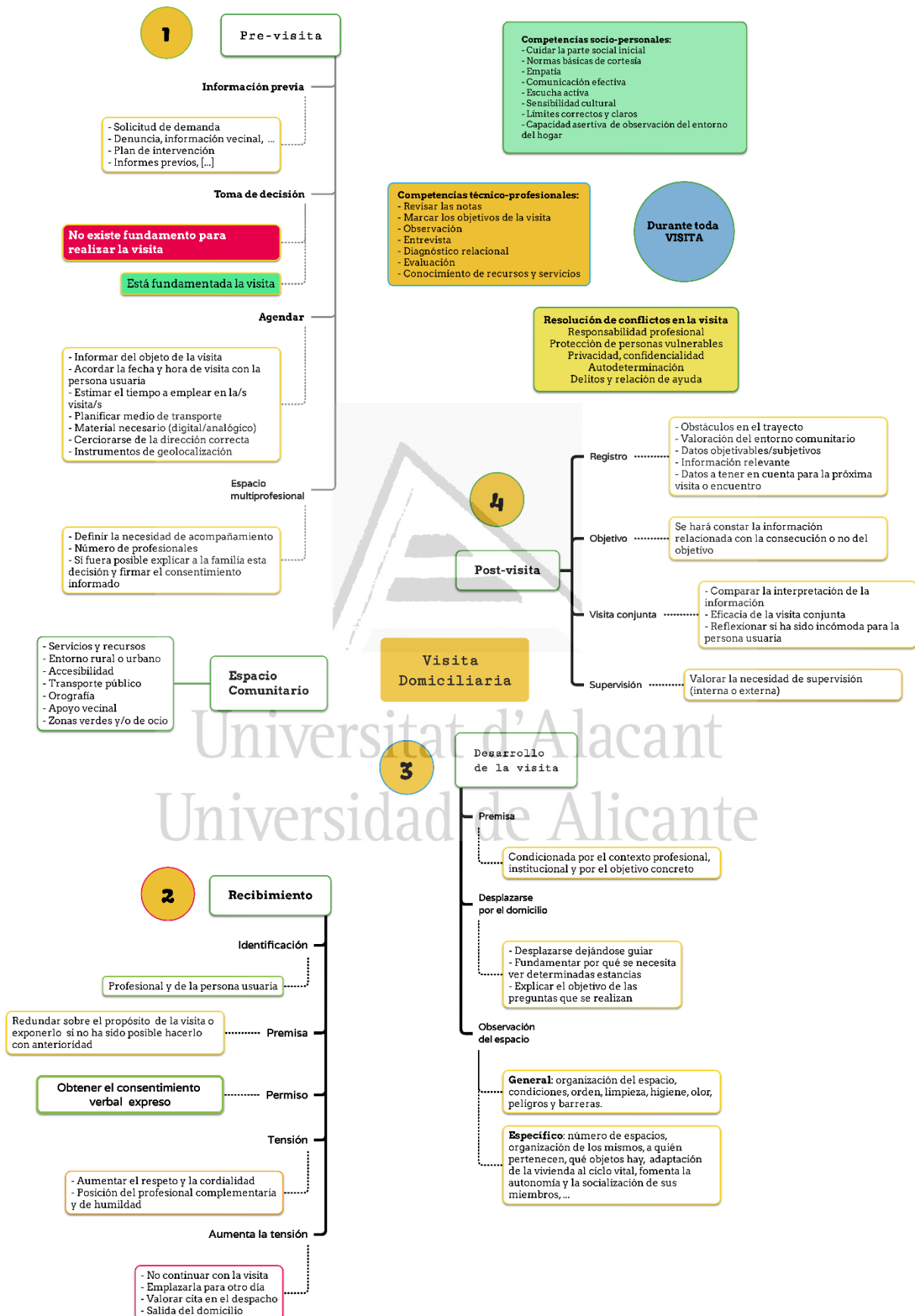
Todo esto influye para el establecimiento de la relación de ayuda tanto de una parte como de la otra, ya que en la toma de decisiones determinados prejuicios pueden estar actuando inconscientemente. Es fundamental que los trabajadores sociales desarrollen habilidades de autoconciencia y autocuidado para gestionar estas proyecciones emocionales y psicológicas de manera efectiva. Esto incluye reconocer y explorar sus propias emociones, prejuicios y juicios personales y trabajar para mantener un enfoque objetivo y equilibrado en su trabajo.

A continuación, se expone un esquema sobre la propuesta metodológica que se puede completar con la guía preparación, observación, registro y reflexión de las visitas domiciliarias del Anexo V.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Figura 36**

*Esquema metodológico de la visita domiciliaria en trabajo social*



## **5.- Discusión de los resultados del contraste de la hipótesis.**

La discusión de los resultados sobre el contraste de la hipótesis viene a revelar que **no existen estadísticamente diferencias significativas a la hora de realizar una visita a domicilio por parte de un trabajador social de servicios sociales, de sanidad o de educación, más allá que las propias de su ámbito.**

**La interpretación que se le atribuye a estos resultados de inexistencia de diferencias significativas, es que en las visitas tienen más relevancia los conocimientos de la disciplina y la práctica de la profesión del trabajo social, que el propio contexto profesional desde el que se ejerce.**

A grandes rasgos podemos decir que los tres contextos en su mayoría conciertan con la persona usuaria la visita a domicilio, lo cual se establece como un buen criterio ético y mejora la predisposición. Aunque es cierto, que desde educación se utiliza la visita en muchas ocasiones como la única manera de poder contactar con la familia desde el centro escolar y dificulta llevar a cabo esta premisa.

A cerca de establecer un día determinado para realizar visitas, cuestión que desde un punto de vista metodológico tendría todo el sentido, en general lo hacen la mitad de los profesionales sin distinción de contexto. Esta decisión se puede vincular a la variable autonomía a la que hemos hecho referencia en otras ocasiones.

Los tres contextos revisan la información que tienen del caso antes de realizar la visita domiciliaria, directa o indirecta si las hubiera, lo que ayuda a centrar el objetivo de esta.

De manera muy mayoritaria, y esto viene a reforzar la discusión de los resultados que hemos ofrecido, la fórmula de presentación en los tres contextos se identifica primero la profesión y después la institución de la que se procede. Esto insiste en la identidad profesional que hay en el ejercicio del trabajo social más allá del contexto.

Las profesionales en su mayoría intentan que las personas usuarias conozcan el motivo de la visita antes de realizarla. Aunque vuelve a existir una pequeña discrepancia estadística con educación, por los motivos ya explicados de visitar por no poder contactar de otra manera.



Como ya se ha mencionado en la dimensión ética, el siguiente dato también es general y preocupante, pues casi en su totalidad los trabajadores sociales acuden a los domicilios con datos de carácter personal. En ocasiones además sin ser conscientes de ello y prácticamente en ningún caso, con medidas de protección para asegurarlos avaladas por sus instituciones (salvo las que utilizan medios digitales).

De nuevo, ante el siguiente resultado vuelve a emerger la identidad profesional. Esta vez vinculada a la visión técnica y humana que se le confiere al trabajo social el considerar las visitas como oportunidades de vinculación profesional.

A la hora de desplazarse por la vivienda se aprecian algunas pequeñas diferencias que se refuerzan con los comentarios de los grupos focales. Si bien es cierto que gran parte de las profesionales se dejan guiar, las que ejercen desde sanidad suelen solicitar ver el baño, la cocina y si hay una persona con movilidad reducida la habitación en la que suele estar. Desde servicios sociales, suelen solicitar más que en ningún otro contexto que se le abran puertas que están cerradas.

Con relación al número de visitas que se realiza por parte de los tres contextos, el nivel de significancia de las medias tampoco es relevante, lo que nos lleva de nuevo a aceptar la hipótesis nula de inexistencia de diferencias.

**Por último, hay un acuerdo en los tres contextos sobre el hecho de estar sustituyendo las visitas por otro tipo de intervenciones, predominando la citación en los despachos. Esto hace perder parte de la idiosincrasia del trabajo social, relegando las intervenciones al ámbito institucional y descuidando un espacio profesional que pasará a ser ocupado por otras profesiones. Esto en sí mismo no es necesariamente negativo, aunque sí lo es el hecho de no poder llevar a cabo estas visitas ante la imposibilidad de conciliar la autonomía profesional, con el encargo político e institucional y la reducción de efectivos.**

**TÍTULO V**  
**CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y**  
**PROPUESTA DE LÍNEAS DE**  
**INVESTIGACIÓN**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## TÍTULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROPUESTA DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

### 1.- Conclusiones.

Como se ha podido comprobar desde las primeras citas de Juan Luis Vives, la **visita domiciliaria ha tenido una relación directa con las situaciones de ayuda**. Con el tiempo se ha visto la importancia de la **sistematización de la práctica**, ya que los registros metódicos de las visitas se han convertido en reglamentos como los de De Paúl o Marillac o en guías como las escritas por Arenal o Richmond.

**La práctica de las visitas debía contar con formación específica** y así lo defendió Putnam en su discurso de la Conferencia Nacional de Caridades y Corrección de 1887. Poco a poco se fue construyendo una disciplina propia con el objetivo de formar a profesionales del trabajo social y parte de esos saberes eran fruto de **los registros de las visitas, convirtiendo esas prácticas en conocimiento**. Un buen ejemplo de este trabajo fueron Richmond y Salomon.

Además, estos registros aportan perspectiva histórica ya que **la visita dentro del trabajo social no es ajena a los cambios sociales**, recordamos como con la llegada del psicoanálisis sufre un retroceso y posteriormente con la influencia de la psicología y de la sociología vuelve a tener un auge en su práctica. Es por ello por lo que debemos estar atentos a la evolución que presentará con las nuevas formas de familia con ciclos vitales diferentes, el uso de la tecnología o los nuevos espacios habitacionales compartidos.

Centrándonos ahora en la metodología de esta investigación, a elección del marco teórico del construccionismo y el método de investigación mixto, con la triangulación de los datos aportados desde la investigación bibliográfica, los grupos focales y las 1.259 respuestas de las profesionales han reforzado, complementado y enriquecido esa visión holística que ha estado presente en toda la investigación.

Acercando un **perfil sociodemográfico** de las personas que han participado podemos decir que representan a una diplomada en Trabajo Social de unos 43 años, en ejercicio laboral una media de 15 años, sin ninguna diversidad funcional y sin cargo de responsabilidad institucional.

En su mayoría las visitas domiciliarias se realizan desde contextos de **control-protección** y sólo en servicios sociales le sigue un porcentaje de control-asistencial, lo que dificulta el trabajo vinculatorio y de ofrecimiento real de ayuda

ya que contraviene la mayoría de la bibliografía revisada y los resultados de esta investigación.

Para realizar estas visitas la mayoría de las profesionales utiliza **medios personales** tales como vehículos propios o teléfonos móviles/smartphones porque desde la administración pública no se facilitan esos recursos. A parte de la denuncia flagrante que esto supone, el hecho de que muchos de los datos personales se queden en el espacio virtual de las trabajadoras sociales pueden tener consecuencias éticas y legales.

**La media de visitas** se sitúa en 7,18 al mes con una desviación típica de 4,24 lo que significa que existe una gran variabilidad en el número de visitas que se lleva a cabo en los tres contextos. Coincide también que la práctica de las visitas se está sustituyendo por otro tipo de actuaciones enmarcadas en el espacio del despacho.

Esto nos lleva a concluir que en breve este número de visitas disminuirá si no hay un cambio estructural en las políticas sociales y las visitas quedarán relegadas en su mayoría a **otro tipo de profesionales que están en estos momentos más cercanos al domicilio.**

Todo esto necesitará una **inversión en investigación**, ya que la mayoría de la bibliografía de este estudio proviene de artículos que desarrollan la inquietud de los profesionales, y en su mayoría, la visita aparece como una variable secundaria y sus datos no derivan de procesos de investigación.

De hecho, se podría decir que el mayor aporte de esta Tesis es **poder dar un aval científico** no solo a los resultados obtenidos, sino a los artículos escritos por profesionales cuyos datos revisados en el marco teórico y conceptual precisaban de un contraste investigador y que en la discusión de los resultados se han ido corroborando.

De estos datos el de mayor relevancia es la conclusión de que **el trabajo realizado en las visitas presenta unas características particulares y diferentes** del que se realiza en las oficinas de las instituciones, siempre dentro de la disciplina del trabajo social.

De entrada, permite observar un entorno comunitario y privado que será imprescindible para poder contextualizar de una manera más real la situación sobre la que se está trabajando y poder plasmarlo con mayor detalle en los informes sociales que se realizan.

La mayoría de estos **informes sociales carecen de las emociones y sentimientos que se constatan en las visitas** como si la expresión de estos datos pudiera restar competencia técnica al documento. Sin embargo, una de las conclusiones de esta investigación es que al no reflejarlos se invisibiliza una parte importante de las historias de vida de las personas que se visitan.

En el mismo sentido, otra conclusión que se revela es que la **información que se recoge en los domicilios** forma parte de los informes sociales y cuando son remitidos al ámbito judicial (principalmente), se remiten con todos los datos que obran en el expediente, aun no habiendo sido solicitados y sin crear en la mayor parte de los profesionales un cuestionamiento ético.

Todas estas variables nos llevan al planteamiento de Morin (1990) de construir macro-conceptos, para poder tener una visión amplia de los objetos de estudio, y de esta manera plantear la visita domiciliaria como una **metatécnica** que debe ser abordada desde dimensión de la **ética** por ser un profesional del trabajo social quién la lleva a cabo, el **espacio** físico por ser donde se produce, la **relación de ayuda** como propósito ineludible y la dimensión de las **competencias** por ser las herramientas socio-personales y técnico-profesionales imprescindibles para gestionarla con éxito.

En relación con la primera, el hecho de entrar un trabajador social en la vivienda, lo convierte automáticamente en un **espacio profesional**, cuestión defendida en esta investigación y por tanto se le requiere los mismos **principios éticos y deontológicos** que en cualquier otro espacio del trabajo social.

Por otra parte, se ha podido constatar que existen unos **dilemas éticos propios** que solo se pueden dar en la visita a domicilio y que estos deben resolverse en el domicilio y en el mismo momento en el que se dan.

Sobre la segunda dimensión, la relación de ayuda, se resuelve que por el mero hecho de prestarse en **el espacio privado del domicilio, este actúa como un elemento favorecedor** para su establecimiento y facilita que afloren emociones y sentimientos en el sistema relacional. El conocimiento emocional propio y ajeno aumenta la eficacia de las intervenciones en el domicilio, identificando el grado de conexión o tensión con el que se está viviendo esa situación.

La tercera dimensión hace referencia al espacio y su consideración debe ser **extendida al trayecto que separa la institución del domicilio y la vivienda**

**propia**, ya que como se representa en la metodología, la práctica de una visita eficaz comienza incluso antes de salir de la institución.

El domicilio se presenta en la mayoría de las ocasiones como un espacio de seguridad en el que aflora el sentimiento de bienestar por parte del profesional, por lo que a la luz de los resultados estadísticos **no se puede considerar que sea más inseguro que el institucional**. Las precauciones antes de la visita y los esfuerzos que hacen los profesionales por establecer una buena **relación de ayuda en las visitas, son factores que intervienen para que este número de agresiones en los domicilios sea inferior que en el despacho**.

**La observación del espacio debe conjugarse de manera equilibrada y en paralelo con otras técnicas** como son la entrevista, el registro mental, analógico o digital, ..., que permita valorar las condiciones de la vivienda y la distribución de sus espacios. Sin olvidar la valoración personal, familiar y relacional o la situación en general que ha llevado al trabajador social a desplazarse hasta ahí. Volviendo a la idea de metatécnica.

Las intervenciones propias de determinados **ciclos vitales o de crisis, permite en la vivienda una mejor acomodación terapéutica**, pues el reflejo de las relaciones, de los espacios, de los recuerdos y de los duelos se evidencian de una manera natural colgando en muchas ocasiones de las propias paredes. El uso de los objetos de la vivienda como fuente de observación y diagnóstico es casi prescriptivo para apoyar las narraciones de las historias personales y familiares.

De la última dimensión se concluye que precisan de la **experiencia para que de manera inherente puedan integrarse las competencias** socio-personales y técnico-profesionales que permitan la conducción de la visita con seguridad, técnica y vinculación.

En resumen, para hacer una visita a domicilio, es importante que el trabajador social tenga **competencias socio-personales** como la empatía, habilidades de comunicación, sensibilidad cultural, habilidades de negociación, respeto, habilidades de observación y resiliencia. Estas competencias le permitirán desempeñar su trabajo de manera efectiva y respetuosa con la persona usuaria y proponemos **la resiliencia** como una de las competencias destacadas de la tabla de Carbonero et al. (2020), por la necesidad de recuperarse después de las visitas a domicilio que entrañan situaciones difíciles.

Una **competencia autodidacta relacional** tendría sentido en este apartado pues englobaría los aprendizajes que se van adquiriendo en las visitas

gracias a las relaciones que se dan con las personas usuarias y familias, acompañamientos multiprofesionales y los análisis de estos con los equipos de trabajo.

En cuanto a las **competencias técnico-profesionales** la trabajadora social debe tener conocimiento legislativo y de políticas públicas, evaluación de necesidades, planificación de intervenciones, gestión de casos, conocimiento sobre recursos y servicios, habilidades de negociación y mediación, y habilidades de comunicación escrita y oral.

Por tanto, el aprendizaje de la visita a domicilio como metatécnica debería de formar parte de los **Planes de estudios del Grado de Trabajo Social**, formando parte de sus contenidos de enseñanza y no confiando mayoritariamente esta misión a los profesionales que ejercen como tutores de prácticas preprofesionales.

Se refleja una **carencia de formación en cuanto a la intervención en el contexto de control-protección** cuando este se ejerce desde el domicilio y del **contexto terapéutico** en general. Es en el de protección donde las profesionales manifiestan que más compenetradas tienen que estar las dos competencias. Por otro lado, se pone de manifiesto la utilidad de un mayor conocimiento de técnicas de terapia familiar en entornos de desprotección y terapéuticos al que muchos profesionales llegan desde la formación continua de manera privada o colegial.

Respecto al objetivo de describir una **metodología en la visita se proponen dos instrumentos**: uno que engloba todo el proceso que conlleva la visita, desde su preparación previa hasta su registro posterior (figura 36) y otro que representa una guía que facilita la preparación, observación, registro y reflexión de las visitas (Anexo V).

Sobre este proceso, la investigación aporta un dato clave y es que el hecho de **concertar las citas para las visitas a domicilio** es importante porque garantiza unos principios éticos, a la vez que la disponibilidad del cliente ahorra tiempo y recursos, promueve la relación profesional y mejora la calidad del servicio.

En las **visitas multiprofesionales** se detectan dificultades que podrían solucionarse con guías institucionales que garanticen la visita de manera conjunta y cuya propuesta forma parte de las líneas de investigación futuras.



El **acceso** a la vivienda debe darse con un mínimo de garantías para la persona usuaria en las que el trabajador social se ha identificado personal y profesionalmente y ha expuesto el motivo de su visita.

El trabajador social realiza una amplia gama de **actuaciones concretas en el domicilio**, incluyendo la valoración de las necesidades de la persona usuaria, el asesoramiento sobre recursos y servicios disponibles, la identificación de medidas técnicas o redes de apoyo, intervención terapéutica actúa como agente protector. Realiza promoción de la salud, así como evaluación de la seguridad y del bienestar de las personas y familias.

Por último, en cuanto a metodología el **registro y evaluación posterior es determinante para valorar** si se han cumplido los objetivos que nos han llevado hasta el domicilio en términos objetivables y nos ayuda a preparar la siguiente intervención.

El análisis del contraste de hipótesis viene a revelar que estadísticamente **no existen diferencias significativas entre las visitas que realizan los trabajadores sociales de servicios sociales, sanidad o de educación**, atribuyendo estos resultados a que los conocimientos de la disciplina y de la práctica del trabajo social tienen una mayor relevancia en su aplicación que los propios de cada contexto.

## **2.- Limitaciones del estudio.**

Coincidiendo con Avello-Martínez et al. (2018) proponemos dividir las limitaciones de esta investigación en dos grupos: aquellas que son atribuibles a la metodología y aquellas atribuibles al investigador.

Sobre las primeras enunciamos lo ya descrito en la metodología con relación al cálculo de la muestra. La dificultad encontrada es el desconocimiento que existe del número de trabajadores sociales en ejercicio por sector, lo que se tuvo que resolver calculando una muestra teórica basada en el último Informe emitido por el Consejo General del Trabajo Social en España.

La falta de investigaciones previas sobre las visitas a domicilio también ha sido una limitación atribuible a la metodología y resuelta con la triangulación de datos para recabar información, analizarla y contrastarla con la metodología mixta.

El sesgo de contextos se ha limitado a los profesionales de servicios sociales, sanidad y educación, lo que a la vez supone un reto, ya que otras

investigaciones podrían replicar esta investigación desde otros contextos institucionales y/o desde la mirada de las personas usuarias.

Por último, recordamos que esta investigación ha cursado en paralelo con la pandemia mundial por COVID-19, por lo que los grupos focales se vieron transformados en grupos digitales. Esta situación lejos de percibirse como un obstáculo se recondujo en una fortaleza, pues proporcionó una nueva y más amplia perspectiva sobre este tipo de investigación.

Sobre las limitaciones del investigador la más evidente ha sido que el reciclaje en el uso de los softwares Atlas.ti y SPSS han retrasado en un año la finalización de la Tesis al no contar con dedicación plena para ello.

La pertenencia por parte del investigador a la práctica profesional dentro del trabajo social se ha vivido como una limitación intentando influir lo menos posible en la aportación de los resultados y su discusión posterior.

### **3.- Propuesta de líneas de investigación.**

Durante la recogida y análisis de datos de esta investigación, se han visibilizado proyectos de futuro investigativo sobre el tema de las visitas a domicilios, pero también se ha evidenciado la falta de determinados datos que podrían redirigir varias líneas de investigación todas vinculadas a la visita domiciliaria.

La primera la acabamos de nombrar en el apartado anterior y sería la réplica de esta investigación desde otros contextos de intervención y la segunda sería la de introducir la percepción de las personas usuarias.

También ha quedado evidente la necesaria comparación que se precisa sobre las diferencias que puede haber en las visitas que se realizan en los entornos urbanos y los rurales.

No se ha encontrado en la bibliografía revisada Protocolos que guíen las visitas domiciliarias interinstitucionales o interdisciplinares en las que se aborden temas como: confidencialidad compartida, conocimiento básico de las disciplinas que nos acompañan o de las instituciones, los objetivos que pretende cada uno, poner límites ante visitas con población vulnerable.

Y dentro de las instituciones, actualmente el hecho de poder tener referencias de calidad de los servicios es algo cada vez más necesario, sobre todo para las administraciones públicas, por lo que sería de gran interés establecer una

propuesta de calidad en las visitas, que asegure la buena participación de los profesionales y proteja a las personas usuarias.

En atención al dato de las condiciones laborales que indican que un 84% de las profesionales se sienten satisfechas o cómodas en las visitas, merecería un estudio comparado con las emociones y sentimientos que se experimentan en el despacho.

Por último, y como continuidad de esta investigación, la línea que se propone sería la implementación del esquema de la guía de preparación, observación, registro y reflexión de las visitas domiciliarias, en un formato digital, de acceso directo en web y con la posibilidad de generar un Informe directamente con todos los datos introducidos a excepción de los que sirven de reflexión.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## Referencias Bibliográficas

- Agrela Romero, B., Gutiérrez Casal, C., & Fernández Contreras, T. (2017). Repensar la ética en Trabajo Social desde una perspectiva de género. *Cuadernos de Trabajo Social.*, 30(1), 51-64.
- Agulló Porras, A., Alfaro Ramos, R., López Guillén, B., Rubio Fernández, M. D., Sahuquillo Monpó, M. d. C., Sempere Juan, Á., & Vilaplana Amat, M. C. (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (51), 268-284.
- Allen, S. F., & Tracy, E. M. (2004). Revitalizing the role of Home visiting by School Social Workers. *Children & Schools*, 26(4), 197-207.  
<https://doi.org/10.1093/cs/26.4.197>
- Arenal, C. (1894). *El visitador del pobre*. Librería de Victoriano Suárez.
- Arias Astray, A. (2022). Trabajo social en España: orígenes y evolución (etapas). In *Orígenes y desarrollo del trabajador social: trayectoria de una profesión* (pp. 153-194). Editorial Universitat.
- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (3), 40-49.  
<https://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.html>
- Arroyo Menéndez, M., & Finkel, L. (2019, Segundo Semestre). Encuestas por Internet y nuevos procedimientos muestrales. *Panorama Social*, (30), 41-53. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/58785/>
- Atenció Sociosanitària - Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2012). Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Retrieved February 26, 2022, from <http://www.san.gva.es/web/dgas/atencion-sociosanitaria>
- Avello-Martínez, R., Rodríguez Monteagudo, M. A., Rodríguez Monteagudo, P., Sosa López, D., Companioni Turiño, B., & Rodríguez Cubela, L. (2018). ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio? *Medisur*, 17(1), 10-12.  
<https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4126>
- Ávila Cedillo, G. J. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del Trabajador Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (86), 1-10.  
[https://www.margen.org/suscri/margen86/avila\\_86.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen86/avila_86.pdf)
- Bachelard, G. (2000). *La poética del espacio*. Fondo de Cultura Económica.

- Ballester Izquierdo, A., Úriz Pemán, M. J., & Viscarret Garro, J. J. (2012). Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España. *Papers*, 97(4), 875-898.
- Banda Gallego, T. (2017). Las instituciones formativas del Trabajo Social en España. *Trabajo Social*, (19), 137-157.  
<https://doi.org/10.15446/ts.v0n19.67461>
- Báñez Tello, T., Besa Roig, S., García Martínez, E., & Mas March, A. (2017). Autoconocimiento y trabajo social reflexivo. De cómo coprotagonizar una práctica dialogada del trabajo social. In C. Guinot & A. Ferrán (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 219-228).  
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/102644/1/AUTOCONOCIMIENTO%20Y%20TRABAJO%20SOCIAL%20REFLEXIVO.pdf>
- Barahona Gomariz, M. J. (2016). *El Trabajo Social: Una disciplina y profesión a la luz de la historia*. Universidad Complutense de Madrid.  
<https://www.ucm.es/data/cont/docs/35-2019-02-04-3-2016-09-27-Lecci%C3%B3n%20Inaugural%202016-2017%20FINAL.pdf>
- Barceló Roselló, B. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70(136), 123-160.  
<https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/722/598>
- Barranco-Expósito, C., Delgado-Toledo, M. C., Melin-Marchal, C., & Quintana-Martín, R. (2010). Trabajo Social en vivienda: Investigación sobre calidad de vida percibida. *Portularia*, X(2), 101-112.
- Barrera Algarín, E., Malagón Bernal, J. L., & Saralosa Sánchez-Serrano, J. L. (2012). Los paradigmas del Trabajo Social a través de su intervención profesional. In E. Sobremonte de Mendicuti (Coord.), *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: Reflexiones sobre la construcción disciplinar en España* (pp. 237-245). Universidad de Deusto.
- Barrero Espinosa, C., Bohórquez Agudelo, L., & Mejía Pachón, M. P. (2011). La hermenéutica en el desarrollo de la investigación educativa en el siglo XXI. *Itinerario Educativo*, (57), 101-120.  
<https://doi.org/10.21500/01212753.1436>
- Barria Muñoz, J. R. (2021). En defensa del Trabajo Social Clínico. El giro pragmático y la contribución de la Terapia Familiar Sistémica en la

- práctica con personas y familias. *Itinerarios de Trabajo Social*, (1), 79-86.  
<https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32041>
- Bastidas Luna, V. L., Holguín Rosero, K. G., & Obando Apraez, C. V. (2020, Enero-Junio). Octavia Hill y sus aportes en el origen del Trabajo Social en la Inglaterra del siglo XIX. *Trabajo Social*, 22(1), 203-223.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/78912>
- Behrens, M. L., & Ackerman, N. W. (1956). The Home Visit as an Aid in Family Diagnosis and Therapy. *Social Casework*, 37(1), 11-19.  
<https://doi.org/10.1177/104438945603700102>
- Bermejo Escobar, F. J. (2002). *La ética del trabajo social*. Desclée de Brouwer.
- Bisquerra Alcina, R., & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-62. <https://doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- Blanco, C. (2012). *Encuesta y estadística: métodos de investigación cuantitativa en ciencias sociales y comunicación*. Brujas.
- Blanco, C. (2017). *Encuesta y estadística: métodos de investigación cuantitativa en Ciencias Sociales y Comunicación*. Editorial Brujas.
- Blanco Campos, M., Calzada Gutiérrez, I., Cubillos-Vega, C., Domínguez Milanés, A. B., García Guiráldez, T., Carrasco, C. L., Martín-Estalayo, M., Muriel Saiz, M., Sánchez Gómez, R., & Serrano Pascual, A. (2022). *IV Informe sobre los servicios sociales en España y la profesión del Trabajo Social* (E. Vicente González, L. Nogués Sáez, & C. Orgaz Alonso, Compilers). Consejo General del Trabajo Social.  
<https://www.cgtrabajosocial.es/files/62a847340c469/IVInformeServiciosSocialesEspaa.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. (1st ed.). Paidós.
- Bruno, F., Acevedo Alemán, J., Castro Saucedo, L. K., & Garza Sánchez, R. I. (2018, diciembre). El construccionismo social, desde el trabajo social: "modelando la intervención social construccionista". *Margen*, (91), 1-15.  
<https://www.margen.org/suscri/margen91/castro-91.pdf>
- Campanini, A. (2012). *La intervención sistémica: un modelo operativo para el Servicio Social*. Miño y Dávila.
- Campos Vidal, J. F. (1996). Trabajo Social y Modelo Sistémico: una cuestión de reglas. *Taula, quaderns de pensament*, (26-26), 39-56.  
<http://hdl.handle.net/11201/149023>

- Canales Cerón, M., & Peinado López, A. (1994). Grupos de discusión. In J. Gutiérrez & J. M. Delgado (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, (pp. 288-311). Síntesis.
- Capilla Pérez, A., & Villadóniga Gómez, J. C. (2004). *Pioneros del Trabajo Social, una apuesta por descubrirlos*. Universidad de Huelva.  
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3040/b13438177.pdf?sequence=1>
- Caravaca Llamas, C. (2014). Trabajo social on-line. El futuro de la intervención social. *Pensamiento al margen. Revista digital*, (1), 1-17.  
<https://pensamientoalmargen.com/2015/04/01/no1-9/>
- Caravaca Llamas, C. (2020). Las Mascotas en el Informe Social. *Trabajo Social Hoy*, 2(90), 49-66. <http://dx.doi.org/doi:10.12960/TSH.2020.0009>
- Carbonero Muñoz, D., Cuesta Ruiz Clavijo, A. B., Caparrós Civera, N., & Serrano Cuesta, C. (2020, Julio). Competencias y funciones profesionales: un análisis aplicado a la titulación de trabajo social en la universidad de la Rioja. *Comunitania*, (20), 109-137.  
<https://doi.org/10.5944/comunitania.20.5>
- Cardona Cardona, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos*. [Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears].  
<https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/2477>
- Cardona-Cardona, J., Cuartero-Castañer, M. E., & Campos-Vidal, J. F. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (24), 67-90. [10.14198/ALTERN2017.24.05](https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.05)
- Casado de Staritzky, T. (2017). La relación de ayuda entre una familia multiproblemática y los sistemas más amplios. In C. Guinot & A. Ferran (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 755-764).  
<http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub12.pdf>
- Casallas, M. A., Condia López, A. M., Medina Cruz, D. A., & Torres Velásquez, L. (2006). *Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá, D.C.* Ciencia Unisalle. Retrieved February 12, 2022, from [https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social/99](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/99)
- Casas García, C. (2021). *La familia de origen del terapeuta en sesión : moviéndonos entre familias*. Ediciones Morata, S.L.

- Castillo de Mesa, J., & Méndez Domínguez, P. (2021). Trabajo social híbrido: teletrabajo, asistencia remota y visita domiciliaria online. In *Hacia la disrupción digital del trabajo social* (pp. 285-303). Aranzadi-Thomson Reuters.
- Cazorla Becerra, K., & Fernández Hornachea, J. (2007). Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de Trabajo Social. *Revista universitaria de Trabajo Social*, (3), 71-86.
- Ceballos, E. (2006). Dimensiones de análisis del diagnóstico en educación: el diagnóstico del contexto familiar. *RELIEVE*, 12(1), 33-47.  
<https://ojs.uv.es/index.php/RELIEVE/article/view/4244/3861>
- Chamorro Montes, P. A. (2016). Visita domiciliaria en trabajo social: un aporte para su aplicación. *Revista electrónica de trabajo social*, (14), 28-39.  
<http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2017/02/3-VISITA-DOMICILIARIA-EN-TRABAJO-SOCIAL.pdf>
- Chaves Montero, A. (2018). La utilización de una metodología mixta en investigación social. In k. Delgado, S. Gadea, W. F. Gadea, & S. Vega-Quiñonez (Coords.), *Rompiendo barreras en la investigación*. (pp. 164-184). <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/15178>
- Colom Masfret, D. (2010, Junio). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, (47), 109-119.  
<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Trabajo%20social%20sanitario%20del%20sistema%20sanitario.pdf>
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social - Portal del Consejo General del Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social. Retrieved February 14, 2021, from [http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo\\_deontologico\\_2012.pdf](http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf)
- Contrera, V. L. (2010). Trabajo social familiar: incorporación de la hermenéutica como posibilidad de co-transformación. *Perspectivas sociales*, 12(1), 141-163. <http://eprints.uanl.mx/8729/>
- Cuartero Castañer, M. E. (2017). Creando vínculos con clientes vulnerables en entornos desfavorables. In C. Guinot & A. Ferran (Eds.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 451-460). <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub12.pdf>



- Cuartero Castañer, M. E. (2018). Desgaste por empatía cómo ser un profesional del trabajo social y no desfallecer en el intento. *Cuadernos de Trabajo Social*, 11(1), 9-31. <https://sitios.vtte.utem.cl/cuadernots/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/cuaderno-de-trabajo-social-n11-2018-Cuartero.pdf>
- Cubero Pérez, R. (2005). Elementos Básicos para un construccionismo social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23, 43-61. <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902305.pdf>
- De la Peña Salas, E. (2014). Análisis de la satisfacción y de la calidad percibida por las personas atendidas en los servicios sociales comunitarios del Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias del Ayuntamiento de Zaragoza. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1(27), 115-125. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2014.v27.n1.42386](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.42386)
- de la Red Vega, N. (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI de España.
- De la Red Vega, N. (2008). ¿Por qué y para qué la ética profesional en trabajo social? In *Lanbideari begirada etikoa* (pp. 55-64). Universidad del País Vasco. Escuela Universitaria de Trabajo Social. [https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I\\_JORNADA\\_TRABAJO\\_SOCIAL\\_ETICA.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I_JORNADA_TRABAJO_SOCIAL_ETICA.pdf)
- De Paúl, V. (1982). *Obras Completas. Tomo X. Documentos*. Editorial CEME. [https://via.library.depaul.edu/coste\\_sp/13](https://via.library.depaul.edu/coste_sp/13)
- Deslauriers, J.-P. (2010). Los conocimientos en trabajo social: elogio del eclecticismo. *Trabajo Social Global*, 1(1), 39-58. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg>
- Díaz Videla, M. (2015). El miembro no humano de la familia: las mascotas a través del ciclo vital familiar. *Revista Ciencia Animal*, (9), 83-89. <https://ciencia.lasalle.edu.co/ca/vol1/iss9/7/>
- Escartín Caparrós, M. J. (1993, Diciembre). Influencia de las diferencias culturales en la relación de ayuda. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, (2), 83-99. 10.14198/ALTERN1993.2.5
- Escartín Caparrós, M. J. (1998). *Manual de trabajo social: (modelos de práctica profesional)*. Ed. Aguaclara.
- Escartín Caparrós, M. J. (2012). Sobre certezas e incertidumbres: el Trabajo Social en tiempos de crisis. In E. Sobremonte de Mendicuti (Coord.),

*Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: Reflexiones sobre la construcción disciplinar en España* (pp. 285-291).  
Universidad de Deusto.

- Escobar Pérez, J., & Bonilla-Jiménez, F. I. (2009). Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. <https://issuu.com/universidadelbosque/docs/vol9/54>
- Escudero Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Escudero Carranza, V. (2020). *Guía práctica para la intervención familiar. II Edición*. Junta de Castilla y León. [http://uiicf.net/wp-content/uploads/2020/10/GUIA-INTERVENCION-FAMILIAR-2020\\_V.-Escudero.pdf](http://uiicf.net/wp-content/uploads/2020/10/GUIA-INTERVENCION-FAMILIAR-2020_V.-Escudero.pdf)
- Evaluación Perspectiva de Género – Agència Valenciana d'Avaluació i Prospectiva*. (2020, noviembre 19). AVAP. Retrieved noviembre 20, 2020, from <https://avap.es/es/idi/evaluacion-perspectiva-de-genero/>
- Farías Olavarría, F. (2016). Trabajo Social: de la profesión a la disciplina. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, (15), 55-61.  
<http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/99>
- Faucett, E. C. (1961). A Re-evaluation of the Home Visit in Casework Practice. *Social Casework*, 42(9), 439-445.
- Ferguson, H. (2010). Walks, Home Visits and Atmospheres: Risk and the Everyday Practices and Mobilities of Social Work and Child Protection. *The British Journal of Social Work*, 40(4), 1100-1117.  
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq015>
- Ferguson, H. (2018). Making home visits: Creativity and the embodied practices of home visiting in social work and child protection. *Qualitative Social Work*, 17(1), 65-80. <https://doi.org/10.1177/1473325016656751>
- Fernández Fernández, D. (2011). *El trabajo social en el sistema educativo*. Consejo General del Trabajo Social.  
<https://www.cgtrabajosocial.es/publicaciones/el-trabajo-social-en-el-sistema-educativo-digital/13/view>
- Fernández García, T., & Ponce de León Romero, L. (2019). *Trabajo social individualizado: metodología de intervención*. Alianza Editorial.

- Fierro, S., & Salcedo, E. (2003). La consulta en domicilio con fines terapéuticos: una opción de intervención e investigación con grupos familiares. *Revista de Trabajo Social*, (5), 150-160.
- Fombuena Valero, J. (2017). Relaciones de autenticidad y mandato de autonomía en un mundo inestable. In C. Guinot & A. Ferran (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 139-154). Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub12.pdf>
- Friedlander, M. L., Escudero Carranza, V., Heatherinton, L., Deihl, L., Lehman, P., McKee, M., & Cutting, M. (2005). *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o)*. SOFTA (System for Observing Family Therapy Alliances). Retrieved September 7, 2020, from <https://softa-soatif.com/wp-content/uploads/2014/06/SOATIFManual.pdf>
- Friedlander, M. L., Escudero Carranza, V., & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Paidós.
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García Álvarez, B. (2012, Diciembre 22). *Encontrando buenas noticias: la cuidadora "Moly"*. Vademécum Social. <http://piensoluegoinsisto-bbb.blogspot.com/search/label/buenas%20noticias>
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Ediciones Paidós.
- Giménez Bertomeu, V. M., & Doménech López, Y. (2012). Expertos por la experiencia y expertos por la profesión. Visiones sobre la práctica profesional en los servicios sociales de Atención Primaria. *Cuadernos de Trabajo Social*, 2(25), 439-449. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2012.v25.n2.39628](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n2.39628)
- Ginesta i Rey, M. (2013, Agosto). Miradas, posicionamientos y conductas éticas del trabajo social: algunas consideraciones a partir de la experiencia. *Revista de Treball Social*, (199), 78-87.
- Global Social Work Statement of Ethical Principles – International Federation of Social Workers*. (2018, July 2). International Federation of Social Workers. Retrieved March 21, 2021, from <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>

- Gómez García, R., Hernández López, C., Rodríguez Fernández, C., Rueda Estrada, J. D., & Del Valle López, C. (2020). *Trabajo Social, Deontología y Ética Profesional*. (N. De la Red Vega, Compiler). Consejo General del Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/publicaciones/trabajo-social-deontologia-y-etica-profesional/105/view>
- Gómez Trenado, R. (2010). Una Metodología de Intervención Social. Aplicación práctica de la relación de ayuda desde el método de Trabajo Social. *Documentos de Trabajo Social.*, (47), 168-183. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3655795.pdf>
- González Calvo, V. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (61), 63-86. <http://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/la-visita-domiciliaria-una-oportunidad-para-el-conocimiento-de-la-dinamica-relacional-de-la-familia>
- González Calvo, V. (2016). *La visita domiciliaria en el trabajo social . Experiencias en los entornos de Bogotá, Valparaíso y Sevilla: Tesis Doctoral*. [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide].
- González Vélez, M., Blanco Miguel, P., Martis Sánchez, C., Fernández Borrego, M., & Álvarez Pérez, P. (2016, Diciembre). La relación de ayuda en Trabajo Social. Propuestas para un desarrollo de calidad. *Revista Trabajo Social*, (90), 3-13. <https://doi.org/10.7764/rts.90.3-13>
- Gracia, E. (2007). El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar. In *Intervención psicosocial* (pp. 301-322). Pearson Educación.
- Guinot Viciano, C. (2017). La centralidad de los vínculos relacionales en el ejercicio del Trabajo Social. In C. Guinot & A. Ferran (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 155-166). [https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731815&orden=0&info=open\\_link\\_libro](https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731815&orden=0&info=open_link_libro)
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013, Enero-Marzo). La técnica de grupos focales. *Elsevier*, 2(5), 55-60. <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-S2007505713726838>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (P. Baptista Lucio, Ed.). McGraw-Hill Education.

- Hernán Quiroz, M. (2001). El aporte de Edgard Morin. Trabajo Social y Pensamiento Complejo. *Revista Perspectivas. Notas sobre intervención y acción social*, (10), 49-59.  
<http://ediciones.ucsh.cl/index.php/Perspectivas/article/view/1660>
- Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y Sociedad*, 40(1), 155-160.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0303130155A>
- Illescas Taboada, M. I. (2016). La visita domiciliaria en la protección a la infancia. *Trabajo Social Hoy*, 3(79), 27-42.  
<http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0014>
- Iradeta Goldaracena, F. (2012). La ética como primera filosofía en Irena Sendler y Alice Salomon: antecedentes prácticos de Emmanuel Lévinas en el trabajo social. *Humanismo y Trabajo Social*, 11, 119-140.  
<https://buleria.unileon.es/handle/10612/3436>
- Iradeta-Goldaracena, F., Viscarret-Garro, J. J., Ballesteros-Izquierdo, A., & Úriz-Pemán, M. J. (2020, octubre-diciembre). Análisis Bibliométrico sobre Ética del Trabajo Social en España (1900-2015). *Revista Española de Documentación Científica*, 43(4), 1-12.  
<https://doi.org/10.3989/redc.2020.4.1720>
- ISSE: IV informe sobre los servicios sociales en España y la profesión del Trabajo Social*. (2022). Consejo General del Trabajo Social.
- Lacalzada de Mateo, M. J., & Vilas Buendía, L. (2012). Algunas claves y textos de Concepción Arenal para un debate inacabado. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (32), 271-333.  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.201232703](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.201232703)
- Lamas Peris, C. (2001). Los primeros contactos. In *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática : la experiencia de Ciutat Vella*. (pp. 83-123). Paidós.
- Las Heras Pinilla, M. P. (2019). *Trabajo social y servicios sociales: Conocimiento y Ética*. Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, S.A.
- Lillo-Beneyto, A., & Ramírez-García, J. E. (2021). La intervención digital en la práctica del Trabajo Social. In *Hacia la disrupción digital del trabajo social* (pp. 185-199). Aranzadi-Thomson Reuters.
- Lillo Beneyto, M. A. (2019b). *La práctica en trabajo social desde la perspectiva de las personas usuarias*. [Tesis doctoral no publicada] Universidad

- Nacional de Educación a Distancia. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-DeryCSoc-Malillo>
- Lillo Beneyto, M. A. (2019a). Las percepciones de las personas usuarias sobre la intervención social del trabajo social. *Comunitania*, (17), 93-110. <https://doi.org/10.5944/comunitania.17.5>
- Lima Fernández, A., Peláez Quero, E., Verde Diego, C., Pastor Seller, E., López Castedo, A., & González Rodríguez, R. (2019). *III Informe sobre los Servicios Sociales en España*. (E. Vicente González, R. Arredondo Quijada, & C. Rodríguez Fernández, Compilers). Consejo General del Trabajo Social. [https://www.cgtrabajosocial.es/files/5de783c0056f8/ISSE\\_III\\_WEB.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/5de783c0056f8/ISSE_III_WEB.pdf)
- Lima Fernández, A. I. (2008). ¿Desde dónde abordar la ética en trabajo social? In *Lanbideari begirada etikoa* (pp. 65-75). Universidad del País Vasco. Escuela Universitaria de Trabajo Social. [https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I\\_JORNADA\\_TRABAJO\\_SOCIAL\\_ETICA.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I_JORNADA_TRABAJO_SOCIAL_ETICA.pdf)
- Lima Fernández, A. I., Verde Viejo, C., & Pastor Seller, E. (2016). El Trabajo Social en los Servicios Sociales en España. In *Políticas e intervenciones ante los procesos de vulnerabilidad y exclusión de personas y territorios: análisis comparado México-España* (pp. 159-171). Dykinson.
- López Estrada, R. E., & Deslauriers, J.-P. (2011, Junio). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, (61), 1-19. <https://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- López López, L. A. (2009). De la visita domiciliaria a las conversaciones familiares: una apuesta a la cultura de paz desde la domiciliaridad. *Revista Trabajo Social*, (10), 85-105. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/23827>
- Maloney, R. (2019, marzo 17). *Las visitas domiciliarias en la tradición vicenciana*. FAMVIN. <https://vfhomelessalliance.org/wp-content/uploads/2019/03/Robert-Maloney-CM-Visitas-domiciliarias-en-la-tradici%C3%B3n-vicenciana.pdf>
- Mara Danel, P. (2020). Habitar la incomodidad desde las intervenciones del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (31), 1-13. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10042/8790>
- Martínez, B. (1991). *La Señora Le Gras y Santa Luisa de Marillac*. CEME.

- Martínez Godínez, V. L. (2013). Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico crítica. *Paradigmas de investigación*, 1-11.  
<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3790>
- Martins da Cunha, J. M. (2017). *El espacio personal en la comunicación*. [Tesis de doctorado, Universidad de Navarra].  
<https://dadun.unav.edu/handle/10171/43737>
- Martos Sánchez, C., Piedra, J., & Rosa Martín, J. J. (2017). Herramientas para el trabajo social: instrumento de registro de la visita domiciliaria en salud mental. *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar*, (2), 4-9.
- McWilliam, R. A. (2012). Implementing and Preparing for Home Visits. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(4), 224-231.  
<https://www.researchgate.net/publication/258192686>
- Medina Tornero, M. E., & Medina Ruiz, E. (2011). Análisis de la calidad percibida en usuarios/as de servicios sociales comunitarios. *Zerbitzuan*, (50), 85-100. doi:10.5569/1134-7147.50.07
- Méndez Guzmán, M. X. (2015). *Trabajo social con personas y familias: modelo clínico de intervención*. Espacio Editorial.
- Minguela Recover, M. Á., & Hernández Lafuente, P. (2021). Home Visit Training in Social Work with Virtual Reality. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XLVIII(3), 53-73.  
[https://heinonline.org/HOL/Page?collection=journals&handle=hein.journals/jrllsasw48&id=377&men\\_tab=srchresults](https://heinonline.org/HOL/Page?collection=journals&handle=hein.journals/jrllsasw48&id=377&men_tab=srchresults)
- Ministerio del Interior. (2021, Septiembre). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2020*. Ministerio del Interior.
- Miranda Aranda, M. (2005). *Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social: de cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*, [Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili].  
<https://www.tdx.cat/handle/10803/8406>
- Molleda Fernández, E. (2012). La entrevista y la visita a domicilio. In J. Fombuena (Ed.), *El trabajo social y sus instrumentos. Elementos para una interpretación a piacere* (pp. 133-150). Nau Llibres (Edicions Culturals Valencianes, S.A.).
- Morán Carrillo, J. M. (2003). *Epistemología, ciencia y paradigma en trabajo social*. Aconcagua Libros.

- Morán Carrillo, J. M., & Flores Sánchez, M. (2018). El Trabajo Social como forma de control: un análisis desde la perspectiva de la Epistemología histórica. *Cuadernos de trabajo social*, 31(2), 321-331.  
<http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.54519>
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Munuera Gómez, M. P. (2011). La huella de Mary Richmond en la intervención psicosocial del siglo XXI. *Trabajo Social Hoy*, (64), 9-27.
- Munuera Gómez, M. P. (2012). El Informe Social: Imagen de la intervención psicosocial en la documentación profesional del trabajador social. In J. Fombuena (Coord.), *El trabajo social y sus instrumentos. Elementos para una interpretación a piacere* (pp. 151-169). Nau Llibres (Edicions Culturals Valencianes, S.A.).
- Munuera Gómez, P., & Minguella Recover, M. Á. (2008). Mediación comunitaria bonding y bridging. *Trabajo Social UNAM*, (17), 49-65.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/69612>.
- Navarro, B. (2016, Febrero 13). *Contra la visita a domicilio*. Trabajo social y tal. <https://trabajosocialytal.com/2016/02/contra-la-visita-domiciliaria>
- Navarro Pedreño, S. (2017). Sobre el tacto en el contacto: por un saber de la caricia en el Trabajo Social. In C. Guinot & A. Ferran (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 37-54). <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub12.pdf>
- Niño Rojas, V. M. (2011). *Metodología de la investigación: diseño y ejecución*. Ediciones de la U.
- Norris-Shortle, C., & Cohen, R. R. (1987). Home visits revisited. *Social Casework*, 68(1), 54-58.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.
- Palomar Villena, M., & Suárez Soto, E. (2012). Construcción social y Trabajo Social: los cambios paradigmáticos en el concepto de ayuda. In E. Sobremonte de Mendicuti (Coord.), *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: Reflexiones sobre la construcción disciplinar en España* (pp. 311-316). Universidad de Deusto.
- Pastor Seller, E. (2013, Diciembre). Situación actual del trabajo social en España: un estudio necesario en España. *Servicios Sociales y Política Social*, XXX(103), 111-119.



- Pelegrí Viaña, X. (2004). El poder en el trabajo social: una aproximación desde Foucault. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 21-43.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS0404110021A/7605/>
- Pérez-Lagares, M., Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L., & Balboa-Carmona, M. (2012). Trabajo Social y nuevas tecnologías. *Portularia*, XII, 57-60.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024437006>
- Pérez Rubio, A. M. (2012, Julio-Diciembre). Sobre el construccionismo: construccionismo social de lo real y práctica investigativa. *ReLMeCS*, 2(2), 5-21. <http://www.relmeecs.fahce.unlp.edu.ar/>
- Puhl, R. (2011). El trabajo social en Alemania. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*, (48), 65-84.  
<http://hdl.handle.net/11162/29099>
- Putnam, M. C. (1887). *Friendly Visiting* [Speech]. VCU Libraries, Social Welfare.  
<https://socialwelfare.library.vcu.edu/eras/civil-war-reconstruction/friendly-visitors-1887/>
- Puyol Lerga, B., & Hernández Hernández, M. (2009). Trabajo Social en Educación. *Revista Qurrículum*, (22), 97-117.
- Ramírez de Mingo, I. (1987). Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 0, 73-84.
- Ramírez Navarro, J. M. (2008). Secreto profesional y confidencialidad. In *Lanbideari begirada etikoa* (pp. 76-86). Universidad del País Vasco. Escuela Universitaria de Trabajo Social.  
[https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I\\_JORNADA\\_TRABAJO\\_SOCIAL\\_ETICA.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I_JORNADA_TRABAJO_SOCIAL_ETICA.pdf)
- Ramírez Puerta, D. (2005). Metodología de Trabajo en la Atención Domiciliaria. In F. Toquero de la Torre & J. Zarco Rodríguez (Coords.), *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria* (pp. 21-48). International Marketing & Communications.  
[https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC\\_Atencion\\_Domiciliaria.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf)
- Ramos-Feijóo, C. (2017). Trabajo Social Comunitario desde el modelo de atención integral y centrada en la persona. In C. Guinot & A. Ferrán (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 713-720).

- Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub12.pdf>
- Razeto Pavez, A. C. (2018). De trabajadores sociales y visitas domiciliarias en el sistema escolar chileno. *Revista Katál*, 21(2), 396-405. doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p396
- Razeto-Pavez, A. C. (2020). Visita domiciliaria y participación de las familias en la educación. *Magis*, 13, 1-25. 10.11144/Javeriana.m13.vdpf
- Reyes Legaza, C. (2019, marzo). La visita domiciliaria en el devenir histórico del trabajo social. *Margen*, (92), 1-10. <http://www.margen.org/suscri/margen92/Reyes-92.pdf>
- Richmond, M. E. (1899). *Friendly Visiting among the Poor. A Handbook for Charity Workers*. MacMillan. <https://www.gutenberg.org/files/24841/24841-8.txt>
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. Russell Sage Foundation.
- Rodríguez de Cordero, X. (2012). Trabajo Social Familiar: Un espacio de integración desde perspectivas contemporáneas. *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social*, 2(1), 13-25. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5859960.pdf>
- Rodríguez Rodríguez, A. (2006). El proceso de integración de la teoría y la práctica en la docencia de trabajo social con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, (1), 1-28. [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.20061%20Ext413](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext413)
- Rodríguez Rodríguez, A. (2012). ¿Hacia una mirada integradora en la práctica de la intervención socio-familiar? In E. Sobremonte de Mendicuti (Coord.), *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: Reflexiones sobre la construcción disciplinar en España* (pp. 175-190). Universidad de Deusto.
- Rogers, C. R. (2000). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica* (L. R. Wainberg, Trans.). Ediciones Paidós.
- Rojas Saavedra, A. F. (2019, marzo 1). *Santa Luisa de Marillac (1591-1660)*. Corazón de Paúl. <https://www.corazondepaul.org/2019/03/01/santa-luisa-de-marillac-1591-1660/>
- Sáez Vacas, F. (2009). *Complejidad y tecnologías de la información*. Fundación Rogelio Segovia para el Desarrollo de las Telecomunicaciones.

- Saltiel, D., & Lakey, R. (2020). Analysing invisibility: The decision-making ecology and home visits. *Child & Family Social Work*, (25), 37-44. <https://doi:10.1111/cfs.12649>
- Sánchez Cano, R. J. (2021). Construyendo identidades profesionales, espacios y tiempos digitalizados. In *Hacia la disrupción digital del trabajo social* (pp. 149-166). Aranzadi-Thomson Reuters.
- Santas García, I. J. (2018, 06 17). *¿Proteger datos o personas?: Mucho más que el Anexo 1*. Pasión por el trabajo social. Retrieved Agosto 19, 2020, from <https://pasionporeltrabajosocial.com/proteger-datos-o-personas/>
- Santás García, J. I. (2014). Una experiencia. Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para la intervención social en servicios sociales. *Servicios Sociales y Política Social*, (104), 23-30. <https://www.serviciosocialesypoliticassocial.com/una-experiencia-uso-de-las-tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion-tic-para-la-intervencion-social-en-servicios-sociales>
- SARquavita (Ed.). (2011). *Ética de la Intervención Domiciliaria. Entrar en la casa del otro*. [https://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia-etica\\_castellano\\_2015\\_.pdf](https://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia-etica_castellano_2015_.pdf)
- Suárez Alemán, M. Á. (2017). El autoconocimiento: una herramienta para la calidad de la relación de ayuda. In C. Guinot & A. Ferran (Coords.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. (pp. 397-408). <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub12.pdf>
- Tannenbaum, N., & Reisch, M. (2001, Septiembre). From Charitable Volunteers to Architects of Social Welfare: A Brief History of Social Work. *Ongoing*, (5), 6-11.
- Toledano González, L. (2010). La visita a domicilio: Instrumento de diagnóstico, de seguimiento y de aprendizaje. *Servicios Sociales y Política Social*, (91), 81-91.
- Torres Méndez, C. I. (2002). Trabajo Social como habitante de la complejidad: una reflexión epistemológica. *Revista de Trabajo Social*, (4), 31-41. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4129347.pdf>
- Úriz Pemán, M. J. (2008). Dilemas éticos que se plantea en la práctica diaria del Trabajo Social. In *Lanbideari begirada etikoa* (pp. 87-100). Universidad del País Vasco. Escuela Universitaria de Trabajo Social.

[https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I\\_JORNADA\\_TRABAJO\\_SOCIAL\\_ETICA.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786465a659f/I_JORNADA_TRABAJO_SOCIAL_ETICA.pdf)

- Úriz Pemán, M. J. (2019). La toma de decisiones éticas en trabajo social. In Úriz Pemán, María Jesús (Coord.), *La necesaria mirada ética en Trabajo Social*. Ediciones Paraninfo, S.A.
- Ursúa Lezáun, N. (2019). La ética profesional en la "sociedad posmoderna". In Úriz Pemán, María Jesús (Coord.), *La necesaria mirada ética en Trabajo Social* (pp. 1-8). Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, S.A.
- Vázquez Aguado, O. (2002). Trabajo Social y competencia intercultural. *Portularia*, 2, 125-138.  
<https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/140>
- Vázquez Aguado, O. (2005). *Libro Blanco: Título de Grado en Trabajo Social*. (ANECA, Ed.).  
[http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco\\_trbjsocial\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf)
- Viscarret Garro, J. J. (2019). Dilemas éticos más frecuentes en la práctica profesional: evolución, análisis y casos. In Úriz Pemán, María Jesús (Ed.), *La necesaria mirada ética en Trabajo Social*. Ediciones Paraninfo, S.A.
- Vives, J. L. (1781). *Tratado del Socorro de los Pobres*. Arzobispado de Valencia.  
<https://repositorio.bde.es/handle/123456789/4330#&gid=1&pid=1>
- Von Foester, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. (1ª ed.). Gedisa.
- Wieler, J. (1997). El impacto de Alice Salomon en la enseñanza del trabajo social. *Trabajo social y salud*, (26), 9-24.
- Wieler, J. (1999, 12 31). *Alice Salomon*. Jewish Women's Archive.  
<https://jwa.org/encyclopedia/article/salomon-alice>
- Wilson, A. B., Brown, S., Woord, Z., & Farkas, K. (2013). Teaching direct practice skills using Web-based simulations: Home visiting in the virtual world. *Journal of Teaching in Social Work.*, 33(4-5), 421-437.  
DOI:10.1080/08841233.2013.833578.
- Zuliani-Arango, L. A., Villegas-Peña, M. E., Galindo-Cárdenas, L. A., & Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana Umanizales*, 13(2),  
<https://www.redalyc.org/pdf/773/77340728022.pdf>

## Referencias legislativas

*Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.* (2011).

Boletín Oficial Estado, 131, de 2 de junio de 2011, páginas 54387 a 54455. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-9617&p=20220906&tn=1>

*Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1*

*de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.* (2022). Boletín Oficial del Estado, 214, de 6 de septiembre de 2022, páginas 123852 a 123922. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-14581>

*Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana.* (2019). Boletín Oficial del Estado, 61, de 12 de marzo de 2019, 23249- 23349.

<https://www.boe.es/boe/dias/2019/03/12/pdfs/BOE-A-2019-3489.pdf>



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

# ANEXOS



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO I Carta presentación de la investigación a los colegios oficiales**

Estimados/as compañeros/as:

Me pongo en contacto con ustedes para solicitar la colaboración del Colegio Profesional de Trabajadoras/es Sociales en la investigación que a continuación les explico.

Mi nombre es J. Emiliano Ramírez García y soy trabajador social. En estos momentos estoy realizando mi tesis doctoral dirigida por la Dra. Yolanda Doménech López, profesora titular del dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante. Mi doctorado se enmarca en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Alicante.

Mi tesis doctoral titulada "**DE PUERTAS PARA DENTRO: ANÁLISIS DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL A TRAVÉS DE LA VISITA A DOMICILIO**" trata sobre la ayuda a domicilio siendo esta una de las herramientas más específicas de nuestra profesión y, a su vez, menos estudiadas.

Dentro de la investigación empírica de mi tesis, preciso realizar grupos de discusión formados por Trabajadores sociales de servicios sociales, educación y salud de la Comunidad Valenciana que lleven, como mínimo 5 años de trabajadoras/es sociales y que lleven a cabo visitas a domicilio dentro de su quehacer profesional. Mi propuesta inicial es hacer 3 grupos en cada una de las provincias formados por 10 profesionales (5 T.S. de Ss.Ss., 3 T.S de Sanidad y 2 T.S de educación) que se reúnan 4 veces para tratar sobre los cuatro ejes de la investigación (*la ética, la alianza terapéutica, el espacio y los elementos del diagnóstico inicial*).

Por ello, solicito su ayuda para poder conformar los grupos de discusión y seleccionar a los participantes. Para explicar con más detalle la investigación próximamente me pondré en contacto con ustedes y, si así lo consideran, poder concertar una reunión.

Agradeciendo de ante mano su colaboración, reciban un cordial saludo

Fdo. José Emiliano Ramírez García



## **ANEXO II Carta invitación a participar en la investigación a los colegiados**

Estimados/as colegiados/as,

Recordad que el 17 de diciembre se presenta la propuesta de colaboración en la tesis doctoral del Trabajador Social J. Emiliano Ramírez García, titulada inicialmente "**DE PUERTAS PARA DENTRO: ANÁLISIS DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL A TRAVÉS DE LA VISITA A DOMICILIO**".

Lo que se pretende en esta investigación es analizar una de las herramientas más específicas del Trabajo Social, y sobre la que no existen muchos estudios: la visita a domicilio. Por esta razón consideramos importante la colaboración, ya que en nuestra práctica diaria vemos que una visita a domicilio nos puede proporcionar abundante información sobre el caso, pero además puede servir de herramienta de diagnóstico si tenemos en cuenta determinados parámetros.

Dentro de la investigación empírica de la tesis, es necesario realizar grupos de discusión formados por Trabajadores Sociales de Servicios Sociales, Educación y Salud de la Comunidad Valenciana que lleven, como mínimo, 5 años en activo dentro de la profesión y que realicen visitas a domicilio dentro de su quehacer profesional.

Por ello, os animamos a participar en el grupo de discusión que se creará en Alicante, y que estará formado por 10 Trabajadores Sociales (5 de servicios sociales, 3 de sanidad y 2 de educación). El grupo se reunirá 4 veces para tratar los cuatro ejes de la investigación que desde el estudio proponemos como variables de análisis para la visita a domicilio: la ética, la alianza terapéutica, el espacio y las competencias teóricas sobre diagnóstico.

Se ofrece la posibilidad de cooperar en los cuatro ejes o en aquellos en el que encuentres mayor afinidad, por lo que no se requiere que las y los participantes tengan que estar en los 4 encuentros.

**Día 17 de diciembre**, a las **19:30 horas**, después de la Asamblea en la **sede del Colegio**, se realizará la primera reunión de contacto para explicar la investigación y el funcionamiento de los grupos de discusión.

Si mañana no puedes venir NO PASA NADA, se publicará en el blog las fechas:

<https://depuertasadentro.school.blog/>

### ANEXO III Consentimiento informado

Debido a los principios éticos y el respeto a la autonomía de la persona, la Declaración de Consentimiento Informado no es sólo una simple formalidad. Se considera un procedimiento fundamental para proteger los derechos de las personas que participan en el estudio.

El proceso para obtener el consentimiento informado de una persona requiere del entrevistador/a el consentimiento firmado del/de la participante.

Por lo tanto, antes de comenzar su colaboración en los grupos focales debe leer la presente «Declaración de Consentimiento» de la investigación "**De puertas para adentro: análisis de las relaciones intrafamiliares por el/la trabajadora social a través de la visita a domicilio**". Debe leerla lentamente y realizar cualquier pregunta que considere oportuna sobre la metodología de la investigación.

La declaración responsable, también es un compromiso en los siguientes términos:

a) Declaro que soy trabajador/a social y que he desarrollado esta labor profesional durante 5 años o más.

b) Que he realizado visitas a domicilio dentro de mi metodología de trabajo.

c) Que mi contexto institucional se enmarca dentro de alguno de los tres siguientes (marque el suyo):

a. Servicios Sociales.

b. Sanidad.

c. Educación

d) Declaro que he sido informado/a de que las sesiones serán grabadas como documento de la investigación y que estas tendrán una duración de 2 horas y media.

e) Declaro que conozco las fechas de las reuniones y me comprometo a asistir a las mismas y a realizar una valoración al finalizar cada una de ellas. En caso de no poder asistir, me comprometo a buscar una persona de mi mismo ámbito que cumpla los requisitos arriba expuestos.

Con la firma del presente consentimiento, declaro que conozco los términos de la investigación expresados en los puntos anteriores y que quiero participar en ella.

Fecha:

Nombre:

DNI:

Firma:

## ANEXO IV Certificación ética del COTSA



*LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE ALICANTE*

### *CERTIFICA*

Que la investigación titulada **“DE PUERTAS ADENTRO: ANÁLISIS Y PROPUESTA METODOLÓGICA DE LA VISITA A DOMICILIO EN ESPAÑA DESDE LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS CONTEXTOS DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y EDUCACIÓN”**, cuyo investigador principal es *José Emiliano Ramírez García*, de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Alicante, ha sido evaluada y aprobada por parte de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante, en su sesión del **24 de marzo de 2022**, considerando la pertinencia de la investigación, el rigor metodológico, su calidad científica, la coherencia y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas que rigen este tipo de investigaciones.

El proyecto implica investigación con la participación de profesionales del trabajo social de los ámbitos de servicios sociales, sanidad y educación, los cuales han sido informados previamente de la metodología de investigación por la que se iban a regir los grupos focales, mediante las siguientes acciones:

### Antecedentes

**PRIMERO:** el día 15 de octubre de 2019, se remite por parte del investigador, correo electrónico en el que solicita al colegio oficial colaboración en la investigación.

**SEGUNDO:** por parte del investigador se realiza una carta explicando las líneas estratégicas de la investigación y solicitando la comparecencia de las personas colegiadas que consideren estar interesados en la participación, la cual es remitida por el colegio oficial a sus colegiados.

**TERCERO:** Se realiza reunión presencial con los voluntarios que desean participar en la que se explica la metodología de la investigación, los compromisos que se adquieren al participar, el uso y tratamiento de la información y se les facilita el consentimiento informado que debe ser leído, comprendido, firmado y entregado al investigador. En este proceso el investigador resuelve todas las dudas que puedan surgir.



Dichas reuniones fueron celebradas en las siguientes fechas:

Castellón: 20 de noviembre de 2019.

Alicante: 17 de diciembre de 2019.

Valencia: 21 de enero de 2020.

CUARTO: La investigación no tiene efectos negativos sobre el medio ambiente, no tiene costes económicos ni para los colaboradores, ni para los colegios profesionales, ni tampoco han sido remunerados económicamente. La participación tanto de unos, como de otros es fruto del interés por la aportación científica a la profesión del trabajo social.

El consentimiento informado elaborado para este proyecto incluye los aspectos requeridos para proveer la información necesaria a las personas que se incluyan en el estudio y el investigador principal ha garantizado la confidencialidad de los datos personales de los mismo, ya que, durante toda la investigación los participantes no han tenido más datos que los proporcionados libremente por cada uno de ellos, dentro de las relaciones interpersonales que pueden darse entre personas adultas.

Se ha garantizado la obtención del documento firmado (digital o analógicamente) por cada uno de los participantes en el estudio.

Si bien para esta investigación, han participado los tres colegios profesionales de la Comunidad Valenciana, la presente certificación la expide el Colegio Oficial de Alicante por pertenecer el investigador al mismo, no sin antes haber comprobado los siguientes documentos:

- Certificaciones de las reuniones de presentación por parte de los Colegios Oficiales.
- Modelo de carta remitida por parte de los Colegios Oficiales comprobando su idéntica redacción.
- Modelo de Consentimiento Informado.
- Consentimientos informados firmados digital y analógicamente de todos los participantes en la investigación anonimizando los datos personales para garantizar la confidencialidad.

Con base en lo expresado anteriormente, La Junta de Gobierno del Colegio de Trabajo Social de Alicante haciendo uso de la función establecida en sus Estatutos, artículo 8. h) Ordenar la actividad profesional de los/as colegiados en el ámbito de sus competencias, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares, y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial.

CERTIFICA

que el proyecto de investigación "DE PUERTAS ADENTRO: ANÁLISIS Y PROPUESTA METODOLÓGICA DE LA VISITA A DOMICILIO EN ESPAÑA DESDE LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS CONTEXTOS DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y EDUCACIÓN", cuyo investigador principal es *José Emiliano Ramírez García*, cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación como investigación con garantías éticas.



*Remedios* COTSa  
COL·LEGI OFICIAL  
DE TREBALL SOCIAL  
D'ALACANT

Fdo. M<sup>a</sup> del Remedio Pérez Baeza  
Secretaria

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO V Guía de preparación, observación, registro y reflexión de las visitas domiciliarias**

### **ÍNDICE**

I. PREVIO A LA VISITA

II. EN EL TRAYECTO

III. EN LA VISITA

IV. EVALUACIÓN DE LA VISITA

### **CONTEXTO INSTITUCIONAL**

- a. Servicios Sociales:
- b. Sanidad:
- c. Educación:

#### **I. PREVIO A LA VISITA**

1. ¿Hay información de la persona, familia o situación previo a la visita?
  - a. Sí.
    - i. Motivo principal de la demanda si la hubiera.
    - ii. Sobre ella no, pero su familia de origen sí
  - b. No. La apertura del caso es por
    - i. Denuncia policía
    - ii. Denuncia vecinos
    - iii. Se ha recibido informe de derivación de otro municipio, servicio, centro o institución
    - iv. Familiares
    - v. Otros ...
  - c. Primer contacto a partir de una solicitud de la persona usuaria:
    - i. Motivo:
      1. No puede acudir a la institución
      2. El trabajador social considera oportuno que el primer encuentro sea en el domicilio
2. Contexto PROFESIONAL: *(No todas las visitas, deben enmarcarse en un principio, dentro de estos contextos: síndrome de Diógenes, visita a casas ocupadas, ...)*



<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Control: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Protección</li> <li>ii. Asistencial</li> <li>iii. Absentismo</li> </ul> </li> <li>b. Seguimiento: asistencial, sanitario, escolar, familia, ...</li> <li>c. Evaluativo</li> <li>d. Terapéutico</li> <li>e. Otro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recabar información para otros ámbitos, servicios o instituciones</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Infancia y adolescencia</li> <li>2. Discapacidad</li> <li>3. Mujer</li> <li>4. Personas mayores</li> <li>5. Personas solas</li> <li>6. Personas extranjeras</li> <li>7. Familia</li> <li>8. Personas con conductas adictivas</li> <li>9. Personas con sufrimiento psíquico</li> </ul>
---	---

3. Objetivo de la visita:

- 1. ....
- 2. ....

4. Este objetivo ¿se ha compartido con la persona/familia?

- a. Sí
- b. No (Motivos 9.c.)

5. Multiprofesional:

- a. No
- b. Sí:
  - i. ¿Quién realizará el acompañamiento?
  - ii. Explicar el motivo de esta decisión
  - iii. Consentimiento informado

6. Medios que se precisa para realizar la visita

- a. Vehículo
- b. Transporte público
- c. Medios analógicos o digitales
- d. Formularios, protocolos, instrumentos de valoración, ...
- e. Documentación
- f. Geolocalización
- g. Teléfono móvil
- h. Otro material ...

7. ¿Acudimos con documentación que incumpla la Ley de protección de datos de carácter personal?
8. ¿Existe algún obstáculo que se pueda prever?
  - a. Orográfico
  - b. Dispersión geográfica
  - c. Problemas en la ubicación
  - d. Desconocimiento del idioma
9. Concertar la visita con la persona usuaria:
  - a. Día y hora (duración aproximada):
    - i. Cuando realizamos visitas y el idioma es un obstáculo, debe preverse un mayor tiempo para realizarla
  - b. No se informa que se va a realizar la visita
    - i. ¿Con qué objetivo? ....
  - c. No se consigue acordar un día porque ...
    - i. No se puede contactar por teléfono
    - ii. No acude a las citas
    - iii. Rehúsa la visita
      1. Por tanto, se le envía notificación (analógica y/o digital) con el día y hora que vamos a realizar la visita.
10. Estimar el tiempo de la visita entre trayecto y práctica de la visita: ...
11. ¿Llevamos acreditación que nos identifique como trabajador de la institución?
12. ¿Esta visita me crea algún conflicto ético?:
  - a. No
  - b. Sí: ¿Qué voy a hacer?
    - i. Compartirlo con el equipo.
    - ii. Supervisión externa.
    - iii. Formación.
    - iv. Otros: ...



13. ¿Personal y emocionalmente estoy preparado para realizarla?
- a. Sí
  - b. No: ¿Qué puedo hacer?
    - i. Retrasarla.
    - ii. Buscar apoyo para realizar la visita.
    - iii. Buscar ayuda externa.
    - iv. Otros: ...
14. ¿Me considero capacitado profesionalmente para abordar esta visita?
- a. Sí
  - b. No: ¿qué hago?
    - i. Busco apoyo en otros compañeros.
    - ii. Me preparo con literatura relacionada sobre el caso.
    - iii. Realizo formación.
    - iv. Otros: ...
15. ¿Existe previsión de resistencia por algún miembro de la familia?
- a. No
  - b. Sí ¿Cómo lo vamos a abordar?
    - i. Hay algún profesional que ya ha intervenido y hay buena vinculación.
    - ii. Hay algún agente social/familiar implicado que puede ayudar.
    - iii. Centraremos la entrevista en vincular únicamente
16. ¿Existe sospecha de peligro en la visita?
- a. No
  - b. Sí: ¿qué medios se van a adoptar?: ....

## **II. EN EL TRAYECTO**

1. Ubicación de la vivienda con respecto al núcleo principal:
- a. Urbana
  - b. Rural:
    - i. Con núcleo de población.
    - ii. Aislado.
  - c. Extrarradio:
    - i. Urbanización.
    - ii. Aislado

2. En el entorno comunitario:

a. Observación:

- i. Olores desagradables
- ii. Suciedad en las calles
- iii. Ambiente con sensación de peligro o de inseguridad
- iv. Servicios o recursos:
  1. Sanidad
  2. Educación
  3. Tiempo libre y ocio
  4. Comercios
  5. ...
- v. Comunicación:
  1. Transporte público adaptado
- vi. Accesibilidad y adaptabilidad del entorno que permita la movilidad autónoma
- vii. Infraestructuras:
  1. Zonas verdes
  2. Parques con mobiliario de juegos
  3. Aparatos de gimnasia
  4. Estado de mobiliario urbano
  5. Estado de las calles
- viii. ¿Propicia el aislamiento?

b. Relacional:

- i. Integración social
- ii. Asociacionismo formal y/o informal
- iii. Redes de apoyo formal y/o informal
- iv. Red vecinal
- v. ¿Existen dinámicas comunitarias?

### III. EN LA VISITA

1. Tipo de vivienda:
  - a. Infravivienda
  - b. Piso
  - c. Casa urbana
  - d. Casa de campo
  - e. Otras: ...
  
2. ¿Se ha podido acceder a la vivienda? (*aun cuando esté concertada, si al llegar al domicilio la familia informa o da muestras de que no es un buen momento, forzar la visita es contraproducente*).
  - a. Sí
  - b. No:
    - i. No había nadie.
    - ii. No nos lo han permitido.
    - iii. No estaban las personas con las que teníamos que hacer la entrevista:
      1. Había menores solos
      2. Había otros familiares
      3. Había personas ajenas a la familia
    - iv. No se ha considerado seguro
    - v. Hemos acordado otro momento por ....
    - vi. No se ha localizado la vivienda
  
3. Ante el planteamiento de por qué estamos haciendo esta visita:
  - a. Transparencia en la presentación profesional e institucional
  - b. Construcción conjunta de la situación de la persona o familia
  - c. Establecimiento de los objetivos de manera conjunta
  - d. Procurar introducir en la conversación los logros y recursos personales o de la familia
  - e. Expresar los avances que se pueden observar por pequeños que sean
  - f. Expresar en todo momento es espacio de seguridad que significa esa relación

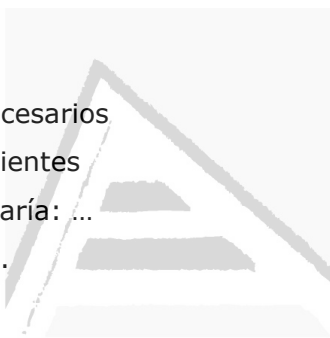
*Buscar la mayor confortabilidad para realizar la entrevista, en un espacio sin distracciones, sin ruido, ventilado y con luz. Y siempre procurando que estén en la misma habitación las personas implicadas y/o beneficiarias.*

4. Condiciones de habitabilidad:

- a. Salubridad
- b. Agua corriente
- c. Electricidad
- d. Ventilación
- e. Humedad
- f. Iluminación
- g. Amenaza de ruina
- h. ...

5. Servicios:

- a. Agua caliente
- b. Calefacción
- c. Electrodomésticos
  - i. Solo los necesarios
  - ii. Son insuficientes
    - 1. Faltaría: ...
  - iii. Suficientes.
- d. Conexión internet
- e. ...



6. Accesibilidad y adaptabilidad:

- a. En el acceso
- b. En la vivienda

Para ambos: escaleras, ascensor, rampas, ayudas técnicas, barreras, adaptaciones, ...

7. Observación del estado de la vivienda: *Recuerda que este espacio te permite realizar contraste de información de manera natural, las preguntas deben de estar fundamentadas*

- a. Condiciones físicas del hogar (orden, limpieza, olor, ...)
- b. Ambiente del hogar (ruidos, agradable, cálido, ...)
- c. Cuidado / descuidado
- d. Mobiliario:
  - i. Estado
  - ii. Cantidad: suficiente / insuficiente
  - iii. Distribución: concentrado, redistribuido, ...

- e. Objetos: Intentar crear historias relacionales.
    - i. Decoración
    - ii. Personales: fotos,
    - iii. Culturales
  - f. Aparatos tecnologías y a quién pertenecen
  - g. Peligros
  - h. Barreras arquitectónicas
  - i. Ayudas técnicas o adaptación de espacios para la autonomía
- *Sólo en situaciones muy determinadas de valoración de riesgo de la situación sanitaria de una persona se puede pedir ver el contenido de la nevera o de los armarios justificando la razón (alimentación en mal estado, medicinas caducadas, ...)*

- Alimentos:
  - ¿Saludables?
  - Estado de conservación
  - ¿suficientes o precarios?
  - ¿Caducados?

8. ¿Qué estancias te han mostrado?

- a. Salón
- b. Cocina
- c. Baño
- d. Dormitorios - ¿todos? Sí / No ¿por qué?
- e. ¿Cuántas camas hay? En los dormitorios o fuera de ellos.
- f. ¿Hay habitaciones cerradas? ¿Han dado un motivo?
- g. Otras: ....
- h. ¿Metros cuadrados? +/- ¿suficiente o insuficiente?

9. Régimen de tenencia:

- a. Propia
- b. Propia pagando hipoteca ¿cuánto? ¿deudas al corriente? ¿atrasos?
- c. Alquiler ¿cuánto? ¿deudas al corriente? ¿atrasos?
- d. Cedida

10. Tipo familia: Ciclo vital/Crisis (Acontecimientos Vitales Estresantes):

- a. Familia con hijos pequeños y/o adolescentes:
  - i. Observación del espacio: armarios, sitio de estudio, lugar para jugar, luz natural, material de estudio, que no haya mucho ruido, ...
  - ii. ¿Hay juguetes en la casa?
  - iii. ¿Los hijos tienen habitaciones distintas de la de los padres?
  - iv. ¿Las camas de los niños están en la habitación de los padres?
  - v. ¿Hay colecho?
  - vi. ¿Hay plataformas digitales en el dormitorio?
  - vii. ¿Hay medidas de seguridad en la casa?
  - viii. Orden o desorden de los objetos personales de los niños o de los adolescentes.
  - ix. ¿Hay espacios que fomenten la convivencia?
- b. Persona que precisa atención:
  - i. Dirigirse a la persona objeto de la visita.
  - ii. Se observan que no tienen uso y podría darse un uso más beneficioso para la propia persona
  - iii. ¿Se reflejan las pérdidas de personas queridas en enseres u objetos?
  - iv. ¿Existen espacios que fomenten la convivencia de la persona que precisa de atención?
  - v. ¿La casa está adaptada para su situación?
  - vi. ¿Qué medidas o ayudas técnicas precisa?
- c. Situaciones de crisis - duelos:
  - i. ¿Se reflejan espacios que en ocasiones recrean altares o habitaciones en las que el tiempo se ha quedado detenido?
  - ii. ¿Se evidencia la intención de querer borrar la huella de la otra persona?
  - iii. ¿Se considera el espacio de la vivienda el mejor espacio para apoyar en esta situación de crisis o duelo?

11. Observación relacional: *Intentar involucrar a todos los miembros de la familia presentes, niños y niñas y mayores incluidos.*

- a. Estructura familiar
- b. Subsistema conyugal.
- c. Subsistema parental.
- d. Subsistema filial.
- e. Interacción de la familia con otras personas.

- f. Interacción con el visitante (aceptación o exclusión, comodidad o incomodidad, ...).
- g. Patrones de interacción del grupo familiar.
- h. patrones de disfunción familiar.
- i. Hay mascotas en el domicilio:
  - i. Sí: Relación con las mascotas: responsabilidades, pertenencia, mayor interacción, función que desarrolla, ... ¿qué espacios ocupa? ¿han supuesto una amenaza en la visita, la ha facilitado o no ha habido interacción? ¿existe una posible situación de maltrato hacia la mascota? Hay animales, pero no están considerados como mascotas.
- j. ¿Quién está en la vivienda en el momento de la visita y quién está presente en el momento de la entrevista?

12. Observación emocional:

- a. ¿Qué transmite la persona o familia a nivel emocional sobre la visita?
- b. ¿Qué siente la persona en cuanto a su situación personal/familiar?
- c. ¿Qué fortalezas observamos y qué debilidades?
- d. ¿Qué vínculo emocional siente por su lugar de residencia: casa, barrio, comunidad, ...

13. Uso de los instrumentos de evaluación que se precise según la situación:

- a. Es fácil introducir con ellos el motivo y fase social de la entrevista
- b. No disminuir la atención en la persona, por centrarse demasiado en el protocolo de evaluación

14. Al finalizar la visita, solicitamos feedback de la misma:

- a. ¿Qué nos devuelve la persona o familia?
- b. Compartir impresiones.

#### IV. EVALUACIÓN DE LA VISITA

1. En términos generales ¿se ha cumplido el objetivo?
  - a. Sí: ¿Qué elementos crees que han ayudado a conseguirlo?
  - b. En parte: ¿Qué parte no se ha conseguido?
  - c. No
    - i. ¿La persona/familia nos esperaba?
    - ii. ¿Se ha tenido en cuenta el buen trato en el recibimiento por parte del profesional?
    - iii. ¿Tenía conocimiento del propósito de la visita?
      1. Sí
      2. No: ¿se les ha explicado en ese momento?
    - iv. ¿Ese propósito se ha mantenido o se ha cambiado a lo largo de la visita?
    - v. ¿Se ha mantenido el respeto y la cortesía por parte del profesional en todo momento?
    - vi. ¿Nos hemos posicionado de una manera rígida y autoritaria?
    - vii. ¿De nuestra intervención la persona usuaria puede haberse sentido amenazado por alguna circunstancia?
    - viii. ¿Se han respetado los ritmos de la persona?
    - ix. ¿Hemos permitido que la persona nos guíe por la casa?
    - x. ¿Ha habido algún momento en el que no nos hemos mostrado auténticos en la entrevista o nos hemos desdicho de alguna información que previamente habíamos dado?
    - xi. ¿Se ha tenido en cuenta las diferencias culturales?
    - xii. ¿Se ha respetado la identidad de la persona entrevistada?
    - xiii. ¿Se han respetado los elementos estructurales de la familia? jerarquía, límites, ...
    - xiv. ¿Había algún miembro "rehén" de la situación visita?
2. Con independencia del objetivo ¿Se ha conseguido iniciar una buena relación o se ha reforzado la alianza?
  - a. Sí: ¿Qué elementos crees que han influido?
  - b. No = 1.c.
3. ¿La familia ha sido hospitalaria?
  - a. Sí: ¿Cómo nos ha hecho sentir?
  - b. No, pero sí cordiales
  - c. No, han sido hostiles = 1.c.



4. ¿Hemos sido objetivos a la hora de conducir y registrar la visita domiciliaria?
- Si conocemos de hace tiempo el caso: ¿nos hace perder objetividad?
  - Si tenemos una vinculación con estas personas: ¿nos está restando objetividad a la hora de valorar la situación?
5. ¿Ha surgido algún dilema ético?
- No
  - Sí
    - ¿El dilema ha sido personal/profesional o institucional?
    - ¿De qué tipo?
    - ¿Lo has resuelto? ¿Cómo? ¿Consideras que ha sido lo mejor que podías hacer en ese momento? ¿Cómo te sientes con esa actuación? ¿Se lo has expuesto a la persona usuaria?
    - ¿Hay algo más que puedas hacer después de la visita?
      - Plantearlo con el equipo
      - Plantearlo en un grupo diferente del equipo (comité de ética, supervisión, grupo colegial, ...)
      - Formación específica
      - Plantear este tipo de dilemas, como queja institucional o a la institución
6. ¿Consideras que has tenido competencias socio-personales y técnico-profesionales para conducir la visita?
- Sí
  - No = ¿Cuáles has echado de menos?
7. ¿Cuáles han sido los sentimientos que han predominado? (*profesional/persona usuaria y familia*)
- Inseguridad
  - Tensión
  - Incomodidad
  - Frustración
  - BIENESTAR
8. ¿Ha sido útil la visita con otros profesionales?
- Sí = Valorar en qué
  - No = Valorar por qué:

- i. El objetivo no ha sido discutido previamente
- ii. El contexto ha variado a lo largo de la visita y no se ha podido consensuar
- iii. Marco teórico muy diferente
- iv. Ha surgido un dilema ético y no estamos de acuerdo con la solución que se ha planteado
- v. Falta de competencias personales y profesionales



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante