

# La visita a domicilio un estudio cualitativo multidimensional

**José Emiliano Ramírez-García**

Universidad de Alicante. Facultad de Económicas y Ciencias Empresariales.

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales  

**Yolanda Domenech-López**

Universidad de Alicante. Facultad de Económicas y Ciencias Empresariales.

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales  

<https://dx.doi.org/10.5209/cuts.99299>

**ES Resumen:** Este artículo analiza la influencia de la ética, la relación de ayuda, el espacio y las competencias del profesional en la visita domiciliaria.

Si bien la investigación inicial realizada utilizó un método mixto, en este artículo se muestran los resultados obtenidos a través de un estudio cualitativo sobre los cuatro apartados mencionados anteriormente. Se llevó a cabo a través de grupos focales de trabajadores sociales de servicios sociales, sanidad y educación de la administración pública que realizan o han realizado en sus tareas profesionales visitas domiciliarias.

La base de esta propuesta surge de la consideración de la visita domiciliaria como una práctica profesional con particularidades que la diferencia de cualquier otra intervención dentro del trabajo social.

En este sentido, la ética se aborda desde los conflictos exclusivos vinculados a esta intervención. La relación de ayuda también presenta particularidades relacionadas con las circunstancias que benefician o dificultan la creación del vínculo. En cuanto al espacio, se ofrecen estrategias que ayudan a garantizar la calidad de la entrevista. En último lugar, la identificación de las competencias profesionales proporcionará herramientas de aprendizaje con el objetivo de aumentar la eficacia de las visitas domiciliarias.

**Palabras clave:** Trabajo social, visitas domiciliarias, servicios sociales, trabajo social sanitario, trabajo social escolar.

## ENG Home Visits: A Multidimensional Qualitative Study

**Abstract:** This article analyzes the influence of ethics, the helping relationship, the spaces involved, and the skills of professionals, on home visits.

Although the initial study carried out employed a mixed method, this article shows the results obtained through a qualitative study with regards to the four factors mentioned above. It was carried out through focus groups comprised of public administration workers dedicated to social services, health, and education who conduct or have conducted home visits as part of their professional tasks.

This proposal arises from the consideration of home visits as a professional practice featuring particularities that distinguish it from any other intervention within the field of Social Work.

In this regard, the question of ethics is approached taking into account the conflicts exclusively associated with this type of intervention. The helping relationship also presents particularities related to the circumstances that benefit or hinder the forging of the link. As for the space, strategies are suggested that help ensure the quality of interviews. Lastly, the identification of professional skills will provide learning tools with the aim of increasing the efficacy of home visits.

**Keywords:** Social work, friendly visiting, social services, medical social work, school social work.

**Sumario:** Introducción. Metodología. Resultados. Conclusiones. Referencias.

**Como citar:** Ramírez-García, J. E. & Domenech-López, Y. (2026). La visita a domicilio un estudio cualitativo multidimensional. *Cuadernos de Trabajo Social* 39(1), 67-78. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.99299>

## Introducción

Desde las *friendly visitors* (1899) de Mary Richmond hasta nuestros días, las visitas domiciliarias han marcado una parte importante de la identidad profesional de los trabajadores sociales. Desde entonces hasta el momento actual, se puede afirmar que existe poca bibliografía sobre la visita domiciliaria, tal y como señalan González (2016) o Ferguson (2018).

La poca literatura que existe sobre la visita domiciliaria tiene como base la práctica profesional, aunque pocas se basan en investigaciones científicas. Por ello, partiendo de postulados holísticos, que tienen como base el construcciónismo de Gergen y Gergen (2011), se diseñan los instrumentos de investigación cualitativa a través de los grupos focales que se presentan en el apartado de la metodología.

Los hallazgos de esta investigación pertenecen a un estudio realizado entre profesionales de la administración pública de la Comunidad Valenciana (España) que demuestran la influencia de la ética, la relación de ayuda, el espacio y las habilidades profesionales en las visitas domiciliarias.

Este estudio forma parte de una investigación más amplia que utilizó una metodología mixta y este artículo presenta los resultados de la parte cualitativa obtenida a través de grupos focales de trabajadores sociales de los servicios sociales, sanidad y educación.

Para delimitar conceptualmente este artículo se debe tener en cuenta que la dimensión ética se representa desde una versión deontológica y pragmática siguiendo a autoras tales como Cazorla y Fernández (2007), Lima (2008) o De la Red (2008). Esto quiere decir, que pondremos el foco en las cuestiones normativas y prácticas que envuelven las visitas domiciliarias.

En el estudio de la dimensión de la relación de ayuda se analizan los factores que fortalecen el vínculo como percepción de seguridad o compartir el propósito de la visita (Escudero 2020) y se hace explícito el buen uso de la gestión de emociones para manejar la visita con éxito (Guinot, 2017; Saltiel & Lakey, 2020).

En cuanto a la dimensión del espacio seguimos a Ferguson (2010) donde relata la necesidad de salir de los despachos, transitar por las calles desfavorecidas y ver las amenazas y peligros reales que tienen nuestros usuarios fuera y dentro de sus domicilios. Dentro de este espacio es donde propone Toledano (2010) que debemos, a través de la observación, recopilar datos para el diagnóstico y establecer nuestro plan de intervención. El domicilio se revela como idóneo, según diferentes autores, para la intervención con determinados colectivos (Illescas, 2016; Campanini, 2012 y Ramos-Feijóo, 2017).

Por último, en la dimensión de las capacidades nos fijamos principalmente en el Libro Blanco del Trabajo Social en España de Vázquez (2005). En relación a las competencias de diagnóstico merecen una especial atención las que defienden una mayor formación en el paradigma relacional (Gómez, 2010) y también aquellas que abogan por el inicio del diagnóstico en el domicilio (Richmond, 1899). En cuanto a las socioafectivas, las que más favorecen en la visita son las que muestran el lado más personal y empático del profesional (Giménez y Doménech, 2012).

## Metodología

El paradigma interpretativo y concretamente la fenomenología es quien guía esta investigación desde el momento que el objeto de estudio es el concepto de visita domiciliaria expuesto por los profesionales de trabajo social en activo. Este paradigma interpretativo está relacionado con el construcciónismo puesto que el conocimiento se crea a partir de las experiencias de los participantes (Martínez, 2013).

A modo de orientación para la constitución de los grupos focales se siguió la propuesta conceptual y metodológica de Escobar y Bonilla-Jiménez (2009), es decir, seleccionar un grupo heterogéneo para profundizar en diferentes perspectivas del problema.

Para llevar a cabo la investigación se han constituido 3 grupos focales, realizando 4 sesiones con cada uno de ellos para tratar cada una de las dimensiones por separado. Los grupos se reunieron en cada una de las tres provincias de la Comunidad Valenciana (España); Alicante, Valencia y Castellón. En ellos, se han recogido datos, impresiones, reflexiones, vivencias, etc., sobre el objeto de estudio. Para la realización de los grupos se combinaron sesiones presenciales con virtuales. Se realizaron 12 sesiones en total de 1 hora y 30 minutos de duración cada una. Los grupos se llevaron a cabo desde diciembre de 2019 hasta mayo de 2020. Las sesiones de los grupos fueron grabadas en soporte digital, transcritos y codificados con el programa Atlas.ti 7.1.7.

Tabla 1. Resumen metodología

Método	Cualitativo
Técnica	Grupos Focales
N.º grupos	3 (Alicante, Castellón y Valencia)
N.º sesiones (*)	4 por grupo / 12 en total
N.º participantes	27 total

(\*) Una sesión por cada una de las dimensiones.

Los criterios para la elección de la muestra fueron los siguientes:

- Trabajadores sociales que pertenecieran a los ámbitos públicos de servicios sociales, sanidad y educación.
- Trabajadores sociales que tuvieran una trayectoria profesional mínima de 5 años.
- Trabajadores sociales que tuvieran la visita domiciliaria dentro de sus funciones profesionales.

Finalmente, la muestra quedó representada de la siguiente manera:

Tabla 2. Muestra de los grupos focales atendiendo a su contexto institucional

Contexto	N.º Participantes	Porcentaje (%)	
Servicios Sociales	15	56 %	Todas/os ejerciendo como trabajadoras/es sociales con experiencia superior a 5 años.
Sanidad	7	26 %	
Educación	5	18 %	
TOTAL	27	100 %	

Con relación al tamaño del grupo, se muestra la participación por grupos focales que ha habido en esta investigación dividido a su vez por contextos:

Tabla 3. Participación por grupos de provincia y contextos institucionales

	Alicante (Alc)	Castellón (Cs)	Valencia (Vlc)
Sanidad (Snd)	3	3	1
Educación (Edu)	3	1	1
Servicios Sociales (Ss.Ss.)	6	4	5
Total	12	8	7

Los relatos de los profesionales se analizaron a través de citas que han sido codificadas utilizando el siguiente formato [DD\_GF\_C:U:S] en donde DD representa la dimensión; GF el grupo focal; C el contexto institucional y U:S el minuto y segundo exacto en que podemos encontrar el relato en el video.

Las siglas de las dimensiones se reflejan en las citas de la siguiente manera: ética (Et), Relación de Ayuda (Ra), espacio (Es) y Competencias (Com), y las de las provincias y los contextos profesionales están reflejadas entre paréntesis en la Tabla 2.

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].

## Resultados

### 1. Dimensión ética

En esta dimensión ética exponemos los dilemas propios que de manera deductiva señalan las profesionales que se dan en las visitas, los conflictos que pueden surgir en la gestión de la información al realizarlas o por la forma en la que nos desplazamos por el domicilio y a la objetividad en la mismas.

#### 1.1. Dilemas éticos propios de las visitas

El primer conflicto que se presenta ocurre incluso antes de realizar la visita. Se da cuando los profesionales son conscientes de que necesitan llevar a cabo la visita y se sienten mal por no poder hacerla por la elevada carga de trabajo burocrático.

*... en ese aspecto sí que éticamente me siento mal, me siento mal de no hacer (visitas domiciliarias) en muchos casos, no te digo todos, es imposible, pero en muchos preferiría hacer la visita ... [Et\_Vlc\_Snd:68:57]*

Otro dilema acontece 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.

*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]*

También cuando el profesional se enfrenta a la decisión de realizar actos tipificados como ilegales, justificando la falta de autorización con la protección hacia la persona.

*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]*

Por último, cuando existe sospecha o evidencia de actos ilegales o constitutivos de delitos no dolosos (por ejemplo, la tenencia de plantas de marihuana) que si se denuncian por parte del trabajador social se rompería cualquier posibilidad de intervención y quebrantaría el principio de confidencialidad. Otro ejemplo es cuando se llega al domicilio, no hay nadie y hay que decidir qué hacer para continuar con la intervención.

*... Sí que sí, que tienes que llamar a los vecinos, por si acaso el chiquillo está en la calle mucho tiempo, ... 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]*  
*... normalmente si no me abren la puerta o lo que sea, suelo dejar algún papelito y dejando constancia como que he ido. Más que preguntar a vecinos. [Et\_Alc\_Snd:1:07:06]*

### 1.2. Gestión de la información confidencial

En las visitas domiciliarias hay una gestión de la información y documentación diferente de cómo se lleva a cabo en la institución. En las transcripciones se aprecian estas cuestiones. En concreto con quién se comparte esa información, si existe consentimiento de las personas usuarias para ello, qué medios utilizan para su gestión y traslado hasta el domicilio, si se realiza la visita con datos personales de la persona usuaria, etc. El dilema que se presenta vincula:

- a) El ejercicio multiprofesional e interinstitucional.

*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]*

- b) El posible quebrantamiento de la legislación sobre protección de datos confidenciales al desplazarse al domicilio con datos personales.

*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]*

- c) El derecho de las personas usuarias a ser atendidas en su domicilio si no pueden desplazarse hasta la institución.

*... 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]*

### 1.3. La objetividad en las visitas domiciliarias

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.

*..., 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]*

Además, esto ocurre cuando se realizan muchas visitas al mismo domicilio por la relación que se acaba creando.

*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]*

También se alude a la dificultad que se encuentra para mantener firme esa objetividad como consecuencia de nuestro propio sistema de creencias.

*Cuando haces 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]*

Por último, los años de experiencia profesional sin haber tenido supervisión, también se presenta como una variable que resta objetividad.

*Con los años, a veces cogemos ... no nos damos cuenta de cosas que hacemos, cómo las hacemos, sin una mirada externa que te devuelva cosas de las que no eres consciente, cosas positivas y cosas mejorables. [Com\_Cs\_Ss.Ss.:60:49:57]*

### 1.4. Desplazarse por el domicilio

En todos los grupos, mayoritariamente, se señala que los desplazamientos en los domicilios se realizan con respeto y solicitando a la persona que nos guíe por la casa. Sin embargo, en algunos contextos como puede ser el de control, esto es más directivo. Así mismo, en los ámbitos de sanidad o servicios sociales cuando se

realizan valoraciones diagnósticas de autonomía o dependencia se es más específico solicitando revisar en todos los casos el baño, el dormitorio y la cocina.

*Cuando son personas mayores que viven solas, pues sí que dices: ¿me enseñas el baño?, para ver si está adaptado y "jah! 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 quieras valorar es el posible riesgo. [Es\_Cs\_Ss.Ss.:56:15]*

## 2. Dimensión de la Relación de Ayuda

La bibliografía utilizada en la investigación vincula la dimensión de la relación de ayuda con múltiples factores pudiendo estos ser facilitadores o bien, convertirse en obstáculos. Todo ello se confronta con los profesionales en los grupos focales.

### 2.1. Relación de ayuda

En cuanto a los elementos favorecedores, 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.

*... 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 ¡ya! [Et\_Alc\_Edu:10:38]*

De igual modo, el hecho de estar en un espacio personal hace que sea más fácil exponer emociones y sentimientos. Se pueden utilizar objetos que evocan recuerdos y pueden ser compartidos entre la persona usuaria y el profesional.

*... 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]*

En cuanto a los obstáculos, señalamos que la gestión de los recursos lleva al trabajador social a situarse en un contexto de control puesto que se vigila que su aplicación sea correcta. Esto dificulta, sin duda, el establecimiento de la relación de ayuda.

*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]*

### 2.2. Emociones y sentimientos

Las emociones y sentimientos se ponen de manifiesto cuando se establece la relación de ayuda en el domicilio. Algunos profesionales hablan de que aparecen sentimientos de inseguridad, tensión, incomodidad por el contexto, frustración, vulnerabilidad, tristeza etc. Los profesionales destacan la importancia de saber gestionar estas emociones si se quiere llevar a cabo una intervención eficaz.

*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]*

*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]*

Los profesionales también señalan algunas emociones que atribuyen a las personas usuarias con las que realizan las visitas. Aquí no hay unanimidad en las respuestas puesto que, dependiendo de las experiencias vividas por los usuarios, se está más cómodo en el domicilio o en el despacho:

*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.: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]*

### 2.3. 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 factores facilitadores u obstaculizadores:

*... 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]*

*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]*

### 2.4. Compartir el propósito de la visita

Compartir el propósito de la visita es importante desde el momento que se señalan algunas ventajas. Por un lado, favorece el establecimiento de la relación de ayuda siendo de vital importancia conocer el por qué se está en el domicilio. Las personas usuarias necesitan saber cuál es el objetivo de la visita. Por otro lado, es fundamental que se informe del contexto institucional y profesional desde donde se lleva a cabo 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]*

### 2.5. Cultura

Se analiza este factor cultural tanto en la bibliografía (en el sentido de la competencia cultural que los profesionales deben tener) como en las narraciones de los grupos focales (refiriéndose, sobre todo, al trato con personas migradas para el establecimiento de la relación de ayuda).

*Tratando de que vean que controlo esos valores tuyos, 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]*

## 3. Dimensión del Espacio

El espacio alberga no sólo los conceptos físicos de la propia vivienda (mobilario, objetos, recuerdos, ...) sino también, el contexto más próximo del domicilio (sus obstáculos, recursos, ...) y si se trata de entornos rurales o urbanos donde se observan diferencias.

### 3.1. Obstáculos en el trayecto

Existen muchos obstáculos en el trayecto hasta llegar al domicilio. En este sentido se destacan algunos de ellos como por ejemplo timbres rotos o no identificados, domicilios difíciles de localizar, falta de locomoción, dispersión geográfica, etc.

*Problemas físicos como 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]*

### 3.2. Entorno comunitario

El entorno comunitario también influye en la visita y se refleja en los informes sociales que elaboran los profesionales. Así se destacan las barreras arquitectónicas, el tipo de vecindario, la red de transporte público y todos los recursos y servicios del entorno más cercano al domicilio.

*... si están en un entorno comunitario, si tienen parques, ... Yo por ejemplo me fijo mucho en las personas que acompañan en que estén en contextos comunitarios y que puedan tener el acceso a los recursos de la comunidad. [Es\_Alc\_Snd:59:15]*

### 3.3. Objetos

Los domicilios están repletos de objetos. Estos son utilizados por los profesionales para observar y analizar las relaciones entre los miembros de la familia pasados y presentes. Entre otros se destacan las fotografías, mobiliario representativo (sillas, camas), instrumental para hobbies, etc.

*... las fotos que están ahí expuestas te sirven para hacerse 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]*

### **3.4. Espacio de Seguridad**

El espacio presenta la doble vertiente de residencia para el usuario y de lugar de trabajo para el profesional, y podemos considerarlo como un lugar muy adecuado para poder realizar las entrevistas con niños:

*Como factor protector para el niño, porque él se siente muy a gusto ahí, es su entorno conocido, ... [Es\_Cs\_Ss.Ss.:1:17:40]*

La gran mayoría señalan la visita como un espacio profesional seguro.

*... 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 y las diferentes medidas de protección que, en ocasiones, se tienen que adoptar como por ejemplo acudir a la visita acompañado de otro profesional o de la policía.

*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]*

### **3.5. Obstáculos dentro de la vivienda**

Hay que tener presente y saber manejar los obstáculos a sortear durante la visita domiciliaria. Entre otros se puede encontrar el sonido muy alto de aparatos electrónicos (televisión principalmente), animales sueltos, olores desagradables, humo de tabaco, personas en el domicilio que no forman parte del núcleo familiar, falta de ventilación, roedores o insectos, obstáculos físicos (sillas o camas por en medio de la casa), desconocimiento del idioma, etc.

*A veces te encuentras el sonido de la televisión muy alta O los niños también por ahí, es típico estas cosas He intento plantear cosas que sirvan para eliminar esos obstáculos de la comunicación ... [ES\_Alc\_Snd:2:48]*

### **3.6. Condiciones de la vivienda**

Las condiciones de la vivienda se destacan como uno de los factores más comunes que caracterizan la visita domiciliaria. En concreto se destacan las condiciones higiénicas, la distribución de espacio y mobiliario y, por último, si está acondicionada al ciclo vital de la persona usuaria o familia y/o a sus necesidades específicas.

*... 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]*

*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]*

## **4. Dimensión de las Competencias**

La perspectiva que ha guiado esta investigación es presentar la visita domiciliaria desde el abordaje profesional del Trabajo Social. En este sentido, se aboga por la necesidad del conocimiento y manejo de las competencias sociopersonales y técnicoproyfesionales propias de la profesión. De este modo, se vinculan las competencias de carácter técnicoproyfesionales al espacio de oficina o despacho mientras que las competencias más sociopersonales se relacionan con el espacio del domicilio. Esto último cambia si la visita se realiza en un contexto de control donde las competencias técnicoproyfesionales están más presentes.

### **4.1. Competencias técnicoproyfesionales**

Las profesionales visibilizan la puesta en marcha de manera automática de las competencias técnicas como si estas fueran innatas. Esto se debe a la interiorización de las mismas.

#### **a) Organización y planificación**

En cuanto a la organización y planificación, se señala la importancia de tener en cuenta el tiempo a invertir en el desplazamiento y la visita; pensar el modo y tipo de desplazamiento; el registro posterior de la visita y los recursos o materiales que se necesitan.

*... en el municipio donde trabajo es una gran ciudad, no es un pueblecito de 300 personas o de 25, entonces estoy hablando de 95 mil habitantes con lo cual pues cuando se me plantea una visita que está, que tengo que coger el coche, o que tengo que coger un autobús ... [Es\_Vlc\_SsSs:1:54]*

#### **b) Análisis para el diagnóstico**

En cuanto al diagnóstico, este puede ser más lineal o más relacional, dependiendo de la formación del profesional ya que, ante la observación de un hecho concreto, objeto o conducta, las profesionales realizan una hipótesis casi de manera inmediata. A partir de ahí comienzan a indagar para refutarla o corroborarla. De

esta manera en una sola visita en el domicilio se pasa por la fase de investigación, formulación de la hipótesis y diagnóstico.

*... 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]*

#### c) Competencias que generan cambios en la familia y en la sociedad

Esta competencia se asocia al conocimiento del profesional en el uso de técnicas de intervención y terapia familiar. También se asocia a la confrontación de prejuicios sociales en detrimento de un género determinado, que normalmente es el femenino.

*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]*

*... un poco romper eso, ¿no?, aunque sabes que culturalmente a lo mejor para ciertas etnias, o culturalmente no es lo más adecuado, pero también quieras romper y afrontar, o confrontar la idea preconcebida. [Es\_Vlc\_Ss.Ss.:60:16:35]*

#### d) 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 siguiente 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]*

#### g) Carencias detectadas

Por otro lado, los profesionales han sido capaces de observar determinadas carencias como por ejemplo la necesidad de una formación continua específica, idiomas, espacios para la construcción del conocimiento y mayores competencias informáticas.

*... nos confiamos en esas habilidades nuestras y nos perdemos un poco en tener que seguir formándonos ¿no? [Com\_Alc\_Ss.Ss.:11:36]*

### 4.2. Competencias sociopersonales

Las competencias sociopersonales están presentes también en los discursos. Por un lado, cuando se consiguen los objetivos sin ser excesivamente directivo y sin agraviar a las personas usuarias. Así mismo cuando se aboga por la utilización del espacio del domicilio para hacer surgir la parte personal de los profesionales y empatizar con el usuario. Por último, se destaca la importancia de que todas estas competencias formen parte de la filosofía de la institución y del equipo.

#### a) Manejo de las emociones y sentimientos

Es inevitable que cuando se realiza una visita domiciliaria las emociones y los sentimientos estén presentes y que influyan en el discurrir de la misma. Estas sensaciones, que expresan los profesionales de relajación y tensión, se pueden traducir en confianza y miedo. Otras, sin embargo, se expresan de una manera más evidente como por ejemplo la rabia y la impotencia.

*... 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]*

#### b) Experiencias

La experiencia personal influye a la hora de integrar las competencias sociopersonales y las técnicoprofesionales. Esto se observa en los relatos.

*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]*

#### c) Autoconocimiento

En las visitas domiciliarias, 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 todo esto, las conductas profesionales deben tener una revisión crítica y a ser posible una supervisión externa. Todos los profesionales que han participado en los grupos focales así lo pensaban y de sus relatos se extraen estos resultados:

- Aluden a la autocritica en cuanto a la responsabilidad sobre el resultado de las intervenciones.

*... 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 autocritica 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]*

- Abogan por compartir visiones de un mismo caso con compañeros o hacer supervisión para la revisión de sus actuaciones.

*... 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]*

- Algunos profesionales señalan que no todos están preparados para realizar una supervisión.

*... debemos estar preparados para esta supervisión y ser conscientes y ser autocríticos, pues fácilmente podría ser que no las asumísemos 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]*

- Resaltan la importancia de exponerse a trabajos psicológicos de carácter personal.

*... ¿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 comarto más. [Et\_Alc\_Snd:1:28:34]*

## Conclusiones

### 1. Dimensión Ética

Los dilemas **éticos** que se plantean en las visitas domiciliarias, tal y como se desprende de los resultados, se han analizado desde su vertiente deontológica y pragmática siguiendo las propuestas de Cazorla y Fernández (2007), Lima (2008) o De la Red (2008), y se aprecian diferencias con los dilemas que se dan en la institución. Por lo que podríamos decir que el primer hallazgo sitúa a los dilemas éticos que se dan en los domicilios como propios de este tipo de intervención.

El primero de ellos, es la dificultad para la realización de las visitas domiciliarias. Esta dificultad viene provocada por la excesiva carga de trabajo de los profesionales que hace que aun considerándola necesaria se renuncia o se posterga. Este dilema sólo puede abordarse a través de la modificación de las políticas sociales y disminuyendo la burocratización de la acción social por un abordaje más terapéutico en los domicilios.

El segundo hace referencia a la necesidad de supervisión o trabajo en equipo para disminuir los conflictos éticos que derivan de una excesiva involucración personal en los casos.

El tercer dilema aglutina situaciones tipificadas de posibles delitos no dolosos que no pueden esperar a una supervisión y tienen que ser abordados inmediatamente en el domicilio. 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 necesario.

Otros dilemas éticos están vinculados con la atención en los domicilios y la **gestión de la información y documentación** confidencial. Esto puede llevar a los profesionales a incumplir (sin ser conscientes en muchos casos) la legislación de protección de datos al compartirlos o al trasladarlos fuera de la institución. El conflicto se presenta cuando determinadas demandas o necesidades no son atendidas porque la persona usuaria no puede desplazarse a la institución y el profesional debe acercarse al domicilio para gestionar desde la casa el recurso, ayuda, prestación, etc.

En relación con la **pérdida de objetividad**, esta se presenta cuando se mantiene una relación muy fuerte (positiva o negativa) con determinadas familias al realizar numerosas visitas. En estas ocasiones se precisa de supervisión y/o acompañamiento del equipo profesional, para poder tener una visión diferente sobre el caso.

El **acto de movernos por el domicilio** también plantea dilemas puesto que es necesario ver las condiciones de la vivienda y comprobar el modo de vida de las personas que la habitan. Esto, se contradice con el respeto a la privacidad. Para evitar estos conflictos es necesario actuar desde el respeto y solicitando a la persona que sea quien nos guíe manteniéndonos en un segundo plano y siempre desde una posición de subordinación.

### 2. Dimensión de la Relación de Ayuda

Los resultados nos vienen a demostrar que en las visitas domiciliarias se dan fundamentalmente dos factores que favorecen el establecimiento de la relación de ayuda y uno que la dificulta.

Favorece el que se lleven a cabo en un espacio privado y personal ya que permite establecer una conexión emocional por ambas partes, personas usuarias y profesionales. También es positivo para la vinculación la percepción de seguridad con la que se sienten las personas usuarias en sus domicilios y que se comparta el propósito de la visita. Esto, viene a corroborar las variables que propone Escudero (2020) para el establecimiento y mantenimiento del vínculo. En este sentido, el uso de objetos y recuerdos que sirven de apoyo a las narraciones, se vuelven facilitadores de la relación.

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 donde el usuario se siente acompañado, comprendido y aliviado. Reconocer **las emociones y los sentimientos** negativos que han experimentado los profesionales y usuarios, así como a la sensación de bienestar facilitará la confianza y conexión entre ambos y por tanto facilitará la intervención. A toda esta gestión de competencias emocionales hacen referencia diferentes autores (Guinot, 2017; Saltiel & Lakey, 2020). Entre los elementos que se consideran un obstáculo se encuentra la percepción de riesgo, después la sensación de incomodidad y aquellos sentimientos que les hacen sentir vulnerables. Por último, hablaremos de la **cultura** siendo prescriptivo el conocimiento sobre el conjunto de creencias, valores, mitos y tradiciones de las personas usuarias para una mejor adherencia y vinculación al realizar una visita domiciliaria.

Como propuestas para favorecer la relación de ayuda señalamos, por tanto, avisar del propósito, contenido y temporalización de la visita, así como la utilización, por parte del profesional de técnicas vinculativas. Por otro lado, puede verse como un obstáculo, el rol del profesional vinculado con la función de control-asistencial para velar por la buena gestión de los recursos públicos.

### 3. Dimensión del Espacio

Los mayores obstáculos relacionados con el espacio se encuentran en los trayectos, los problemas con el desplazamiento, la dificultad de acceso a algunos entornos, ..., lo que Ferguson (2010) denominaba las amenazas reales de los usuarios.

El trayecto nos permite la observación del entorno comunitario y la obtención de muchos detalles que se especificarán, posteriormente, en los informes sociales. Entre otros se resaltan los recursos y servicios, las barreras de acceso, la existencia de transporte público, la incomunicación del barrio y las redes de apoyo del vecindario.

Una vez en el domicilio y solamente a través de una visita al mismo, podemos destacar por un lado los objetos, obstáculos y condiciones de la vivienda como fuente de observación y diagnóstico. Esto nos será útil para establecer el plan de intervención (Toledano, 2010) y por otro lado, para valorar si el espacio se percibe como seguro o inseguro: para las personas usuarias y para el profesional.

En cuanto a **los objetos** se presentan como útiles para crear historias relacionales, describir acontecimientos vitales, relacionar personas ajena a la familia, pero cercanas en el afecto. Sirven también, para visualizar la vida cotidiana de una persona o familia. Estas intervenciones de corte más terapéutico concluimos que encuentran mayor sentido en los domicilios por la posibilidad de hacer uso de estos objetos.

Respecto a los **obstáculos que hay dentro de la vivienda** se hace imprescindible la realización de maniobras directivas. Por ejemplo, pedir a la familia que baje el volumen de la televisión cuando este es excesivo o manifestar nuestros temores ante animales sueltos, ya que esto puede suponer un obstáculo para llevar a cabo la entrevista.

En cuanto a las **condiciones de la vivienda**, en ocasiones esto supone un reto ante viviendas insalubres. Por el contrario, a veces, recrean un espacio idóneo para entrevistar a menores (Illescas, 2016), personas con discapacidad (Campanini, 2012) o personas mayores dependientes (Ramos-Feijóo, 2017).

Por otro lado, en cuanto al doble sentido del **espacio de seguridad** nos encontramos con el espacio de residencia y convivencia para la persona usuaria y espacio profesional para el trabajador social que realiza la visita. Estos dos espacios pueden ser percibidos como seguros o inseguros.

En conclusión sobre este subapartado, los profesionales intentan crear un espacio de seguridad a través de las actitudes de respeto, medidas de seguridad y los esfuerzos que hacen por establecer una buena relación de ayuda en las visitas, consiguiendo así que el número de agresiones en los domicilios sea inferior que en los despachos. 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 ya que es más sencillo detectar la escalada de violencia, excusarse y marcharse como medida de precaución. La inseguridad por parte del profesional debe anticiparse en la parte de planificación de la visita para poder instaurar medidas de protección.

### 4. Dimensión de las Competencias

Destacando las competencias técnicoproyesionales que los profesionales utilizan en las visitas podemos destacar:

- a) La primera es la de **organización y planificación** previa que se precisa para realizar la visita antes de salir del despacho: agendar la cita o las citas, duración y modo de desplazarse, si la vista se realiza solo o con otro profesional, material que se precise (documentos, formularios, plataforma digital, ...), revisión del caso, anticipar la seguridad o inseguridad en la visita y registro posterior.
- b) La segunda competencia es el **análisis para el diagnóstico**. Si bien algunos de ellos siguen siendo lineales, muchos son relacionales y provienen de profesionales con formación específica en la Teoría

- sistémica. Gómez (2010) corrobora estos resultados y además propone que la primera fase de estudio para el diagnóstico se realice en el domicilio al igual que ya propuso Mary Richmond (1899).
- c) Las **competencias que generan cambios en la familia y en la sociedad** se vinculan al conocimiento y al uso de técnicas específicas de intervención con familias y este es un dato que debe resaltarse de manera enfática ya que el cambio es, en muchas ocasiones, el primer propósito de la intervención.
  - d) 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. En muchas ocasiones los trabajadores sociales se enfrentan a las visitas domiciliarias 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.
  - e) Otra de las competencias técnicoproyesionales son las de **organización y gestión**. En España esta gestión que se refleja en los resultados forma parte de las competencias específicas del Libro Blanco del Trabajo Social (2005).

En cuanto a las competencias técnicoproyesionales que los profesionales consideran que carecen se destaca la formación en terapia familiar. Esta carencia ha sido muy relevante en sus discursos.

A continuación, se exponen las competencias **sociopersonales** 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. Por otra parte, instaurar una filosofía de trabajo donde lo sociopersonal tenga más relevancia en la institución delegando las acciones burocráticas a otros profesionales con una formación más administrativa.

Se concluye, en armonía con los resultados que 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 plantean que para la construcción de una relación satisfactoria entre el sistema profesional y la persona usuaria debe destacarse la escucha activa, empatía y transmisión clara de la información. Todo esto se resume en respeto hacia 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. Aun así, de una manera más específica, se recogieron otras emociones y sentimientos positivos como conexión, comodidad y satisfacción (personal o profesional). En menor medida se dan otros sentimientos negativos como vulnerabilidad, preocupación y/o inseguridad.

En cuanto a las **experiencias profesionales** se concluye que están influenciadas por las experiencias personales de cada uno, por sus experiencias de trabajo en equipo y por sus primeras experiencias profesionales.

El **autoconocimiento** como competencia sociopersonal surge de la autocritica de los resultados de las intervenciones y en esta investigación hemos determinado denominarlo **competencia autodidacta-relacional**. 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.

Por tanto, se concluye que los dilemas éticos que se dan en los domicilios son cualitativamente diferentes a los que se dan en los despachos. Que la visita nos proporciona elementos que van a favorecer el establecimiento del vínculo o de la alianza de trabajo atendiendo a factores con los que no contamos en los despachos. Que el espacio se enmarca como el lugar idóneo e imprescindible para iniciar la intervención y recopilar datos para el diagnóstico y propuesta de intervención y que las competencias técnico-profesionales nos proporcionan técnicas para la intervención terapéutica-relacional y las socio-personales la posibilidad de aprender de manera autónoma, pero contando con el *feedback* de usuarios y profesionales creando así una competencia autodidacta-relacional única y propia.

## Referencias

- Campanini, A. (2012). *La intervención sistémica: Un modelo operativo para el servicio social*. Miño y Dávila.
- 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5395507>
- De la Red Vega, N. (2008). ¿Por qué y para qué la ética profesional en trabajo social? En *Lanbideari begirada etikoa* (pp. 55-64). Universidad del País Vasco, Escuela Universitaria de Trabajo Social. [https://www.cgt-trabajosocial.es/files/51786465a659f/L\\_JORNADA\\_TRABAJO\\_SOCIAL\\_ETICA.pdf](https://www.cgt-trabajosocial.es/files/51786465a659f/L_JORNADA_TRABAJO_SOCIAL_ETICA.pdf)
- 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>
- 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>
- 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*, 25(2), 439-449. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2012.v25.n2.39628](https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n2.39628)
- 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.
- González Calvo, V. (2016). *La visita domiciliaria en el trabajo social: Experiencias en los entornos de Bogotá, Valparaíso y Sevilla* [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide]. <https://rio.upo.es/handle/10433/2728>
- Guinot Viciano, C. (2017). La centralidad de los vínculos relationales en el ejercicio del trabajo social. En C. Guinot & A. Ferrán (Coords.), *Trabajo social: Arte para generar vínculos* (pp. 155-166). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731815>
- Illescas Taboada, M. I. (2016). La visita domiciliaria en la protección a la infancia. *Trabajo Social Hoy*, 79(3), 27-42. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0014>
- Lima Fernández, A. I. (2008). ¿Desde dónde abordar la ética en trabajo social? En *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)
- 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>
- 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/>
- Ramos-Feijóo, C. (2017). Trabajo social comunitario desde el modelo de atención integral y centrada en la persona. En C. Guinot & A. Ferrán (Coords.), *Trabajo social: Arte para generar vínculos* (pp. 713-720).
- Richmond, M. E. (1899). *Friendly visiting among the poor: A handbook for charity workers*. Macmillan. <https://www.gutenberg.org/files/24841/24841-8.txt>
- Saltiel, D., & Lakey, R. (2020). Analysing invisibility: The decision-making ecology and home visits. *Child & Family Social Work*, 25, 37-44. <https://doi.org/10.1111/cfs.12649>
- Toledano González, L. (2010). La visita a domicilio: Instrumento de diagnóstico, de seguimiento y de aprendizaje. *Servicios Sociales y Política Social*, 91, 81-91.
- 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)