

Treball Social i Serveis Socials

# TS nova

Nº19 | 2023



Col·legi Oficial  
de Treball Social  
de València

# TS nova

Nº 19 · 2023

**nova** (del lat. "nova", nueva) adj. y n. f. Astron. Se aplica a las estrellas que adquieren repentinamente un brillo muy intenso; la enorme cantidad de energía liberada por una nova produce un destello de radiación muy brillante. Las novas contribuyen a la formación de nuevos núcleos que, con el tiempo, conformarán nuevas estrellas.

## DIRECTORA

Rubio Romaguera, M<sup>a</sup> Sonia. Col·legi Oficial de Treball Social de València

## SECRETARÍA TÉCNICA

Domènech Morell, Tania. Col·legi Oficial de Treball Social de València

## COMITÉ DE REDACCIÓN

Baeza Roca, Nuria. Càritas Valencia

Barbé Villanueva, María José. Col·legi Oficial de Treball Social de València

Canet Benavent, Encarna. Col·legi Oficial de Treball Social de València

García Escudero, Araceli. Conselleria de Sanitat

Gregori Monzó, Trinitat. Universitat de València

Jornet Castelló, Concha. Col·legi Oficial de Treball Social de València

## SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Col·legi Oficial de Treball Social de València

[www.cotsvalencia.com](http://www.cotsvalencia.com)

## CORRESPONDENCIA · SUSCRIPCIONES · PUBLICIDAD

**TS Nova.** Revista de Treball Social i Serveis Socials

[tsnova@cotsvalencia.com](mailto:tsnova@cotsvalencia.com) · Teléfono 96 395 24 10

### Lugar de edición:

Valencia

### Entidad editora:

Colegio Oficial de  
Trabajo Social de Valencia

### Periodicidad:

Anual,  
1 número al año

### Impreso en España

por Impres Puchades S.L.

### Diseño y maquetación

globalCOMUNICA

### Depósito legal:

V-1464-2010  
ISSN: 2171-6005

Nota de Redacción: la revista no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones expresadas por los/as diferentes autores/as y colaboradores/as, los/as cuales las formulan bajo su exclusiva responsabilidad.

**Lugar de edición:**

Valencia

**Entidad editora:**

Colegio Oficial de  
Trabajo Social de Valencia

**Periodicidad:**

Anual,  
1 número al año

**Impreso en España**

por Impres Puchades S.L.

**Diseño y maquetación**

globalCOMUNICA

**Depósito legal:**

V-1464-2010  
ISSN: 2171-6005

Nota de Redacción: la revista no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones expresadas por los/as diferentes autores/as y colaboradores/as, los/as cuales las formulan bajo su exclusiva responsabilidad.

## COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO NACIONAL

Agost i Felip, M<sup>a</sup> Raquel. Universitat Jaume I de Castelló  
Barceló Feliu, Carmen. Colegio Trabajo Social de Castellón  
Dominguez Alonso, Francisco Javier. Universidad de Alicante  
Escoda Porqueres, Esther. Universitat de València  
Feu Gelis, Jordi. Universitat de Girona  
García García, Ernest. Universitat de València  
García Mora, Pascual. Licenciado en Filosofía y Derecho. Valencia  
García Navarro, Rosa María. Colegio Trabajo Social de Murcia  
García Roca, Joaquín. Dr. en Sociología y Teología. Valencia  
Gavidia Catalán, Valentín. Universitat de València  
Giménez Bertomeu, Víctor. Universidad de Alicante  
Gómez Moya, Josefa. Col·legi de Treball Social de València  
Guaita Nuévalos, Laura. Trabajadora Social y Socióloga  
Guillen Salelles, Enríque. Associació Salut i Ciència  
Lima Fernández, Ana. Universidad Complutense de Madrid  
López Cayuela, Amelia. Ayuntamiento de Aldaya. Valencia  
Pastor Seller, Enrique. Universidad de Murcia  
Pérez Cosin, José Vicente. Universitat de València  
Pérez Eransus, Begoña. Universidad Pública de Navarra  
Regis Sansó, Margarida. Colegio Trabajo Social de Baleares  
Soler Aznar, M<sup>a</sup> Dolores. Colegio Trabajo Social de Alicante  
Soriano Ocón, Raúl. Trabajador Social

## COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Glöel, Rolf. Univ. Hochschule Merseburg. Alemania  
Méndez Cano, Josué. Universidad Autónoma de Tlaxcala. México  
Monestier, Bernarda. Univ. Católica del Uruguay. Uruguay  
Pérez Díaz, Addiel. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas. Cuba  
Sauerwald, Gregor. Jubilado Universidad de Ciencias Aplicadas de Münster. Alemania

# índice

## EDITORIAL · EDITORIAL

**PÁG. 07**

### A FONDO · A FONS

Salut mental i sistema penitenciari: perspectiva professional i experiències de les persones privades de llibertat

Alba Martínez-Alvarado i Àngela Carbonell

**PÁG. 09**

Efectos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la vida laboral de las personas con Trastorno del Espectro Autista y el papel del trabajador social en el área laboral

Alejandro Guerra Rivas

**PÁG. 25**

Repensant la intervenció social en llars residencials de persones majors

Amparo Ruiz Ruiz

**PÁG. 37**

Estrategias de afrontamiento del estrés y formación para la gestión del bienestar físico-emocional de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo

Inmaculada González Herrera

**PÁG. 51**

El camino por delante: desafíos y oportunidades para el Trabajo Social en los próximos años

Tania Ruiz Gil

**PÁG. 63**

Referents valencianes del Treball Social i la Sociologia de les addiccions: reconeixement professional i acadèmic

Dayana Arteta Molina, Clara Che Tórtola i Víctor Agulló Calatayud

**PÁG. 79**

La Feminización de la soledad en la vejez

José Miguel Ramírez García

**PÁG. 93**

### PRÁCTICA · PRÀCTICA

“Relatoras de vida”. Una propuesta creativa de abordaje del trauma de la violencia machista desde la práctica narrativa para el Trabajo Social

María Sonia Cano Alegre

**PÁG. 105**

Treball Social Clínic. Proposta de suport emocional socioterapèutic a professionals del Treball Social

Manuel Fco. Salinas Tomás, María Eugenia Sánchez Robres, Paloma Martínez Antequera, Luis Cuesta García i Ramon Rosaleny Castell

**PÁG. 119**

El servicio de atención y seguimiento a las personas con problemas de salud mental (SASEM) en su primer año de vida en Alaquàs (Valencia)

Eva Reina Giménez

**PÁG. 133**

10è aniversari d' Odusalud... haurem de tornar?

Nuria Baeza Roca i Ana Isabel Cava Ríos

**PÁG. 145**

### LIBRE · LLIURE

Situación del Trabajo Social en los equipos de atención primaria de Servicios Sociales en la provincia de València

Victoria Belis Herreras

**PÁG. 153**



## índice

### EXTRA · EXTRA

¿Una Asociación para qué? La de Asistentes Sociales de Valencia  
María Luisa Haro Sabater

**PÁG. 161**

Qui som i fins on hem arribat. Reflexions de la Junta en actiu en el 40 aniversari del Col·legi Professional de Treball Social de València  
Junta de Govern COTS València

**PÁG. 163**

Els COTS de València Castelló i Alacant membres de l'Observatori Valencià de Serveis Socials  
Encarna Canet Benavent

**PÁG. 165**

Acte de Graduació de Treball Social 2022/2023 Facultat de Ciències Socials  
Ferran Senent i Domingo

**PÁG. 167**

### LIBROS · LLIBRES

Reseñas

**PÁG. 169**

Avaluadors/es anònims/es de la revista TSnova a l'any 2023

**PÁG. 173**

# index

## EDITORIAL

**PAG. 07**

## INTO DEPTH

Mental health and the prison system: Professional perspective and experiences of people deprived of liberty

Alba Martínez-Alvarado and Ángela Carbonell

**PAG. 09**

Effects of ICT on the working life of people with ASD and the role of the social worker in the workplace

Alejandro Guerra Rivas

**PAG. 25**

Rethinking social intervention in residential care homes for the elderly

Amparo Ruiz Ruiz

**PAG. 37**

Stress coping strategies and training for the management of physical-emotional well-being of professionals who care for children and adolescents with support needs

Inmaculada González Herrera

**PAG. 51**

The road ahead: challenges and opportunities for Social Work in the coming years

Tania Ruiz Gil

**PAG. 63**

Valencian leading women in Social Work and the Sociology of addictions: professional and academic recognition

Dayana Arteta Molina, Clara Che Tórtola and Víctor Agulló Calatayud

**PAG. 79**

The Feminization of Loneliness in old age

José Miguel Ramírez García

**PAG. 93**

## PRACTICE

"Reladoras de vida". A creative proposal of approaching the trauma of male violence from the narrative practice for social work

María Sonia Cano Alegre

**PAG. 105**

Clinical Social Work. Proposal for sociotherapeutic emotional support for Social Work professionals

Manuel Fco. Salinas Tomás, María Eugenia Sánchez Robres, Paloma Martínez Antequera, Luis Cuesta García and Ramon Rosaleny Castell

**PAG. 119**

The care and monitoring service for people with mental health problems (SASEM) in their first year of life in Alaquàs (Valencia)

Eva Reina Giménez

**PAG. 133**

10è aniversari d' Odusalud... haurem de tornar?

Nuria Baeza Roca and Ana Isabel Cava Ríos

**PAG. 145**

## MISCELLANEOUS

Situation of Social Work in the primary care teams of Social Services in the province of Valencia

Victoria Belis Herreras

**PAG. 153**



# index

## EXTRA

An Association for what? The Association of Social Assistants of Valencia  
María Luisa Haro Sabater **PAG. 161**

---

Who we are and how far we've come. Reflections of the Active Board on the 40th anniversary of the  
Professional College of Social Work of Valencia  
Junta de Govern COTS València **PAG. 163**

---

The COTS of Valencia Castelló and Alicante members of the Valencian Observatory of Social Services  
Encarna Canet Benavent **PAG. 165**

---

Social Work Graduation Ceremony 2022/2023 Faculty of Social Sciences  
Ferran Senent i Domingo **PAG. 167**

---

## BOOKS

Reviews **PAG. 169**

---

Anonymous reviewers 2023 **PAG. 173**

---

# editorial

## **Una reflexió front al futur. Canvis i nous horitzons en les polítiques socials**

Estrenem la Revista TS Nova amb canvis, i no solament interns de la revista amb canvis estètics en el format i del COTSV amb eleccions de Junta al 2024; sino també externs, amb canvis polítics i socials que s'han fet més que notables.

I és que si mirem cap enrere, el treball social sempre ha estat en constant evolució, és a dir, forma part del seu ADN. Les transformacions socials i ací és on paga la pena recordar-ho, venen o, millor dit, es produeixen quan hi ha condicions del tot roïnes, insostenibles, injustes. I és que els canvis socials actuals, interpel·len al Treball Social amb nous reptes que la professió ha d'acceptar com a part substancial de la seua comesa. I és que el Treball Social ha de defensar, a nivell autonòmic totes les inversions socials, i dic i repetisc inversions i no despeses (amb la RVI, contractació de plantilla segons ràtio, estabilització de llocs de treball, canvi de model de Serveis Socials); i per altra banda, lluitar a nivell estatal per a que se'ns reconeguen drets laborals que a hores d'ara, no hem aconseguit (com per exemple, que se'ns reconega la categoria A1).

Aquests son el reflexe, en línies generals, d'alguns aspectes i qüestions que presenta la realitat, i, per tant, el treball Social ha de despertar de nou. Aquests canvis no volem que provoquen retrocessos, anem a estar molt pendents de totes les noves polítiques socials. No volem canviar un "welfare", un estat del benestar social on la persona està al centre a un "workfare", a un estat del benestar on la meritocràcia i l'assistència social estan condicionades a una contraprestació. Per tant, estarem vigilants amb totes les propostes que ens afecten, per donar una resposta contundent defensant el nostre treball com al que és, una professió de referència.

Per altra banda, sí que volem que, les noves polítiques socials, posen el focus en noves necessitats per trobar sempre solucions a problemàtiques socials arrelades.



# Salut mental i sistema penitenciari: perspectiva professional i experiències de les persones privades de llibertat

**ALBA MARTINEZ-ALVARADO I ÀNGELA CARBONELL**

Departament de Treball Social y Serveis Socials, Universitat de València.

Rebut: 17 juliol 2023. Acceptat: 26 setembre 2023.

## RESUM

La presó com a institució esdevé un mecanisme de compliment de condemna, de control i de seguretat, que té conseqüències directes en la salut mental de la persona presa, que sol convergir amb trastorns addictius, i fa que aparega en aquesta el que es coneix com a presonització. La presó disposa de diversos programes i recursos que aborden la salut mental de la persona privada de llibertat, i entre ells, el paper del Treball Social. L'objectiu principal d'aquest estudi és analitzar el rol de la presó en la salut mental de la població que ha estat privada de llibertat. Per a això, s'utilitza la metodologia qualitativa i la tècnica de l'entrevista de tipus semiestructurada per a la recollida de dades. Participen un total de huit persones vinculades al Centre Penitenciari de Picassent (València), concretament persones privades de llibertat, treballadors/es socials i psicòlogues. Els resultats evidencien l'existència de seqüeles psicoemocionals arrel l'empresonament, la manca de recursos per abordar els trastorns mentals i la deficient atenció cap a les persones preses en matèria de salut. Aquest estudi mostra la necessitat de reivindicar i enfortir el Treball Social penitenciari perquè, des d'un enfocament crític, permeta garantir els drets de les persones privades de llibertat i ser agents transformadors que denuncien i intervinguen davant les injustícies que enfronten.

**PARAULES CLAU:** persones privades de llibertat; salut mental; addiccions; recursos; presonització.

## Mental health and the prison system: Professional perspective and experiences of people deprived of liberty

### ABSTRACT

Prison as an institution operates as a mechanism for sentence enforcement, control, and security, which has direct consequences on the mental health of the incarcerated individual, often leading to co-occurring addictive disorders, resulting in what is known as "prisonization." Prisons offer various programs and resources addressing the mental health of inmates, including the role of Social Work. The main objective of this study is to analyze the role of the prison in the mental health of the incarcerated population. To achieve this, qualitative methodology and semi-structured interviews are utilized for data collection. A total of eight individuals associated with the Picassent Penitentiary Center (Valencia) participate, specifically prisoners, social workers, and psychologists. The results reveal the existence of psychoemotional consequences stemming from incarceration, a lack of resources to address mental disorders, and inadequate attention to the mental health of inmates. This study underscores the need to advocate for and strengthen penitentiary Social Work so that, from a critical perspective, it can ensure the rights of incarcerated individuals and act as transformative agents who denounce and intervene in the injustices they face.

**KEY WORDS:** persons deprived of liberty; mental health; prison; resources; prisonization.

## 1. INTRODUCCIÓ

El càstig sempre ha estat presentment i intrínsecament relacionat amb les formes de producció del moment, la presó, doncs, té les seues arrels en la manera de producció capitalista. Melossi i Pavarini (1980) ja aprofundiren en la qüestió, explicant com la presó històricament es va estructurar sobre el model de la fàbrica, transformant al pres en proletari. En general, s'observa com, amb el pas del temps, s'ha vist qüestionat l'objectiu primordial de la presó, referit a la reeducació i la reinserció social (LOGP, 1979), ja que des de la idea del treball com a reinserció, la presó es presenta com una institució tancada, aïllada i separada.

Les presons contenen una realitat complexa on es troben tota classe de normes, la qual cosa dificulta l'adaptació al medi i la coherència dels processos de reinserció. Durant la reclusió, la organització de la vida, el control, la disciplina, els horaris rígids, les restriccions de tota mena i la convivència forçada fa molt difícil la construcció d'espais terapèutics adequats per al tracta-

ment de la salut mental (Pallarés i Utrera, 2022). En aquest sentit, ocorre el que es coneix com a procés de "presonització". L'ingrés i l'adaptació a la presó obliga el/la pres/a<sup>1</sup> a modificar el seu estil de vida i rutina, eliminant els paràmetres de comportament que l'orientaven en el món social, produint-se així un procés de desculturació, vinculat amb una degradació del jo, causada per l'aïllament total amb l'exterior, la constant violació de la intimitat i la pèrdua de l'autodeterminació.

Haney (2002) exposa com, a nivell psicològic, la presó pot comportar dificultats amb l'adaptació, provocant una sèrie de dificultats en la persona,

1 Des d'Institucions Penitenciàries s'utilitza el terme "intern" per referir-se a les persones privades de llibertat. En aquesta investigació no s'omitirà la utilització d'aquesta paraula, ja que està formalitzada en tots els documents oficials i molts autors/es l'empren, però, seguint a Valverde (1997), s'entén que aquest terme intenta suavitzar la realitat penitenciària i infantilitzar la conducta. És per això que, també s'utilitzaran els termes "pres/a" (deixant de banda el caràcter preventiu de cara la llei i entenent-lo com un sinònim) i "reclús/a" com a sinònims de "persona privada de llibertat".

com ara dependència a la institució i contingències institucionals o hipervigilància, desconfiança interpersonal i sospita, entre d'altres. Aquestes la condicionaran tan dins de la presó com una vegada siga alliberada. És per això que, l'afrontament del context carcerari es fa encara més costós, posant en joc la fragilitat de les persones amb problemes de salut mental, en les quals, de forma generalitzada, s'observa una exacerbació dels seus signes externs a causa del xoc emocional que implica ingressar a la presó (Pallarés i Utrera, 2022).

En els últims anys, es veu que entre la població penitenciària la prevalença de persones que pateixen algun tipus de patologia mental és més gran que en la població general (Costa et al., 2022). A més, l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions (OEDA) (2022), exposa que el 21.6% de la població penitenciària privada de llibertat estava en tractament amb medicació per a problemes mentals o emocionals (27.9% en 2016) i el 26.1% declarava que estava amb intervenció/ programa de salut mental de la presó (15.7% en 2016). El 32.2% de la població penitenciària manifesta haver tingut idees de suïcidi alguna vegada en la vida (38.7% en dones i 31.8% en homes), i el 19.9% reconeix que ha intentat llevar-se la vida alguna vegada. Els trastorns addictius són també una problemàtica a les presons, i, en el cas de les presons espanyoles, el OEDA (2022) mostra que el consum en els últims 12 mesos de totes les drogues il·legals és clarament més elevat en la població penitenciària, prèviament al seu ingrés a la presó que, en la població general. Segons Vilata (2022), un 80% de les persones privades de llibertat han estat en contacte amb substàncies, fet que, en molts casos, provoca patir una addicció i un trastorn mental al mateix temps, donant lloc a un cas de patologia dual. Lledó et al. (2014) afirmen que la presó és el lloc de cultiu per a la morbiditat en salut mental i trastorns addictius.

Aquestes dades mostren la prevalença dels trastorns mentals i addictius dins de la presó, ja siga per influència de la dinàmica de la mateixa presó o amb un diagnòstic previ a l'internament. Malgrat els lleugers esforços per abordar la salut mental d'aquest col·lectiu, encara són pocs els

programes implantats i duts a terme en el mitjà penitenciari amb el propòsit de tractar a les persones amb trastorns mentals, com ara el programa PAIEM, Unitats Terapèutiques i Educatives (UTE) o d'altres, més específiques i proporcionades per entitats externes, relacionades amb les addiccions com la Comunitat Terapèutica Intrapenitenciària (CTI) de Proyecto Hombre en València. Amb tot i això, el tipus de tractament que solen rebre es caracteritza per la sobremedicalització, centrada en ansiolítics i antidepressius, la qual cosa suma una nova dificultat per a la recuperació integral de la seua salut. En general, pateixen una extensa pràctica de patologització i sobremedicalització (Batlle, 2021).

Des del paper del Treball Social resulta necessari abordar aquests problemes relacionats amb la salut mental. Actualment, el model predominant dels serveis de salut mental és el Rehabilitador o Biomèdic, que com bé esmenten Cazorla i Parra (2017) posa èmfasi a la diferència, considerant que les persones amb malaltia mental s'han de rehabilitar, establint-se una identitat com a malalt. A més, aquest forma part del nucli econòmic del mercat farmacèutic, en el que destaca l'aliança entre la medicalització i la mercantilització. Com a conseqüència, sorgeix el model de recuperació, el qual deixa de banda la malaltia com a nucli d'intervenció, i se centra en les aptituds i capacitats de la persona, mitjançant la seua pròpia participació en els processos. És per això que, quan es parla de Serveis Socials Penitenciaris es parla d'un servei social especialitzat que té com a finalitat afavorir la incorporació social de les persones privades de llibertat mitjançant mecanismes de protecció i assessorament que permeten superar les desigualtats i problemes socials inicials, amb la finalitat d'aconseguir la participació de les mateixes en el seu mitjà social (de Dios i Filardo, 2019).

Així doncs, des del Treball Social la intervenció ha de perseguir com a objectiu fonamental incidir de manera prioritària en els vincles socials i xarxes de suport que la persona té en l'exterior, el seu desenvolupament social a l'interior del centre penitenciari així com un major seguiment en els recursos i serveis en matèria de salut mental per a les persones que han estat privades de lli-

bertat una vegada ixen. A més, evidenciar i reivindicar l'eliminació de les barreres estructurals junt amb l'empoderament de les persones amb problemes de salut mental hauria de ser una de les finalitats primordials. En aquest sentit, la motivació d'aquesta investigació rau en la necessitat d'abordar les problemàtiques envers la salut mental de les persones privades de llibertat que, a causa de l'estigma imperant, esdevenen "poc mereixedores" de les atencions bàsiques de salut, així com demostrar com el sistema penitenciari actual esdevé un factor de risc per a la salut mental de les persones preses i per a la seua reinserció social, analitzant la seua estructura i els recursos que ofereix en aquesta matèria.

## 2. MATERIALS I MÈTODES

L'objectiu principal d'aquest treball de recerca és analitzar el paper de la presó en la salut mental de la població que ha estat privada de llibertat. Per aconseguir-ho, s'analitza l'impacte de la rutina i la idiosincràsia del sistema penitenciari en la salut mental de les persones que han sigut empresonades, els tractaments i recursos existents, l'eficàcia de l'atenció i el paper del/a professional de Treball Social en matèria de salut mental dins de la presó. Per poder aprofundir en la qüestió i assolir els objectius establerts, aquesta investigació és plenament qualitativa. L'elecció d'aquest tipus de metodologia és definida per la complexitat de la temàtica, i perquè permet desplaçar-se al context natural on esdevenen les experiències, on viuen les persones i on poder recollir les situacions que descriuen la rutina, els moments problemàtics i significants de la vida dels individus.

### 2.1. Participants

La població objecte d'estudi són persones que tenen algun tipus de relació amb el sistema penitenciari. Així doncs, la mostra consta de quatre persones que han estat privades de llibertat en la presó de Picassent (València), i quatre professionals que han treballat o treballen en aquesta presó. Les persones entrevistades que han estat privades de llibertat són, concretament, tres homes i una dona que han complert la seua condemna en els règims de segon i tercer grau. En relació

amb els homes entrevistats, aquests es troben en tractament de deshabituació d'addiccions en la Comunitat Terapèutica (CT) de Proyecto Hombre (FAMR) de València. Aquest accés a la mostra ha permés partir de persones que tenen conductes addictives, i possibilita, en aquest sentit, analitzar tant el seu pas per la presó com els recursos dels quals disposa en aquesta matèria el centre penitenciari.

Pel que fa als/les professionals entrevistats/des, es tracta, en primer lloc, d'una Treballadora Social que està al mòdul lliure de drogues, en segon lloc, d'un Treballador Social que treballa al mòdul d'infermeria amb pacients del PAIEM, en tercer lloc, d'una psicòloga que treballava a la UCA de la presó, i, finalment, una altra psicòloga que treballava, mitjançant una organització externa, a la presó amb persones preses amb conductes addictives. Tots aquests estaven encarregats d'intervindre en matèria de salut mental i en qüestions socials dins la presó. Donades les dificultats d'accés a la mostra, es va utilitzar la tècnica bola de neu per al reclutament de les persones participants. En la Taula 1 es mostra la descripció de totes les persones participants.

### 2.2. Tècnica de Recollida de Dades

D'entre totes les tècniques emmarcades dins de la metodologia qualitativa, la més apropiada per aquesta investigació és la de l'entrevista, ja que aquesta permet conèixer el que els i les informadors/es van sentir, van veure i van viure en la presó. En general, és una interacció professional que va més enllà de l'intercanvi espontani d'idees i es converteix en un acostament basat en l'interrogatori acurat i l'escolta, amb el propòsit d'obtenir coneixement meticulosament comprovat. L'entrevista serà semiestructurada, ja que encara que s'establisca un guió de preguntes per saber la informació que es requereix, les qüestions estan elaborades per a l'obtenció d'una resposta oberta i amb més capacitat per a matisar.

Així doncs, ateses particularitats de cada grup de participants, es van configurar dos models distints d'entrevista: un dirigit als/les professionals, i d'altre a les persones privades de llibertat. Pel que fa al primer tipus, les preguntes estaven

TAULA 1. Descripció dels/ participants

| Codi  | Característica                            | Gènere | Mòdul                       |
|-------|-------------------------------------------|--------|-----------------------------|
| TS1   | Treballador Social                        | Home   | Infermeria PAIEM            |
| TS2   | Treballadora Social                       | Dona   | Mòdul1 CTI Proyecto Hombre  |
| P1    | Psicòloga                                 | Dona   | UCA                         |
| P2    | Psicòloga                                 | Dona   | Organització externa        |
| PPLL1 | Persona que ha estat privada de llibertat | Home   | Preventiu                   |
| PPLL2 | Persona que ha estat privada de llibertat | Home   | Mòdul 27 joves conflictius  |
| PPLL3 | Persona que ha estat privada de llibertat | Home   | Mòdul 1 CTI Proyecto Hombre |
| PPLL4 | Persona que ha estat privada de llibertat | Dona   | Mòdul de dones              |

adreçades a conèixer com són les intervencions i el seguiment que es realitza cap a les persones privades de llibertat i el seu entorn, quins són els recursos dels quals disposa la presó per abordar situacions d'addiccions o de trastorns mentals, així com la seua perspectiva sobre com afecta aquesta a la salut de les persones. D'altra banda, pel que fa a les persones que han estat privades de llibertat, les qüestions giraven entorn de com havien passat emocionalment la condemna, centrant les preguntes en com la falta de privacitat, els espais reduïts, la convivència amb la resta d'interns, la rutina estricta i, en general, la dinàmica de la presó els havia afectat. Es va posar èmfasi, a més, en conèixer com era el tracte del funcionariat de seguretat així com de la resta de professionals cap ells/es, els recursos que disposen en matèria d'addiccions i trastorns mentals així com la relació amb la seua família.

2.3. Procediment

Pel que fa a les entrevistes amb les persones privades de llibertat, van ser presencialment i es van dur a terme en un espai proporcionat per Proyecto Hombre dins de la CT. La durada d'aquestes va oscil·lar els 30 minuts en cadascuna. D'altra banda, en relació amb els/les professionals de la presó, dos es van haver de realitzar per videotrucada per motius d'espai/temps així com de

disponibilitat, i les altres dos es van realitzar de manera presencial. Cal fer esment específic, llavors, als valors ètics promulgats en la Declaració de Helsinki, ja que s'ha requerit la participació d'éssers humans en les tècniques d'investigació. És per això que, es va obtenir el consentiment informat i voluntari de cada un d'ells, comunicant-los el seu dret a rebre tota la informació relacionada amb l'estudi, garantint la seua intimitat i la confidencialitat de les seues dades personals així com la possibilitat d'abandonar la investigació en tot moment.

2.4. Anàlisi de Dades

Per a l'anàlisi de dades, s'han transcrit les entrevistes i s'ha emprat una anàlisi de contingut mitjançant la codificació i categorització. L'anàlisi de contingut qualitatiu és un enfocament per a la descripció i interpretació de dades textuais mitjançant el procés sistemàtic de codificació. Les categories impliquen un significat referit a situacions, contextos, activitats, etc. i la categorització és l'associació dels codis a una determinada categoria. Així doncs, els codis representen abreviacions de les temàtiques. Les categories s'han establert a partir d'un procés deductiu, que es sustenta en un marc teòric per a elaborar les categories. No obstant això, posteriorment, com bé s'observarà, destaca el sorgiment de categories emergents.

### 3. RESULTATS

Els resultats obtinguts a partir de les entrevistes individuals a les persones privades de llibertat i els/les professionals entrevistades, mitjançant un procés de codificació, s'han establert en tres categories principals que després s'han subdividit en 19 subcategories. Aquestes s'han fixat segons els discursos dels/les participants (veure taula 2).

#### 3.1. Disfuncionalitat de la Presó

El funcionament de la presó es veu corromput per diversos factors interns que desestabilitzen la mateixa funció i l'ambient de la institució. Aquests es donen tant pel mateix personal treballador com per les mesures coercitives i de càstig que s'empren.

#### Violència per Part del Funcionari de Seguretat

La funció del funcionari de presons és la de mantindre l'ordre i la seguretat dels mòduls. No obstant això, els/les entrevistats/des esmenten l'abús de poder que han exercit sobre ells/es mateixa i sobre la resta de les persones privades de llibertat, mitjançant agressions, xantatges i tractes vexatoris. Una altra conseqüència d'aquest maltractament per part dels funcionaris és la que ve esbiaixada pels preceptes masculistes imperants en la nostra societat. Dues de les participants han esmentat com han sigut sexualitzades, i fins i tot, agredides sexualment.

*"Si t'havien de pegar, et pegaven... et pegaven a mà oberta per a no deixar marca. Si et poses violent amb ells ja t'agafen i et porten a aïllament i et peguen la de la teua vida" (PPLL2).*

**TAULA 2. Categories i subcategories d'anàlisi**

| Categories                              | Subcategories                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Disfuncionalitat de la presó            | Violència per part del funcionari de seguretat       |
|                                         | Tracte deshumanitzant del servei mèdic               |
|                                         | Règim d'aïllament                                    |
|                                         | Presència de drogues a la presó                      |
| Efectes de l'estada en la presó         | Estat d'alarma                                       |
|                                         | Incapacitat de plorar i apatia                       |
|                                         | Sensibilitat sensorial a sons, olors i sabors        |
|                                         | Falta d'autonomia a les cel·les                      |
|                                         | Relacions sexuals entre dones                        |
| Abordatge de la salut mental a la presó | La rutina com a factor de risc de les addiccions     |
|                                         | Manca de recursos                                    |
|                                         | Falta de personal i escàs seguiment                  |
|                                         | Poca coordinació                                     |
|                                         | Sobremedicació                                       |
|                                         | Minorització dels problemes i valor a ser esoltat/da |
|                                         | Paper del/a treballador/a social                     |

*"Els funcionaris et tracten mal, jo he vist funcionaris maltractant a un intern, i l'intern haver d'abaixar el cap perquè sinó sap que hi ha un càstig, i que mai va a tindre la raó" (P1).*

*"Hi havia alguns funcionaris que eren uns assetjadors, perquè sabien a l'hora a la qual anàvem a dormir i quan et posaves el pijama t'obrien la porta, i clar, què els diràs? Res, els denúncies? Tampoc perquè els comunicats passen per ells" (PPLL4).*

*"Fins i tot jo m'he sentit maltractada pels funcionaris, sobretot xics... se senten en la llibertat de vacilar-te, de sexualitzar-te...perquè tenen el poder. Hi ha funcionaris que abusen del seu poder" (P1).*

### **Tracte Deshumanitzant per Part del Servei Mèdic**

Les persones privades de llibertat expliquen que el tracte que reben per part del servei mèdic és degradant i deshumanitzador, arribant fins i tot a escarnir-se de la seua situació amb sarcasmes.

*"Els infermers semblava que t'estigueren perdonant la vida, i damunt es mofaven davant teua dient coses com "ai hui he d'anar al cinema", i crec que això sobra davant de persones que estan privades de llibertat" (PPLL4).*

### **Règim d'Aïllament**

L'aïllament és una sanció aplicada per l'equip disciplinari, ja siga per acumulació de sancions, per sanció greu o perquè l'intern suposa un perill, tant per a ell mateix com per a la resta, expliquen els/les participants. Són nombroses les opinions controvèrsies a aquesta mesura que qüestionen la seua utilitat, però també hi ha d'altres que la veuen l'única opció viable en casos de perillositat.

*"Els patis de màxima seguretat són com la meitat que aquesta sala...i estan pegant voltes durant dos hores...i després se'n tornen a la seua cel·la on estan ells i els seus pensaments...sí és una persona, per exemple, que té molts brots psicòtics, o que té pensaments intrusius estranys, ideació de persecució...eixe entorn com està fomentant que eixa persona no tinga eixes conductes o eixos pensaments?...la inhibició d'estimulació és de les pitjors tortures que pots fer a una persona, més que una tortura física" (P1).*

*"Si una persona es posa molt agressiva...doncs l'has d'aïllar, per què? Doncs per la convivència de tot el món. Llavors cal aïllar, cal medicar i fer-li un seguiment" (TS1).*

### **Presència de Drogues a la Presó**

La presó sol ser una institució tancada on regna la seguretat i es vetlla per la llei, l'entrada, el tràfic i el consum de substàncies tòxiques està a l'ordre del dia. Els/les participants esmenten que són nombroses les vies amb les que aconseguir-les: visites de les famílies, recepta mèdica de benzodiazepines i per funcionari.

*"Els mateixos funcionaris, t'agafen i et donen un tros de xocolata dient-te que si et xives t'ho donen" (PPLL1).*

*Allí s'entra droga, i s'entra pels registres. I segur que hi ha mà alçada, perquè sinó no es podria entrar de veritat droga en la presó" (PPLL3).*

### **3.2. Efectes per l'Estada en la Presó**

La rutina de la presó i el maltractament institucional abans esmentat que reben les persones privades de llibertat, juntament amb l'ambient agressiu i intimidatori que pateixen, fa que moltes persones tinguen seqüeles arran de l'interament.

#### **Estat d'Alarma**

Un dels efectes més repetits entre les persones que han estat privades de llibertat és el d'estar sempre en un estat d'alarma constant, tan dins com una vegada ja han eixit de la presó. Aquest estat, esmenten els/les participants, és causat per l'ambient tan estricte i controlador que hi havia a la presó, majoritàriament pels funcionaris, encara que també per la relació amb la resta dels/les interns/es.

*"Jo no puc tindre a una persona darrere així a prop i estar tranquil, perquè em crec que és algú que ve a pegar-me, perquè ahí has d'estar sempre alerta per qualsevol problema" (PPLL2).*

*"Si eres una persona que entra en benestar psicològic, la presó està montada d'una manera que ixes en algun tipus de patologia sí o sí...és un entorn on sents que sempre estàs en perill, perquè altres persones poden fer-te mal, tampoc tens persones de confiança, el funcionariat no són persones de confiança, els metges no són personal de confiança, les psicòlogues algunes sí, altres no" (P1).*

### **Incapacitat de Plorar i Apatia**

Les persones privades de llibertat entrevistades expliquen que la presó ha suposat un punt d'inflexió en la seua capacitat d'expressar i sentir determinades emocions. La incapacitat de plorar es veu relacionada a la creença que mostrar sentiments és sinònim de debilitat, com bé evidencia un dels entrevistats.

*"És un estat d'aïllament personal, et tornes apàtic i la gent et pregunta que per què estàs tan seriosa i tu respons "creus que jo tinc ganes de riure'm?" (PPLL4).*

*"Em costava molt plorar davant dels altres presos, perquè s'interpretava com un símptoma de fluixetat i clar, els altres presos en aquest moment es podien aprofitar" (PPLL3).*

*"Fa no sé quant de temps que no plore, i això no és normal, i m'han passat coses pera plorar... es va morir el meu avi, no vaig poder anar al soterrament, i jo ni vaig plorar" (PPLL2).*

### **Sensibilitat Sensorial a Sons, Olors i Sabors**

L'aversió a determinats sabors o olors és causada pel record a una època passada, que com bé han anat explicant els/les entrevistats/des, ha sigut prou dolenta. Alguns/nes d'aquests/es esmenten com són incapaços de sentir certs sons estridents, o olorar determinats productes, ja que els venen pensaments i records intrusius.

*"Quan vaig eixir va ser que estava molt marejada, i no sé perquè quan vaig menjar amb una forqueta de metall em van vindre moltes ganes de vomitar. Els sorolls, les olors...hi ha timbres que no els suporta. Hi ha una olor d'un líquid de fregar que em causa molt de rebuig. Hi ha sorolls que m'han deixat marcada" (PPLL4).*

*"El so de quan tanquen les cel·les se m'ha quedat clavat" (PPLL1).*

### **Falta d'Autonomia a les Cel·les**

Les cel·les són espais reduïts en els quals has de conviure amb altres persones amb poca o cap intimitat, relaten els/les entrevistats/des. Aquesta situació genera incomoditat, conflictes amb el/a company/a de cel·la i un sentiment de desemparament.

*"En la cel·la érem tres persones, i fatal la convivència, perquè allí el que porta més temps és el que mana de la cel·la i el que millor està, és més conegut, té més amistats allí dins... la falta d'intimitat em feia sentir bastant desemparat...el que porta més temps estableix les seues pròpies normes dins de la cel·la, i jo em vaig haver d'emmotllar al que ell em diguera, i això és injust" (PPLL1).*

### **Relacions Sexuals entre Dones**

Un altre aspecte a destacar dels efectes de l'estada en la presó és el de les relacions sexuals entre dones. Les participants expliquen que sorgien una vegada entraven a presó, i que moltes vegades responien a interessos o a formes de defensa per a evitar conflictes amb algunes internes.

*"Jo vaig veure com moltes xiques es feien lesbianes, encara que tingueren parella fora" (PPLL4).*

*"Tenien molt de dilema de identitat sexual, perquè eren persones heterosexuales fora, però dins havien començat a tindre relacions en dones per protegir-se. elles pensen "he de sobreviure, i si per a sobreviure jo no done por, ni puc imposar, i m'he d'enrollar en la tia que maneja el mòdul, doncs ho faig" perquè és que sinó el fan realment putades" (P1).*

### **La Rutina com a Factor de Risc de les Addiccions**

Una de les professionals explica que el fet de tindre poques activitats i no estar a cap programa, acaben inserits en una monotonia constant que augmenta les seues ganes de consumir. A més, diversos informants també expliquen com l'exagerada presència de les drogues feia que resultara vertaderament difícil mantindre's abstinent.

*"El que sí que els afectava era la rutina: molt poques activitats i molt pocs recursos. Estaven fent tots els dies el mateix i els afectava. Sobretot per la monotonia. Alguns esperaven trobar un treball, mentre que uns altres deien de tornar a consumir perquè els dies els passaren més ràpid" (P2).*

*"Hi ha una animalà de droga. De fet, hi ha dos mòduls, 23 i 24, que jo cada vegada que venia un pacient li deia "bienvenido al módulo de la fiesta", perquè són mòduls on hi ha moltíssima droga, i tot el món ho sap. De fet, quan entren, els avaluen i si veuen que tenen problemes de consum els envien a eixos mòduls" (P1).*

*"Si no haguera entrat al mòdul 1 de Proyecto Hombre haguera tingut una recaiguda segur, no haguera superat la meua addicció" (PPLL3).*

### 3.3. Abordatge de la Salut Mental a la Presó

La salut mental de les persones privades de llibertat es veu afectada pels efectes abans esmentats. A més, són també moltes persones les que tenen algun tipus de trastorn mental i també estan complint condemna. No obstant això, el sistema penitenciari esdevé incapaç d'afrontar aquesta problemàtica.

#### Manca de Recursos

Els recursos existents a la presó en matèria de salut mental i addiccions són escassos i amb requisits molt estrictes per poder entrar a causa de la quantitat de persones preses que hi ha. Hi ha un mòdul lliure de drogues, concretament el mòdul 1, gestionat per Proyecto Hombre València (FAMR) així com dos Unitats de Conductes Addictives (UCA), gestionades per una organització externa, en aquest cas, Creu Roja. D'altra banda, el programa que ofereix la presó per tractar i intervindre amb persones que tenen un trastorn mental és el PAIEM, i és al mòdul d'infermeria on deriven les persones amb trastorns mentals.

*"Molts programes són molt exquisits...a Proyecto Hombre no veuràs a un PAIEM 2 o a un PAIEM 3... perquè clar tenen poques places i han d'entrar els millors" (TS1).*

*"Hi ha poques places en els programes, i els requisits són molt estrictes per això mateix. El problema és que si no estan en cap programa només compleixen condemna" (P2).*

#### Falta de Personal i Escàs Seguiment

La falta de personal quant al servei mèdic ha sigut una de les principals disconformitats dels/les informants, reivindicant a més, la presència de més professionals relacionats en l'àmbit psicossocial. Però sobretot, la presència de la figura del/a psiquiatre/a. Tota aquesta falta de personal provoca, en certa manera, un escàs seguiment del pres, ja que la ràtio per professional és molt àmplia.

*"A Picassent no hi ha psiquiatres" (TS1).*

*"No hi ha suficients recursos...ara mateix hi ha 2 metges en tot el centre penitenciari...el sistema mèdic és molt precari" (TS2).*

*"Jo era l'única psicòloga de la UCA de preventius. Preventius tindrà 1000 i algo interns, i pensa que allí problemes d'addiccions té la majoria de la població interna...i era jo la que receptava la metadona, li ho donava a la metgessa per a que m'ho firmara, però ella era qui administrava les dosis" (P1)*

*"Si els porta un programa el seguiment és més sovint...i hi ha interns als quals jo he portat en programa i que he portat el seguiment mensualment o fins i tot quinzenalment" (TS2).*

*"Al mòdul 1 tenia una teràpia individual cada mes... Els dos mesos que vaig estar en l'altre mòdul no vaig tenir cap cita amb la psicòloga" (PPLL3).*

#### Poca Coordinació

La coordinació amb els recursos externs i amb l'entorn més pròxim de la persona privada de llibertat, com és la família, és una tasca que han de realitzar els/les professionals per assegurar una correcta derivació i posada en llibertat. No obstant això, aquesta no s'efectua de manera adequada a causa de la falta de temps i de personal.

*"La coordinació amb els sistemes de salut és molt difícil, Presons porta molt de temps intentant que hi haja un conveni perquè la sanitat dels interns siga la pública i la pública no vol admetre'l perquè considera que és molta despesa" (TS2).*

*"Les famílies tenen accés directe via telefònic. I si volen posar-se en contacte amb tu doncs es posen. Si hi ha temps, perquè et pots citar amb les famílies, però esque no hi ha temps" (TS1).*

*"La coordinació amb serveis socials de València és molt complicada, ja que hi ha molts llocs que quan entra en presó diuen "ale, tot vostre" (TS1).*

#### Sobremedicació

L'ús reiterat de medicació com a mètode de solucionar determinades afeccionsànimiques o emocionals és un dels problemes de què pateix el servei mèdic penitenciari, com bé relaten els/les professionals i les persones que han estat privades de llibertat entrevistades. Aquest fet,

juntament amb la falta de personal en matèria de salut, i sobretot, en salut mental provoquen aquestes situacions, esmenten els/les professionals entrevistats/des.

*"La infermera em va preguntar, "com estàs?" I jo li vaig dir "molt nerviós" i l'única cosa que va fer va ser receptar-me antipsicòtics que em deixaven anul·lat, que jo anava arrossegant els peus" (PPLL2).*

*"T'obliguen a prendre medicaments, pràcticament t'obliguen...em vaig barallar amb la infermera i el metge, perquè jo plorava...i em van dir "has de prendre't pastilles"*

*"... jo el que volia era sentir les meues emocions, no m'importava plorar" (PPLL4).*

*"Normalment un trastorn mental greu es medicalitza, no hi ha una intervenció per a mi que siga real i adequada, i l'altre tipus de patologia, no per la meua part, sino per la part del sistema, es minoritza, és a dir, una ansietat o una depressió no és algo rellevant. Normalment quan la consideren rellevant, es medicalitza" (P1).*

#### **Minorització dels Problemes i Valor a ser Escoltat/da**

Una de les professionals explica que és molt comú minoritzar i desvaloritzar els mals de les persones sols perquè tenen la percepció que s'ho estan inventant per poder consumir medicaments, sense preguntar-se per què voldrien prendre-se'ls. En aquest sentit, explica que una de les característiques de les intervencions amb la població que està privada de llibertat és la importància de la comprensió i l'escolta activa, més que altres tècniques, ja que en aquest entorn no se senten recolzats i valorats.

*"Dins es treballa d'una manera totalment diferent...dins el que era essencial era validar. A mi el que més em sorprenia era que dir-li a algú "jo t'entenc", "m'importes", i "el que estàs sentint té un valor" ja tenia un valor terapèutic molt gran...dins de la presó era "ostras, de veritat t'importe?" (P1).*

*"A mi em feia molta falta que algú t'escolte i que algú et tracte diferent" (PPLL4).*

#### **Paper del/la Treballador/a Social**

El paper del/a professional en Treball Social és un paper que es dedica a la informació i l'orientació, així com a la gestió de les demandes dels usuaris.

Malgrat això, existeix una iniciativa en voler superar el binomi necessitat-recurs per poder portar a terme una intervenció centrada en el canvi i la transformació, centrant-se en l'usuari.

*"El tema del Treball Social és un paper d'informació i de promoure el canvi, és a dir...si vols que canvie, l'has d'informar i li has de fer-li conscient que ha de canviar. Això es fa amb l'atenció directa, tu fas una atenció directa amb l'intern i amb les famílies" (TS1).*

*"Hi ha una doble via, una que té molt a veure amb burocràcia i més gestions...i després està la part mobilitzadora i de canvi...aprofitar cada trobada amb l'intern...que la persona puga qüestionar-se, mobilitzar recursos interns, i que puguem passar el binomi necessitat-recurs" (TS2).*

## **4. DISCUSSIÓ**

El present treball de recerca pretén analitzar el paper de la presó en la salut mental de la població que ha estat privada de llibertat. És per això que, resulta primordial destacar la importància que ha tingut per aquest estudi la metodologia qualitativa i, en aquest sentit, recollir, sobretot, les experiències subjectives de les persones privades de llibertat. Ha suposat un pont per poder donar-les veu i conèixer des de la seua posició com viuen el sistema penitenciari. També ha permès reunir les perspectives de distints professionals que treballen a l'àmbit penitenciari.

Així doncs, determinar en quina mesura la rutina i la idiosincràsia del sistema penitenciari afecta a la salut mental de les persones que han estat empresonades és el primer objectiu d'aquest estudi. Així doncs, els resultats mostren com existeixen una sèrie de conseqüències tant sensorials com psicosocials que afecten a la persona tant dins com fora de la presó. Els efectes identificats actualment continuen corresponent amb els de les investigacions de Haney (2002) sobre la presonització, i amb els de Valverde (1997), relacionats tots dos amb seqüeles anímiques, sensorials i psicosocials que afecten a la seua futura reinserció i reintegració en la societat.

Els estudis de Miguel (2014) i López (2022) també coincideixen amb els resultats d'aquesta re-

cerca, evidenciant les relacions jeràrquiques de poder entre presos/es que causen desconfiança i un estat d'alarma constant, també ocasionat per la hipervigilància i per les nombroses contencions, maltractaments i aïllaments portats a terme per funcionaris, que els/les ocasiona un malestar psicoemocional. També expliquen com el mateix tancament, tant el d'estar en la presó com el de la cel·la, produeix una sensació d'enclaustrament i de manca d'intimitat, generant una sensació de desemparament. En aquest sentit, també concorden els resultats de Pozo et al. (2020) amb els d'aquesta investigació sobre el tracte inhumà que reben les persones privades de llibertat per part del funcionariat de seguretat. No obstant això, aquests mostren com les persones preses reben un tracte més agradable per part dels/es professionals terapèutics/es, fet que no es relaciona amb els d'aquesta investigació, ja que explicaven que tant infermers/es, psicòlegs/es com metges/es els tractaven amb indiferència i, en alguna ocasió, amb humiliacions.

L'aïllament ha estat qüestionat als resultats i també defensat. S'ha presentat, per una banda, com un mètode de protecció de la convivència, coincidint amb els preceptes del Reglament Penitenciari (1996) en què l'aïllament, a més, haurà de tindre el seguiment del/a metge/sa del centre penitenciari, vigilant l'estat de salut de la persona en tot moment. D'altra banda, també s'ha afirmat que la inhibició d'estímul és de les majors tortures, en aquest cas, coincidint amb l'estudi de Haney (2018), el qual afirma que s'utilitza amb freqüència com un component de tortura. En el seu estudi exposa que són freqüents les ruminacions, els pensaments intrusius, com bé s'ha esmentat als resultats, però, a més, afegeix altres efectes com ara la sobresensibilitat als estímuls externs, irracionalitat i irritabilitat, dificultats amb l'atenció i sovint amb la memòria, o fins i tot, l'aparició de psicopatologies, distorsions perceptives i intents de suïcidi.

Aquesta diferència destaca perquè els/es que qüestionen i critiquen l'aïllament han sigut els/es presos/es, i les persones que l'han defensada o, més bé, justificada, han sigut els/es professionals. Així doncs, podria ser que aquesta

justificació per part dels/es professionals sobre les mesures portades a terme, realment siga necessària perquè el sistema penitenciari continue en peu, recuperant així les paraules de Pasukanis (1976) "la superestructura legal existeix i funciona perquè darrere d'ella es troba una organització de la classe dominant" s'ajustaria a la realitat actual entenent als/es professionals com part d'aquesta classe dominant que esmenta. El fet de no qüestionar i no combatre l'hegemonia institucional és el que comporta la contínua reproducció d'aquesta. D'altra banda, i seguint a Foucault (1975), les persones preses que estan exposades a patiments que la llei no he previst, cauen en un estat de còlera cap a tot el que els rodeja, acusant, així, a la justícia. És per això que, tal vegada, per aquest motiu, les persones privades de llibertat són més crítiques de per si a l'hora de concebre el sistema penitenciari.

Als resultats ha sorgit una categoria emergent relacionada amb les relacions sexuals entre dones privades de llibertat, dotant-les d'un caràcter de dominació cap a altres preses. A l'Estat Espanyol no existeixen gaire investigacions recents que tracten aquest tema, ja que l'únic que s'ha trobat és l'estudi de Valverde (1997) que explica que no és una opció triada lliurement sinó que està imposada per la realitat de la vida de la reclusa, utilitzada com a mecanisme de control i dominació, coincidint amb l'exposat als resultats. Per contra, Simpson et al. (2019) rebutgen part d'aquesta anàlisi, ja que suposa un precepte per esborrar les dones lesbianes i bisexuals identificades a la presó, però, sí que entenen que la cultura carcerària es presenta com un context social particular, i que aquestes relacions sexuals sí que podrien estar condicionades a causa del context en el qual es troben. Malgrat aquestes investigacions entorn les relacions sexuals entre dones a les presons, queda palés que la literatura que estudia aquesta situació és escassa. Així doncs, caldria investigar més sobre aquest aspecte, i conèixer si també ocorre el mateix patró a les presons o mòduls d'homes.

La rutina com a factor de risc per a les addiccions també ha estat un aspecte nou en la investigació que ha sorgit dels mateixos resultats.

Aquests són coherents amb la investigació de Kolind i Duque (2016), que mostra com l'ús de les drogues en les presons s'entén com una resposta per alleujar els dolors de l'empresonament, com ara l'avorriment, la violència, la privació de l'autonomia personal i la negació de les relacions socials importants. És per això que, seguida del tabac, la droga més comuna és el cànnabis, ja que té efecte sedant per a calmar l'estrès, com bé s'afirma a l'ESDIP (2022).

Quant al segon objectiu, conèixer quins tipus de tractaments i recursos s'utilitzen per tractar amb els problemes de salut mental dins la presó, als resultats es reivindica el traspàs de la sanitat penitenciària a la sanitat pública. Aquest aspecte ha sigut també abordat i reclamat per altres autors, com Pérez-Martínez i Hernández-Monsalve (2022) que evidencien la necessitat de traspasar a les comunitats autònomes les competències sobre sanitat penitenciària, i que no quede relegada a Institucions Penitenciàries.

En general, als resultats s'evidencia que la dotació de recursos de salut mental és inadequada, tant en professionals com en serveis i programes, ja que, en aquests últims, les places són molt limitades. La falta de personal sanitari, psicòlegs/es, treballadors/es socials... així com la figura del/a psiquiatre/a, pot esdevindre un motiu pel qual l'atenció cap a les persones preses no siga l'adequada, perquè, com bé han esmentat, les condicions per falta de personal són precàries, i no tenen ni el temps ni l'espai suficient per a dedicar a les intervencions. Són escasses les investigacions que parlen sobre aquesta problemàtica més enllà de l'Informe del CPT (2021) que exposa la insuficient presència de professionals de psiquiatria i psicologia clínica, així com les males condicions de treball en les que es troben. En aquest sentit, el fet que no existisca una xarxa clara d'atenció, ja que l'acord d'Institucions Penitenciàries de traspasar la sanitat penitenciària a la sanitat pública no s'ha portat a terme, i que la falta de personal, de recursos i de programes siga cada vegada major, dona lloc a què el sistema penitenciari no compte amb una atenció integral en salut mental, i que es base, generalment, en l'ús de psicofàrmacs.

Quant al següent objectiu: determinar l'eficàcia de l'atenció en matèria de salut mental al sistema penitenciari. Els resultats ofereixen una visió sobre el tracte que reben les persones privades de llibertat caracteritzat per la falta de comprensió, la minorització dels problemes i l'ús abusiu dels psicofàrmacs, i són coherents amb els de Mimbreno et al. (2023), que explica com les preses es troben desateses perquè el personal d'aquests serveis no dona la importància que deu a alguns casos d'especial gravetat. En unes altres, perquè hi ha falta de personal com el metge d'atenció diària o professionals especialitzats en salut mental.

Els resultats suggereixen que la nul·la accessibilitat a un servei de qualitat dels serveis mèdics i terapèutics més bàsics de la que parlen les persones privades de llibertat podria vindre donada, també, per l'estigma, constituït com una barrera socioestructural que priva a les persones que reuneixen determinats criteris a accedir a una atenció integral i integrada. En aquest sentit, l'estigma no vindria donat sols per la condició de pres/a, sinó també per la de tindre un trastorn mental. Així mateix, si les persones amb trastorns mentals reben una prestació sanitària desigual respecte la població general, com bé esmenten Pedrosa et al. (2019), es podria afirmar que, a la presó ocorre el mateix però de forma més greu, ja que les barreres de l'estigma abans esmentades conflueixen junt amb la manca de recursos.

L'ús exacerbat de psicofàrmacs com a solució per a les afeccions de les persones privades de llibertat és una de les situacions exposades als resultats que més coincideixen amb els estudis de Lledó (2014) i Bastida (2014). Aquests evidencien la problemàtica de la sobremedicació a les presons, explicant que les presons són llocs en els quals l'accessibilitat al fàrmac és major, i a conseqüència d'això i d'altres variables més, les persones privades de llibertat consumirien més psicofàrmacs que les que estan fora de presó. Els resultats de l'estudi de López (2022) també concorden amb els d'aquesta recerca, explicant que els psicofàrmacs complirien amb un efecte de contenció i control generant dependència i contribuint al manteniment d'una actitud passiva que fuig de la confrontació amb la institució. En

aquesta línia, a l'estudi d'Álvarez et al. (2021) també s'observen aquests resultats, evidenciant que interessa augmentar les dosis en la medicació com a metadona o psicotròpics perquè estiguen calmades. Una de les internes del seu estudi explica que utilitzen la medicació com a forma de control, concordant amb les afirmacions dels/les informants d'aquesta recerca.

A més, també s'exposa que la presó és un factor de risc per a la salut mental de la persona, afirmant que és molt probable que les persones que isquen de la presó ho facen amb algun tipus de trastorn mental o deterioració psicoemocional. Aquestes declaracions concorden amb l'estudi recent de Pérez-Martínez i Hernández-Monsalve (2022), els quals esmenten que el tractament de salut mental que es puga oferir a la presó, fins i tot en el millor dels casos possibles, serà sempre inadequat, perquè té lloc en un context antiterapèutic per definició. L'ambient carcerari contribueix de manera significativa a la deterioració de la persona amb patologia psiquiàtrica. És per això que, donats els resultats, s'hauria de repensar el model penitenciari actual si el que es pretén és, ja no sols una òptima reinserció de la persona, sinó també una protecció dels Drets Humans.

Finalment, quant a l'objectiu de conèixer el paper del/a treballador/a social penitenciari en matèria de salut mental, els resultats obtinguts en aquesta investigació esmenten que, encara que persistisca una tasca més burocràtica i informativa, també porten a terme el paper de transformadors i de motivar-los al canvi, potenciant les capacitats de cada persona. Això concorda, llavors, amb el que s'explica a les investigacions de Davidson i González-Ibáñez (2017) i Cazorla i Parra (2017) sobre el model de recuperació en salut mental, ja que l'atenció ha d'estar centrada en les fortaleses de la persona, de la seua família i de la seua xarxa social. No obstant això, els resultats d'aquesta investigació demostren que, en el sistema penitenciari, és difícil treballar amb la família i la xarxa social per la seua situació de privació de llibertat i per la manca de recursos i de personal abans esmentada. Llavors, no s'estaria portant a terme de forma efectiva el model recuperador.

És per això que, queda reflectida la necessitat d'incloure més professionals del Treball Social donat l'augment de demandes de persones amb trastorns mentals, ja que en els testimonis corroboren que no hi ha temps per treballar i portar a terme les intervencions que voldrien, així com de seguir un Treball Social més crític envers les institucions penitenciàries. Valencia-Orrego (2014) explica la necessitat en el Treball Social de tensar i reconèixer les contradiccions i conflictes de la societat, considerant la transformació i la lluita com una possibilitat real articulada a les forces socials dins de la societat en la qual vivim. Així doncs, en aquest paper polític i crític del Treball Social no sols s'hauria de contemplar el fet de garantir els drets de les persones privades de llibertat, sinó també el d'un agent transformador, mobilitzador i reivindicatiu de les injustícies que pateixen les persones privades de llibertat, donant-los veu.

Les limitacions d'aquesta investigació rauen, principalment, en l'accés a la mostra de població entrevistada, ja que esdevé difícil a causa de l'estigma que suposa haver estat en la presó, i sobretot, la impossibilitat de contactar amb persones preses pels impediments del mateix sistema penitenciari, que cada vegada és més hermètic. En aquest sentit, la mostra s'ha limitat a persones que han estat privades de llibertat que es troben en un procés de deshabitació de conductes addictives, per la qual cosa les seues necessitats i experiències podrien no ser representatives del total de la població objecte d'estudi. Ressalta també la dificultat de contactar i/o trobar dones que hagen estat privades de llibertat, informants clau del programa PAIEM o persones internades en primer grau. A més, la recerca bibliogràfica també ha estat limitada, sobretot quant al funcionament de la mateixa presó. La informació sobre els sistemes penitenciaris, més enllà de la LOGP (1979) o el Reglament Penitenciari (1997), resulta de difícil accés, o fins i tot, restringit a la població que no té cap contacte amb aquests. Es necessiten investigacions futures que puguin abordar aquestes limitacions.

Una altra limitació ha estat la del nombre reduït d'estudis que tracten la salut mental de les persones privades de llibertat, la qual pot veure's re-

lacionada amb la dificultat d'accedir a la mostra i a la pròpia informació penitenciària. A més, tot i poder veure la correlació entre el malestar psicossocial de les persones preses i la idiosincràsia de la presó, no s'ha pogut determinar la presència dels abusos de poder dels/es funcionaris de seguretat, així com les agressions sexuals a internes per part d'aquests, a causa de l'absència d'estudis que comprenen aquesta problemàtica. Tampoc s'han pogut contrarestar els resultats obtinguts en aquesta investigació relacionats amb la minorització dels problemes i el tracte deshumanitzant per part dels/les professionals cap a les persones privades de llibertat, ja que no hi ha investigacions recents que estudien aquesta qüestió.

És per això que, aquesta investigació ha de servir com a incentiu per a futures investigacions relacionades en l'àmbit penitenciari així com per a promoure un canvi en la concepció de la presó com a institució dedicada a la reinserció i la reintegració de les persones preses. Com s'ha evidenciat en aquest estudi, els/les reclusos/es viuen en un entorn hostil amb rutines estrictes basades en els càstigs i els maltractaments físics i verbals, que els provoca seqüeles emocionals i psicossocials. A més, no tenen una atenció terapèutica efectiva, ja que el que predomina és l'ús de psicofàrmacs com a mètode de control, deixant de banda, la problemàtica amb les conductes addictives que tenen un gran nombre de persones preses.

Així doncs, tindre en compte aquestes qüestions en la pràctica del Treball Social permet entendre l'entorn social en el qual es troben les persones privades de llibertat, i com molts dels trastorns mentals que tenen els/les interns/es venen derivats d'aquestes problemàtiques. Conèixer aquesta situació, permet establir línies d'actuació basades en la comprensió, i en el valor de les xarxes socials que puga tindre la persona fora de la presó (Ramos-Feijóo i García, 2020). A més, com bé esmenten Robledo i Giménez (2019), el/a treballador/a social compta amb un paper determinant en què ha de promoure les condicions de les persones privades de llibertat.

## 5. CONCLUSIONS

El sistema penitenciari esdevé un escenari de risc per a les persones amb trastorns mentals a causa de les nombroses disfuncionalitats del mateix sistema, com ara la violència institucional, el tracte deshumanitzant, la manca de recursos per abordar les problemàtiques en matèria de salut mental i d'addiccions, així com les condicions en les quals viuen i la mateixa arquitectura, tant externa com interna, de la presó. En aquest sentit, no sols s'ha de contemplar com un factor de risc, sinó també com una institució que per la seua pròpia idiosincràsia arriba a generar trastorns mentals en la població presa.

Així doncs, queda qüestionat el funcionament del sistema penitenciari, sobretot en matèria de salut mental i reinserció, ja que queda palès la nul·la voluntat d'aquest en proporcionar recursos i suports accessibles i eficients a les persones amb trastorns mentals i amb conductes addictives, així com en facilitar instal·lacions òptimes i que no siguin les mateixes generadores dels malestars psicoemocionals. Quina reinserció es pretén aconseguir en un entorn on s'abandona i es maltracta al/la pres/a? Tal vegada s'hauria d'admetre que les presons no són més que espais de càstig i violència, en els que tots els actes queden impunes, ja siga perquè molts queden emparats dins la llei, com per exemple la sanció d'aïllament o l'ús de la força per part del funcionari, o perquè la mateixa essència de la presó és la d'estar al marge de la societat.

En general, s'hauria d'educar i formar a la població per canviar la concepció sobre les persones privades de llibertat, però, majoritàriament, als mateixos professionals que treballen als centres penitenciaris. No s'haurien de permetre tractes degradants ni agressions físiques a cap persona que estiga, ja de primeres, en una situació de vulnerabilitat i d'inferioritat quant a relacions de poder. Des del Treball Social, s'han de denunciar aquestes situacions i condicions, perquè resulten una barrera i impossibiliten la intervenció i la futura reinserció de la persona presa.

## 6. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Álvarez, R., Mimbrero, C., Delgado, J., López, B., Bonachera, P. i Díaz, M.L. (2021). *Mujeres, prisión y drogodependencias. La realidad de las mujeres con problemas de drogodependencias en las cárceles de Andalucía*. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Batlle, A. (2020). *Régimen Disciplinario y Mujeres Presas. Un Análisis Criminológico con Perspectiva de Género*. Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad.
- Bastida, L.A. (2014). ¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en Prisión? *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 12(1), 37-50.
- Cazorla, J. i Parra, B. (2017). El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 43-54. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.03>
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes (CPT)(2021). Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el CPT. (27).
- Costa, G., García, M., Gutiérrez, E., Ibáñez, E., Lao, L., Melloni, B., Roig, A., Sastre, N., Sueiro, T. i Viu, M. (2022). *La salut mental en el sistema penitenciari català. Visió de conjunt i reptes*. Justícia i Pau. Generalitat de Catalunya.
- de Dios, M. i Filardo, C. (2019). El Trabajo Social Penitenciario. *Documentos de Trabajo Social*, 62, 157-172.
- de Miguel, E. (2014). El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2), 395-404.
- Davidson, L. i González-Ibáñez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Siglo Veintiuno Editores.
- Haney, C. (2002). *The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment*. Department of Health Human Services. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/psychological-impact-incarceration-implications-post-prison>
- Haney, C. (2018) The psychological effects of solitary confinement: A Systematic Critique. *Crimen and Justice*, 47(1), 365-416 <https://doi.org/10.1086/696041>
- Kollnd, T. i Duque, K. (2016). Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(2), 89-92. <https://doi.org/10.3109/09687637.2016.1153604>
- Lledó, M.M., Manzanos, C. i Álvarez, M. (2014). Enfermedad mental y drogas en prisión. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 12(1), 27-35.
- Melossi, D. i Pavarini, M. (1980). *Cárcel y fábrica. Los orígenes del sistema penitenciario (siglos XVI-XIX)*. Siglo Veintiuno Editores.
- Mimbrero, C., Álvarez, R., Del Moral, G. i Delgado-Baena, J. (2022). Percepción de la situación de mujeres con problemas de drogodependencias en cárceles de Andalucía (España). *Health and Addictions*, 23(1), 60-80. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.650>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias (ESDIP)*. Ministerio de Sanidad. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/enuestas\\_ESDIP.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/enuestas_ESDIP.htm)
- Pallarés, J. i Utrera, I. (2022). Salud mental y prisión, difícil encaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 207-213. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100013>
- Pasukanis, E. (1976). *Teoría general del derecho y marxismo*. Labor, S.A.
- Pedrosa, S., Salas, A., Rivera, D.V. i Morón, E. (2019). Eclipsamiento diagnóstico y salud mental. La importancia de una mirada no discriminadora. *Cadernos de Atención Primaria*, 25(2), 42-43.

- Pérez-Martínez, E. i Hernández-Monsalve, M. (2022). Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacional, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 251-267. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100016>
- Pozo, F., Navarro, L., Nakahira, M. i Cutiño, S. (2020). El desempeño relacional de la prisión. La valoración de los presos del trato y las relaciones con funcionarios de vigilancia y personal de tratamiento. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 2(18), 1-29. <https://doi.org/10.46381/reic.v18i0.263>
- Ramos-Feijóo, C. i García, J. L. (2020). Personas con discapacidad en cárceles. Reflexiones desde el trabajo social. *Atlántida. Revista Canaria de Ciencias Sociales*, 11, 97-112.
- Robledo, S. i Giménez, A. (2019). Privación de libertad, sujetos e intervención del Trabajo Social. *Margen*, 95, 1-5.
- Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias: la intervención sobre la conducta desadaptada*. Editorial Popular.
- Valencia-Orrego, M. (2021). La dimensión ético-política del trabajo social. *Revista Eleuthera*, 23 (1), 241-260. <http://doi.org/10.17151/eleu.2021.23.1.13>
- Vilata, J. (2022). *Informe derechos humanos salud mental prisión*. Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión.

# Efectos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la vida laboral de las personas con Trastorno del Espectro Autista y el papel del trabajador social en el área laboral

**ALEJANDRO GUERRA RIVAS**

Trabajador Social en la Asociación Autismo Bata - Vilagarcía de Arousa, Pontevedra

Recibido: 19 junio 2022. Aceptado: 19 octubre 2023.

## RESUMEN

Se analiza el efecto de diversas aplicaciones en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA en adelante), pertenecientes a la Asociación Autismo BATA en su entorno laboral. Para el estudio se utilizó metodología de tipo cuantitativa para recoger información sobre los beneficios y el impacto que tienen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC en adelante) en las personas pertenecientes al Servicio de Empleo de dicha asociación. En el proceso de investigación participaron 25 personas con autismo, aportando datos a través de una encuesta en la que se mide su satisfacción laboral así como la relevancia de las TIC, permitiendo una mayor accesibilidad cognitiva en su trabajo y el desempeño de sus ocupaciones laborales. Las aplicaciones que analizaron el efecto que tienen las TIC sobre personas con TEA son: la aplicación secuencial, comunicador interactivo y la plataforma INEIP. Todas ellas facilitan la accesibilidad cognitiva de personas con discapacidad intelectual y TEA a su entorno laboral, mejorando la comunicación y su adaptación al puesto de trabajo. Se analiza el papel de las TIC desde diversas perspectivas y ámbitos, con enfoque centrado en la persona desde la perspectiva laboral y como incide el rol del trabajador social en la vida laboral de las personas con autismo y los beneficios del uso de la tecnología aplicadas a su trabajo.

**PALABRAS CLAVE:** Accesibilidad cognitiva; autismo; empleo; tecnología; aplicaciones.

## Effects of ICT on the working life of people with ASD and the role of the social worker in the workplace

### ABSTRACT

It analyzes the effect that various applications have in people with Autism Spectrum Disorder (ASD), who belong to the BATA autism association and in their work environment. To carry out the study, a quantitative type methodology was used, collecting information about the benefits and the impact of ICT in people belonging to the Employment Service. In the research process, 25 individuals with autism participated by providing data through a survey that measures their job satisfaction and the relevance of ICT in enabling greater cognitive accessibility in their work, thus facilitating their job performance. Information related to the research theme was also collected from various bibliographic sources. The applications that study the effect they have on people with ASD are: secuencial application, communicator and INEIP. They facilitate and allow the accessibility of people with intellectual disabilities and TEA to their work environment, facilitating communication and their adaptation to the job post. It evaluates the role of ICT from different perspectives and areas, considering the users of the application themselves, and focused on the person from the work perspective and how the use of this technology influences the role of the social worker and the interdisciplinary team in the working life of people with autism.

**KEYWORDS:** Cognitive accessibility; autism; employment; technology; applications.

### 1. INTRODUCCIÓN

La sociedad está influenciada por el uso y evolución de las tecnologías en todos los ámbitos sociales, tanto en un contexto económico-financiero como laboral, comunitario o cultural. Las personas pueden conectarse a través de múltiples dispositivos intercambiando y recibiendo información de forma rápida, siendo una de las grandes ventajas del desarrollo tecnológico sus múltiples usos y variedades que pueden ser adaptados y utilizados por toda la sociedad.

Se utilizan sistemas tecnológicos para conectarse a las redes sociales, como forma de comunicación o para establecer interacción entre personas, para intercambiar información y transmitir mensajes. Uno de los usos habituales es para crear procesos de enseñanza-aprendizaje. Las personas con discapacidad intelectual y TEA utilizan dispositivos de comunicación para

intercambiar información, conectarse a una red social, buscar contenidos informativos o aprovechar el desarrollo tecnológico como forma alternativa y aumentativa de comunicación. La innovación tecnológica está presente en nuestras vidas, y es una herramienta que facilita el día a día de las personas con discapacidad intelectual, hace más comprensible las actividades vitales y crea entornos más accesibles.

En Autismo Europa (2014, citado en Confederación Autismo España, 2017), se indica que "entre el 76 y 90 por ciento de personas adultas con TEA están desempleadas y no desarrollan ninguna actividad productiva o laboral". También, el Observatorio de las ocupaciones del SEPE del año 2021 (Observatorio de las ocupaciones, 2022), constata que el 34,6% de las personas con discapacidad en edad laboral para desempeñar una ocupación, están en activo, frente al 77% de activos sin discapacidad en edad laboral, aumentando en 40 puntos en referencia a las personas

con discapacidad reconocida. El empleo en las personas con TEA pasa a convertirse en una exigencia social, entendiendo la importancia de la empleabilidad en las personas con TEA y discapacidad intelectual.

En la Agenda 2030 (Gobierno de España, 2018) aprobada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, en su objetivo 8 de desarrollo sostenible “Trabajo decente y crecimiento económico”, se destaca la necesidad de superar las barreras existentes, tanto a nivel físico como cognitivo. Se hace especial referencia en lograr un empleo pleno e igualitario entre hombres y mujeres, incluyendo a las personas jóvenes, y personas con discapacidad.

En el informe del mercado de trabajo de las personas con discapacidad publicado por el SEPE del año 2023 (Observatorio de las ocupaciones, 2023), se indica que en el año 2022, las personas con discapacidad física, que representaría el 43,76% de las personas totales con discapacidad en activo y solamente el 10,38% de las personas en activo con discapacidad, están diagnosticadas con discapacidad de tipo intelectual. Diversos factores condicionan la adaptabilidad y permanencia de una persona con TEA en un puesto de trabajo como el nivel formativo de la persona con TEA, edad del trabajador, así como dificultades cognitivas que inciden en el proceso de aprendizaje y desarrollo de las tareas laborales. Es necesario que el trabajador social intervenga ofreciendo un apoyo integral e individualizado que fomente la empleabilidad y acompañado de un itinerario formativo, adaptado al puesto y necesidades del trabajador.

Las TIC son una herramienta que se emplean con profusión en los ámbitos educativos en alumnos con TEA, de lo cual existen muchos estudios sobre sus beneficios y referencias bibliográficas (García Guillen, et al. 2016; Allende, 2021). Por el contrario, se señala la escasa investigación referida al uso en personas adultas con TEA (Gallardo, et al, 2019) y en el encaje del trabajador en el ámbito del trabajo. En el presente estudio se analiza el papel, efecto y beneficios que tienen las TIC en el empleo de personas con TEA, y el papel del trabajador social en este proceso. La importancia por tanto de las Tecnologías de la Información y Comunicación

afecta a toda la sociedad y es necesario formar a las personas con TEA y discapacidad intelectual en el uso de aplicaciones que favorezcan su desarrollo vital y el ámbito laboral, tal y como indica Agustín Illera, director de la organización Gaute-na “El uso y aplicación de las nuevas tecnologías afectan a todas las personas de la comunidad, las personas con discapacidad van a tener que aprender a usarlas, y además, puede ser un medio de comunicación y aprendizaje magnífico” (Illera, 2000, p.1). Por otra parte, el uso de las TIC habitualmente requiere conocimientos o competencias de manejo que deben ser aprendidas (Gutiérrez y Martorell, 2011, p. 174), cuestiones en las que debe intervenir el servicio de trabajo social.

El estudio se focaliza en un grupo de personas adultas del servicio de empleo de la Asociación Autismo BATA. Se analiza el significado del Empleo con Apoyo (ECA más adelante), el término de accesibilidad cognitiva y de forma más específica en los entornos laborales, así como el significado de las TIC y las aplicaciones utilizadas en el estudio.

## 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. Fundamentos y Justificación

Las personas con TEA tienen dificultades por sus necesidades a nivel motor, cognitivo y social, lo que es un reto para conseguir empleo.

Las dificultades surgen por la ausencia de entornos laborales adaptados a las necesidades cognitivas que tienen muchas personas con discapacidad intelectual, barreras cognitivas en los entornos de trabajo, reducción de apoyos humanos e instrumentales y las limitaciones para mostrar sus capacidades en el proceso de adquisición de autonomía laboral en su puesto de trabajo.

### 2.2. Muestra

El estudio se basa en una muestra aleatoria de 25 personas diagnosticadas con TEA y discapacidad intelectual, pertenecientes al Servicio de

Empleo de la Asociación Autismo BATA<sup>1</sup>, integradas en empresas externas, empleo con apoyo y brigadas de jardinería.

La mayor parte de la muestra considerada para el estudio son hombres (75% de las personas encuestadas) con una edad comprendida entre 25 y 44 años (el 64% de la muestra total) y en contraposición, el 32% de las personas tienen una edad inferior a 25 años. El estudio abarca un periodo de seis meses en el que se analiza y valora el efecto de las TIC en personas con TEA.

### 2.3. Planteamiento de Hipótesis

Las hipótesis que se verificarán o refutarán, después del proceso de recogida de la información son las siguientes:

- El uso de las TIC mejora la accesibilidad cognitiva y social de las personas con TEA en su entorno laboral.
- Un mayor uso de aplicaciones reduce la presencia y necesidades del trabajador social y orientadora laboral.

### 2.4. Recogida de Información

Se elaboró un cuestionario con el cual las personas con TEA responden a una serie de preguntas, expresando su opinión sobre las TIC en su vida laboral y los resultados en su actividad en su entorno laboral. La recogida de datos para el cuestionario se realizó de forma presencial, con entrevistas a cada persona participante y apoyo de la orientadora laboral del Servicio de Empleo. La recogida de información se inició en septiembre de 2021 hasta enero del 2022. En esta información las personas expresan la satisfacción laboral y utilidades de las TIC, desarrollo de habilidades adaptadas a su empleo y la capacidad de autodeterminación y autonomía en el puesto de trabajo. También valoran sus relaciones inter-

personales en el entorno laboral desde que las personas con TEA utilizan las TIC y la importancia de que su puesto de trabajo esté adaptado y sea accesible a nivel cognitivo.

## 3. REALIDAD SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TEA

La realidad de las personas con TEA se transformó a lo largo de los años ya que la sociedad se fue adaptando a nivel comunitario y social, generando oportunidades para las personas con discapacidad intelectual y autismo. La investigación indaga sobre la accesibilidad de los entornos laborales, la funcionalidad del empleo con apoyo y la utilización de aplicaciones facilitadoras en el proceso de inclusión e integración laboral de las personas con TEA. La Confederación Autismo España (2013) señala que "El empleo se relaciona de forma estrecha con la calidad de vida de las personas, así como su capacidad de disponer de una libertad económica propia y con un incremento de las opciones para su participación social" (p.49).

### 3.1. Intervención del Trabajador Social

Las personas con autismo tienen dificultades en la interacción social, comunicación, restricción en actividades preferentes e intereses propios de la persona (Taylor, 2015). En la interacción social surgen problemas de socialización con otras personas, dificultades en el intercambio de experiencias, conocimientos y valores sociales con el grupo de iguales y falta de iniciativa para plantear actividades. También en el ámbito comunicativo, en muchos casos por ausencia de expresión verbal, restricción en la comunicación o uso de un lenguaje estereotipado. "Los sistemas de comunicación son las distintas estrategias o ayudas puestas al servicio de las personas seriamente discapacitadas en el ámbito del lenguaje para establecer relaciones comunicativas" (Martín, 2010, p. 80).

Desde el Servicio de Trabajo Social se incide en el aspecto comunicativo, y por ello la importancia de creación de diferentes Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAAC), que son elementos que facilitan una comunicación para que las personas con dificultades comunicativas

<sup>1</sup> La Asociación BATA es una organización que nace en el 1991 en Vilagarcía de Arousa (Pontevedra); con objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con TEA en sus diferentes contextos sociales y favorecer su desarrollo y mantener una vida plena y satisfactoria. El ámbito de actuación es básicamente provincial y en especial de la Comarca del Salnés (en los ayuntamientos de Vilagarcía de Arousa, Cambados, Ribadumia, Meaño y Sanxenxo).

puedan desarrollar un acto comunicativo adaptado a sus necesidades. Como indica Castillo (2015), “sin la comunicación, una persona no puede tomar decisiones que afectan a su día a día, pudiendo desembocar en situaciones que produzcan dependencia o aislamiento” (p.5), por tanto afecta a la calidad de vida de la persona de forma global.

Según indican Hervás y Maraver (2020), el tratamiento del autismo, a cualquier edad debe ser individualizado y ajustado a cada persona; desde un planteamiento multidisciplinar y adaptado a cada individuo (Dominguez, 2019). Por un lado, el/la trabajador/a social, trabaja en mejorar la calidad de vida relacionada con la inclusión social, incrementando la calidad de vida de las personas con TEA desde una perspectiva integradora. Además analiza y gestiona espacios accesibles a nivel cognitivo, tanto en la interpretación como en la recepción de comunicación. Por otro lado, el/la trabajador/a social, crea propuestas diseñadas a través de sistemas de comunicación adaptados, y en este rol juegan un papel fundamental las TIC, que son aplicaciones cuya información puede estar siempre presente y con carácter flexible según los espacios y entornos sociales adaptándose a las necesidades específicas de la persona.

## 4. APLICACIONES TECNOLÓGICAS USADAS EN LOS ENTORNOS LABORALES

Las TIC que se analizan son las siguientes: la aplicación secuencial, el comunicador interactivo y la prueba de perfiles profesionales INEIP. Las tres aplicaciones facilitan la inserción y orientación laboral de las personas con TEA.

### 4.1. Aplicación Secuencial

Esta aplicación se destina a personas con TEA con el objetivo de facilitar la vida en sus casas, trabajos o en momentos de ocio y tiempo libre. El profesional crea apoyos visuales (pueden ser videos o imágenes con sonidos), describiendo por pasos la tarea o actividad que se pretende detallar en la aplicación. Se realiza una secuencia con los materiales pertinentes y con su correspondiente sonido, describiendo la actividad de forma

detallada y utilizando esta plataforma como vía de comunicación.

Con la ayuda de esta aplicación, el profesional forma al trabajador con TEA en el puesto para que pueda ser autónomo, y en caso de necesitar ayuda pueda recurrir a la aplicación y consultar sus apoyos visuales. Es por ello que no precisará de la ayuda del preparador laboral de forma constante y presencial para resolver las dudas o incidencias que puedan surgir en el entorno laboral.

El papel del equipo interdisciplinar, en el cual forma parte el trabajador social, tiene varias funciones:

- Informar a la persona usuaria de como utilizará la aplicación, es decir ofrecerle una formación de cómo funciona esta TIC.
- Estudiar y valorar las situaciones o contextos en donde la persona usuaria puede necesitar el apoyo de la aplicación, valorando sus habilidades, destrezas y competencias necesarias para desarrollar la actividad laboral en su entorno.
- Elaborar los apoyos mediante la secuencia de imágenes o videos de la forma más clara, útil y sencilla posible.
- Explicar a todos los agentes externos las distintas utilidades, usos y manejos de la aplicación para que pueda ser útil en la interrelación del entorno laboral con la persona con TEA.

### 4.2. INEIP

Otra aplicación utilizada en la asociación es INEIP (Instrumento de Evaluación de Intereses Profesionales), que mide y hace una evaluación de diversos intereses profesionales de las personas con TEA y discapacidad intelectual.

La persona con TEA visualiza dos o tres videos, de diferentes sectores laborales, y elige entre uno de ellos. Una vez que la aplicación hace un propio perfil del trabajador se visualizan videos con actividades concretas de cada sector. Con ello, el profesional obtiene un perfil más concreto y específico de la actividad más motivante para esa persona dentro del sector que eligió previamente.

Con esta aplicación, el trabajador social puede conocer las vocaciones profesionales de las personas con TEA, que en numerosos casos presentan difi-

cultades para tomar la decisión sobre qué área o servicio les gustaría trabajar y en qué sector tiene una expectativa laboral de cara al futuro. Con esta TIC se puede “recibir información sobre el trabajo que va a realizar la persona con discapacidad intelectual, determinar sus preferencias e intereses laborales y visualizar los campos profesionales en los cuales la persona con TEA le gustaría trabajar” (Mato, 2015, p.8). En definitiva, esta herramienta ayuda al profesional del servicio de empleo a gestionar un perfil concreto de cada trabajador/a.

La función del equipo interdisciplinar, en especial el/la trabajador/a social de forma conjunta con la orientadora laboral, en la utilización y desarrollo de esta aplicación, es fundamental por diversos motivos:

- Adaptar el contenido de la prueba INEIP (campos o sectores laborales, trabajos y tareas concretas y número de elecciones) a las necesidades específicas de cada persona.
- Orientar laboralmente a la persona utilizando de forma paralela, otras pruebas como el método de perfiles, test, cuestionarios de orientación laboral y entrevistas a familiares y a la propia persona. Es importante tener en cuenta la información recogida de todas las pruebas para obtener un perfil profesional más completo, ya que la utilización exclusiva de la prueba INEIP no garantiza una elaboración de un perfil laboral completo.
- Gestionar con la utilización del instrumento las habilidades sociales y laborales que cada persona tiene para ocupar y desarrollar unas competencias en un puesto laboral.
- Hacer un diagnóstico dual entre las necesidades que demanda o requiere un determinado puesto laboral y que aportaciones podría hacer el candidato al entorno laboral.

### 4.3. Comunicador Interactivo

El comunicador interactivo está formado por ventanas en las cuales pulsando sobre ellas puedes abrir más ventanas y así sucesivamente. Inicialmente el preparador laboral creará un panel básico de comunicación, que en un primer momento desarrollará distintas conversaciones con los agentes más

cercanos a la persona trabajadora. A partir de esa situación inicial se podrán aumentar las ventanas y de forma paralela las conversaciones con más personas y estamentos del entorno laboral.

Con este comunicador las personas con TEA y discapacidad intelectual pueden hablar e interactuar con sus compañeros/as del ámbito laboral, preparador laboral, personas demandantes de un servicio en una empresa de atención al público o facilitar la comunicación con el personal administrativo.

El rol de la orientadora laboral en esta aplicación es importante ya que tiene que formar a la persona con TEA en el manejo de la aplicación y progresivamente explicarle y formarle para que pueda generar nuevos espacios comunicativos, diseñar ventanas interactivas con sus compañeros/as de trabajo.

### 4.4. Otras Aplicaciones Alternativas

En esta investigación se realizó una valoración de otras aplicaciones utilizadas mediante dispositivos móviles para cubrir y atender a más necesidades que tienen las personas con TEA. Estas herramientas son las siguientes:

- Dictapicto, es una aplicación disponible para terminales Android en la cual el profesional o el/la propio/a usuario/a puede transformar mensajes de voz a imágenes o pictogramas de una forma simultánea. Además permite crear una biblioteca con todos los apoyos visuales y clasificarlos por categorías.
- Let me talk, es una plataforma que facilita la comunicación entre personas, la persona con autismo verbalizaría una frase y se traduciría a pictograma o imagen para explicarle a su compañero/a lo que quiere decir, pudiéndose usar en sentido inverso.
- Tempus, con esta aplicación se podrían personalizar los tiempos y avisar del inicio, descanso y fin de la jornada laboral.
- AuT2speak, con este programa las personas que tengan lectoescritura podrán escribir sobre una pizarra online una palabra o frase que quieren comunicar al encargado/a, profesional de apoyo o compañero/a de su entorno laboral; esa frase que se escribe se reproduce en voz y se transcribe a pictograma de Arasaac.

## 5. RESULTADOS

Mediante un cuestionario adaptado de lectura y comprensión fácil y en diferentes momentos del periodo analizado, se recogió la opinión de los/las trabajadores/as con TEA pertenecientes al servicio de empleo de la asociación. En la explicación e interpretación de los ítems del cuestionario estuvo presente el trabajador social, orientadora y/o preparador laboral que ayudó a las personas a responderlo.

Un elemento que condiciona los efectos que tienen el uso de las aplicaciones en el entorno laboral es el tiempo trabajado en la empresa y el sector en el cual desarrolla la persona su actividad laboral.

En la Figura 1 y en la Figura 2 se observa la distribución en los sectores profesionales y el tiempo que las personas con autismo llevan en la empresa. El 40% de los usuarios/as llevan entre cuatro y cinco años, lo que significa que probablemente tengan experiencia utilizando las distintas aplicaciones. El 32% de los/as trabajadores con TEA realizan sus funciones en el ámbito de mantenimiento y jardinería y el 24% en comercio y marketing (como por ejemplo reparto de carteles, atención al cliente en comercio, etc.). En la actividad laboral de jardinería el uso que le dan las personas a las aplicaciones está focalizado en crear un planning de trabajo, notificar cambios en la secuencia laboral y comunicar incidencias de forma directa al preparador laboral. En otros

FIGURA 1. Tiempo en la empresa

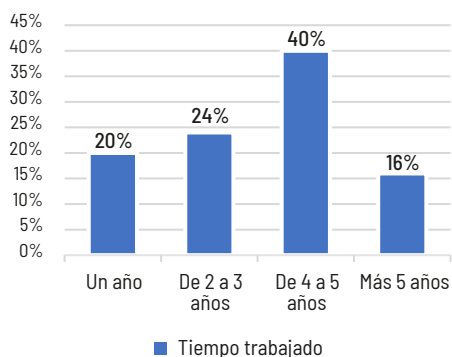
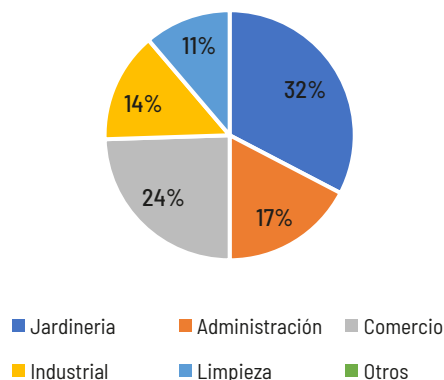


FIGURA 2. Ámbito profesional de los trabajadores



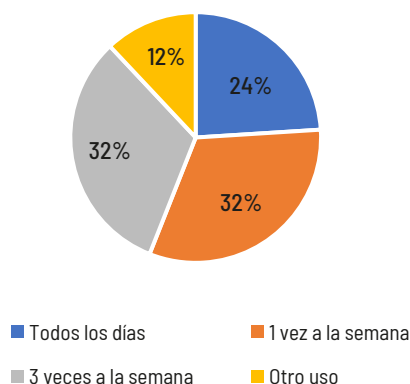
sectores como comercio y marketing, el uso de las TIC, son una guía secuenciada referida a realizar la actividad laboral y el uso del panel comunicativo que facilita la interacción y contacto con los clientes.

La Figura 3 indica que el 24% de las personas con TEA utilizan las aplicaciones diariamente. El 64% de los/as trabajadores le dan un uso semanal en función también de la jornada laboral.

Otros/as usuarios/as utilizan las TIC en función de la cantidad de trabajo, tipología de la tarea o si esta misma ya la conocen o es una actividad nueva.

En la Figura 4 y en la Figura 5 se reflejan dos de las funciones más importantes que tienen las TIC

FIGURA 3. Frecuencia en que la persona con TEA utiliza las TIC



facilitando la comunicación de las personas con TEA con su entorno laboral. El 76% de los/as encuestados/as confirman que desde que su puesto laboral está adaptado con TIC se comunica mejor. Las personas que no mantienen relación con compañeros/as (12%) es porque realizan sus tareas de forma individualizada y trabajan sin ningún compañero/a cercano/a con el que se pueda comunicar de forma habitual. El 68% de las personas con TEA destacan que son capaces de desarrollar más tareas y de forma más segura desde que utilizan las aplicaciones, lo cual influye en su motivación y eficiencia. Otras personas con autismo señalan que en función de la tarea a realizar, se necesita un apoyo inicial, y posteriormente realizan dicha actividad consultando las aplicaciones. Es decir, con la influencia de las TIC se va reduciendo el papel del preparador y orientadora laboral pues las personas son progresivamente más autónomas en sus tareas y actividades laborales.

Por otro lado, tal y como se visualiza en la Figura 6 y en la Figura 7, se observa que los/as trabajadores/as con autismo entienden mejor los cambios que se plantean de forma espontánea, sin estar programados previamente y consultando la información con la aplicación secuencial (52% de las personas encuestadas). El 32% de los/as trabajadores manifiestan que los entiende mejor según el tipo de tarea laboral que estén realizando. Destacar que el 84% de las personas con TEA admiten que mejoraron sus habilidades sociales y laborales usando las TIC.

FIGURA 4. Comunicación con el uso de las TIC



FIGURA 5. Grado de autonomía de los trabajadores

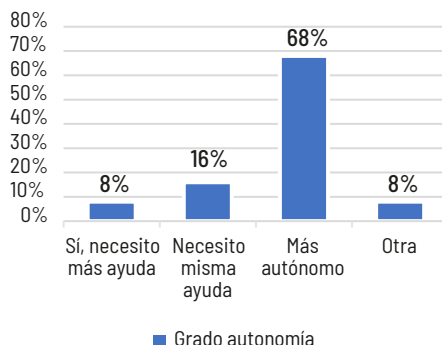


FIGURA 6. Información de cambios con las APP

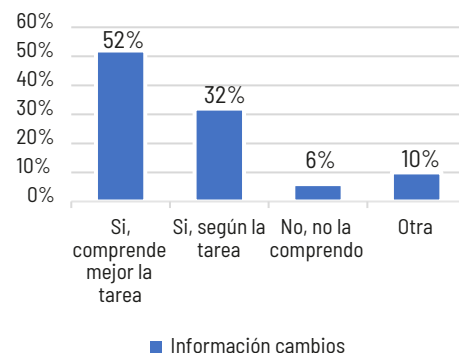
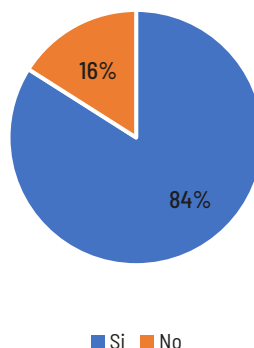


FIGURA 7. TIC mejoran habilidades sociales



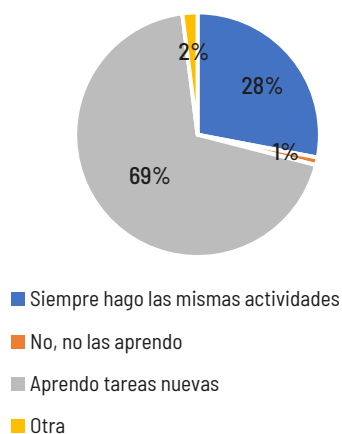
En la Figura 8, se incide en el papel de las TIC en el aprendizaje y desarrollo de nuevas tareas laborales explicadas mediante la aplicación secuencial y el comunicador interactivo.

El 69% de las personas con TEA afirman que las TIC le ayudan a entender y comprender nuevas tareas laborales. Con estas aplicaciones reciben información secuenciada y adaptada que facilita la comprensión y la forma en la cual procesan dicha información adaptada cognitivamente. Esta posibilidad y capacidad de generar nuevos aprendizajes no es factible en todas las personas, el 28% indica que sus trabajos son rutinarios y no desarrollan tareas con carácter innovador.

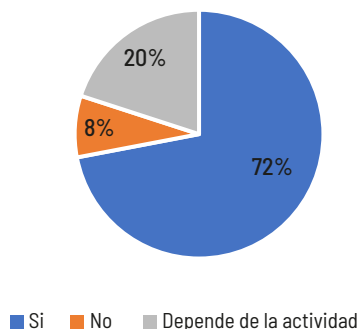
De forma paralela al aprendizaje de nuevas tareas con el uso de las aplicaciones, es importante conocer la influencia que tiene la aplicación INEIP en la fase de orientación y prospección laboral cuando las personas con TEA eligen el puesto laboral al que se quieren o les gustaría dedicarse en el futuro.

Tal y como se puede observar en la Figura 9 y en la Figura 10, el 72% de los/as trabajadores/as con TEA les gusta su trabajo y mayoritariamente (82%) utilizan INEIP. Esta correlación indica el efecto positivo cuando una persona elige el puesto laboral, facilitando el proceso de orientación al equipo interdisciplinar del Servicio de Empleo.

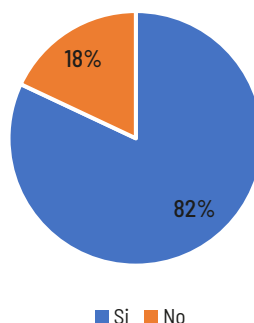
**FIGURA 8. Aprendizaje de nuevas tareas con las aplicaciones**



**FIGURA 9. ¿Te gusta tu trabajo?**

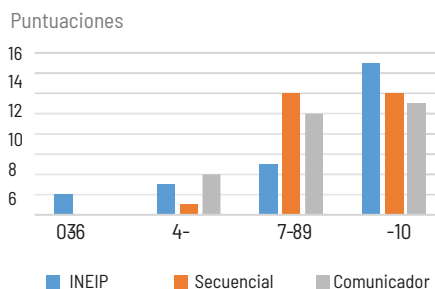


**FIGURA 10. ¿Utilizaste INEIP?**



Otro aspecto evaluado es la satisfacción de las personas con uso de las aplicaciones, tal y como se refleja en la Figura 11.

**FIGURA 11. Grado de satisfacción laboral con el uso de las TIC**



Las valoraciones son positivas en las tres pruebas, y similares entre ellas, con puntuaciones entre 9 y 10. En definitiva, con la utilización de las TIC, las personas con TEA mejoran la comprensión cognitiva en su entorno laboral, favoreciendo la toma de decisiones, aumentando su motivación y satisfacción laboral, desarrollando nuevas habilidades laborales y sociales y generando redes sociales y vínculos interpersonales.

## 7. CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES

En el estudio se analizan las diferentes utilidades e influencias que las personas con TEA tienen, usando diversas aplicaciones en sus entornos laborales. Participaron 25 usuarios/as del Servicio de Empleo de la Asociación Autismo BATA con TEA que respondieron a un cuestionario específico, en un periodo marcado, y mostrando su opinión sobre las tres plataformas analizadas.

Este estudio confirma que el uso de las aplicaciones y nuevas tecnologías favorece que las personas participen de una forma autónoma e integra en su área de trabajo, basándose en el principio de autonomía y empoderándolas en su entorno laboral. Se reduce con ello la influencia del trabajador social, orientadora y preparador laboral, contrastándose la segunda hipótesis planteada en la investigación. Con el uso de las TIC las personas disponen de un dispositivo con el que pueden tener un diálogo interactivo y directo con los profesionales de apoyo (tanto el trabajador social como la orientadora y preparador laboral) permitiendo que la relación laboral de las personas con TEA sea más natural e inclusiva a nivel social.

Por otro lado, con el uso de las aplicaciones, los/as propios/as trabajadores/as disponen de un medio adaptado con el que pueden gestionar su trabajo y priorizar las tareas a desarrollar, al disponer de una guía que informa sobre el método con el que se debe realizar cada secuencia. Otra causa que favorece la autodeterminación y autonomía de la persona con TEA y reduce la presencia del equipo profesional de apoyo, es facilitar al trabajador de posibilidades de chequeo conforme desarrolla las tareas laborales, pues puede confirmar si realizó todas las ocupaciones de su actividad laboral.

Con la utilización de las TIC, las personas con TEA, disponen de plataformas que facilitan la integración en su trabajo, pues permite que se comunique mejor con sus compañeros/as (76% de las personas encuestadas) e incrementa el grado de autonomía del trabajador (68% de los trabajadores participantes lo confirman). Las aplicaciones fomentan que la persona disponga de más recursos al entablar relaciones sociales y mejorar sus habilidades sociales y laborales (84% de los encuestados/as). Estos aspectos aportados por las TIC confirman que su uso mejora la accesibilidad social y cognitiva de las personas con TEA en su puesto de trabajo, primera hipótesis planteada en el estudio.

En las empresas y entornos laborales se valora la eficiencia, efectividad y productividad y en ocasiones deben aplicarse y explicarse cambios que surgen de forma espontánea, y no se dispone de tiempo para diseñar y gestionar un apoyo visual a través de las diferentes TIC que requiere un tiempo de estructuración de dicho apoyo. Aplicaciones como Aut2speak permiten gestionar un apoyo visual de forma inmediata escribiendo un mensaje y traduciéndolo a pictogramas. Este sistema permite que las personas con TEA reciban información de forma inmediata sobre cambios no preestablecidos, disminuyendo situaciones de nerviosismo y estrés que puedan desembocar en alteraciones conductuales derivadas de la ausencia de información.

Es interesante abrir otras vías de investigación sobre la influencia y el uso de las TIC en distintos campos profesionales, el diseño y la elaboración de aplicaciones en los procesos de búsqueda activa de empleo en las personas con TEA (formas y modalidades de elaborar un C.V. adaptado, carta de presentación, realizar una entrevista con medios de comunicación alternativos como aplicaciones, sistema de pictogramas, etc.).

También es importante analizar y valorar la percepción que tienen las familias de las personas con TEA sobre el uso de las TIC y su influencia en la vida laboral, social y económica de las propias personas con autismo. Es cierto que debemos realizar estudios enfocados en la propia persona con discapacidad intelectual, pero no se debe de

olvidar el papel fundamental que tienen las unidades familiares en el apoyo sistemático, gradual y social en la vida de las personas con más necesidades de apoyo, siendo la mayor referencia como guía o modelo de vida.

## 8. REFERENCIAS

- Allende Tavío, I. (2021). *Beneficio del uso de las TIC para el alumnado con TEA*. Trabajo fin de Master. Universidad de la Laguna.
- Castillo, C. (2015). Introducción. *Aplicación de los Sistemas Alternativos y Aumentativos de la Comunicación*. UF2277. Editorial Tutor Formación.
- Confederación Autismo España (18 de septiembre del 2017). *Autismo España, FESPAU y Asperger España ponen en marcha un proyecto común para fomentar el empleo de personas con TEA*. Confederación Autismo España. <https://autismo.org.es/autismo-espana-fespau-y-asperger-espana-ponen-en-marcha-un-proyecto-comun-para/>
- Confederación Autismo España (2013). Capítulo 1 Acércate a las personas con autismo. *Autismo, calidad de vida*, 39. Confederación Autismo España.
- Domínguez, D. (2019). El Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el uso de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC). *International Journal of New Education*, (4). <https://doi.org/10.24310/IJNE2.2.2019.7447>
- Gallardo, C. P., Caurcel, M. J. y Rodríguez, A. (2019). Perspectiva actual sobre el uso de tecnologías de información y la comunicación en personas con trastorno del espectro autista: Sistematización de experiencias. *Hamut'ay*, 6(3), 50-61. <https://dx.doi.org/10.21503/hamu.v6i3.1846>
- García Guillén, S., Garrote Rojas, D., & Jiménez Fernández, S. (2016). Uso de las TIC en el Trastorno de Espectro Autista: aplicaciones. *Edmetec Revista de Educación Mediática y TIC*, 5(2), 134-157. <https://doi.org/10.21071/edmetec.v5i2.5780>.
- Gobierno de España (2018). Plan de acción para la implementación de la agenda 2030. Hacia una estrategia española de desarrollo sostenible. Dirección general de políticas de desarrollo sostenible, Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe y Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. <https://www.mdscialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/plan-accion-implementacion-a2030.pdf>
- Gutiérrez, P. y Martorell, A. (2011). Las personas con discapacidad intelectual ante las TIC. *Revista de Comunicación y Educación Comunicar*, 18(36), 173-180. <https://doi.org/10.3916/C36-2011-03-09>
- Hervás, A. y Maraver, N. (2020). Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral*, XXIV(6), 325.e1-325.e21. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-09/los-trastornosdel-espectro-autista-2>
- Illera, A. (23-25 de noviembre de 2000). *Las nuevas tecnologías, un recurso más en la intervención con personas con autismo*. [Comunicaciones]. Abriendo puertas: X Congreso Nacional de Autismo. AETAPI. Vigo. <http://aetapi.org/download/las-nuevas-tecnologias-un-recurso-mas-en-la-intervencion-con-personas-con-autismo-2/?wpdmcl=1320>
- Martín, E. (2010). Los sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación. *Pedagogía Magna* (5), 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3391398>
- Mato, I. (2015). INEIP facilita la detención de vocaciones profesionales. Vilagarcía de Arousa. ¿Por qué INEIP?. Ediciones Dos Espacios.
- Observatorio de las ocupaciones (2022). Informe del mercado de trabajo estatal, datos del 2021 (Informe nº 120200561). Servicio Público de Empleo Estatal. <https://www.sepe.es/dctm/informes:09019ae381a56fd7/SU5GT1JN-RVM=/3875-1.pdf>
- Observatorio de las ocupaciones (2023). Informe del mercado de trabajo de las personas con discapacidad, datos del 2022 (Informe nº 12020052X). Servicio Público de Empleo Estatal. <https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/comunicacion-institucional/publicaciones/publicaciones-oficiales/lista->

do-pub-mercado-trabajo/informe-mercado-trabajo-estatal-discapitados.html

Taylor, P. (2015). *Trastorno de Espectro Autista: Guía básica para educadores y padres*. Narcea Ediciones.

# Repensant la intervenció social en llars residencials de persones majors

**AMPARO RUIZ RUIZ**

Col·legiada 34-2464 del COTS de Valencia. Diplomada en Treball Social en 2005 i Graduada en Treball Social en 2014. Máster en Gerontologia i Atenció Centrada en la Persona en 2021

Rebut: 3 maig 2022. Acceptat: 19 octubre 2023.

## RESUM

Des del Treball Social gerontològic hem de repensar de manera constant el quefer professional i adaptar la intervenció, metodologia i tècniques per a desenvolupar plans, projectes i programes que donen resposta a les necessitats socials del col·lectiu de persones majors. La gerontologia social treballa al costat de la persona tot allò que comporta aconseguir l'última etapa del seu cicle vital, els processos d'envelliment derivats i com es veu influenciada la persona en la seua qualitat de vida respecte al seu entorn immediat a nivell micro, a nivell comunitari i a nivell de societat. L'actitud crítica i innovadora de la nostra professió ha de portar-nos a noves disjuntives, nous plantejaments i, en la següent revisió, es marquen els temes claus en els quals s'ha d'aprofundir per a continuar ampliant el coneixement d'aquesta disciplina.

**PARAULES CLAU:** Gerontologia; dependència; qualitat de vida; atenció centrada en la persona; model de cura.

## Rethinking social intervention in residential care homes for the elderly

In gerontological social work we must constantly rethink our professional work and adapt the intervention, methodology and techniques to develop plans, projects and programs that respond to the social needs of the elderly. Social gerontology works together with the person on everything involved in reaching the last stage of their lives, the ageing processes derived from this and how the person is influenced in their quality of life with respect to their immediate environment at a micro level, at a community level and at a societal level. The critical and innovative attitude of our profession must lead us to new dilemmas, new approaches and, in the following paper, the key issues that must be explored in order to continue to broaden our knowledge of this discipline are outlined.

**KEY WORDS:** Gerontology; dependency; quality of life; person-centred care; care model.

**CORRESPONDÈNCIA**

amparuiz2@gmail.com

## 1. INTRODUCCIÓ

El present article explora la necessitat de repensar la intervenció social en llars residencials per a persones majors i ho fa a través d'una anàlisi bibliogràfica sobre aquesta qüestió, assenyalant conceptes clau per a la intervenció social en l'última etapa del cicle vital. Les persones majors tenen reconegut el dret a la participació activa dins del seu context social i la societat a la qual pertany, dret a la independència, a unes cures dignes i a l'autorealització. El Treball Social és un instrument que, a través de la investigació i en el seu desenvolupament pràctic i metodològic, pot assegurar una atenció social integral.

Un dels temes clau associats als anys són les situacions de dependència per les quals pot veure's afectada la qualitat de vida tant a nivell objectiu com subjectiu de la mateixa i per la qual sorgeixen necessitats i demandes a nivell social en el col·lectiu de persones majors.

La dependència —com a problema social— s'aborda a Espanya a través del reconeixement subjectiu de ciutadania en la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (d'ara en avant, LAPAD). Aquesta qüestió es gestiona a través del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD). La situació de dependència fa referència a la necessitat de suports per a realitzar les activitats bàsiques de la

vida diària i per a l'autonomia personal, sent l'edat un dels determinants per a la seua sol·licitud.

Segons Pinazo Hernandis (2011), "l'atenció a la dependència s'emmarca en l'àmbit dels serveis socials, però en forta relació amb l'àmbit sanitari" (p.35). Per això, en el procediment per al reconeixement del grau de dependència —i per extensió, dels serveis i prestacions reconeguts— és necessari un Programa Individual d'Atenció (PIA) que reconega el servei o prestació idonis per a cada persona, prèvia realització de la corresponent valoració sanitària i social (figura 1).

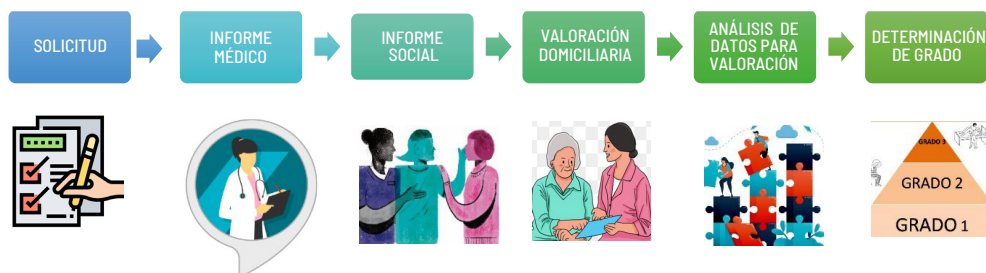
En la valoració social, plasmada en l'informe social realitzat pels equips municipals de Serveis Socials i de proximitat al ciutadà, s'ha de reflectir la situació familiar i socioeconòmica, el nivell educatiu i cultural, la salut física i psicològica i una breu descripció de l'història de Serveis Socials. Segons Colom (2005),

*l'informe social és una exposició escrita, que reuneix totalment o parcialment el conjunt de dades socials sobre el procés seguit per una persona, família o nucli relacional que presenta una situació específica que legitima l'existència de necessitat social o sociosanitària.*

En l'article 2.2 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, referent a això, s'afirma:

*L'informe social és el dictamen tècnic que serveix d'instrument documental que elabora i signa amb*

FIGURA 1. Procés valoració de la dependència



Font: elaboració pròpia.

*caràcter exclusiu el Diplomà en Treball Social. El seu contingut es deriva de l'estudi, a través de l'observació i l'entrevista, on queda reflectida en síntesi la situació objecte d'estudi, valoració, un dictamen tècnic i una proposta d'intervenció professional.*

En l'àmbit de la Comunitat Valenciana, la Llei 3/2019, de 18 de febrer, de Serveis Socials Inclusius, estableix en el seu article 3 que es desenvoluparà una atenció integral a través de "un enfocament holístic [que incloga una] efectiva participació de la persona en el propi procés d'atenció". Com a principi rector de caràcter metodològic, pot trobar-se en el seu article 6 l'orientació centrada en la persona, que garanteix una atenció continuada, personalitzada i integral, afavorint per a això una actuació transversal i coordinada. En el seu article 68 quant a la intervenció professional es destaca que

*la intervenció en el Sistema Públic Valencià de Serveis Socials consisteix en l'atenció integral centrada en la persona, família o unitat de convivència, des d'un enfocament de desenvolupament positiu i d'efectiva participació de la persona en el procés d'intervenció (p. 44).*

Dins dels serveis d'atenció reconeguts en aquesta llei, concretament en el seu article 20, es troba la provisió de serveis d'atenció residencial. Al llarg del text legal es fa referència a la necessitat de millora de la qualitat de vida de les persones d'acord amb les seues necessitats, tant en la intervenció del propi sistema públic de serveis socials com en la intervenció professional i en el desenvolupament dels sistemes de qualitat dels centres que presten els serveis.

L'envelliment actiu, segons l'OMS (2002), al·ludeix a aquelles estratègies destinades al fet que les persones majors arriben a aquesta etapa de la vida en les millors condicions i durant el major temps possible. L'augment de l'esperança de vida comporta una major longevitat, però quan envellim la taxa de morbiditat i l'aparició de situacions de dependència augmenten exponencialment. Per a part de la població de 65 i més anys patir una o diverses malalties cròniques i rebre cures de llarga duració és una realitat que han d'afrontar i per a la qual és necessari generar serveis i prestacions que donen resposta a les seues necessitats.

La diversitat funcional generada per síndromes o malalties que apareixen, bé de manera gradual, o bé de manera sobrevinguda, provoca situacions de dependència que tenen un component sanitari i psicosocial (Leturia i Yanguas Lezaun, 1998). En el cas de l'atenció a les persones majors, el Sistema de Serveis Socials i el Sistema Sanitari es conjunquen en l'anomenat espai sociosanitari, on tots dos aconseguixen complementar-se i millorar l'atenció al ciutadà garantint una intervenció global. Per a això és vital que la coordinació sociosanitària responga a les necessitats integrals de la persona, perquè pugui potenciar la seua autonomia i participació social.

La vellesa evidència el pas dels anys, posa títol a l'última etapa del nostre cicle vital i tenim dret a viure-la d'una forma intensa i positiva com la resta de les etapes. Durant aquesta es produeixen canvis a nivell biopsicosocial, però el fet d'associar-los sempre a la malaltia reforça l'estereotip de l'edatisme i dificulta una imatge positiva. En eixe sentit, segons López-Pulido (2018):

*[la vellesa] es tracta d'un lloc comú, d'un tòpic que ha gaudit d'un gran predicament i que continua repetint-se: l'ancianitat i la malaltia van sempre unides, per la qual cosa dir vellesa implica automàticament pensar en malalties d'eixa edat, perquè van associades entre si una vegada i una altra a pesar que no són sinònims (p. 2).*

L'envelliment recull la totalitat de transformacions que sorgeixen en l'individu al llarg de la vida, la qual cosa implica canvis de tipus morfològic, fisiològic, psicològic, social i funcional (Alvarado-García i Salazar-Maya, 2014). Ha de tindre's en compte l'edat efectiva, que és l'edat fisiològica, cronològica, psíquica i social que s'obté després de combinar els diferents aspectes dels canvis esmentats. De tot això es dedueix que l'envelliment és un procés multifactorial, determinat per factors interns (gens) i externs (ambientals) molt diversos.

Com s'indicava anteriorment, Espanya està immersa en un procés d'envelliment demogràfic més accelerat que el que es produeix en altres països i, segons Abades-Procel i Rayón-Valpuesta (2012), les previsions en el futur adverteixen d'un creixement del subgrup de majors de 80 anys, produint un "sobreenvel·liment" i repercu-

tint amb això en l'elevació de la taxa de situacions de dependència en els pròxims anys. La vellesa esdevé en un factor de vulnerabilitat important. Pel seu perfil de risc, les persones majors es configuren com a subjecte d'atenció social, sent un grup poblacional que es caracteritza, al mateix temps, per la multiplicitat de perfils, a causa del procés d'envelliment de cada individu.

Els problemes demogràfics que pot comportar l'envelliment de la població i que s'estenen a l'àmbit econòmic i social justifiquen la necessitat de posar en marxa estratègies d'atenció a les situacions de dependència. Per a Rodríguez-Rodríguez i Vilà-Mancebo (2014), l'atenció per part dels sistemes públics europeus a la dependència mitjançant els seus sistemes de protecció ha desencadenat la socialització del risc de dependència:

*Les tensions entre els canvis socials i demogràfics (que pressionen cap a noves formes de socialització del risc) i les financeres (que pressionen cap a formes de contenció de la despesa i de repartiment del cost entre societat, família, usuari i Estat) són evidents en l'actualitat (p. 58).*

Durant l'envelliment es genera una deterioració de les funcions físiques i cognitives, ocasionant una progressiva involució. Com Pinazo Hernandis (2011) explica, es pot produir un envelliment normal, que és el que està dins d'eixe declivi progressiu, i el patològic, que és el que es produeix en un organisme amb malaltia. Les malalties neurodegeneratives són les que actualment més afecten aquest col·lectiu. Des de l'àrea social d'atenció en una residència s'han de tindre en compte tots dos tipus d'envelliment i propiciar intervencions adaptades a les característiques de cada persona. A més, ha de considerar-se que aquestes malalties afecten l'àrea cognitiva, emocional, comportamental i social. Per això quan es realitza una intervenció social amb persones majors, aquesta s'ha de realitzar tenint en compte simultàniament totes les àrees esmentades anteriorment. El paper del Treball Social és fonamental perquè en les residències es tinguin en compte les àrees abans esmentades i aconseguir així el mesurament de la qualitat de vida, la planificació d'una intervenció personalitzada i el seguiment del benestar de les persones majors en aquesta etapa vital. És necessari repensar la intervenció

social en les residències per a avançar en cures que siguin dignes i posen en valor els drets de les persones majors.

## 2. ENVELLIMENT I QUALITAT DE VIDA

A causa de l'envelliment poblacional les necessitats plantejades per les persones majors són múltiples i diverses i l'atenció sanitària i social es veuen influenciades per aquesta realitat. Totes les situacions que generen dependència tenen un component tant psicosocial com sanitari i la unió de totes dues en una atenció sociosanitària genera un espai on totes dues esferes garantisquen una intervenció global.

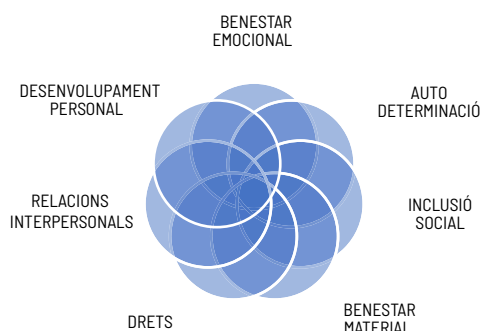
Donat l'augment existent en la demanda de recursos socials i sanitaris i l'escassetat d'aquests, s'ha incrementat la despesa sociosanitària que suposa la seua atenció i la necessitat de redistribució que comporta atendre les situacions de dependència del col·lectiu de persones majors. Lluny d'insistir en la problematització del fenomen de l'envelliment de la població, cal submergir-se, segons Berjano Peirats (citada en Pinazo Hernandis, 2011), en "els reptes sociosanitaris que planteja la democratització de la vellesa" (p. 7) i a aconseguir la millora de la qualitat dels serveis i amb això la qualitat de vida en la vellesa.

Cal destacar que la qualitat de vida és un constructe teòric complex. No existeix una definició estandarditzada d'aquest, sinó que existeixen diverses definicions i models explicatius (Cardona i Agudelo, 2005; Ramos Campos, 2002; Urzúa i Caqueo-Úrizar, 2012). Com a constructe social, guia les polítiques i pràctiques socials, proporcionant un marc per al desenvolupament de serveis i l'avaluació d'aquests, així com un indicador de resultats de caràcter personal que guarden relació amb la qualitat de vida.

Però davant la complexitat d'aquest terme com a agents socials hem de buscar investigacions i teories que ens oferisquen una perspectiva social i multidimensional d'aquesta. Cal destacar la mirada de Verdugo i Schallock (2013), sobre la qualitat de vida, per als quals aquest terme està relacionat amb:

*les condicions de vida desitjades per una persona en relació amb huit necessitats fonamentals que representen el nucli de les dimensions de la vida de cadascun: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets (p. 446).*

**FIGURA 2. Dimensions de la qualitat de vida**



Font: elaboració pròpia a partir de Verdugo y Shalock (2013).

Mesurar la qualitat de vida de les persones majors que viuen en residències ha de formar part de la pràctica habitual dels treballadors/as socials que atenen els aspectes socials de les persones residents i sobretot poden coordinar el treball que implica intervenir en les diferents dimensions de la qualitat de vida.

Rodríguez-Rodríguez (2007) entén per centre residencial aquell "centre gerontològic obert al desenvolupament personal i atenció soci-sanitària interprofessional en el qual viuen temporal o permanentment persones majors amb algun grau de dependència" (p.39). Seguint aquesta definició, han de crear-se llars on cada persona senta, vulga i desitge viure la seua última etapa vital.

Les residències són un recurs necessari i plenament justificat si es té en compte que els serveis que donen suport en el domicili, la xarxa de suport informal i les situacions de dependència poden generar en la seua combinació situacions de desprotecció i desatenció (IMSERO, 2011). Com assenyalava Rojo-Pérez (2015), l'allotjament en cen-

tres col·lectius és una via per a canalitzar la qualitat de vida de les persones majors quan el propi habitatge no es pot adaptar i es converteix en un obstacle per a la seua mobilitat, per la qual cosa aquesta passa a ser insuficient si es vol aconseguir que la persona major mantinga la seua independència i la seua autonomia que li permeten romandre en el seu entorn. Si, a més, les conseqüències d'envellir porten aparellat situacions de dependència per les quals no es poden realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, ni tan sols amb els suports formals (com per exemple els serveis d'ajuda a domicili o la teleassistència) o els suports informals en el domicili (com són els/es cuidadors/es familiars, afins, xarxa veïnal i cuidadors informals), es produeix la demanda d'accés a un centre residencial on puguin comptar amb el suport de professionals i amb cures concordes a les seues necessitats.

Encara que al llarg dels anys les condicions materials, arquitectòniques i de recursos, així com la regulació normativa dels centres, hagen millorat i ampliat les seues atencions, la qualitat de vida que deriva d'elles generen dubtes en aquest col·lectiu, ja que la cobertura de les necessitats materials només és una part del benestar de la persona i, des del social, hem de ser capaces de veure més enllà.

### 3. ENVELLIMENT I DEMÈNCIA

És evident que l'increment de situacions de dependència en persones majors a mesura que envelleixen en moltes ocasions no té cura, però l'aplicació de diferents metodologies o teràpies poden pal·liar els símptomes que pateixen i derivar fins i tot en la millora del seu benestar. En aquest sentit, les intervencions han de tindre clar el perfil de les persones majors que cohabita en els centres residencials i encaminar-se a tractar de millorar la seua qualitat de vida, tinguen deterioració cognitiva o no ho tinguen, però patint situacions de dependència que els porten a la necessitat de suports o substitució diària.

Com s'ha assenyalat anteriorment, en la vellesa es produeixen canvis a nivell biopsicosocial, per la qual cosa en els centres residencials s'han

de prestar atencions i suports a nivell biològic, psicològic i social. Tenint en compte la longevitat actual de la població espanyola, una de les afectacions que genera gran dependència (que correspondria a un Grau 3 de dependència sobre la base de la Llei) és la demència, segons López Mongil et al. (2009). En l'àmbit institucional, la demència cobra especial rellevància, tenint en compte que la seua evolució provoca canvis físics, socials i cognitius, generant una atenció que pot comportar la substitució o necessitat de terceres persones per a totes les activitats bàsiques de la vida diària. Considerant les característiques de caràcter clínic de la demència i les seues greus conseqüències sobre la persona afectada, aquesta malaltia és considerada per l'entorn assistencial com un dels quadres d'incapacitat més greus en el grup de les persones majors i, conseqüentment, una de les quals més afecten la seua qualitat de vida. En l'estudi desenvolupat per López Mongil et al. (2009) es conclou que la freqüència de la demència s'incrementa en la mesura en què augmenta l'edat de les persones que viuen en una residència, per la qual cosa s'han d'adequar tant les teràpies com els recursos en els centres, de manera que millore la gestió de les demandes i necessitats, així com l'atenció directa a les persones residents.

Segons Missotten et al. (2007), el lloc on resideix la població afectada per alguna mena de dependència, inclosa la demència, "s'ha revelat com un factor d'impacte en la qualitat de vida d'aquesta població" (p. 27) i, després de realitzar un estudi en relació amb la deterioració cognitiva i la qualitat de vida en demència en persones majors en llars residencials, van observar un decaïment de la qualitat de vida en aquests. Aquest tipus d'estudis posa en evidència la necessitat d'estudiar i valorar la qualitat de vida de les persones majors que viuen en residències.

#### 4. MODEL DE CURES

El model de cures emprat en l'atenció de les persones majors és un aspecte clau per a entendre l'evolució de la qualitat de vida en les residències. El model generalitzat i actual de cures en residències respon a una "oferta de serveis homoge-

neïtzats des d'un concepte hospitalari i institucional, la qual cosa genera desubicació espacial i emocional en les persones, així com aïllament de la vida social" (Martínez-Rodríguez, 2015, p.25). Una atenció centrada en la malaltia o en la diversitat funcional és una atenció centrada en el servei que es presta, mantenint al marge a la persona que rep l'atenció i les cures. En aquests casos és la persona la que ha d'adaptar-se a l'organització on la jerarquia i ètica de les cures és determinada pels professionals que exerceixen de manera paternalista la direcció del dia a dia de cadascuna de les persones majors d'una forma homogènia. Aquesta manera de cuidar veu a les persones majors des del prisma de la malaltia i la dependència, rebutjant la necessitat de qualitat de vida percebuda per la persona major i d'un envelliment òptim i positiu en els centres on viuen.

Al marge dels serveis prestats, si no s'atén les necessitats psicològiques i socials, les persones majors amb demència corren el risc de rebre cures que deshumanitzen. Això implica, segons Vila-Miravent et al. (2012), "no tindre en compte els desitjos i necessitats de la persona amb demència, [amb la qual cosa es] promou la seua passivitat i es compromet fins i tot la seua identitat personal" (p.2). Aquesta pràctica va ser recollida per Kitwood (1997) sota l'expressió "psicologia social maligna", que tracta únicament de cobrir les necessitats instrumentals i bàsiques de la persona substituint a la persona en tots els processos que tenen a veure amb l'autocura, l'autonomia i la identitat, aconseguint així reduir el seu benestar emocional. Per a Leturia-Arrazola (s.d.), la forma de cures realitzades "en els últims anys i que hui dia continua vigent en les noves iniciatives i projectes residencials es basa en criteris d'un model clínic-assistencial més que en un model que reproduïska «llocs per a viure»" (p.6).

La necessitat de posar en marxa en els centres d'atenció a persones majors una nova estratègia d'atenció que done sentit als anys en què transita la vellesa és vital per a poder garantir la qualitat de vida en les persones majors i aconseguir un tracte més humà. Per a aquest canvi, segons Rodríguez-Rodríguez i Vilà-Mancebo (2014), és necessari recollir part dels postulats del model social de la discapacitat i del paradigma dels

drets, així com l'enfocament de les capacitats de Amartya Sen (1993). A més, per a Martínez-Rodríguez (2016), la psicologia humanista de Carl Rogers (1961) és l'eix central que pot permetre'ns construir les bases d'un nou model d'atenció a les persones en situació de dependència.

Actualment, el model d'atenció sociosanitari està en revisió i es busquen altres horitzons amb una perspectiva d'atenció més humanitzadora. Per a això han de tindre's en compte, d'una banda, els canvis socials que influeixen en la situació sociosanitària de les persones majors —l'economia, els models de família, les prestacions socials, econòmiques i de serveis que es gestionen a través del sistema de dependència—, i per un altre, que són múltiples les necessitats de les persones majors, a més d'estar en constant evolució. Segons l'estudi realitzat per Rojano-Luque et al. (2021), és necessari introduir canvis quantitatius i qualitatius en els recursos assistencials, atès que la millora en la pràctica de cures millora el seu benestar i la capacitat de continuar amb el seu pla de vida. Tot això posa en evidència la necessitat d'adaptar-nos cada vegada més a les necessitats sanitàries i socials, la necessitat de construir un continuum que permeti una atenció integral i personalitzada.

Una manera d'humanitzar la vida quotidiana de les persones majors que viuen una situació de dependència en una llar residencial són les aten-

cions personalitzades que potencien les seues habilitats i capacitats conservades i l'augment de les adaptacions que permeten una atenció efectiva i eficaç en les diferents àrees.

## 5. ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

L'Atenció Centrada en la Persona (ACP) s'ha anat imposant com una nova manera d'enfocar i gestionar els serveis que paren atenció sanitària i social, ja siga a nivell domiciliari o en llars residencials, atenent de manera holística a la persona. En la Taula 1 s'assenyalen els principis i consideracions que, segons Martínez-Rodríguez (2016), sustenten l'enfocament de cures de la ACP i que han de ser treballats en el dia a dia.

Tom Kitwood (citat en Edvardsson i Innes, 2010), en aquest sentit, va emfatitzar la necessitat de deixar la malaltia que provocava la deterioració cognitiva o física de la persona en un segon pla i posicionar a la persona en primer pla.

Per a cuidar i fer costat a la persona ha de "entendre[s el seu] comportament i benestar [...], així com la personalitat, la biografia, la salut i la psicologia social (entesa com l'entorn social que envolta a la persona)" (p. 835). Des d'aquest qüestionament crític i davant la necessitat de construir un model de cures humanista es posa

| TAULA 1. Principis i consideracions ACP                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|
| DIGNITAT, BASADA EN LA IGUALTAT I RESPECTE                                 |
| SINGULARITAT, CADA PERSONA ÉS ÚNICA                                        |
| CONEIXEMENT BIBLIOGRÀFIC, PER CREAR I DONAR SUPORT AL PLA D'ATENCIÓ I VIDA |
| AUTOCONTROL VITAL, RESPECTANT L'AUTONOMIA                                  |
| RECONeixEMENT DE FORTALESES I CAPACITATS                                   |
| AMBIENT FÍSIC CASOLÀ, SIGNIFICATIUS I ADAPTATS                             |
| ACTIVITAT QUOTIDIANA SIGNIFICATIVA I PLENA DE SENTIT                       |
| SOCIABILITZACIÓ I RELACIONS D'INTERDEPENDÈNCIA                             |
| MULTIDIMENSIONALITAT DE LA PERSONA EN UNA REALITAT CANVIANT                |

Font: elaboració pròpia a partir de Martínez-Rodríguez (2016).

la mirada en la psicologia humanista que va sorgir en el segle XX que s'allunya de reduccionisme, mecanicisme i determinismes de l'ésser humà. Les persones majors són més que la suma de les seues capacitats i situacions de dependència desenvolupades amb els anys. Les persones majors desenvolupen la seua existència en un context social, té capacitat d'elecció i necessitats vinculades amb la seua autorealització que van més a allà de l'àmbit sanitari.

Sobre la base d'aquest model de cures humanista han anat evolucionant diferents vessants, que han posat èmfasis en diferents metodologies, i que des d'una perspectiva psicosocial de la demència no han posat el focus en la malaltia com a aspecte dominant per a intervindre amb la persona. Es podrien esmentar com a exemples els següents:

- El model de Dawn Brooker (2013) Valoració, Individualitat, Personalització i entorn Social (VIPS), que conjumina conceptes com: Valoració de la persona amb demència i de les persones cuidadores, atenció a la Individualitat, o Personalització, generant l'atenció des de la perspectiva i necessitats de la persona amb demència i no des del servei que presta les cures i l'entorn social, la idoneïtat del qual se sospesa segons la història personal de cada individu. Aquests aspectes són valorats mitjançant indicadors i pot apreciar-se el grau de desenvolupament d'una atenció més personalitzada i digna.
- El Model de les Necessitats no cobertes en la demència, el marc teòric de la qual va formular Nolan (2001). En ell es dona protagonisme als diferents agents implicats en l'atenció a la persona major. Aquesta mateixa, la seua família o afins i els professionals són la clau per a atendre les necessitats que manifesta la persona amb deterioració cognitiva o demència a través de la seua conducta. El comportament és el senyal que ens indica que hi ha necessitats que no estan sent ateses i són un handicap per a aconseguir una cura digna i una òptima qualitat de vida. La complementació i cooperació entre els agents implicats faciliten una atenció global per al benestar de la persona.
- El Model del descens del llindar de l'estrès analitzat per Hall i Buckwalter (1997). Centrant-se en l'atenció individualitzada de persones amb demència, la intervenció s'enfoca en l'entorn i en com aquest pot reorganitzar-se per a potenciar les capacitats cognitives, reduir l'estrès que li pot generar un entorn que frustra la cobertura de les necessitats bàsiques de la persona amb demència.
- El mètode d'estimulació de les capacitats de les persones amb demència des de les activitats quotidianes, utilitzant l'enfocament Montessori. Aquest mètode d'estimulació va ser iniciat pel psicòleg Cameron J. Camp en 1999, que va observar i va estudiar perfils avançats de persones amb demència. La seua aplicació del mètode Montessori va obtenir resultats positius per a la millora en l'estat conductual i en el benestar del pacient o resident i els seus cuidadors/as.

Tots aquests models i metodologies posen l'accent en les capacitats de les persones majors i en estratègies que permeten generar qualitat de vida en la mesura en què la deterioració cognitiva sorgeix en l'etapa en què transita la vellesa, bé per una malaltia associada, bé pel pas dels anys que inevitablement afecta a les capacitats de la persona.

La ACP és ja des de fa diverses dècades un enfocament internacionalment reconegut i se situa com un dels eixos que han de ser presents en una atenció de qualitat. A Espanya, no obstant això, no s'ha desenvolupat encara de manera significativa. Al llarg dels anys 90, les Comunitats Autònomes, sobretot en el sector sanitari on s'impulsa el model d'atenció centrada en el pacient, veuen altres vies a nivell sociosanitari d'atenció més coherents amb models de qualitat de vida, amb una atenció individual i de protecció de drets.

La ACP tracta de facilitar que la persona deixi de ser objecte d'atenció per a ser subjecte de la vida que desitja viure. Per tant, utilitza metodologies que habiliten la cura personalitzada, al mateix temps que avalua de manera participativa les intervencions i les cures que es realitzen per a reconduir-los cap al tracte digne i cap a les preferències personals. Aquestes preferències estan lligades al benestar emocional, material i físic, a

la inclusió i relacions interpersonals, al desenvolupament personal i l'autodeterminació, així com al gaudi dels seus drets (Martínez-Rodríguez, s.d.).

Com a intervenció social d'investigació acció participativa, treballar amb la metodologia que subjau en la ACP implica que, de manera multidisciplinària i posant en el centre a la persona major i als membres de la seua xarxa social, es generen sinergies i maneres de treballar concordes al model i els seus principis. Al mateix temps, requereix seguir unes fases que faciliten una progressió adaptada a cada centre i servei, permetent la consolidació de bones pràctiques i la construcció d'un nou model per a cada cas en particular (Martí, 2017).

## 6. INTERVENCIÓ SOCIAL EN GERONTOLOGIA

Segons l'assenyalat per Eriksson (1988) i aplicant-ho a les residències de persones majors, és necessari considerar i repensar el rol de la vellesa. Per a Erikson dins de la seua teoria de l'envelliment mitjançant la qual la persona passa per huit estadis, la vellesa està vinculada amb la saviesa. Aquesta està formada per un tret sintònic com és la integralitat, que "és un sentiment de coherència i totalitat" (p. 82). En les persones majors conflueixen diferents elements interrelacionats. Quan un d'ells varia, això provoca que s'altere la dinàmica dels altres i les relacions entre ells. Les intervencions socials desenvolupades durant anys en contextos residencials que es realitzaven tractaven de manera parcial les diferents capacitats de les persones majors, amb programes, dinàmiques i activitats que han sigut insuficients per a tractar a la persona major resident en la seua integralitat i millorar la seua qualitat de vida.

En els anys 90, els esforços en la intervenció social gerontològica, segons Leturia i Yanguas Lezaun (1998), se centraven en els símptomes o causes de les demandes. En eixe sentit, no es veia a la persona com un tot on diverses variables conflueixen en una situació-problema. Tampoc se li permetia ser el centre del procés, més aviat "se'ls desintegrava o alienava sobre la base d'una objectivació o reifi-

cació metodològica" (p.91). Sense estudiar la individualitat de la persona, es tractaven i prescrivien intervencions i pràctiques diàries que asseguraven millorarien el seu benestar sense comptar amb les preferències, necessitats i desitjos de la persona protagonista d'aquestes. Aquesta pràctica se sustentava en el model de cures en llars residencials, enfocat en el servei.

Quan sorgeixen els Serveis Socials, aquests s'erigeixen com a garantistes dels drets de les persones majors. Després d'una avaluació crítica, després de diversos anys de la posada en marxa de programes i serveis d'atenció a aquest col·lectiu, es va arribar a generar des de l'àmbit social un moviment cap a una nova gerontologia (Paola, 2021). En concret, es va iniciar "la comprensió dels mecanismes subjacents de la senescència [que havien d'incloure] patrons de relació entre les generacions, les dinàmiques de tal relació, el transcórrer psicològic i les característiques socioculturals de les diferents etapes de la vida" (p.19). Una de les principals revelacions en els estudis duts a terme segons aquest autor era la importància de la intervenció psicosocial. "Nombrosos estudis van demostrar la importància d'enfocaments interdisciplinaris per a comprendre la interrelació de successos fisiològics, psicològics i ambientals que afecten el benestar integral dels majors" (p.20).

Davant els canvis introduïts per la ACP en el camp de la gerontologia, les intervencions socials en l'última dècada han donat un gir complet a la fonamentació i projecció d'aquestes, sent així vertaderes eines per a treballar la qualitat de vida al costat de les persones majors que viuen en llars residencials. Segons Fernández-Riquelme (2017), les intervencions socials relacionen els processos d'investigació, intervenció i avaluació de la pràctica per a poder oferir solucions viables, necessàries i avaluable per a la seua millora. Els models de referència poden dotar d'una visió àmplia de la realitat social de les persones majors que viuen en una residència. Tenint això en compte, els canvis metodològics en les intervencions socials han provocat una necessària revisió de les mateixes per a avançar cap a una atenció social humanitzadora.

En el moment actual, la intervenció social en gerontologia es desenvolupa dins d'un espai multidimensional i interdisciplinari. Des del Treball Social gerontològic, González (2017) assenyala la importància del "treball conjunt amb els propis subjectes (adults majors), la qual cosa tendeix a promoure la participació i apoderament dels mateixos" (p. 86). Davant la intervenció social al costat de la persona major, no obstant això, hem d'esclarir els posicionaments teòrics que fonamenten aquesta intervenció, ja que aquesta estarà impregnada, segons Piña Morán (2002), d'un enfocament epistemològic, teòric i metodològic concret, i aquells són claus per a treballar la qualitat de vida de les persones majors en residències. En tot això no hem d'oblidar que els processos com l'envelliment que es donen en la realitat social són complexos. En ells interaccionen múltiples variables, la qual cosa els converteix en processos multifactorials.

La base de les intervencions des de l'àrea que abasta la dimensió social ha de tindre en compte les teories socials o psicosocials de l'envelliment que s'ocupen d'explicar l'envelliment des de totes dues esferes —psicològica i social— de la persona major i tracten d'explicar com l'entorn i la interacció amb ell influeix en el benestar de la persona.

En el cas dels serveis residencials, cal considerar la teoria de l'activitat de Havighurst, desenvolupada posteriorment per Neugarten i Hagestad en els anys 90 (Piña Morán, 2002). Aquests autors consideren que la manera de pensar de la persona major en situació de dependència es basa en l'activitat que realitza i els rols que assumeix, la qual cosa va anar evolucionant cap al concepte d'envelliment actiu, que, segons l'OMS (2002), descriu aquelles estratègies destinades al fet que les persones majors arriben a aquesta etapa de la vida en les millors condicions i durant el major temps possible. Perquè els plans i programes que es posen en marxa puguin ser viables necessitem que les protagonistes siguin les persones majors, que prenguen consciència de la necessitat de pràctiques saludables, responsabilitzant-se del seu propi benestar i deixant de ser subjectes passius —receptors d'assistència— per a ser subjectes actius i protagonistes de la seua pròpia evolució.

Segons Ancizu-García i Fontanals-De Nadal (2012), l'envelliment actiu crea un nou marc d'actuació respecte a l'envelliment. Per a dur-ho a terme, s'adopten una sèrie de mesures integrals que generen un nou model d'atenció d'acord amb les necessitats i característiques de la persona, així com de la seua evolució. Aquest mode d'envellir entra d'acord amb el model ACP i, en eixe sentit, facilita que s'aconsegueixen objectius vinculats amb l'autonomia, la participació i la dignitat que formen part del decàleg de principis d'aquest model.

Els centres residencials, amb l'objectiu de facilitar l'envelliment actiu, assumeixen un paper proactiu i ofereixen a les persones en situació de dependència accions terapèutiques i activitats significatives de manera que aconseguisquen aconseguir la seua qualitat de vida sobre la base dels seus desitjos i preferències (Ancizu-García i Fontanals-De Nadal, 2012).

Implantar aquest enfocament d'envelliment actiu ha de comportar:

- Implementar un model d'atenció que siga integral i estiga reforçat per un enfocament biopsicosocial on la salut "[siga] un procés multidimensional en el qual interactu[e]n permanentment sistemes biològics, psicològics, socials, culturals, familiars i ambientals" (Ancizu-García i Fontanals-De Nadal, 2012, p. 67).
- Realitzar una atenció centrada en la persona, on la persona siga el centre d'atenció i es treballen les seues habilitats i potencialitats, respectant els seus drets i proporcionant-los un tracte digne que facilite el rol actiu i participatiu de la persona (Rodríguez-Rodríguez, 2014).
- Apostar per un enfocament ètic de l'atenció, sota els principis de la bioètica que, segons Martínez Rodríguez (2016), són el principi de la no maleficència, de justícia, d'autonomia i de beneficència.

El mètode de ACP proposa una metodologia d'intervenció que des del social converteix a la persona major en generadora de la mateixa i no en una peça a tindre en compte perquè els pro-

fessionals planifiquen la seua pròpia intervenció (Yusta Tirado, 2017). La intervenció sota aquest mètode tracta de ser “una estratègia social en la qual el major és capaç de decidir per si mateix i en el qual són tinguts en compte aspectes tan importants com les seues preferències personals, la seua història de vida i el seu entorn familiar o social” (p. 21). Amb això, el que s’aconsegueix és abordar un dels principis bàsics de model ACP com és la dignitat, que resulta en una millora en la qualitat de vida de les persones majors en entorns geriàtrics residencials.

La ACP des de la perspectiva del Treball Social, com a disciplina, a causa de la seua multifuncionalitat, segons Gummà-Serra i Bellegarde-Nunes (2020), és la idònia per a ser el mecanisme impulsor per al canvi en el model de cures en les llars residencials. Per a Yusta Tirado (2017), la ACP proporciona un enriquiment dels mètodes d’intervenció social geriàtrics, ja que “cerca en tot moment l’autonomia de la persona i la reducció de la dependència respectant la dignitat i l’auto-determinació de les persones majors” (p. 26).

Des del Treball Social, a través del desenvolupament de Plans, Programes i Projectes sobre la base de l’avaluació i investigació de l’atenció social que es presta en les residències, es poden posar en marxa accions de sensibilització i consolidació dels principis que conformen el model pensar en ACP.

Segons Paola (2021), les noves pràctiques de bon tracte o les adaptacions ambientals enfocades tant a les persones residents com als professionals, familiars i persones pròximes són viables des de la intervenció social, ja que poden afavorir el canvi cap a un model de cures on la persona major siga el centre i motor del seu projecte de vida, del seu benestar i qualitat de vida.

## 7. CONCLUSIÓ

A mode de conclusió d’aquesta cerca bibliogràfica sobre les intervencions desenvolupades en l’àmbit del Treball Social gerontològic i les noves tendències respecte a les intervencions socials en llars residencials cal assenyalar que en la pràctica professional ha de ser possible pren-

dre el pols a la realitat de les persones majors, posar la mirada en els diferents plans de la seua realitat i construir estructures que connecten les diferents dimensions de la qualitat de vida de cadascuna d’elles. És el punt de partida per a no encasellar-nos en un treball instrumental i superficial. Hem de crear metodologies que dignifiquen al col·lectiu sense constrènyer al professional del Treball Social entre estrictes protocols, generant vertaders vincles entre el social i el sanitari que faciliten un acompanyament integral i validador de la persona major.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ancizu García, I. y Fontanals Del Nadal, D. (2012). Envejecimiento activo y dependencia: Retos actuales y futuros de la atención en centros residenciales. *Servicios sociales y política social*, 99, 63-78.
- Brooker, D. (2013). *Atención Centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos*. Octaedro.
- Cardona, D. y Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Edvardsson, D. y Innes, A. (2010). Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *The Gerontologist*, 50(6), 834-846.
- Erikson, E.H. (1988). *The life cycle completed*. Norton.
- IMSERSO (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>
- Fernández Riquelme, S. (2017). La teoría en la Intervención social. Modelos y enfoques para el Trabajo social del siglo XXI. *Acción social. Revista de política social y servicios sociales*, 1(1), 9-43. <https://socialmurcia.files.wordpress.com/2016/11/accion-social-1-2-2017.pdf>
- González, C. C. (2017). La intervención social en el campo gerontológico. *ConCienciaSocial. Revis-*

- ta digital de Trabajo Social, 1(1), 82-96. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi4i-4GUr\\_zwAhUID-wKHx5aAugQFjAAegQIA-xAD&url=https%3A%2F%2Frevistas.unc.edu.ar%2Findex.php%2FConCienciaSocial%2Farticle%2Fdownload%2F18434%-2F18337&usq=A0vVaw1joJlxbNeojfyhudnN-31Q](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi4i-4GUr_zwAhUID-wKHx5aAugQFjAAegQIA-xAD&url=https%3A%2F%2Frevistas.unc.edu.ar%2Findex.php%2FConCienciaSocial%2Farticle%2Fdownload%2F18434%-2F18337&usq=A0vVaw1joJlxbNeojfyhudnN-31Q)
- Gummà-Serra, E. y Bellegarde-Nunes, M. D. (2020). Análisis inicial de un centro asistencial psicogeriátrico, según la perspectiva del modelo de atención centrada en la persona. *Trabajo social hoy*, 90, 107-130. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7867803>
- Hall, G.R. y Buckwalter, K.C. (1997). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, pp. 399-406.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Las Cortes (2006, 14 de diciembre). Ley 39. De promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. *BOE*, 299. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Les Corts (2019, 18 de febrero). Ley 3. De Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana. *BOE*, 61, 23249-23349. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/18/3>
- Leturia, M. y Yanguas Lezaun, J.J. (1998). *Intervención psicosocial en Gerontología Manual práctico*. Cáritas Española Editores.
- Leturia-Arazola, M. (s.f.). *Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención*. Fundación Caser para la dependencia.
- López Mongil, R., López Trigo, J. A., Castrodeza Sanz, F. J., Tamames Gómez, S., León Colombo, T. y Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de Ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(1), 5-11. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-de-geriatria-y-gerontologia-124-articulo-prevalencia-demencia-pacientes-institucionalizados-estudio-resydem>
- lencia-demencia-pacientes-institucionalizados-estudio-S0211139X08000024
- Martí, J. (2017). La investigación-acción participativa: estructura y fases. [http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/175/JMarti\\_IAPFASES.pdf?sequence=1](http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/175/JMarti_IAPFASES.pdf?sequence=1)
- Martínez-Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/33762>
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal, 3.
- Martínez Rodríguez, T. (s.f.). *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. Fundación Caser para la dependencia. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActas-dependencia.pdf>
- Missotten, P., Ylief, M., Notte, D., Paquay, I., Lepeleire, J., Buntinx, F. y Fontaine, O. (2007). Quality of life in dementia: A 2-year follow-up study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1201-1207. <https://doi.org/10.1002/gps.1814>
- Nolan, M. (2001). Successful ageing: keeping the 'person' in person-centred care. *British Journal of Nursing*, 10(7), 450-454.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista especializada en Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105. [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
- Paola, J. (2021). Trabajo Social con personas mayores. Aportes de la intervención y la investigación al campo Gerontológico. En G. Casas Torres y E. Zamora Carrillo (coords.), *Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología* (pp. 18-43). [http://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/EvTS-Gerontologia\\_Ultima\\_version\\_mzo\\_2021.pdf](http://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/EvTS-Gerontologia_Ultima_version_mzo_2021.pdf)

- Pinazo Hernandis, S. (2011). Discapacidad, dependencia y autonomía personal. En S. Pinazo Hernandis (dir.), *Autonomía personal y dependencia: bases teóricas y práctica social* (pp. 27-36). Universidad de Valencia.
- Piña Morán, M. E. (2002). *Gerontología Social Aplicada: Una propuesta de Planificación Estratégica para el Trabajo Social*. [http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Gerontologia\\_Social\\_Aplicada.pdf](http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Gerontologia_Social_Aplicada.pdf)
- Ramos Campos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 16, 83-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Médica Panamericana S.A.
- Rodríguez-Rodríguez, P. y Vilà-Mancebo, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Editorial Tecnos.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Constable.
- Rojano Luque, X., Serra Marsal, E., Soler Cors, O. y Salvà Casanovas, A. (2021). Impacto en residencias de la atención centrada en las personas (ACP) sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante. *Revista española de geriatría y gerontología*, 56(1), 29-34.
- Rojo-Pérez, F. (2015). «Antecedentes y estado del arte». En M.J. Forjaz y C. Rodríguez-Blázquez (eds.), *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas* (pp. 19-309). Ministerio de Economía y Competitividad.
- Sen, A. (1993). Capability and Well-Being. En M.C. Nussbaum y A. Sen (eds.), *The Quality of Life*. Oxford University Press.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida. Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (coords.) (2013). *Discapacidad e Inclusión*. Amarú.
- Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M. y Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma. Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30(1), 109-117. <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/147>
- Yusta Tirado, R. (2017). El trabajo social y el método de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo social hoy*, 81, 19-28.



# Estrategias de afrontamiento del estrés y formación para la gestión del bienestar físico-emocional de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo

**INMACULADA GONZÁLEZ HERRERA**

Trabajadora social Hogar Xiquets.

Recibido: 1 mayo 2023. Aceptado: 7 septiembre 2023.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es estudiar si las estrategias para afrontar el estrés que utilizan profesionales que asisten a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo están relacionadas con los conocimientos que tienen para gestionar su bienestar físico-emocional. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) se aplicó a una muestra de 226 participantes con una media de edad de 40.32 años ( $DT = 12.43$ ) y con una experiencia media de 11.43 años trabajando con niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo. Los resultados indican que, con formación en bienestar, la reevaluación positiva, la focalización en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social son las estrategias que más se usan y la autofocalización negativa la que menos; y, específicamente, formarse en inteligencia emocional y en el aprendizaje de las estrategias que existen, se relaciona con un mayor uso de estas técnicas. En conclusión, la formación en materias de autogestión del bienestar físico-emocional mejora la pericia con la que profesionales pueden afrontar el estrés.

**PALABRAS CLAVE:** estrés; estrategias de afrontamiento; profesionales sociosanitarios; discapacidad; infancia.

## Stress coping strategies and training for the management of physical-emotional well-being of professionals who care for children and adolescents with support needs

### ABSTRACT

The aim of this investigation is to study whether the strategies to deal with stress that are used by professionals who assist children and adolescents with support needs are related to the knowledge they have to manage their physical-emotional well-being. The Stress Coping Questionnaire (SCQ) was used in a sample of 226 participants with a mean age of 40.32 years (SD = 12.43) and with a mean experience of 11.43 years working with children and adolescents with special support needs. The results indicate that, training in well-being, positive reassessment, focusing on solving the problem and seeking social support are the strategies that are used the most whereas negative self-focusing the least; and, specifically, training in emotional intelligence and learning about the existing strategies are both related to a greater use of these techniques. In conclusion, training in matters of self-management of physical-emotional well-being improves the expertise with which professionals can deal with stress.

**KEY WORDS:** stress; coping strategies; social health professionals; disability; childhood.

### EL ESTRÉS

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que todas las personas sufren estrés varias veces en su vida y que, en niveles bajos, no representa un problema grave para la salud. Al contrario, niveles altos de estrés producen efectos negativos tales como "cefaleas; disminución del apetito; sensación de nudo en la garganta; dolores de espalda, cuello y hombros; dispepsia; tensión muscular; y angina de pecho". Al respecto, Macías (2019) afirma que el estrés es un factor de riesgo que incide en el bienestar físico, cognitivo y social de los seres humanos.

Sobre cómo afecta el estrés a los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, Alhurani et al. (2020) indican que les provoca tensión física y emocional, que suele aparecer en situaciones en las que se sienten frustrados/as, furiosos/as o nerviosos/as. Estos autores añaden que, si no se maneja adecuadamente, puede acarrear un riesgo grave para su salud mental.

Otros investigadores (Burgos et al., 2020) apuntan que el estrés es producto de la interacción de diversas variables con el entorno del individuo y, en el seno de este contexto, también se encuentran las estrategias de afrontamiento para poder enfrentarse a él.

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Aunque existen pocos estudios que relacionen las variables de la presente investigación: estrategias de afrontamiento frente al estrés de los profesionales que cuidan a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y su relación con los conocimientos para la gestión de su bienestar físico y emocional, sí que los hay sobre el estrés y las estrategias de afrontamiento que emplean este grupo de profesionales, así como sobre los efectos de la Inteligencia Emocional (IE) en ellos/as.

Sarsosa y Charria (2017), por ejemplo, en un trabajo realizado con 595 profesionales del área

de la salud, detectaron que “situaciones de emergencia, sobrecarga de servicio, atención a un número elevado de pacientes y polivalencia de enfermedades” generaba en ellos malestar músculo-esqueléticos y digestivo, así como agotamiento y tensión”; y en un estudio realizado por Osorio et al. (2021), donde participaron 60 profesionales de la salud, se halló que el personal no empleaba medidas de afrontamiento de tipo racional, por lo que se generaba en ellos/as cansancio emocional, despersonalización y una menor autorrealización en su puesto de trabajo.

Las estrategias de afrontamiento, tal y como las definieron Lazarus y Folkman (1986), son esfuerzos de carácter cognitivo y conductual que desarrollan las personas para manejar determinadas exigencias internas y externas. Por su parte, el “afrontamiento” son “los intentos cognitivos, emocionales y conductuales” dirigidos a manejar determinadas demandas que se suceden en la vida y que exceden la capacidad del individuo para adaptarse a ellas. El afrontamiento, por tanto y según estos autores, es cualquier esfuerzo que se realice para manejar el estrés a través de acciones encaminadas a evitar el daño que les puede provocar cualquier adversidad en la vida. Estos mismos investigadores apuntan que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento: las centradas en el problema y las centradas en las emociones. Entre estas últimas destacan “la confrontación, la reevaluación positiva, la autoinculcación, la búsqueda de apoyo social, la evitación, el autocontrol, el distanciamiento y buscar solución a los problemas”.

Al respecto, Niño et al. (2019) destacan que un buen manejo de las estrategias de afrontamiento es de vital importancia porque puede evitar “la aparición de alteraciones de la salud mental como la depresión, la ansiedad o el estrés” y también mejora las relaciones con el entorno social, familiar y laboral.

Sobre las estrategias de afrontamiento más frecuentes para evitar el estrés y mejorar el bienestar, la literatura destaca la expresión emocional, ya que cuando no se expresan las emociones negativas aparece la tristeza y el dolor; el apoyo social (González-Herrera, 2021), a través del que

se busca el alivio emocional y la comprensión por parte del entorno; y la evitación del problema, estrategia relacionada con la negación y evitación de aquellos actos que acarreen estrés.

IE juega un papel importante en lo que se refiere a la ansiedad y el estrés. Slaski y Cartwright (2003), por ejemplo, señalaron que el entrenamiento en IE reduce y modula los efectos del estrés, y también aumenta la salud y el bienestar en relación con la percepción de autoeficacia y el *burnout* según las condiciones de trabajo. A la luz de estos resultados los autores señalan la necesidad de desarrollar perfiles profesionales y programas de intervención ajustados a estos perfiles que minimicen los factores de riesgo. De lo expuesto anteriormente se deriva la necesidad de que los/as profesionales que se enfrentan a situaciones estresantes reciban formación en IE.

Schutte et al. (2013) realizaron una revisión de diferentes estudios que exploraban la eficacia de los programas de educación emocional implementados en diversos entornos (organizacionales, educativos, deportivos, de salud mental, etc.) y concluyeron que el entrenamiento en IE incrementaba los niveles de bienestar, salud mental y física, relaciones sociales y rendimiento laboral.

Zijlmans et al. (2015) también intentaron determinar el efecto que un entrenamiento en IE, estrategias de afrontamiento y emociones tenía en un grupo de trabajadores/as de apoyo a personas con diversidad funcional. Sus resultados mostraron que el grupo experimental logró un incremento en su IE y afrontamiento.

De este modo, a mayores dificultades laborales, más precisa se hace la IE. Por ello, se sabe que cómo se gestionen las emociones repercute en la sensación de bienestar y en la calidad de la atención que proporcionan estos/as trabajadores/as, por lo que promover condiciones seguras y saludables para todos los proveedores de la salud es una importante estrategia para mejorar la salud de la población (Oliver et al., 2017).

En cuanto a la población objeto de este estudio, los/as niños y adolescentes con necesidades de apoyo, Pérez-Guerrero (2019) afirma que la discapacidad que afecta a la población infantil es un problema que precisa de profesionales preparados/as aca-

démica y psicológicamente. De ahí la necesidad de "entrenar" a los/as trabajadores/as del área en habilidades profesionales especializadas.

Por lo que respecta al colectivo de trabajadores/as que cuida a estas personas en centros residenciales cabe destacar que en ocasiones su rol profesional es algo difuso, y también con frecuencia carecen de la formación requerida para desarrollar su labor (González-Herrera, 2021).

Esta autora sugiere que el grupo de profesionales se puede clasificar según sus diversos niveles de cualificación profesional y su formación (básica, profesional o universitaria). Además, en el seno de este grupo disperso, desarrollan trabajos tan dispares como el de camarero/a de cocina, limpiador/a, peluquero/a, cocinero/a, administrativo/a, recepcionista, conserje, monitor/a deportivo/a, enfermero/a, fisioterapeuta, podólogo/a, médico/a, psicólogo/a, pedagogo/a, director/a, etc.; lo que no facilita su estabilidad emocional.

El objetivo de esta investigación es analizar si las estrategias para afrontar el estrés a las que recurren los trabajadores que atienden a la infancia y adolescencia con diversidad funcional se asocian con la formación en gestión del bienestar físico-emocional que tienen. En concreto, se quiere examinar si:

- a) Las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan se asocian a tener conocimientos en materias que les ejercite a gestionar su bienestar físico-emocional.
- b) Las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan se asocian a los conocimientos que tienen en inteligencia emocional.
- c) Las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan se asocian a los conocimientos que tienen en estrategias de afrontamiento.
- d) Las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan se asocian a los conocimientos que tienen en mindfulness.
- e) Las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan se asocian a los conocimientos que tienen en autocuidado.

Y, asimismo, si las estrategias de afrontamiento del estrés que se utilizan se asocian al nivel educativo que tienen.

## MÉTODO

### Participantes

En la selección de los participantes se definieron dos criterios de inclusión: 1) que fueran profesionales que, en el ejercicio de su profesión, atienden a infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y 2) estar en activo en ese momento. Se excluyó del estudio al voluntariado.

La muestra estaba formada por 226 participantes con una edad media de 40.32 años ( $DT = 12.43$ ); el 80.5% de ellos eran mujeres y el 19.5% hombres. En cuanto a su estado civil, el 52.4% estaba casado o vivía en pareja, el 36% era soltero y el 11.6% estaba separado, divorciado o viudo. Respecto a su formación, el 76.6% tenía formación universitaria, el 19% estudios de educación secundaria (bachillerato o grado medio y superior) y el 4% tenía estudios primarios o carecía de estudios.

En el ámbito laboral, respecto a su puesto, el 6.2% de ellos/as eran directivos/as, el 45.2% personal técnico (médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, profesorado, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales y psicopedagogos/as), el 41.1% personal de cuidado y atención (educadores/as sociales, integradores sociales y personal de atención directa) y el 7.5% personal de servicios. En cuanto a su área, el 58.6% eran de la educativa, el 12.3% de la sanitaria, el 4.1% de ocio y el 25% de otras áreas. Respecto a la titularidad de su centro de trabajo, el 40.7% trabajaba en centros públicos, el 23.1% en centros privados, el 31.7% en concertados y el 4.5% en entidades de otra titularidad (fundaciones, ONGs, etc.). Los participantes tenían de media 11.43 años de experiencia trabajando con infancia y adolescencia con necesidades de apoyo ( $DT = 9.93$ ).

### Procedimiento

A los/as participantes se les contactó a través de un mensaje de e-mail o móvil en el que se les explicaba el objetivo del estudio y el cumplimiento con los requisitos éticos y legales, y se incluía un link al cuestionario. La encuesta estaba en la plataforma SurveyMonkey® y su cumplimentación duraba, aproximadamente, 20 minutos.

## Instrumento

### **Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE; San-dín y Chorot, 2003)**

Es una medida de autoinforme que evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: *autofocalización negativa* (AFN) que hace referencia a culparse a sí mismo, resignarse, sentirse incapaz o indefenso para resolver la situación; *reevaluación positiva* (REP) que alude a esforzarse por ver los aspectos positivos de la situación; *evitación* (EVT) que implica esfuerzos por volcarse en el trabajo u otras actividades para evitar pensar en los problemas o realizar otras actividades para olvidarlos; *religión* (RLG) que se refiere a creencias religiosas para afrontar la situación; *focalización en la solución del problema* (FSP) que analiza las causas, planea y ejecuta soluciones para afrontar la situación; *expresión emocional abierta* (EEA) que alude a la posibilidad de descargar el malhumor y desahogarse; y *búsqueda de apoyo social* (BAS) que implica la búsqueda de consejo u orientación con parientes o amigos. En esta investigación se ha utilizado la versión reducida de 21 ítems (3 para cada dimensión) en los que los participantes evalúan el grado en el que utilizaron cada una de las formas de afrontamiento del estrés con una escala Likert de puntuación de 0 a 4 (0=Nunca a 4=Casi Siempre). Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach de las subescalas oscilaron entre .53 y .93.

### **Análisis de datos**

Se ha realizado un análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento utilizadas. A continuación, para estudiar las diferencias entre los grupos y la relación entre las variables se ha utilizado la prueba *t* de Student en las variables cuantitativas y la prueba *chi-cuadrado* en las variables cualitativas. El tamaño del efecto se ha estimado con la *d* de Cohen en las variables cuantitativas y el Coeficiente *Phi* en las variables cualitativas.

El valor de significación establecido es  $<.05$ .

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS, versión 25.0.

## RESULTADOS

Las tres estrategias de afrontamiento que más han utilizado profesionales del estudio que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo fueron la focalización en la solución del problema (2.64), la reevaluación positiva (2.55) y la búsqueda de apoyo social (2.26); y las estrategias que menores puntuaciones obtuvieron fueron la religión (0.58) y la expresión emocional abierta (0.87) que puntuaron por debajo de 1 (Tabla 1).

Hay un 69% de estos participantes que había realizado alguna formación orientada a fomentar su bienestar físico-emocional; en concreto, el 41.6% de ellos/as tenía formación en IE el 12.4% en estrategias de afrontamiento, el 12.4% en *mindfulness* y el 11.1% en autocuidado. En la tabla 2 se recogen las características sociodemográficas de los/as participantes según la tenencia de formación en protección del bienestar físico-emocional y se muestra que, entre los/as participantes con formación y los/as que no la tienen, no hay diferencias en la edad ni en el sexo, pero sí difieren en cuanto a su nivel educativo: el 86.5% de los/as que tienen formación en bienestar tienen estudios universitarios mientras que el 54.3% de los/as que no se han formado en bienestar físico-emocional tienen estudios superiores ( $\chi^2(1, N = 226) = 27.999; p < .001; \Phi = -.352$ ).

El análisis de las estrategias que utilizan profesionales teniendo en cuenta si han tenido o no formación para gestionar su bienestar físico-emocional (Tabla 3) muestra que los/as que cuentan con ese aprendizaje utilizan más las estrategias de reevaluación positiva (2.62 frente a 2.39) ( $t(224) = 2.564, p = .011, d = -0.37$ ), la focalización en la solución del problema (2.73 frente a 2.43) ( $t(224) = 3.158, p = .002, d = -0.45$ ) y la búsqueda de apoyo social (2.35 frente a 2.06) ( $t(160.397) = 2.759, p = .006, d = -0.37$ ) que los/as que no tienen ninguna formación en gestión del bienestar; mientras que los/as que no tienen formación en esas materias realizan un mayor uso de la autofocalización negativa que los que sí tienen formación en bienestar (1.19 frente a 1.00) ( $t(224) = -2.078, p = .039, d = 0.31$ ).

TABLA 1. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento

|     | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|-----|----------|----------|-----------|---------------|---------------|
| AFN | 226      | 1.06     | 0.61      | 0.00          | 2.67          |
| REP | 226      | 2.55     | 0.62      | 0.00          | 4.00          |
| EVT | 226      | 1.97     | 0.65      | 0.00          | 4.00          |
| RLG | 225      | 0.58     | 0.95      | 0.00          | 4.00          |
| FSP | 226      | 2.64     | 0.68      | 0.00          | 4.00          |
| EEA | 226      | 0.87     | 0.55      | 0.00          | 2.67          |
| BAS | 226      | 2.26     | 0.80      | 0.00          | 4.00          |

\* Nota: 0 = Nunca a 4 = Casi siempre.

TABLA 2. Características sociodemográficas de los participantes en función de su formación en gestión del bienestar físico-emocional

|                         | Con formación |          |           | Sin formación |          |           | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------------|---------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|----------|
|                         | <i>n</i>      | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>n</i>      | <i>M</i> | <i>DT</i> |          |          |
| Edad                    | 150           | 39.98    | 12.70     | 70            | 41.06    | 11.89     | -0.598   | .551     |
|                         | <i>n</i>      | %        |           |               | <i>n</i> | %         | $\chi^2$ | <i>p</i> |
|                         |               |          |           |               |          |           |          |          |
| Sexo                    | 156           | 100      |           |               | 70       | 100       |          |          |
| Hombre                  | 29            | 18.6     |           |               | 11       | 21.4      | 0.248    | .618     |
| Mujer                   | 127           | 81.4     |           |               | 55       | 78.6      |          |          |
| Nivel educativo         | 156           | 100      |           |               | 70       | 100       |          |          |
| Con est. universitarios | 135           | 86.5     |           |               | 38       | 54.3      | 27.999   | .000*    |
| Sin est. universitarios | 21            | 13.5     |           |               | 32       | 45.7      |          |          |

\*  $p < .05$

A continuación, se ha analizado si la utilización que los/as profesionales hacen de las estrategias de afrontamiento está relacionada con la materia concreta de gestión del bienestar físico-emocional en la que se ha formado. Para ello se ha comparado el uso de las estrategias de los/as participantes que han cursado específicamente cada formación (IE, estrategias de afrontamiento, mindfulness y autocuidado) con el uso que hacen los/as que no se han formado en ninguna

de esas materias y se ha reajustado el  $\alpha$  de Cronbach al número de grupos ( $\alpha/4 = .0125$ ). En primer lugar, respecto a la formación en IE (Tabla 4), los/as que cuentan con ese aprendizaje utilizan más las estrategias de focalización en la solución del problema (2.75 frente a 2.43) ( $t(162) = 3.116$ ,  $p = .002$ ,  $d = -0.48$ ) y la búsqueda de apoyo social (2.40 frente a 2.06) ( $t(161.845) = 2.766$ ,  $p = .006$ ,  $d = -0.42$ ) que los/as que carecen de esa formación.

**TABLA 3. Medias, desviaciones típicas y pruebas t de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento según la formación recibida en gestión del bienestar físico-emocional**

|     | Con formación |      |      | Sin formación |      |      | t      | p            |
|-----|---------------|------|------|---------------|------|------|--------|--------------|
|     | n             | M    | DT   | n             | M    | DT   |        |              |
| AFN | 156           | 1.00 | 0.59 | 70            | 1.19 | 0.65 | -2.078 | <b>.039*</b> |
| REP | 156           | 2.62 | 0.62 | 70            | 2.39 | 0.61 | 2.564  | <b>.011*</b> |
| EVT | 156           | 2.00 | 0.70 | 70            | 1.91 | 0.55 | 0.909  | .364         |
| RLG | 155           | 0.63 | 0.99 | 70            | 0.48 | 0.83 | 1.096  | .274         |
| FSP | 156           | 2.73 | 0.68 | 70            | 2.43 | 0.65 | 3.158  | <b>.002*</b> |
| EEA | 156           | 0.85 | 0.55 | 70            | 0.91 | 0.56 | -0.801 | .424         |
| BAS | 156           | 2.35 | 0.84 | 70            | 2.06 | 0.68 | 2.759  | <b>.006*</b> |

\* p < .05

**TABLA 4. Medias, desviaciones típicas y pruebas t de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento en función de la formación recibida en IE**

|     | Con formación en IE |      |      | Sin formación en gestión del bienestar |      |      | t      | p            |
|-----|---------------------|------|------|----------------------------------------|------|------|--------|--------------|
|     | n                   | M    | DT   | n                                      | M    | DT   |        |              |
| AFN | 94                  | 1.01 | 0.58 | 70                                     | 1.19 | 0.65 | -1.860 | .065         |
| REP | 94                  | 2.59 | 0.65 | 70                                     | 2.39 | 0.61 | 1.949  | .053         |
| EVT | 94                  | 2.07 | 0.68 | 70                                     | 1.91 | 0.55 | 1.618  | .108         |
| RLG | 94                  | 0.52 | 0.86 | 70                                     | 0.48 | 0.83 | 0.327  | .744         |
| FSP | 94                  | 2.75 | 0.67 | 70                                     | 2.43 | 0.65 | 3.116  | <b>.002*</b> |
| EEA | 94                  | 0.79 | 0.51 | 70                                     | 0.91 | 0.56 | -1.519 | .131         |
| BAS | 94                  | 2.40 | 0.89 | 70                                     | 2.06 | 0.68 | 2.766  | <b>.006*</b> |

\* p < .0125

En segundo lugar, en cuanto a la formación en estrategias de afrontamiento (Tabla 5), los/as que tienen esos conocimientos usan más las estrategias de reevaluación positiva (2.76 frente a 2.39) ( $t(96) = 2.766, p = .007, d = -0.55$ ) y la focalización en la solución del problema (2.95 frente a 2.43) ( $t(96) = 3.598, p = .001, d = -0.80$ ) que los/as profesionales no formados en bienestar.

En tercer lugar, en cuanto a la formación en mindfulness (Tabla 6), los que se han formado

en esa área no presentan diferencias significativas con los/as profesionales que no tienen ninguna formación para gestionar su bienestar físico-emocional ( $t(96) = 2.155, p = .034, d = -0.49$ ).

En cuarto lugar, en cuanto a la formación en autocuidado (Tabla 7), los análisis tampoco han mostrado diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento que utilizan los/as profesionales que tienen ese adiestramiento y los/as que no.

Por otra parte, considerando el nivel educativo (Tabla 8), la estrategia de afrontamiento en la que se detectaron diferencias de utilización entre los/as profesionales es en la religión que, aunque es de las estrategias menos utilizadas, la usan más

los/as que no son universitarios/as (0.97 frente a 0.46) ( $t(69.459) = -2.981, p = .004, d = 0.55$ ); en las demás estrategias de afrontamiento no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de uso según su nivel educativo.

**TABLA 5. Medias, desviaciones típicas y pruebas t de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento en función de la formación recibida en estrategias de afrontamiento (EA)**

|     | Con formación en EA |      |      | Sin formación en gestión del bienestar |      |      | t      | p            |
|-----|---------------------|------|------|----------------------------------------|------|------|--------|--------------|
|     | n                   | M    | DT   | N                                      | M    | DT   |        |              |
| AFN | 28                  | 0.99 | 0.62 | 70                                     | 1.19 | 0.65 | -1.384 | .170         |
| REP | 28                  | 2.76 | 0.57 | 70                                     | 2.39 | 0.61 | 2.766  | <b>.007*</b> |
| EVT | 28                  | 1.83 | 0.68 | 70                                     | 1.91 | 0.55 | -0.612 | .542         |
| RLG | 28                  | 0.73 | 1.19 | 70                                     | 0.48 | 0.83 | 0.998  | .325         |
| FSP | 28                  | 2.95 | 0.64 | 70                                     | 2.43 | 0.65 | 3.598  | <b>.001*</b> |
| EEA | 28                  | 0.83 | 0.61 | 70                                     | 0.91 | 0.56 | -0.633 | .528         |
| BAS | 28                  | 2.45 | 0.90 | 70                                     | 2.06 | 0.68 | 2.097  | .042         |

\*  $p < .0125$

**TABLA 6. Medias, desviaciones típicas y pruebas t de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento en función de la formación recibida en mindfulness**

|     | Con formación en mindfulness |      |      | Sin formación en gestión del bienestar |      |      | t      | p    |
|-----|------------------------------|------|------|----------------------------------------|------|------|--------|------|
|     | n                            | M    | DT   | N                                      | M    | DT   |        |      |
| AFN | 28                           | 0.95 | 0.53 | 70                                     | 1.19 | 0.65 | -1.735 | .086 |
| REP | 28                           | 2.68 | 0.56 | 70                                     | 2.39 | 0.61 | 2.155  | .034 |
| EVT | 28                           | 1.96 | 0.73 | 70                                     | 1.91 | 0.55 | 0.367  | .714 |
| RLG | 27                           | 0.44 | 0.68 | 70                                     | 0.48 | 0.83 | -0.204 | .839 |
| FSP | 28                           | 2.51 | 0.70 | 70                                     | 2.43 | 0.65 | 0.578  | .565 |
| EEA | 28                           | 0.95 | 0.53 | 70                                     | 0.91 | 0.56 | 0.311  | .756 |
| BAS | 28                           | 2.32 | 0.88 | 70                                     | 2.06 | 0.68 | 1.588  | .116 |

\*  $p < .0125$

TABLA 7. Medias, desviaciones típicas y pruebas t de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento en función de la formación recibida en autocuidado

|     | Con formación en autocuidado |      |      | Sin formación en gestión del bienestar |      |      | t      | p    |
|-----|------------------------------|------|------|----------------------------------------|------|------|--------|------|
|     | n                            | M    | DT   | N                                      | M    | DT   |        |      |
| AFN | 25                           | 1.15 | 0.74 | 70                                     | 1.19 | 0.65 | -0.250 | .803 |
| REP | 25                           | 2.45 | 0.44 | 70                                     | 2.39 | 0.61 | 0.470  | .639 |
| EVT | 25                           | 1.88 | 0.64 | 70                                     | 1.91 | 0.55 | -0.256 | .799 |
| RLG | 25                           | 0.80 | 1.24 | 70                                     | 0.48 | 0.83 | 1.192  | .242 |
| FSP | 25                           | 2.64 | 0.65 | 70                                     | 2.43 | 0.65 | 1.414  | .161 |
| EEA | 25                           | 0.83 | 0.69 | 70                                     | 0.91 | 0.56 | -0.633 | .528 |
| BAS | 25                           | 2.37 | 0.80 | 70                                     | 2.06 | 0.68 | 1.896  | 0.61 |

\* p < .0125

TABLA 8. Medias, desviaciones típicas y pruebas t de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento en función del nivel educativo

|     | Con formación universitaria |      |      | Sin formación universitaria |      |      | t      | p            |
|-----|-----------------------------|------|------|-----------------------------|------|------|--------|--------------|
|     | n                           | M    | DT   | N                           | M    | DT   |        |              |
| AFN | 173                         | 1.02 | 0.59 | 53                          | 1.19 | 0.67 | -1.753 | .081         |
| REP | 173                         | 2.56 | 0.61 | 53                          | 2.52 | 0.66 | 0.420  | .675         |
| EVT | 173                         | 1.99 | 0.65 | 53                          | 1.92 | 0.69 | 0.701  | .484         |
| RLG | 172                         | 0.46 | 0.84 | 53                          | 0.97 | 1.16 | -2.981 | <b>.004*</b> |
| FSP | 173                         | 2.66 | 0.64 | 53                          | 2.54 | 0.79 | 1.007  | .317         |
| EEA | 173                         | 0.86 | 0.53 | 53                          | 0.91 | 0.62 | -0.532 | .595         |
| BAS | 173                         | 2.29 | 0.82 | 53                          | 2.14 | 0.74 | 1.180  | .239         |

\* p < .05

## CONCLUSIONES

Este trabajo pone el foco de atención sobre una muestra de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo en la provincia de Valencia, y lo hace en este colectivo desde un enfoque cuantitativo. Este as-

pecto constituye en sí mismo una aportación, ya que tras realizar una revisión de la literatura no se han encontrado estudios similares. De hecho, se han hallado investigaciones de las variables analizadas en personal sanitario, social o educativo, pero no estudios que engloben a los tres colectivos simultáneamente.

Las tres estrategias de afrontamiento que más han utilizado profesionales del estudio que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo fueron la focalización en la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social; y las estrategias que menores puntuaciones obtuvieron fueron la religión y la expresión emocional abierta.

Además, el haberse formado en técnicas que mejoran la gestión del bienestar físico-emocional se asocia con algunas estrategias que las personas que trabajan con la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo utilizan para hacer frente al estrés. En concreto, tener conocimiento de inteligencia emocional y el adiestramiento en el afrontamiento se relaciona con un mayor uso de los profesionales de las estrategias de reevaluación positiva, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social.

Sin embargo, tras la revisión bibliográfica realizada, se evidencia una carencia de técnicas y comportamientos que ayuden a los profesionales del ámbito social y sanitario a afrontar el cuidado de la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, como resultado de carencias en su formación. Esto impide que los/as profesionales socio-sanitarios trabajen de manera adecuada, ya que el éxito de la relación terapéutica es directamente proporcional a nuestra presencia, convirtiendo el autocuidado en un aspecto básico.

Para dar solución a este problema es preciso instaurar programas formativos para profesionales de todas las áreas de la atención a niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo que promuevan herramientas para el afrontamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burgos, D., Rendón, V., Díaz, C., Aguirre, J., Peralta, G., y Angulo de León, T. (2020). La relación y estrés laboral en el personal docente: una revisión sistemática. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 25(266), 109-123. <https://doi.org/10.46642/efd.v25i266.1617>

González-Herrera, I. (2021). *Estrategias de afrontamiento de profesionales que atienden a la*

*infancia y adolescencia con necesidades de apoyo: una aproximación desde la ética del humor* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/80313>

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Roca SA.

Macías, M. (2019). El modelo decente de seguridad y salud laboral. Estrés y tecnoestrés derivados de los riesgos psicosociales como nueva forma de siniestralidad laboral. *Revista internacional y comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*, 7(4), 64-91. [http://ejcls.adapt.it/index.php/rlde\\_adapt/article/view/813](http://ejcls.adapt.it/index.php/rlde_adapt/article/view/813)

Niño, R., Bravo, X., Ordaz, M., Santillán, C. y Gallardo, M. (2019). Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en el equipo de enfermería: implicaciones para su formación. *Revista de Psicología y Educación*, 14(2), 157-166. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.02.180>

Oliver, A., Tomás, J. y Montoro-Rodríguez, J. (2017). Dispositional Hope and Life Satisfaction among Older Adults Attending Lifelong Learning Programs. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 72, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.05.008>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). *En tiempos de estrés haz lo que importa: una guía ilustrada*. [https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=Cj0KCQjwx2XBhDBARIsA0jDZ370LDpZTCVEjBKl60EzMrE-00pDEb\\_nf4jHSsKktE9UfdRXif\\_D7\\_GwaAq-8gEALw-wcB](https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=Cj0KCQjwx2XBhDBARIsA0jDZ370LDpZTCVEjBKl60EzMrE-00pDEb_nf4jHSsKktE9UfdRXif_D7_GwaAq-8gEALw-wcB)

Osorio, M., Prado, C., y Bazán, G. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(2), 267-274. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>

Pérez-Guerrero, M. C. (2019). Habilidades profesionales especializadas para la atención a la discapacidad infantil. *Revista Humanidades Médicas*, 19(1), 80-96. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTI-CULO=86560>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y

- validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Sarsosa, K. y Charria, V. (2017). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1), 44-52. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.108>.
- Schutte et al. (2013). Increasing emotional intelligence through training: current status and future directions. *The International Journal of Emotional Education*, 5(1), 56-72.
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(4), 233-239. <https://doi.org/10.1002/smi.979>
- Zijlmans et al. (2015). Maternal prenatal stress is associated with the infant intestinal microbiota. *Psychoneuroendocrinology*, 53, 233-245. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.01.006>



# El camino por delante: desafíos y oportunidades para el Trabajo Social en los próximos años

**TANIA RUIZ GIL**

Investigadora predoctoral, Universitat de València.

Recibido: 27 septiembre 2023. Aceptado: 15 diciembre 2023

## RESUMEN

Este artículo explora los retos futuros que enfrenta el Trabajo Social en España, subrayando la importancia de la adaptabilidad y el compromiso de las profesionales en un entorno en constante cambio. Se abordan diversas cuestiones clave como la adaptación a las nuevas tecnologías, el impacto del envejecimiento de la población, los desafíos que enfrenta la juventud, la creciente visibilidad de nuevos colectivos vulnerables, la necesidad de intervenir en áreas menos conocidas, la importancia de superar la invisibilidad de la profesión, encontrar el equilibrio entre el Trabajo Social comunitario y el individualismo. La emergencia de la crisis climática, la intensificación de la globalización y las experiencias recientes con pandemias y situaciones bélicas/invasiones plantean desafíos adicionales que el Trabajo Social debe enfrentar ya que han intensificado la necesidad de abordar cuestiones sociales urgentes. Finalmente, se analizan los aspectos clave de la posible futura nueva ley de servicios sociales estatal y qué impacto podrá tener en el Trabajo Social en España.

**PALABRAS CLAVE:** retos futuros; nuevas tecnologías; envejecimiento; juventud; colectivos vulnerados; invisibilidad; individualismo; crisis climática.

CORRESPONDENCIA

tania.ruiz@uv.es

## The road ahead: challenges and opportunities for Social Work in the coming years

### ABSTRACT

This article explores the future challenges that Social Work faces in Spain, emphasizing the importance of adaptability and commitment among professionals in an ever-changing environment. Several key issues are addressed, such as adaptation to new technologies, the impact of the aging population, the challenges faced by youth, the growing visibility of new vulnerable groups, the need to intervene in less-known areas, the importance of overcoming the invisibility of the profession, finding the balance between community Social Work and individualism. The emergence of the climate crisis, the intensification of globalization and recent experiences with pandemics and war/invasion situations pose additional challenges that Social Work must face as they have intensified the need to address urgent social issues. Finally, we analyze the key aspects to the possible future new state social services law and what impact it may have on Social Work in Spain.

**KEY WORDS:** future challenges; new technologies; aging; youth; vulnerable groups; invisibility; individualism; climate crisis.

### 1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social (en adelante TS) en España es una ciencia viva que a lo largo de los años, ha evolucionado y se ha adaptado a las nuevas circunstancias y necesidades de la población provocadas por la transformación social y los acontecimientos de cada época (Díaz et al., 2020). Sin embargo, en la medida en que nos adentramos en los próximos años, el panorama para esta disciplina se presenta como un escenario dinámico y prometedor, caracterizado por la emergencia de nuevos desafíos y oportunidades.

En este artículo se plantean algunas situaciones que, en base a las tendencias actuales de la sociedad española pero siempre teniendo en cuenta que el futuro es algo impredecible, podrían ser objeto de atención del TS en España en los próximos años. En este análisis prospectivo, se explorará cómo las nuevas tecnologías pueden ser tanto una herramienta poderosa como un reto para la profesión, cómo la sociedad se adapta al envejecimiento de la población y los desafíos que enfrenta la juven-

tud en un mundo en constante cambio. Además, se examinará la creciente visibilidad de nuevos colectivos vulnerables y la necesidad de intervenir en ámbitos menos conocidos así como la invisibilidad de la profesión y el fomento del TS comunitario frente a un individualismo de la sociedad cada vez mayor. Todos estos temas se ubican en un mundo globalizado, marcado por la crisis climática y pandemias como la reciente COVID-19. Por último, se analizan las claves del anteproyecto de ley de servicios sociales estatal y cómo esta normativa puede influir en el futuro del TS en España.

### 2. RETOS A LOS QUE PODRÍAMOS ENFRENTARNOS EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

El TS es una profesión que se centra en ayudar a las personas a enfrentar y superar desafíos sociales y personales. En un mundo cada vez más complejo y cambiante, la labor del TS es más importante que nunca ya que se demandan nuevos

derechos y, consiguientemente, nuevas prestaciones (López Peláez, 2012). A continuación se examinar algunos desafíos o retos a los que podría enfrentarse la profesión en el futuro.

## 2.1. Nuevas tecnologías

En la última década, el avance de la tecnología y la digitalización ha dejado una huella significativa en todas las esferas de la sociedad, incluido el TS en España. La incorporación de herramientas tecnológicas ha impulsado la transformación de los métodos tradicionales del TS, presentando tanto desafíos como oportunidades.

En cuanto a las oportunidades, la digitalización ha abierto nuevos canales de comunicación entre las trabajadoras sociales (en adelante tt.ss.) y las personas usuarias. Las redes sociales, plataformas de mensajería y herramientas de videoconferencia han permitido una comunicación más rápida y efectiva (Caravaca, 2014). Las tt.ss. pueden utilizar estas plataformas para mantener una relación más cercana con las personas usuarias, brindar asesoramiento en línea y realizar seguimientos más frecuentes. Esto facilita el acceso a personas en diferentes ubicaciones y en situaciones difíciles con problemas de movilidad o incluso de tiempo disponible para acudir (Real y Jiménez, 2022). No solo se mejora la comunicación entre profesionales y personas usuarias sino que estas herramientas permiten a las tt.ss. coordinarse de forma no presencial con profesionales de otros servicios favoreciendo el trabajo en red (Real y Jiménez, 2022).

Asimismo, el TS implica una amplia documentación y registro de información. La digitalización de registros y datos puede mejorar la eficiencia, la organización y la seguridad de la información. Los sistemas de gestión de casos digitales permiten un acceso más rápido y sencillo a la información relevante, lo que mejora la toma de decisiones y la coordinación entre diferentes profesionales y organizaciones (Real y Jiménez, 2022).

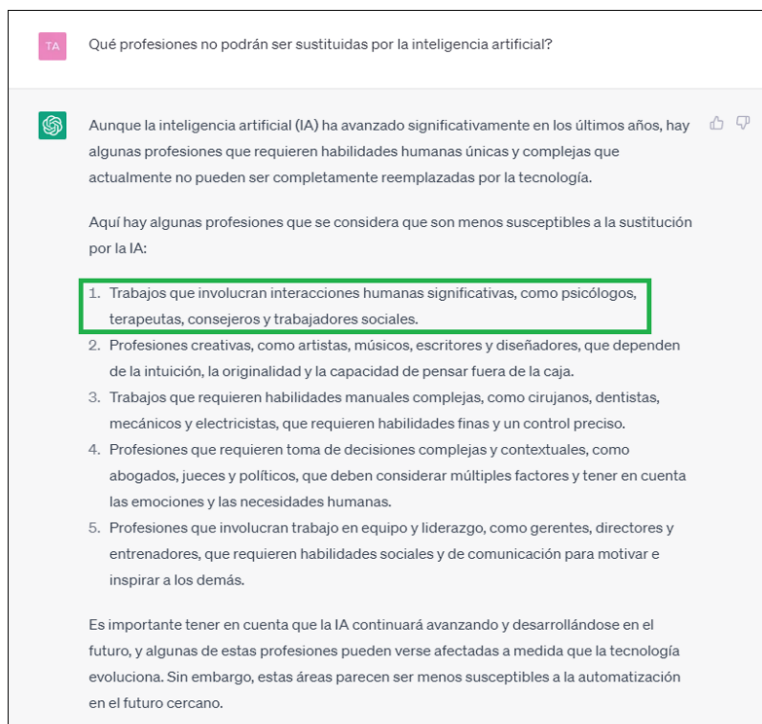
Sin embargo, se deben tener en cuenta los “peligros” o desafíos que presenta las nuevas tecnologías, como la pérdida de interacción física ya que estas herramientas no deben reemplazar la atención y el contacto personal con las personas

y comunidades (Caravaca, 2014). Cada vez más, y sobre todo con el auge en este último año de la inteligencia artificial (IA), se habla de que habrá profesiones que en un futuro podrán ser sustituidas por máquinas. Un claro ejemplo de esto son las gasolineras autoservicio o las cajas autopago de los supermercados.

Pero, ¿esto influirá en la práctica profesional del TS? Haciendo uso de una de estas aplicaciones de IA, se preguntó en ChatGPT qué profesiones no podrán ser sustituidas por la IA (OpenAI, 2023), y la respuesta generada que se obtuvo, tal y como se puede observar en la figura 1, fue que entre aquellas profesiones que se consideran menos susceptibles a ser sustituidas, en primer lugar se encuentran aquellas que involucran interacciones humanas significativas, entre ellas el TS. En nuestra profesión, una de las fortalezas más importantes que poseemos es la creación de un vínculo con las personas y eso, hoy en día, todavía sigue siendo difícil de sustituir con la IA.

Otro de los peligros presentes relacionado con las nuevas tecnologías es el mal uso de las redes sociales. En ellas se crean comunidades cibernéticas en las que se originan conflictos (Sarasola et al., 2019) ya que se reproducen situaciones y procesos de exclusión propios de las interacciones físicas como el acoso (o “*ciberbullying*” en este caso), intentos de estafa, espionaje o difamación entre otros (Caravaca, 2014; López Peláez, 2012). Además, las redes sociales están modificando nuestra forma de relacionarnos y cada vez el tiempo diario de conexión a internet está aumentando. Según Caravaca (2014) algunos de los problemas que presenta el uso excesivo de las nuevas tecnologías son la “nomofobia” o el miedo a no tener cerca el teléfono móvil, el “FOMO” (*Fear of Missing Out*, en inglés) o miedo a no enterarse de algo a tiempo y tener que estar revisando las redes sociales todo el tiempo, o la “infobesidad” o dificultad para priorizar la cantidad de mensajes, correos y publicaciones que se reciben en un segundo. Además, también se agudizan problemas como la ludopatía o en el caso de menores conductas de riesgo como un acceso cada vez más temprano a pornografía o incluso sufrir “*child grooming*” o ciberacoso sexual de menores (Caravaca, 2014).

FIGURA 1. Captura de pantalla de la aplicación ChatGPT



A pesar del creciente uso de las nuevas tecnologías, no debemos olvidar que sigue habiendo ciertos colectivos que presentan dificultad de acceso constituyendo un factor más de exclusión. Por tanto, se deberán llevar a cabo programas de alfabetización digital y promoción de políticas sociales encaminadas a la igualdad de oportunidades en el acceso evitando así la brecha digital (Caravaca, 2014).

## 2.2. Envejecimiento

Uno de los sectores de población que pueden presentar problemas con las nuevas tecnologías y que continuará siendo objeto del TS en los próximos años son las personas mayores. El envejecimiento de la población es uno de los principales desafíos demográficos que enfrenta España en la actualidad. En este contexto, el TS desempeña un papel crucial en el abordaje de las necesidades específicas de estas personas y en la promoción de su bienestar y calidad de vida.

Entre los desafíos que plantea el envejecimiento para la sociedad española se incluye el incremento de la demanda de servicios de atención y cuidado a personas mayores, un aumento de las enfermedades crónicas y condiciones de salud asociadas con la vejez, la soledad y aislamiento social (especialmente en personas mayores que viven solas o tienen poca red de apoyo), problemas económicos y de acceso a recursos en personas mayores con pensiones bajas o limitados medios económicos y la necesidad de adaptar las infraestructuras y servicios públicos para atender las necesidades específicas de la población mayor (Huenchuan, 2018).

Según el Informe España 2050 realizado por el Gobierno (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021), una de cada tres personas residentes en España tendrá 65 años o más, y por cada persona en esta franja de edad habrá solo 1.7 personas entre los 16 y los 64 años. Además, durante los próxi-

mos 30 años la esperanza de vida de la población, que actualmente se encuentra por encima de los 83 años, seguirá aumentando.

Esto provocará fundamentalmente dos consecuencias. Por un lado, un incremento de la dependencia, que, aunque es cierto que ha habido mejoras en la valoración y se han reducido las listas de espera, va a seguir siendo un gran reto en el futuro. El último dictamen del Observatorio de la Dependencia publicado por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España afirma que a fecha de 31 de diciembre de 2022 había 131.810 personas en España pendientes de valoración de la situación de dependencia y 177.423 personas con derecho reconocido en espera de atención (Ramírez-Navarro et al., 2023).

Por otro lado, aumentará la soledad de las personas mayores: Vivimos más, pero también tenemos menos descendencia (Díaz et al., 2020). Según el Informe España 2050 la tasa de fecundidad de nuestro país en 2019 era de 1.2 hijos por mujer, en contraposición a la de 1975 que era de 2.8 (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021). Además, se estima que un 25% de las mujeres nacidas en 1975 no tendrá hijos cuando alcance los 50 años de edad, momento en que desde la demografía se hace balance de la descendencia final de las generaciones (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021).

Aquí es cuando se plantea una situación dicotómica entre “calidad de vida” y “cantidad de vida”. ¿Qué pasa con esas personas de más de 85-90 años que viven solas, sus amistades ya han fallecido, no tienen familia, cada vez son más dependientes y no tienen ningún propósito vital? No debemos olvidar que, además de perseguir un envejecimiento saludable, también es necesario que la última etapa de la vida se pueda vivir con dignidad y la mayor autonomía posible (Díaz et al., 2020). Siguiendo esta premisa, hace unos años surgió un nuevo modelo basado en la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) que reconoce y valora la singularidad de cada persona, centrándose en sus capacidades y fortalezas y diseñar intervenciones personalizadas ofreciendo los apoyos necesarios para que independientemente de su estado o carac-

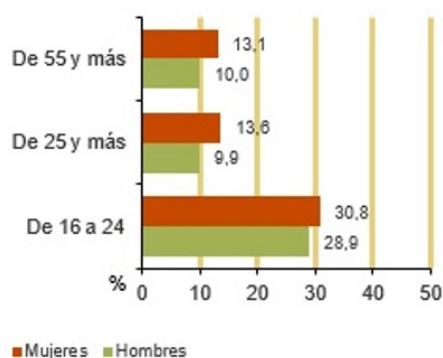
terísticas, puedan seguir gestionando sus propias vidas y vivan con independencia y dignidad (Díaz et al., 2020).

### 2.3. Problemas de la juventud

Otro de los colectivos clave para la intervención del TS en los próximos años es la juventud ya que muchos procesos de vulnerabilidad y exclusión social tienen su inicio en esta etapa (López Peláez, 2012). Algunas de las problemáticas más relevantes serán:

- Primer empleo: La tasa de desempleo entre los jóvenes es elevada. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2022 la tasa de paro masculino para menores de 25 años se situaba en un 28.9% siendo superado por el paro femenino, con una tasa de 30.8% (figura 2) (Instituto Nacional de Estadística, 2022), lo que dificulta su entrada en el mercado laboral y puede generar sentimientos de desesperanza y falta de perspectiva. Además, el acceso al primer empleo cada vez es más complejo ya que muchas veces se pide una experiencia que, si nunca se les ha dado la oportunidad de empezar, es imposible que se posea, entrando en una situación cíclica (Pastor, 2013). Es importante destacar que a menudo los trabajos que encuentran son con bajos salarios, inestables y con condiciones laborales deficientes.

FIGURA 2. Tasa de paro según grupos de edad (2022)



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE

- **Salud mental:** Los problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, son frecuentes entre la juventud, y la falta de recursos y apoyo puede agravar esta situación. En España las tasas de suicidios o intentos autolíticos han aumentado notablemente en los últimos años siendo la primera causa de muerte en jóvenes de 12 a 29 años (Pérez et al., 2023). Según los datos del Informe sobre la Evolución del suicidio en España en la población infantojuvenil (2000-2021) en 2021 hubo 336 muertes por suicidio en menores de 30 años, siendo un 51.5% entre 24 y 29 años, un 35.1% entre 18 y 23 años y un 13.4% entre 12 y 17 años (Pérez et al., 2023).
- **Dificultades en la emancipación:** Los precios de alquiler de vivienda, las condiciones económicas difíciles y los problemas con el empleo pueden dificultar que la juventud se independice de sus familias.

Desde el TS, se pueden implementar diferentes estrategias de intervención para abordar estos problemas como ofrecer programas de orientación vocacional y formación en habilidades laborales para mejorar las oportunidades de empleo, proporcionar espacios de escucha activa y apoyo para ayudarles a enfrentar problemas emocionales y mentales, abogar por políticas que faciliten el acceso a vivienda asequible para la juventud y proporcionar apoyo en su proceso de emancipación y sobre todo, fomentar su participación activa en la toma de decisiones que afecten sus vidas, tanto a nivel local como nacional.

Por otro lado, es fundamental que desde el TS estemos actualizadas sobre la realidad actual de la juventud en España y adaptemos las intervenciones a sus necesidades. Y no debemos olvidar que estamos hablando de población nativa digital (López Peláez, 2012) por lo que si queremos llegar a captar su atención debemos utilizar sus recursos y las nuevas tecnologías, teniendo en cuenta todo lo que se ha comentado sobre ellas previamente.

## 2.4. Nuevos colectivos vulnerados

Hay ciertos colectivos que, pese a no ser “nuevos”, están teniendo una mayor visibilidad y dándose a conocer en la sociedad, entre los que se encuentran las personas neurodiversas y algunos grupos dentro del colectivo LGTBIQ+.

En cuanto a las personas neurodiversas, en los últimos años está teniendo una mayor importancia social el paradigma de la neurodiversidad que es una nueva forma de entender el autismo desde la cual las personas autistas reivindican su autismo como una forma de ser igualmente válida a la de las personas neurotípicas, y no como una enfermedad o patología que sufren (Legault et al., 2021), por ello se autodenominan personas autistas y no personas con autismo.

Muchas de las personas autistas suelen recibir su diagnóstico en la infancia existiendo una proporción aproximada de un 80% niños y un 20% niñas (García et al., 2020; Loomes et al., 2017). Sin embargo, en los últimos años están surgiendo casos de mujeres autistas que reciben el diagnóstico en la edad adulta lo que plantea sesgos de género en los diagnósticos de autismo (Montagut et al., 2018).

Por otra parte, en los últimos años se han realizado numerosos avances legislativos para garantizar la igualdad y proteger los derechos de las personas LGTBIQ+ (García-Cano et al., 2018). Sin embargo, no son suficientes para eliminar la LGTBIfobia en la sociedad actual, sostenida por un sistema binario, patriarcal, heterosexista y cissexista (Davison y Frank, 2006). Dentro del colectivo LGTBIQ+ se han querido destacar tres grupos: las personas mayores, el ámbito deportivo y las infancias trans.

En primer lugar, las personas mayores LGTBIQ+ sufren una múltiple discriminación. Esto se manifiesta en nuevos temores por tener que enfrentarse a nuevos armarios, a violencias y discriminaciones sociales e institucionales al acceder a recursos sociosanitarios y de cuidados, ya que pueden darse casos en los que deban convivir con personas que ejerzan discriminación o acoso frente a personas del colectivo LGTBIQ+ (EQUA-LA, 2023; Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales, 2019).

En segundo lugar, uno de los ámbitos donde mayor discriminación sufre el colectivo LGTBI+ es el entorno deportivo ya que históricamente el deporte ha estado orientado y reservado para

los hombres, por lo que posee un marcado carácter masculino y heterosexista (Piedra, 2015; Ramírez-Díaz y Cabeza-Ruiz, 2020). Según datos de la encuesta llevada a cabo por Menzel et al. (2019) en 28 países de la Unión Europea, el 90% de las personas LGBTI+ encuestadas opina que la homofobia, y en particular la transfobia, es un problema actual en el deporte, y el 82% ha sido testigo de lenguaje LGBTIfóbico en dicho ámbito en los últimos 12 meses.

Finalmente, en lo relativo a las infancias trans, se están visibilizando en gran medida gracias a la aprobación de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI, o más conocida como Ley Trans. En dicha ley se recoge la libre autodeterminación de género para mayores de 16 años, entre 14 y 16 años con el consentimiento de sus progenitores o la persona que ejerza su tutela, y entre 12 y 14 años mediante autorización judicial. En España existe la asociación CHRYSALLIS que lucha por la visibilidad y la incorporación de protocolos para mejorar la vida de las personas trans. (CHRYSALLIS. Asociación de familias de Infancia y Juventud Trans\*, s.f.).

Desde el TS, en el Artículo 13 del Código Deontológico se expone que:

*Los/las profesionales del trabajo social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia. (Consejo General del Trabajo Social, 2012)*

Asimismo, según la Declaración Global de Principios Éticos del TS, en su principio 3 sobre promoción de la justicia social, y más específicamente el 3.1. 'Rechazar la discriminación y opresión institucional' se afirma que les tt.ss. se enfrentan a aquellas discriminaciones relacionadas con las capacidades, otras características físicas, habilidades físicas o mentales, el sexo, las identidades de género y la orientación sexual, entre otras (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2018).

Por tanto, desde la ética y deontología de la profesión se busca promover y defender los derechos de todas personas y crear una sociedad más inclusiva, generando conciencia y promoviendo situaciones de respeto y aceptación de estos grupos socialmente excluidos, además de denunciar aquellas situaciones que vulneren el bienestar de estas personas.

## 2.5. Otros ámbitos menos conocidos

En la actualidad hay contextos en los que la presencia del TS se encuentra poco consolidada o no goza del mismo reconocimiento, como por ejemplo en los ámbitos de la actividad físico-deportiva (AFD), la educación superior y la investigación.

En el ámbito de la AFD todavía está poco desarrollada la figura del TS en España. Según la Carta Europea del Deporte de 1992 (Conferencia de Ministros Europeos de Deportes, 1992), en la definición del deporte se hace alusión al desarrollo de las relaciones sociales mediante la participación organizada en actividades físicas, y en el Libro Blanco sobre el Deporte (Comisión Europea, 2007) se hace referencia al papel social del mismo. Por tanto, teniendo en cuenta que en ambas definiciones se pone de manifiesto lo social, la relación entre el deporte y el TS puede ser útil y beneficiosa a la hora de realizar intervenciones sociales y promover valores de nuestra disciplina como la justicia social, la dignidad o las relaciones humanas en el ámbito deportivo (Brown et al., 2011).

Los inicios de la profesión del TS en este ámbito se le atribuyen a una de las pioneras de la disciplina, Jane Addams (Reynolds, 2017), que en el centro comunitario de Hull House creó programas deportivos de juego libre y actividades físicas en gimnasios para los jóvenes inmigrantes, cuya finalidad era reducir los problemas sociales de este colectivo en la ciudad (Reynolds, 2017).

Actualmente, países como EE.UU. están desarrollando esta práctica gracias a la Alianza de Trabajadores Sociales en el Deporte (ASWIS por sus siglas en inglés), que promueve la incorporación de tt.ss. dentro de los departamentos deportivos universitarios en equipos multidisciplinarios. Se destacan otras iniciativas como LiFEsports, creada en 2008 por la Facultad de TS y el Departamen-

to de Atletismo de la Universidad Estatal de Ohio, o la conferencia 'Beyond the Playing Field: The Social Impact of Sport' organizada en 2013 por la Asociación de TS y Deporte de la Escuela de TS de la Universidad de Michigan (Newman et al., 2022).

Desde el TS debemos aprovechar las oportunidades que nos brindan las AFD ya que son un agente de socialización que despierta mucho interés entre las personas jóvenes debido a su dinamismo y carácter informal (Brown et al., 2011; Rodríguez, 2004).

Por otro lado, en el sistema educativo español el TS pasa desapercibido pese a cumplir una importante función preventiva y asistencial (Castro y Pérez, 2017; Cívicos et. al, 2006). Los inicios de la profesión en el ámbito educativo se desarrollaron en Centros de Educación Especial (CEE) (Castro y Pérez, 2017) cuando a partir de los años 70 se incorporan perfiles no docentes entre el personal escolar, entre ellos tt.ss. (Consejo General del Trabajo Social, 2011).

Hoy en día se interviene en los tres tipos de educación existentes: en el caso de la educación formal, se encuentran tt.ss. en los EOEPS (denominados Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPE) en la Comunitat Valenciana), en la educación no formal mediante la organización de talleres y actividades formativas, y finalmente, cuando realizan una intervención se genera un aprendizaje informal (Cívicos et. al, 2006; Puyol y Hernández, 2009).

Sin embargo, se considera que la presencia del TS debería extenderse a las universidades puesto que hay problemáticas cuyas causas y consecuencias sociales afectan a las personas en esta etapa académica, como por ejemplo el absentismo y/o fracaso escolar, el acoso, racismo, machismo o problemas de adicción, entre otros (Cívicos et. al, 2006; Puyol y Hernández, 2009). Además, en las universidades puede haber ciertos colectivos como personas migrantes, personas LGTBIQ+ y/o de etnia gitana que puedan beneficiarse de la presencia del TS en el ámbito universitario.

Finalmente, en lo relativo al ámbito de la investigación en TS, es necesario fomentarla para mejorar la evidencia científica que sustenta la práctica profesional así como la calidad de la atención que se ofrece a las personas. Y esto

debe hacerse desde los inicios, cuando las personas están estudiando la carrera, ya que de forma general el alumnado no suele considerar el ámbito de la investigación como una salida profesional y se desconoce la existencia de ayudas de formación para la investigación como los contratos predoctorales, por ejemplo. Por tanto, se debe dotar a la investigación de la importancia que merece en nuestra disciplina y fomentar los vínculos entre la academia y la profesión (López Peláez, 2012).

## 2.6. Invisibilidad de la profesión

Uno de los mayores desafíos que enfrenta el TS en España es que a pesar de su importancia para la sociedad, todavía hay una falta de reconocimiento y valoración de la profesión. Existen diversos motivos que pueden afectar a dicha cuestión. A continuación se destacan ocho de ellos.

### *Recortes de presupuesto*

El TS es una de las áreas que más ha sufrido los recortes presupuestarios en los últimos años, generando un impacto negativo tanto en la calidad de los servicios como en la atención prestada a las personas y comunidades (López Peláez, 2012). La escasez de recursos económicos ha reducido drásticamente la capacidad de acción, eficacia y eficiencia de estos servicios así como, en ocasiones, la desaparición de centros, programas y proyectos, junto con las profesionales que los respaldaban. (Aranguren, 2014).

La reducción de la inversión en TS puede tener un impacto significativo en el bienestar social y la desigualdad a largo plazo. Por un lado, la falta de inversión en la prevención y el apoyo temprano puede dar lugar a problemas más graves en el futuro, lo que requerirá un gasto aún mayor para abordarlos. Por otro, la reducción de servicios y recursos afectará en gran medida a aquellas personas y comunidades que ya estaban en una situación vulnerable (López Peláez, 2012).

### *Categoría profesional*

Las tt.ss. en España, a pesar de contar con una formación universitaria de grado, a menudo se encuadran en la categoría de funcionarios del Grupo A2 en la Administración Pública. El hecho de que

se incluya al TS en un grupo que no le corresponde implica un salario más bajo, una menor visibilidad en el ámbito público y la incapacidad de acceder a cargos de mayor responsabilidad con cierto poder de decisión superior en relación a los servicios públicos que se ofrecen o se planean ofrecer (Núñez, 2020). Por todo ello, se debe seguir luchando por alcanzar la categoría profesional que nos corresponde como graduadas en TS.

### **Asistentas sociales en la ficción y estereotipos**

En la ficción, el TS a menudo se representa de diversas maneras, y aunque algunas de estas representaciones pueden ser realistas y precisas, otras pueden caer en estereotipos (como por ejemplo que “robamos a los niños” o solo atendemos y damos dinero a las personas inmigrantes). No solo eso, sino que casi siempre se refieren a las profesionales como asistentas sociales. Es importante no olvidar de dónde venimos, pero hay que reivindicar que ahora somos tt.ss.. Sino no cambiará la concepción de la sociedad (Aranguren, 2014).

### **Ayudas “parche”**

En muchas ocasiones, y debido a factores externos, las políticas sociales se centran únicamente en abordar una parte del problema con respuestas que se quedan en un enfoque puramente asistencial (López Martínez, 2020). Sin embargo, cada vez hay más conciencia de la importancia de la prevención y no únicamente de paliar o reparar las consecuencias (Regis et al., 2011). El problema es que frecuentemente el tiempo laboral de las tt.ss. acaba siendo dedicado a funciones de información, orientación y tramitación de prestaciones y ayudas, quedando sin tiempo para desarrollar otras funciones más encaminadas a prevenir (Pastor, 2013).

Hemos pasado de un modelo asistencialista a otro prestacionista. Debemos evitar convertirnos en “prestadoras sociales” ya que este tipo de ayudas son útiles para abordar problemas inmediatos, pero no resuelven necesariamente las causas subyacentes de esos problemas.

### **Cronificación**

El término “cronificación” en el contexto del TS se refiere a una situación en la que los proble-

mas sociales o necesidades de una persona, familia o comunidad se vuelven persistentes o crónicos en lugar de resolverse de manera efectiva. Al igual que en el ámbito de la salud existen diagnósticos crónicos puede que haya personas que por la suma de diversos factores se encuentren en una situación crónica (Navarro, 2021). Lo importante es asumir que desde el TS no se pueden resolver todo tipo de situaciones ya que sino puede llegar a generarse malestar profesional (Miranda-Ruche et al., 2020). Para hacer frente a la cronificación es necesario establecer nuevas formas de acompañar y dar soporte (Navarro, 2021).

### **Burocracia**

Como se ha comentado existen factores externos que provocan que la actividad de las tt.ss. se enfoque en paliar los problemas y no prevenirlos. Uno de estos factores es la burocracia. Aunque pueda ser necesaria para garantizar la eficiencia y la transparencia en la prestación de servicios, la burocracia puede llevar a una gran carga administrativa, tediosa y poco ágil (López Martínez, 2020; López Peláez, 2012).

Este elevado volumen burocrático es el culpable de que a las tt.ss. les sea imposible dedicarse a la prevención y/o promoción y acaben siendo meras gestoras de prestaciones (López Martínez, 2020). Por ende, se debe intentar disminuir la burocratización de la profesión que reduce el tiempo disponible para la interacción directa con las personas, y provoca que la mayor parte del tiempo de trabajo tenga que ser dedicado a los interminables trámites burocrático-administrativos que incluso no siempre están directamente relacionados con el TS (López Peláez, 2012; Regis et al., 2011).

### **Sobrecarga de trabajo**

El proceso de burocratización junto con las elevadas ratios de población por profesional puede llegar a suponer una sobrecarga para las tt.ss.. Además, los recortes de presupuesto, la cronificación y las ayudas “parche” también generan que se tenga que hacer frente a una alta demanda de casos y responsabilidades sin los recursos adecuados (Aranguren, 2014; Regis et al., 2011).

### **No salir de los despachos**

La sobrecarga de trabajo imposibilita la tarea de salir de los despachos y llevar a cabo un trabajo de campo o intervención directa. Debemos conocer la realidad de las personas, grupos y comunidades pero desde el despacho es difícil realizar una evaluación precisa de las necesidades, comprender su contexto y entorno e identificar problemas y riesgos de manera temprana (López Martínez, 2020).

### **2.7. Trabajo Social Comunitario frente al individualismo**

Muchas de las situaciones que se han mencionado anteriormente pueden provocar un aumento del individualismo en el que las personas se centren en ellas mismas ocasionando falta de solidaridad y colaboración frente a problemáticas sociales que requieran de un esfuerzo colectivo. Para enfrentarse a estos problemas se presenta el TS comunitario como una alternativa al individualismo que desempeña un papel crucial a la hora de abordar cuestiones sociales y promover el bienestar colectivo en la sociedad generando un mayor compromiso y sentido de pertenencia en la comunidad (Lillo y Roselló, 2004). Este enfoque se basa en la creencia de que la solución a los problemas sociales no puede ser abordada solo a través de intervenciones individuales, sino que es necesario un esfuerzo colaborativo que involucre a toda la comunidad. Es importante destacar que ambos enfoques, el del individualismo y el TS comunitario, pueden ser complementarios y coexistir en diferentes contextos y situaciones ya que no debemos olvidar la importancia de fomentar la independencia y autonomía de las personas. Debemos dotarlas de aquellos recursos y apoyo que necesiten para enfrentarse a las situaciones problemáticas.

Pero si nos ponemos a pensar en el día a día, ¿seguimos pensando individual o colectivamente? Se presupone que todas las personas queremos alcanzar el bien común, la cuestión es hasta qué punto estaríamos dispuestas a ello. El claro ejemplo es que la gran mayoría de las personas no se ofrecen voluntarias para ostentar la presidencia de su comunidad vecinal, o en el ámbito educativo a ser representantes del alumnado. Se está per-

diendo la preocupación por las demás personas, lo que por su parte fomenta la pérdida de vínculos sociales, la soledad y un aumento de la vulnerabilidad social pudiendo derivar en exclusión social (López Peláez, 2012). En este sentido, el TS comunitario debe tomar en consideración esta realidad y trabajar en la reconstrucción de redes, en fortalecer los lazos sociales y promover la participación activa en la comunidad (López Peláez, 2012).

### **2.8. Pandemias, invasiones, crisis climática, globalización...**

Existen una serie de cambios a nivel mundial que pueden afectar a la práctica del TS como pueden ser las pandemias, las invasiones, la crisis climática o la globalización. Esto provoca ciertas cuestiones:

#### ***Cambios en la forma de trabajar***

La pandemia ha llevado a muchos trabajadores sociales a cambiar la forma en que realizan su trabajo, pasando del trabajo en persona a través de visitas domiciliarias y reuniones en persona a trabajar en línea y realizar visitas virtuales (Instituto Nacional de Administración Pública, 2020). Esto ha requerido una adaptación rápida a nuevas tecnologías y una reconfiguración de la forma en que se realiza el TS (Caravaca, 2014).

#### ***Aumento de la necesidad de servicios***

La pandemia ha generado un aumento en las necesidades de servicios de TS, debido a que muchas personas han perdido sus empleos y han sufrido problemas de salud física y/o mental que han provocado la aparición de nuevos perfiles en riesgo de exclusión (Instituto Nacional de Administración Pública, 2020). Además también hay que tener presentes las necesidades de aquellas personas que han llegado a España huyendo tras haberse visto envueltas en el conflicto armado.

#### ***Mayor riesgo para las personas profesionales***

Las tt.ss. también se han visto afectadas por el riesgo de infección por COVID-19, especialmente aquellas que trabajan en hospitales y centros sociosanitarios. Asimismo el incidente del volcán de la isla de La Palma aumentó el riesgo para las profesionales de los equipos de emergencias.

### **Desafíos en la implementación de programas**

La pandemia y la invasión han afectado la implementación de programas de TS, debido a la falta de recursos, la falta de acceso a las áreas afectadas y las restricciones a la movilidad. Por su parte, la globalización, las nuevas tecnologías y los cambios demográficos afectan y transforman las sociedades, lo que requiere nuevos enfoques y estrategias en la implementación de programas (Instituto Nacional de Administración Pública, 2020).

### **Frecuentes desastres naturales**

Según el Informe 2050, para ese año la sequía afectará en España al 70% del territorio, lo que provocará incendios más frecuentes y devastadores. Por otro lado el nivel del mar aumentará ocasionando cada vez más inundaciones. Todas estos fenómenos provocados por el calentamiento global hacen imprescindible que las tt.ss. estén formadas y preparadas para dar una respuesta rápida frente a estas situaciones de emergencia (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021). Además, se prevé que 27 millones de personas residan en regiones con escasez de agua, y unas 20,000 perderán la vida cada año debido al incremento de las temperaturas (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021).

### **Aumento de las personas migrantes/refugiadas climáticas**

La crisis climática provoca que algunas personas se vean obligadas a desplazarse de sus hogares. Estos desplazamientos pueden ser temporales o permanentes, y pueden ocurrir dentro de un país o a través de las fronteras internacionales (Felipe, 2021). En 2020 se registró un nuevo récord de desplazamiento interno. La mayoría de estos desplazamientos (aproximadamente 30,7 millones), fueron consecuencia de desastres relacionados con eventos meteorológicos y climáticos (Felipe, 2021). Por su parte, el informe Groundswell (Clement et al., 2021) estima que en 2050 este número podría ascender hasta 216 millones.

### **Multiculturalidad vs Interculturalidad**

Cada vez las sociedades son más diversas y hay que conocer las diferentes culturas así como promover la tolerancia, el respeto y la conviven-

cia entre ellas. En este sentido surgen dos conceptos que, si bien están relacionados, tienen enfoques y perspectivas diferentes: multiculturalidad e interculturalidad. La multiculturalidad se refiere a la coexistencia de varias culturas en un mismo espacio geográfico o social donde cada una mantiene sus propias tradiciones, costumbres y valores, y pueden convivir en paralelo sin necesidad de una interacción profunda o de fusión cultural. Mientras que la interculturalidad va más allá de la coexistencia, implica un diálogo activo, una comunicación fluida y una interacción significativa entre las culturas presentes. Es un enfoque que busca el entendimiento mutuo y el aprendizaje recíproco entre diferentes grupos culturales (Bernabé, 2012).

### **Desigualdades en la distribución de recursos y poder**

La globalización ha acentuado significativamente el fenómeno de la exclusión social (Sarasola et al., 2019). Según los datos más recientes disponibles, en el año 2017, el 10% de la población española más acaudalada poseía una cantidad de riqueza superior a la acumulada por el restante 90% (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021). Es decir, cada vez los ricos son más ricos y los pobres más pobres. Las desigualdades en la distribución de recursos y poder representan una barrera ya que perpetúan la marginación y la exclusión de ciertos grupos de la sociedad. Por ello, las tt.ss. deben abordar activamente estas desigualdades y trabajar para reducirlas.

## **2.9. Claves de la nueva ley de Servicios Sociales**

Hasta la fecha, en España no existe una ley de servicios sociales estatal. Actualmente, la regulación en esta materia se encuentra fragmentada y se rige por las normas específicas de cada comunidad autónoma. No obstante, en los últimos años se han llevado a cabo diversas iniciativas y propuestas para establecer una ley de servicios sociales a nivel estatal que permita una regulación homogénea y coherente en todo el territorio español. La elaboración de una ley de servicios sociales estatal ha sido una reivindicación histórica del sector y se considera fundamental para garantizar una atención adecuada a las personas en situación de vulnerabilidad.

Entre las propuestas presentadas, destaca el Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales elaborado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, que pretende establecer una regulación marco en la materia y que fue aprobado en Enero por el Consejo de Ministros. Algunas de las claves más relevantes de este anteproyecto de ley son, en primer lugar, que establece por primera vez unos mínimos comunes estatales que serán acordados en el Consejo Territorial. En segundo lugar, uno de sus objetivos es el refuerzo general del sistema reduciendo las barreras de acceso a la protección social. Asimismo contempla la posibilidad de movilidad territorial y la creación de la Historia Social Única. Finalmente una de las medidas de la nueva ley será eliminar como requisito la necesidad de un tiempo mínimo de empadronamiento o residencia para acceder a los servicios o prestaciones (Instituto Mayores y Servicios Sociales, 2023).

### 3. CONCLUSIONES

En conclusión, el TS en España se enfrenta a un horizonte desafiante pero lleno de oportunidades. Los retos futuros para la profesión abarcan una amplia gama de áreas, desde la incorporación de las nuevas tecnologías para mejorar la eficiencia y el alcance de los servicios sociales hasta la adaptación a una población que envejece y una juventud que enfrenta problemas cada vez más complejos. Además, la atención a nuevos colectivos vulnerables y la exploración de ámbitos de intervención menos conocidos requieren una continua adaptación y aprendizaje por parte de los trabajadores sociales. La invisibilidad de la profesión y la importancia del TS comunitario frente al individualismo emergen como temas cruciales en un contexto globalizado y marcado por crisis climáticas y pandemias. Asimismo la posible aprobación de una ley de servicios sociales estatal ofrecerá un marco normativo que podría ser clave para garantizar una atención integral y equitativa.

En este escenario, las tt.ss. deben asumir un papel proactivo y colaborativo, aprovechando las oportunidades que brindan las nuevas tecnolo-

gías y respondiendo a las demandas cambiantes de la sociedad. La capacidad de adaptación y la búsqueda constante de la innovación serán esenciales para abordar los desafíos futuros y seguir siendo un pilar fundamental en la promoción del bienestar y la justicia social en España. También es necesario seguir trabajando en la promoción y visibilización de la profesión, así como en la mejora de las condiciones laborales.

Asimismo es importante mejorar la imagen y el reconocimiento del TS en la sociedad, y fomentar la participación activa de las personas y comunidades en la planificación y toma de decisiones. En última instancia, el TS desempeñará un papel crucial en la construcción de una sociedad más inclusiva, solidaria y preparada para afrontar los retos que el futuro nos depara.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranguren, E. (2014). Empoderamiento profesional e intelectual en Trabajo Social. Retos de futuro. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (3), 139-147. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198471>
- Bernabé, M.M. (2012). Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad, conocimientos necesarios para la labor docente. *Hekademos: revista educativa digital*, (11), 67-76.
- Brown, S., Garvey, T. y Harden, T. (2011). A sporting chance: Exploring the connection between social work with groups and sports for at-risk urban youth. *Groupwork*, 21(3), 62-77.
- Caravaca, C. (2014). Trabajo social on-line. El futuro de la intervención social. Pensamiento al margen. *Revista digital*, (1).
- Castro, C. y Pérez, J. (2017). El Trabajo Social en el entorno educativo español. Barataria. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (22), 215-226. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i22.309>
- CHRYSTALLIS. Asociación de familias de Infancia y Juventud Trans\*. (s.f.). *¿Qué es Chrysallis?* [https://chrysallis.org/chrysallis\\_asociacion\\_familias\\_menores\\_trans/](https://chrysallis.org/chrysallis_asociacion_familias_menores_trans/)

- Cívicos, A., González, A., Pérez, B. y Hernández, M. (2006). Análisis de funciones del trabajador social en el campo educativo. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (Extra 1), p.453. <https://go.uv.es/YZhb2K0>
- Comisión Europea. (2007). *Libro blanco sobre el deporte UNIÓN EUROPEA*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Clement, V., Rigaud, K.K., de Sherbinin, A., Jones, B., Adamo, S., Schewe, J., Sadiq, N. y Shabahat, E. (2021). *Groundswell Parte 2: Actuar frente a la migración interna provocada por impactos climáticos*. Banco Mundial.
- Conferencia de Ministros Europeos de Deportes. (1992). *Carta Europea del Deporte*. Consejo de Europa.
- Consejo General del Trabajo Social. (2011). *El Trabajo Social en el Sistema Educativo*. Consejo General del Trabajo Social. <https://go.uv.es/p7VKvLK>
- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social. <https://go.uv.es/oKlqL6K>
- Davison, K. y Frank, B. (2006). Sexualities, Genders, and Bodies in Sport: Changing Practices of Inequity. En K. Young y P. White (Eds.), *Sport and gender in Canada* (pp. 178-193). Oxford University Press. <http://hdl.handle.net/10379/5146>
- Díaz, C., Martín, M.C. y de la Fuente, Y.M. (2020). Redefiniendo el trabajo social: nuevos yacimientos de empleo en el envejecimiento. Una propuesta desde la intervención social. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (9), 39-48. <https://doi.org/10.6018/azarbe.444621>
- EQUALA. (2023). *Envejecer con orgullo. I Estudio sobre personas mayores LGTBI+ en Navarra*. Instituto Navarro para la Igualdad / Nafarroako Berdintasunerako Institutua. <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-499-f-es.pdf>
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales. (FELGTB). (2019). *Mayores LGTBI. Historia, lucha y memoria*. FELGTB. <https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2020/03/MayoresLGTBIInforme2019.pdf>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2 de agosto, 2018). *Declaración Global de los Principios Éticos del Trabajo Social*. IFSW. Federación Internacional de Trabajadores Sociales. <https://go.uv.es/0nnWRsQ>
- Felipe, B. (2021). *Migraciones climáticas. Avances en el reconocimiento, la protección jurídica y la difusión de estas realidades*. Fundación Ecología y Desarrollo (ECODES).
- García, L., Díaz, M., Azul, M. y Palanca, I. (2020). Una presentación no tan atípica: autismo en mujeres. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(3), 29-34. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a4>
- García-Cano, M., Buenestado, M., Gutiérrez, P., Hinojosa, E.F. y Naranjo, A. (2018). *Apuntes para la inclusión en la comunidad universitaria. LGTBI+: Diversidad afectivo-sexual e identidades de género*. Colección Diversidad. Servicio de Atención a la Diversidad, Unidad de Educación Inclusiva. Universidad de Córdoba. <http://hdl.handle.net/10396/17405>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Naciones Unidas. CEPAL.
- Instituto Mayores y Servicios Sociales. (18 de enero, 2023). *El Consejo de Ministros aprueba el anteproyecto de Ley de Servicios Sociales*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).
- Instituto Nacional de Administración Pública. (2020). *Los servicios sociales ante la pandemia: más demandas que atender y más retos ante la complejidad. Monitor de Impacto de la Covid-19 sobre los Servicios Sociales, Informe noviembre 2020*. Instituto Nacional de Administración Pública. <https://www.ucm.es/monitorss/file/informe-monitor-de-impacto-noviembre-2020>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Mujeres y hombres en España 2022*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado.

- Legault, M., Bourdon, J.-N. y Poirier, P. (2021). From neurodiversity to neurodivergence: the role of epistemic and cognitive marginalization. *Synthese*, 199, 12843-12868. <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03356-5>
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. (BOE núm.51, de 1 de marzo de 2023). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5366>
- Lillo, N. y Roselló, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Narcea.
- Loomes, R., Hull, L. y Mandy, W.P.L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- López Martínez, M.C. (2020). *Trabajo social, ayer y hoy: una reflexión ante el futuro*. Unidad de Trabajo Social de La Guardia de Jaén.
- López Peláez, A. (2012). Profesión, ciencia y ciudadanía: retos para el Trabajo Social y los Servicios Sociales en el siglo XXI. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (1), 61-72. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/151141>
- Menzel, T., Braumüller, B. y Hartmann-Tews, I. (2019). *The relevance of sexual orientation and gender identity in sport in Europe. Findings from the Outsport survey*. German Sport University Cologne, Institute of Sociology and Gender Studies. <https://go.uv.es/MpaPL1>
- Miranda-Ruche, X., Pirla-Santamaría, A. y Julià-Travería, R. (2020). La cronicidad en el marco de los servicios sociales: aportaciones para su discusión. *Trabajo Social Global - Global Social Work*, 10(18), 94-115. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i18.11331>
- Montagut, M., Más, R.M., Fernández, M.I. y Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11(1), 42-54. <https://hdl.handle.net/11181/5524>
- Navarro, B. (25 de enero, 2021). *Cronicidad*. (belén navarro) trabajo social y tal. <https://trabajosocialytal.com/2021/01/cronicidad>
- Newman, T.J., Magier, E., Okamoto, K., Kimiecik, C., Shute, L., Beasley, L., & Tucker, A.R. (2022). Social work in sport: Playmakers in the athletic arena. *Journal of Social Work*, 22(3), 692-714. <https://doi.org/10.1177/14680173211009743>
- Núñez, C.J. (14 de julio, 2020). *Función pública y Trabajo Social*. TSDifusión. <https://www.tsdifusion.es/funcion-publica-y-trabajo-social>
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia (coord.). (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Ministerio de la Presidencia.
- OpenAI. (25 de julio, 2023). *Profesiones resistentes a IA [Modelo de lenguaje GPT-3]*. Recuperado de <https://chat.openai.com/share/bbde-3b5f-5015-4fe7-b5c6-9fd5e9916248>
- Pastor, E. (2013). Situación actual del trabajo social en España: un estudio necesario en España. *Servicios sociales y política social*, (103), 111-119.
- Pérez, I., Arias, P., Sánchez, Y. y de la Torre, A. (2023). *Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021)*. Universidad Complutense de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM ISCIII)
- Piedra, J. (2015). Homosexualidad y deporte ¿Un matrimonio mal avenido? En F.B. Sañudo Corrales, J. del Pozo Cruz y L. Carrasco Páez (Eds.), *La visión integradora de la investigación en ciencias del deporte* (26-33). <http://hdl.handle.net/11441/32036>
- Puyol, B. y Hernández, M. (2009). Trabajo Social en educación. *Curriculum: Revista de Teoría, Investigación y Práctica Educativa*, (22), 97-117. <https://go.uv.es/ZYY8Tik>
- Ramírez-Díaz, A. y Cabeza-Ruiz, R. (2020). Actitudes hacia la diversidad sexual en el deporte en estudiantes de educación secundaria (Secondary Education Students' Attitudes toward Sexual Diversity in Sport). *Retos*, 38, 654-660. <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.77934>

- Ramírez-Navarro, J.M., Revilla-Castro, A., Fuentes-Jiménez, M., Sanz-Yagüez, D. y Caverro Cano, G. (2023). *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.
- Real, M.J. y Jiménez, M.J. (2022). Trabajo Social en el medio rural: desafíos para el futuro. *Servicios sociales y política social*, XXIX(127), 81-95.
- Regis, M., Buendía, N. y Lorenzo, L. (2011). Reflexions sobre el passat, present i futur del/ de la treballador/a social en els serveis socials municipals. *Alimara: revista de treball social*, (55).
- Reynolds, J.F..II. (2017). Jane Addams' Forgotten Legacy: Recreation and Sport. *Journal of Issues in Intercollegiate Athletics*, Special Issue, 11-18. <https://go.uv.es/3TT2vuo>
- Rodríguez, J. M. (2004). El deporte como herramienta de intervención pedagógica-social en el ámbito de la exclusión social. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 77, 42-47. <https://go.uv.es/jjNb6hX>
- Sarasola, J.L., González, J.M. y Roiz, A. (2019). La importancia del trabajo social comunitario. *Azarbe: Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (8), 81-87. <https://doi.org/10.6018/azarbe.364411>



# Referents valencianes del Treball Social i la Sociologia de les addiccions: reconeixement professional i acadèmic

**DAYANA ARTETA MOLINA\*, CLARA CHE TÓRTOLA\*\* i VÍCTOR AGULLÓ CALATAYUD\*\*\***

\* Sociòloga especialitzada en estudis de gènere i igualtat. Programa de Doctorat en Ciències Socials de la Universitat de València.

\*\* Sociòloga i treballadora social. Programa de Doctorat en Ciències Socials de la Universitat de València.

\*\*\* Professor i investigador del Departament de Sociologia i Antropologia Social de la Universitat de València.

Rebut: 4 octubre 2023. Acceptat: 19 octubre 2023.

## RESUM

El propòsit de l'article següent és ressaltar i donar visibilitat a la trajectòria acadèmica i professional de cinc dones, treballadores socials o sociòlogues, que van exercir les seues professions en l'àmbit de les drogues i les addiccions a València. La metodologia emprada ha sigut qualitativa, basant-se en entrevistes semiestructurades que exploren els seus relats biogràfics, amb especial èmfasi en la seua història i l'evolució que ha tingut la intervenció, la prevenció i la investigació de les addiccions. Les professionals ací presents van construir els fonaments de l'actual sistema de prevenció, detecció i actuació pública de drogodependència, regulant i professionalitzant-lo tant a nivell laboral com a nivell mèdic i de tractament. A través d'un èmfasi en el treball interdisciplinari, van advocar per la importància de la dignificació de la persona addicta, i per uns enfocaments holístics que contextualitzaren tant els factors individuals, com el context social i cultural, l'entorn familiar i les relacions socials, i els factors econòmics i polítics. Així mateix, les protagonistes destaquen pel seu compromís constant amb la formació contínua en aquest camp, la investigació, i la docència. Així, aquest article pretén fer memòria i visibilitzar les seues trajectòries i aportacions, al mateix temps que fomentar a través de l'exemple la possibilitat que altres persones s'endinsin en el camp de les addiccions per a poder millorar les condicions de vida dels i les pacients, i contribuir a una societat més justa.

**PALABRAS CLAVE:** Treball Social; Sociologia; Dona; Drogues i Addiccions; Comunitat Valenciana; Metodologia Qualitativa.

## Valencian leading women in Social Work and the Sociology of addictions: professional and academic recognition

### ABSTRACT

The purpose of the following article is to highlight and bring visibility to the academic and professional trajectory of five women, social workers or sociologists, who practiced their professions in the field of drugs and addictions in the province of València. The methodology employed has been qualitative, relying on semi-structured interviews that explore their biographical narratives, with a particular emphasis on their history and the evolution of interventions, prevention, and addiction research. The professionals presented here laid the foundation for the current public prevention, detection, and intervention system for drug dependency, regulating and professionalizing it both at the labor and medical levels of treatment. Through an emphasis on interdisciplinary work, they advocated for the importance of dignifying the addicted individual and for holistic approaches that contextualize both individual factors, the social and cultural context, family environment, and social relationships, as well as economic and political factors. Furthermore, the protagonists stand out for their ongoing commitment to continuous education in this field, research, and teaching. Thus, this article aims to memorialize and bring visibility to their trajectories and contributions while also encouraging, through their example, the possibility for others to enter the field of addiction to improve the living conditions of patients and contribute to a more inclusive society.

**KEY WORDS:** Social work; Sociology; Women; Drugs and Addictions; Valencian Country; Qualitative Methodology.

### INTRODUCCIÓ

El consum de substàncies psicoactives no és una qüestió nova en la història de la humanitat, el seu ús es remunta a milers d'anys. A tall d'exemple, a Amèrica Llatina la civilització incaica, la fulla de coca era utilitzada en cerimònies i rituals o per a reduir el desgast físic (Caiuby i Rodrigues, 2015; Escobedo, 1986). En l'actualitat té pràctiques diferents que estan més relacionades amb l'ús lúdic i recreatiu pel que des de les Ciències Socials s'estudia el seu ús com a fenomen social i cultural. Les addiccions es consideren un problema social d'enorme rellevància pública i política a causa dels efectes nocius per a la salut i la població en general (Comas, 1990; Slapak i Grigoravicius, 2007).

L'ús de substàncies psicoactives i les addiccions que aquestes generen és un fenomen complex, polièdric i global que afecta a totes les persones del planeta sense importar l'edat, l'ètnia, el gènere, la nacionalitat, l'estatus social o el nivell educatiu i socioeconòmic (Prado et al., 2016). Segons l'últim Informe Mundial sobre les Drogues (2022) de l'Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte [UNODC], s'estima que al voltant de 248 milions de persones entre 15 i 64 anys van consumir substàncies psicoactives a tot el món en 2020, la qual cosa va suposar un augment de 26% respecte als anys anteriors. Les persones més joves continuen consumint més drogues que les adultes i, en alguns països, els seus nivells de consum són molt més elevats que els de les generacions anteriors. Entre les persones

que més prenen drogues es troben els homes, però cal destacar que les dones van constituir el 40% de les persones que usen estimulants de tipus amfetamínic i també utilitzen amb finalitats no mèdiques fàrmacs estimulants, opioides, sedants i tranquil·litzants. A més, es troben infrarepresentades en els tractaments per consum d'estimulants de tipus amfetamínic. Les drogues més consumides a tot el món continuen sent l'alcohol, el tabac i el cànnabis.

La percepció social del consum de substàncies psicoactives és diferent entre dones i homes. A mode il·lustratiu el consum d'alcohol de les dones està més castigat i doblement penalitzat; se'ls qüestiona per ser consumidores i per ser dones (Gómez, 2007; López i Ruiz, 2013; Romo, 2005). Per això, la importància d'incorporar de manera transversal la perspectiva de gènere en la intervenció, la prevenció i la investigació de les addiccions, i aprofundir sobre les causes del consum de substàncies psicoactives de les dones i en l'abandó del tractament (Arteta, 2020).

Les addiccions s'han estudiat des de diferents models teòrics; no obstant això, en l'àmbit de la intervenció social ha tingut major rellevància el model bio-psico-social (Jiménez, 2021; Losada et al., 1995; Sixto i Olivar, 2017). Ara bé, en disciplines relacionades amb les Ciències Socials com la Sociologia o l'Antropologia s'utilitza igualment el model sociocultural (Apud i Romaní, 2016; Prado et al., 2015) i el model socioecològic (Guzmán, Armendáriz i Alonso, 2020; Pons, 2008) per a analitzar les causes que influeixen en el consum de substàncies psicoactives que estan relacionades amb factors individuals, el context social i cultural, l'entorn familiar i les relacions socials, i els factors econòmics i polítics. Per tant, aquest fenomen multicausal en la seua intervenció requereix d'un equip interdisciplinari per a elaborar estratègies conjuntes per a informar, previndre i actuar en coordinació amb altres professionals de les addiccions (Becoña, 2002; Ferro, 2004; Losada et al., 1995). En aquest sentit, disciplines com el Treball Social i la Sociologia compleixen un paper important en l'estudi, l'epidemiologia, la intervenció social específica i especialitzada; el disseny, implementació i seguiment dels programes, així com en la prevenció i en la reinserció

social (Gutiérrez, 2007; Major, 1995; Sixto i Olivar, 2017). Així mateix, el professional de Treball Social en els centres d'atenció a les addiccions intervé en diferents àrees relacionades amb el consum de drogues, l'àmbit familiar, educatiu, laboral relacional i ocupacional de l'oci i temps lliure (Losada et al., 1995). Per part seua, des de la Sociologia els seus professionals analitzen les actituds de la població cap a les substàncies, les seues demandes canviants i com aquestes es veuen influïdes per nombrosos factors culturals, econòmics i socials. Igualment, es preocupen per descobrir els significats cognitius que comporten els seus usos i les regles que expliquen les variacions de la conducta (Romero, 2006). Així mateix, d'acord amb la sociòloga argentina Victoria Sánchez (2018), cal considerar una mirada crítica amb perspectiva històrica en la lògica epidemiològica dels usos de les drogues –a com i per a què s'elaboren les estadístiques i quins usos polítics tenen–, per a no incórrer en biaixos a causa de condicionaments soci-estructurals.

A Espanya les substàncies psicoactives van començar a ser considerades un fenomen social a la fi de la dècada dels setanta i principis dels huitanta amb l'increment del consum de drogues il·legals com l'heroïna que va generar entre la població alarma social (Romaní, 2010). En aquest període, i a inicis dels noranta, l'heroïna que era majoritàriament administrada per via intravenosa, va augmentar les morts de persones joves i també va contribuir a l'expansió de la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana [VIH] (de la Fuente et al., 2006). A causa de l'augment del consum de substàncies il·legals les institucions i entitats públiques i diversos professionals van començar a mostrar interès i preocupació per aquesta problemàtica produint-se una reacció assistencial primer des de l'àmbit de la psiquiatria que treballava amb el tractament de l'alcoholisme (Gutiérrez, 2007). En aquest sentit, a la ciutat de València, a mitjan dècada dels seixanta i setanta, l'assistència a les addiccions de substàncies psicoactives tant il·legals com legals es realitzava en centres psiquiàtrics, primer en el «Sanatori Psiquiàtric Provincial Pare Jofré» i, després a l'Hospital Psiquiàtric de Bétera, en el «Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies» que de-

penia de la Diputació de València. Des d'aquests centres psiquiàtrics es va començar a considerar i demandar professionals relacionats a l'àmbit social per a plantejar el problema de les addiccions des d'un enfocament social que tinguera en compte qüestions relacionades amb l'entorn o el context en el qual es trobaven immerses les persones amb problemes d'addicció (Bertolín i Cuevas, 2016; Cano, 2006).

Aquestes primeres treballadores socials i sociòlogues, com veurem més endavant, juntament amb altres professionals de la Salut Pública de l'àmbit de les addiccions del País Valencià (Arteta i Agulló, 2022; Arteta i Agulló, 2023) van contribuir a la creació d'una xarxa de Serveis Socials especialitzats a València que van ser pioners a Espanya. En la dècada dels setanta van crear i van posar en funcionament la primera «Associació d'Alcohòlics Rehabilitats» de la Comunitat Valenciana, la Comunitat Terapèutica «Casa Lanza» (1978-1988) i l'Associació Provincial Valenciana d'Ajuda al Toxicòman» (APROVAT), entre altres. En la dècada dels huitanta van sorgir altres dispositius assistencials des de la Generalitat Valenciana on també van contribuir a la posada en marxa del primer «Centre Urbà de Rehabilitació de Toxicòmans» (CURT) a nivell nacional, el Servei d'Orientació en Drogodependències (SOD), entre altres recursos. Posteriorment, la Generalitat Valenciana des de la Conselleria de Benestar Social, que era la que tenia la competència en drogues i addiccions, en 1997 va aprovar la primera llei que regula aquest problema en la Comunitat Valenciana, en la qual es definia els organismes i recursos assistencials per al tractament de les addiccions, per exemple, es van crear les Unitats de Conductes Addictives (UCA). També van participar en programes de prevenció de les addiccions i en la investigació relacionades amb aquest fenomen en la Comunitat Valenciana.

En definitiva, l'objectiu d'aquesta publicació és donar a conèixer i visibilitzar la trajectòria professional, acadèmica i investigadora de cinc dones referents del Treball Social i la Sociologia en l'àmbit de les addiccions a València. Ens proposem rescatar les seues biografies visibilitzant així les seues aportacions i sabers, difonent les seues principals contribucions a la Ciències Socials de

tal mode que les futures generacions puguen socialitzar-se amb el seu llegat i coneixements.

## METODOLOGIA

En aquesta investigació s'ha recorregut a la metodologia qualitativa per a conèixer la trajectòria professional, acadèmica i investigadora, com també les experiències de les treballadores socials i sociòlogues que han desenvolupat gran part de la seua professió en l'àmbit de les addiccions a la ciutat de València.

La selecció de les participants es va realitzar partint de la premissa que foren dones amb una dilatada i contrastada trajectòria professional o acadèmica en l'àmbit de les addiccions. De manera que es van tindre en compte fonamentalment tres criteris. El primer d'ells és que foren nascudes a la ciutat de València o que hagueren dedicat bona part de la seua carrera professional o acadèmica en institucions del Cap i Casal (un mínim de 20 anys). El segon criteri que es va considerar és que tingueren al voltant de 60 i més anys. Un tercer era que hagueren estudiat la diplomatura en Treball Social o la llicenciatura de Sociologia. Es van identificar en un primer moment 3 dones fruit dels projectes: «Dones valencianes pioneres en el camp de les addiccions» i «Pioneres de la Sociologia Valenciana», i també s'ha localitzat per al següent article a altres dues dones. Pel que finalment s'han entrevistat 5 dones referents del camp de les addiccions; Treball Social (4) i Sociologia (1). Cal assenyalar que dos de les treballadores socials són doctores en Sociologia i en conjunt, abasten entre altres àmbits, el tractament, la prevenció, la inclusió social i la investigació en addiccions.

Per a recollir les vivències i experiències de les participants es va utilitzar com a tècnica l'entrevista en profunditat, prèviament es va crear un guió semi-estructurat on es contemplaven aspectes familiars, trajectòria professional, acadèmica i investigadora, els obstacles i dificultats en el seu acompliment professional, i reptes i perspectives de futur del camp de les addiccions.

Es va establir un procés de consentiment informat i es va mantindre comunicació amb ca-

dascuna de les participants, on se'ls va explicar la naturalesa de l'estudi, es va concretar el dia, l'hora i el lloc de l'entrevista. El treball de camp es va realitzar entre 2022 i 2023. Les entrevistes es van dur a terme en els seus respectius llocs de treball i en instal·lacions de la Universitat de València com el Laboratori de Ciències Socials-Social.Lab. Les entrevistes van durar, aproximadament, entre hora i mitja i dues hores. Les participants, el dia de l'entrevista, van aportar documentació d'època com a notícies i articles de premsa, certificats acadèmics o títols universitaris, el seu currículum vitae i fotografies representatives el que va ajudar a l'anàlisi i elaboració del relat de vida d'una manera més exhaustiva i objectiva possible.

## RESULTATS

A continuació, passem a descriure la trajectòria acadèmica i professional de cinc dones valencianes referents pertanyents a les disciplines del Treball Social i la Sociologia, que van exercir les seues professions en l'àmbit de les drogues i les addiccions a la ciutat de València. A través de les seues experiències podem conèixer la història i l'evolució que ha tingut la intervenció, la prevenció i la investigació de les addiccions en el Cap i Casal.

### Josefa Gómez Moya

Naix a València en 1948. Als 16 anys va iniciar els seus estudis en l'antiga diplomatura de Treball Social, coneguda com a «Assistent Social», a l'Escola Diocesana d'Assistents Socials de València. En 1968 va obtenir el títol a l'Escola Oficial de Madrid. Posteriorment, es va graduar en Ciències Polítiques i Sociologia en la Universitat Pontifícia de Salamanca (1996). En 2003, va completar el doctorat en Sociologia per la Universitat de València amb la tesi «L'alcoholisme femení: una perspectiva sociològica». Aquesta tesi va ser pionera a Espanya i, en bona part, va obrir el camí a noves generacions d'investigadores i investigadors interessats a estudiar aquest fenomen social, que fins a dates recents havia sigut poc estudiat i estava invisibilitzat. Igualment, va completar la seua formació amb el Màster en Drets Humans a la Universitat de València en 2011.

Quant a la seua trajectòria professional, la seua primera ocupació després de finalitzar els estudis universitaris va ser impartir l'assignatura de «Treball Social de Grups» a l'Escola d'Assistents Socials de València. No obstant això, la seua incursió en el camp de les addiccions va començar a la fi de la dècada dels 60, en l'antic convent franciscà convertit en psiquiàtric «Sanatori Psiquiàtric Provincial Pare Jofré» de València, conegut també com a «Manicomi de Jesús». Durant aquest període, la intervenció en addiccions es realitzava principalment en hospitals psiquiàtrics pel que va sorgir la necessitat d'abordar aquesta problemàtica des d'una perspectiva més social. En conseqüència, el professional del Treball Social es va tornar indispensable en el tractament de les drogodependències. En el Psiquiàtric de Jesús, va treballar fonamentalment amb pacients amb addicció a substàncies com l'alcohol.

Cal destacar que va formar part d'un grup de professionals que, durant l'època franquista, va denunciar les injustícies que s'estaven cometent en l'esmentat manicomi de Jesús, advocant pels drets de les persones ingressades. Com a resultat d'aquestes denúncies i del malestar generat en la societat valenciana, les persones ingressades van ser traslladades al nou Hospital Psiquiàtric Provincial, situat en la localitat de Bétera (Camp de Túria). El «Manicomi de Jesús» va ser clausurat en 1989. En el nou hospital de Bétera, va participar en la creació i posada en funcionament del «Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies». En aquest servei, va treballar amb persones que tenien addicció a l'alcohol i amb els primers casos d'heroïna. A més, va realitzar teràpies grupals tant amb els pacients com amb els seus familiars.

En la dècada dels 70, també va col·laborar en la creació de la primera «Associació d'Alcohòlics Rehabilitats» de la Comunitat Valenciana. Va romandre en el «Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies» des de la seua inauguració en 1975 fins al tancament de l'Hospital Psiquiàtric de Bétera. Amb tot, va continuar la seua labor en centres ambulatoris, on va realitzar intervencions comunitàries en coordinació amb els Serveis Socials, Educació i Sanitat. Durant tot aquest temps va compaginar el seu treball professional amb la seua labor acadèmica.

A la Universitat de València, va dedicar aproximadament vint anys de la seua vida professional, incorporant-se en 1987 com a professora associada a l'Escola d'Assistent Socials, adscrita a la Universitat de València. Allí, va desenvolupar la seua carrera universitària i, en 1992 va obtenir la plaça de professora titular, que va ocupar fins a la seua jubilació en 2010. Va impartir classes en diferents graus, cursos de postgraus i màsters oficials en l'àmbit de les Ciències Socials i de la Salut. Així mateix, va col·laborar amb altres universitats valencianes, com la Universitat Politècnica de València, i amb diferents universitats de països llatinoamericans.

Durant la seua etapa en la universitat, no sols es va dedicar a l'ensenyament, sinó que també va ocupar importants càrrecs de gestió relacionats amb el Treball Social. Va ser Directora del Departament de Treball Social i Serveis Socials (1998-2000), Secretària de la Facultat de Ciències Socials (2003-2009), Presidenta del Comitè d'Autoavaluació de la titulació de Treball Social (ANECA-2006), Presidenta del Comitè de Qualitat de la titulació de Treball Social (2007) i Presidenta de la Comissió Acadèmica de títol de la Diplomatura en Treball Social (2003-2009). A més, va ser membre de la xarxa del títol de grau en Treball Social i del grup de treball que va desenvolupar el Projecte d'Innovació Educativa en la titulació oficial de Diplomata en Treball Social (2004-2006). Així mateix, durant sis anys, des de 2009 fins al 2015, va ser Presidenta del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de València. En el camp de les addiccions, va col·laborar en l'Observatori de Drogodependències de la Comunitat Valenciana, participant en la coordinació, organització i impartició de cursos i jornades sobre drogues i addiccions amb substàncies.

En l'àmbit de la investigació, ha participat en 16 projectes d'I+D finançats per convocatòries públiques. Les seues investigacions en addiccions s'han centrat en l'estudi de les addiccions amb substàncies com l'alcohol i la cocaïna en diferents grups poblacionals, incloent-hi dones, adolescents i immigrants. A més, ha col·laborat en projectes de prevenció relacionats amb aquesta problemàtica, i cal recalcar que és una de les pioneres a investigar a Espanya sobre el fenomen

de l'alcoholisme femení des d'una perspectiva sociològica. En els seus projectes, ha incorporat de manera transversal la perspectiva de gènere.

Respecte a les seues publicacions, ha col·laborat en 12 capítols de llibres i és autora de tres llibres: «*L'alcoholisme femení una perspectiva sociològica*» (2005), «*Treball Social: orientacions i pràctiques formatives*» (1999), «*Necessitats col·lectives i serveis socials: propostes d'anàlisi i actuació*» (1992). Ha publicat 18 articles en revistes especialitzades en Treball Social, com *RTS. Revista de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social, Portularia i Cuadernos de Trabajo Social*. També va dirigir la revista *TSNova* (2010-2015) i ha publicat en revistes de l'àmbit de la Sociologia, com *Papers*, i en revistes especialitzades en addiccions, com a *Adicciones Revista de Socidrogalcohol, Revista Española de Drogodependencias*, i *Journal of Drug Issues*.

### **Maria Teresa Yeves Bou**

Naix a València en 1949. Va estudiar en el col·legi religiós de Jesús i Maria de València, institució que li marcaria per la seua educació classista. Al no tindre una altra possibilitat al seu abast, només va tindre l'opció d'estudiar un batxiller administratiu tècnic superior, estudis pels quals no se sentia atreta i no li permetien l'accés a la universitat. No obstant això, tenia altres inquietuds en ment, i amb facilitat per a tractar amb persones, li aconsellen estudiar Assistent Social, els estudis del qual va completar en 1970. D'eixe mode, obté la llicenciatura de Treball Social en la Universidad Nacional d'Entre Ríos (l'Argentina) en 1992. Posteriorment, compatibilitzant amb el seu treball, es llicencia en Antropologia Social i Cultural en 1997 a la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Així mateix, en 2006 es doctora en Sociologia a la Universitat de València, amb la tesi «Associacions de dones i moviments feministes».

Des de la finalització dels seus estudis d'Assistent Social treballa en un institut en el valencià barri de la Font Santa, també en un projecte de desenvolupament comunitari a la comarca de la Foia de Bunyol i en Càritas Diocesana en un equip multidisciplinari per a l'atenció i estudi dels llavors anomenats transeünts. En 1974 comença a

treballar a l'Hospital Psiquiàtric de Bétera estant en diferents pavellons; judicials, malaltes i malalts crònics, recalant al final de la seua estada en el pavelló d'alcohòlics. En una època on no hi havia una regularització, professionalització o protocol mèdic, social o administratiu en relació als pacients amb addicció a substàncies psicoactives, anomenats toxicòmans en aquell moment. En eixe context comencen a arribar al pavelló persones dependents de l'heroïna amb síndromes d'abstinència fortes i dependents d'amfetamines per via intravenosa. Aquest canvi de paradigma juntament amb el consegüent desconeixement, va obligar a Teresa i a la resta de professionals sociosanitaris a formar-se, en bona part de manera autodidacta, coincidint amb una voluntat col·lectiva de canviar el tracte vexatori, indigne, l'oblit, estigma i rebuig que tant les persones amb problemes mentals com aquelles que tenien addicció patien per part tant de l'administració i la societat. Destacar que entre 1977 i 1980 va ser membre del Comitè de Redacció de la Revista *Socidrogalcohol*.

Davant la falta de coneixement i la voluntat de millora, Teresa Yeves, al costat d'Emilio Bogani, Teresa Fernández i Pepe Gómez, viatgen a França, comissionats per la Diputació de València a la recerca de referents i alternatives a la cura i tractament de persones amb addicció. Aquesta experiència els motiva a posar en marxa el pioner Centre d'Internament Prolongat «Casa Lanza», comunitat terapèutica rural afavorida per la Diputació de València, situada en una casa de camp a 90 km de València, en el llogaret los Cojos, a Requena.

El grup multidisciplinari de «Casa Lanza» format per professionals de la Medicina, Infermeria, Psicologia, Treball Social i Sociologia, entre altres professions, va significar un enorme avanç terapèutic per a l'època, i una nova manera, més horitzontal, d'enfocar les relacions i decisions laborals.

El seu primer contacte amb l'àmbit de les addiccions havia coincidit amb una època conflictiva a nivell sociopolític, amb el moviment antipsiquiàtria, i amb repetides vagues per part de les i els treballadors per a millorar les condicions laborals en les quals va estar involucrada com a militant

del Sindicat CNT sent objecte d'un expedient sancionador que, motivaria, en última instància, el seu trasllat a la Diputació de València i un canvi d'horitzons en 1980.

No obstant això, el seu interès per l'àmbit de les addiccions havia decaïgut per un conjunt de factors: duresa, falta de respostes clares o contradiccions que va trobar en aquest sector, però, sobretot, per la seua necessitat personal de començar i involucrar-se en projectes nous i l'expedient sancionador. En definitiva, el seu interès per les drogodependències es va centrar en la participació amb l'equip multidisciplinari i el desenvolupament de l'estructura organitzativa de Casa Lanza, interès que va decaure després del seu trasllat forçós moment en el qual va començar la seua especialització en els estudis feministes i de les dones, sent una de les fundadora del Seminari Multidisciplinari d'Estudis feministes predecessor de l'actual Institut Universitari d'Estudis de la Dona.

Des de 1980-1986 presta els seus serveis a la Casa de Beneficència, col·laborant en el seu desmantellament i creant estructures de suport més dignes i eficaços per als menors, posteriorment serà traslladada al IASS de la Diputació de València, per a concloure en l'àrea de la Dones de la mateixa Diputació, compatibilitzant amb els seus treballs de recerca sobre Dones i la docència a l'Escola Universitària de Treball Social.

Així, des de l'any 1986 fins a setembre de 2012, ha sigut Professora Titular del Departament de Treball Social i Serveis Socials en la Facultat de Ciències Socials de la Universitat de València, estant especialitzada en Treball Social feminista i Treball Comunitari i exercint, a més, importants càrrecs de gestió universitària. Ha sigut la primera directora de l'Escola Universitària de Treball Social, Vicedegana d'Estudis de la Facultat de Ciències Socials o Secretària de la Comissió Executiva del Patronat Sud-Nord per a la Cooperació Internacional de la Universitat de València. Va participar en la Fundació del Seminari d'Estudis Feministes de la Universitat de València i, posteriorment, ha sigut membre de l'Institut Universitari d'Estudis de la Dona. Són ressenyables igualment les seues estades acadèmiques i vin-

cles investigadors amb universitats llatinoamericanes especialment de Cuba, l'Argentina i Mèxic. Finalment, ha sigut co-directora del primer Màster d'Agents d'Igualtat (en línia) i professora del Màster de Gènere i Polítiques d'Igualtat de la Universitat de València, fins a l'actualitat.

### Mimí Bayarri Llobat

Va nàixer a València en 1950. En 1970 va cursar Sociologia en la Universitat de Madrid, coneguda actualment com a Universitat Complutense de Madrid (UCM). En aquella època, la llicenciatura de Sociologia encara no podia estudiar-se a la Universitat de València. Després de completar els seus estudis universitaris, va tornar a València i va establir contacte amb Josep Vicent Marqués, figura destacada en l'àmbit de la Sociologia valenciana i estatal, convertint-se en un gran amic. Anys més tard, va decidir ampliar els seus coneixements estudiant Investigació Operativa a la Universitat de València. Aquesta formació abordava els problemes socials des d'una perspectiva matemàtica, la qual cosa li va permetre adquirir coneixements de la teoria de grups i sistemes, entre altres temàtiques. Aquestes habilitats les va aplicar, més tard, en el seu treball relacionat amb les addiccions a substàncies psicoactives.

El seu interès pel camp de les drogues i les addiccions va sorgir arran de presenciar els efectes negatius de l'heroïna en coneguts i amistats. D'aquesta manera, el seu primer contacte professional amb el camp va ser a través d'un amic de la família, Pepe Gómez, que treballava com a psiquiatra en el «Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies» de l'Hospital Psiquiàtric de Bétera, amb alguns dels primers casos d'heroïna a València. Aquest fenomen va despertar la seua curiositat i va decidir investigar aquesta problemàtica a l'Hospital Psiquiàtric de Bétera.

En eixe sentit, cal destacar que va participar en la posada en funcionament de la comunitat terapèutica, «Casa Lanza», que tractava les addiccions psicoactives en l'entorn rural, i va estar funcionant des de 1978 fins a 1988. Els membres de l'equip de treball van ser seleccionats entre el personal i les persones de pràctiques del Servei d'Alcoholisme, a excepció

de Mimí, qui no havia treballat anteriorment en aquest servei. En els seus inicis, en 1978, va assistir a totes les reunions de l'equip i també va cobrir alguna baixa laboral del personal. Posteriorment, la Diputació de València la va contractar com a auxiliar de Psiquiatria, al no reconèixer-se la figura dels professionals de la Sociologia en aquests recursos. A més, va constituir juntament amb Mercedes Sánchez i, posteriorment, Josefa Gómez, el grup d'acolliment i valoració dels ingressos de la comunitat terapèutica.

Al principi, en «Casa Lanza», treballava en torns rotatius de 24 hores, però després de cinc anys, van passar a horaris fixos. Mimí treballava tots els divendres en la comunitat juntament amb Teresa Fernández, coordinadora i responsable assistencial. Una de les seues funcions era registrar tota la informació recopilada durant les assemblees, analitzava el funcionament del grup i els problemes sorgits durant la setmana. Els dimarts assistia a les reunions de l'equip a l'Hospital Psiquiàtric de Bétera, els dimecres i dijous acudia a l'associació APROVAT, creada per familiars de persones que rebien tractament en la comunitat i a l'Hospital. Així mateix, es va formar en Psicoanàlisi en l'orientació lacaniana, els coneixements adquirits els va aplicar posteriorment en el seu treball d'intervenció amb pacients amb problemes de drogues i addiccions.

Va romandre en la comunitat terapèutica durant 11 anys i destaca i posa en valor l'esforç del personal de «Casa Lanza» per a portar avant el projecte. En aquella època, les vies de comunicació amb aquest enclavament eren difícils atès que no hi havia bones carreteres i el viatge fins allí portava diverses hores. No obstant això, amb el procés de deshospitalització, «Casa Lanza» va tancar les seues portes i el grup es va dissoldre. El personal va ser reubicat en diferents Unitats Mentals valencianes. Mimí es va traslladar a Aldaia (l'Horta Sud) dependent de l'equip de Torrent, sent Maria Huertas la directora i responsable assistencial. En aquest lloc va constatar l'enorme treball que calia escometre, va crear i va posar en funcionament, al costat de les seues companyes, la Unitat de Salut Mental d'Aldaia. Els pacients eren remesos des d'atenció primària, i Mimí va continuar com a auxiliar de Psiquiatria. També duia a terme

intervencions psicoanalítiques amb aquells pacients que no desitjaven rebre medicació.

Durant 10 anys i en col·laboració amb el «Seminari del Camp Freudià», va estar organitzant conferències clíniques, on psiquiatres del centre de salut presentaven casos en presència d'un docent del camp freudista, amb la participació del personal. Va treballar en la Unitat Mental d'Aldaia durant 20 anys.

Mimí ha dedicat la seua vida perquè la Psicoanàlisi siga reconeguda com un mètode terapèutic i perquè es pare atenció individualitzada a cada pacient. A més, va participar en la creació de la «Associació de Professionals de Comunitats Terapèutiques per a Toxicòmans», ocupant el càrrec de Secretària i col·laborant en les primeres «Jornades Estatals de Professionals de Comunitats Terapèutiques per a Toxicòmans».

El camí que ha recorregut en aquest camp no ha sigut fàcil i ha hagut de superar diversos obstacles. A tall d'exemple, en els inicis del seu treball a Aldaia, es va trobar amb un mateix pacient que havia atès en «Casa Lanza», amb la particularitat que la «droga» -medicació- li la prescrivia el psiquiatre i va constatar en primera persona el canvi de paradigma terapèutic i assistencial. Així mateix, alguns psiquiatres nous a la unitat no veien amb bons ulls que ella tinguera un espai propi per a atendre els i les pacients pel fet que no era psiquiatra, sinó sociòloga. Malgrat tot, encara que no haja exercit la Sociologia com li haguera agradat, sempre l'ha sentida com una part important de la seua vida. El marc teòric i metodològic d'aquesta disciplina li han permès tindre una ment oberta i un enfocament holístic davant els problemes socials.

### **Mercedes Sánchez Guerrero**

Va nàixer a Utiel en 1955. Va cursar els estudis d'Assistent Social, antiga diplomatura de Treball Social, a l'Escola d'Assistents Socials de València, graduant-se en 1978 i en 2006 obté el Màster d'especialista en Prevenció i Tractament de les Conductes Addictives per la Universitat de València. El seu interès pel camp de les addiccions va sorgir durant les seues pràctiques com a Assistent Social —segon i tercer curs— en el Servei d'Alco-

holisme i Toxicomanies de l'Hospital Psiquiàtric de Bétera. En 1981, va formar part del grup de professionals que van crear i van posar en marxa el primer Centre Urbà de Rehabilitació de Toxicòmans (CURT) a nivell nacional. A l'any següent va tornar al Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies, on va treballar des de 1982 fins a 1986. Durant aquest període, va exercir labors en dos equips del Servei: un centrat en el tractament de persones amb addicció a l'alcohol i un altre enfocat en addiccions il·legals, com l'heroïna, que era la substància més prevalent en aquells anys.

En l'Equip d'Alcoholisme, va participar tant en l'atenció intrahospitalària com extrahospitalària, brindant atenció directa al pacient i a les seues famílies, suport en el mitjà comunitari, intervenció grupal i seguiment de casos. En l'atenció extrahospitalària, es desplaçava al costat d'un psiquiatre del servei als dispensaris ambulatoris, que van ser l'origen de les actuals UCAs/UAs. Amb l'Equip d'Addiccions Il·legals, el treball es va centrar en l'atenció directa a pacients consumidors d'heroïna i altres substàncies addictives, així com brindar suport a les seues famílies. També va col·laborar en activitats comunitàries, intervenció grupal i seguiment de casos, tant la intra com en l'extrahospitalària. A més, va formar part del Programa d'Acolliment i Valoració dels Ingressos en el Centre de Rehabilitació per a Toxicòmans de Llarga Duració, Casa Lanza, situat prop del llogaret de los Cojos a Requena. Actualment aquest programa, adscrit a la Generalitat Valenciana, es coneix com a comunitat terapèutica «Els Vents».

Entre 1986 a 1990, va representar al Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de València en diferents tribunals qualificadors. Per exemple, va participar en les proves de selecció per a la contractació laboral de l'Equip de Desintoxicació de Toxicomanies de l'Ajuntament de Sagunt (1986), de l'Ajuntament d'Utiel (1986), de l'Ajuntament de Benaguasil (1988) o la Mancomunitat Foia de Bunyol (1990), entre altres.

En el període comprés entre 1986 i 1992, va treballar en la Conselleria de Treball i Afers Socials i en l'Institut Valencià de Serveis Socials, on va col·laborar en la creació del Servei d'Orientació en Drogodependències (SOD) com a Òrgan Tècnic

per al desenvolupament d'aquestes competències a nivell autonòmic. En 1992 a 1995, es va establir la Direcció General d'Atenció i Prevenció dels Drogodependències, on va coordinar fins a 2003 el Programa Comunitat Terapèutica per a Drogodependents en la Comunitat Valenciana. Durant aquest període, les competències en addiccions van canviar de la Conselleria de Sanitat i Consum a la Conselleria de Benestar Social, i després van tornar a la Conselleria de Sanitat.

De 2003 a 2007, va treballar en la Prefectura de Secció de Reinserció. En aquest lloc es va encarregar de la informació, orientació, assessorament, coordinació i seguiment tècnic a nivell Autonòmic, dels Centres de Dia, Habitatges Tutelats, Comunitats Terapèutiques, Centres d'Integració de Baixa Exigència, Unitats de Valoració i Suport en Drogodependències i Unitats de Patologia Dual. Des de 2007 fins a 2018, va exercir com a coordinadora autonòmica dels programes de Comunitat Terapèutica de la Comunitat Valenciana en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Direcció General d'Assistència Sanitària, Servei de Gestió en Drogodependències i altres Trastorns Addictius.

Des de 2018 fins a la seua jubilació, va treballar en la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, Direcció General de l'Institut Valencià de les Dones, com a Cap de Secció de Programes contra la Violència de Gènere. En aquest lloc, va coordinar la Xarxa de Centres Dona 24 hores de la Generalitat Valenciana. D'aquest recurs també es van implementar els Centres Dona Rural en la xarxa.

Per a concloure, cal assenyalar que també va exercir un paper destacat en la difusió de la problemàtica de les drogues i les addiccions en la Comunitat Valenciana. Va impartir cursos sobre addiccions a substàncies legals i il·legals a professionals dels Serveis Socials i de Treball Social (1984-2013). Així mateix, va impartir classes en el Màster en Psicologia Clínica de l'Escola de Terapeutes de la Conducta en 2001 i 2002, així com en el Màster en Prevenció i Tractament de les Conductes Addictives (2003, 2004 i 2005). És coautora dels llibres: « Los vecinos ante las drogas» (primera edició en 1992 i segona edició

en 2000) i «La participación vecinal ante las drogodependencias» (1992), tots dos editats per la Federació d'Associacions de Veïns de la Comunitat Valenciana en col·laboració amb la Generalitat Valenciana. També, va publicar articles en revistes com la Revista de Serveis Socials, Revista d'Anàlisi Transaccional i Psicologia Humanista i Revista Espanyola de Drogodependències. Va col·laborar en l'elaboració del Protocol del Treball Social Sanitari: «Guia de Treball Social i Salut: Diagnòstic i Intervenció del Treball Social» (2012) i en el «Protocol d'Atenció Integral, Sanitària i Judicial a Víctimes d'Agressors Sexuals de la Comunitat Valenciana», de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, formant part de la comissió tècnica en 2019. Així mateix, va formar part del Comitè de Redacció de la *Revista Española de Drogodependencias* entre 1990 i 2007, i des de 2010 fins a l'actualitat forma part del Comitè Científic de la Revista TSNova. A més, va participar amb diferents ponències en nombrosos congressos i jornades nacionals i internacionals.

### Marga Tórtola García

Naix en un xicotet poble manxec, Santa Maria del Campo Rus, en 1967. Provenent d'una família humil, va ser la primera dona de la seua família nuclear amb estudis superiors. Es va graduar en la diplomatura de Treball Social per la Universitat de València en 1988, com dues de les seues cosines majors, dedicant-se des de llavors i fins a l'actualitat a l'àmbit de les addiccions.

Igual que moltes de les professionals ací exposades, va començar a fer les pràctiques universitàries en 1988 en l'Associació Provincial Valenciana d'Ajuda al Toxicòman (APROVAT) fins a 1995. En aquell moment, aquesta entitat servia de suport logístic i instrumental per a desenvolupar un projecte pioner d'atenció al problema de les addiccions. Va ser ací on va aprendre la necessitat de treballar en equips multidisciplinaris, l'abordatge de les addiccions des d'una perspectiva biopsicosocial, la importància de la dignificació de la persona addicta, i també on va descobrir als seus primers referents, entre elles Pepa Gómez, Teresa Yeves, Mercedes Sánchez, Eugenia Gramage o Teresa Fernández.

Aquesta experiència li va afirmar la seua voluntat de continuar treballant i formant-se en l'àmbit de les addiccions. En 1992, a més, va combinar la seua estada en APROVAT amb el treball durant uns mesos en Sanitat. Ací té l'oportunitat de conèixer l'atenció primària i les possibilitats del treball comunitari. En 1995, va començar a treballar en Serveis Socials Municipals de Manises gestionant els programes de prestacions bàsiques del moment. Des d'ací va començar a enfocar les addiccions des d'un altre punt de vista. La importància del context social i econòmic, les dinàmiques familiars, o l'entorn específic personal eren factors clau per a la prevenció, el consum, i la recuperació. És en aquest moment on comença a relacionar conceptes com la delinqüència, la drogodependència i la salut mental. Amb una responsabilitat cap als seus pacients i sempre amb un afany d'aprendre, reciclar-se continuament i millorar, en 1992 va obtenir el curs d'Animació Sociocultural, en 1994 va acabar el Màster de Formació Permanent en Prevenció i Tractament de les Conductes Addictives de la Universitat de València, en 2011 es graduà del grau de Treball Social, i en 2014 finalitzà, a més a més, la carrera de Criminologia.

Ara bé, en quant al vessant professional cal assenyalar que no torna a treballar de manera directa en addiccions fins a 2002. Un any abans, la Generalitat Valenciana, mitjançant el decret 124/2001, de 10 de juliol, del Govern Valencià plantejava que els municipis disposaren d'Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA), i des de llavors comparteix el seu temps en la UPCCA i en atenció primària de serveis socials a Manises (l'Horta Sud). En definitiva, durant la seua intensa i dilatada vida professional, s'ha dedicat a treballar en primera línia, proporcionant un tracte digne i humà als i les pacients, a reduir l'estigma a través de plans municipals, a eliminar el paradigma que associa el consum amb el vici i el tractament amb la força de voluntat i, sobretot, a treballar per a poder millorar les condicions de vida i crear una societat menys excloent.

Actualment li preocupa especialment l'acceptació social del consum de l'alcohol i el cànnabis, igual que el gran increment de les conductes addictives relacionades amb el joc, la tecnologia, i les apostes esportives - especialment entre els i

les adolescents. Seguint el seu abordatge holístic i la seua formació extensa, promou la necessitat d'orientar la intervenció cap a l'adquisició d'habilitats socials, la gestió d'emocions, i la potenciació de factors de protecció. Contextualitzant el consum individual com un procés social i emfatitzant la influència de factors externs, és imprescindible invertir en la millora de les condicions de vida - materials i immaterials - de les persones, i aconseguir una societat més igualitària. Des de la seua experiència treballant en primera línia i sempre en contacte directe amb les persones, conclou posar en valor el treball en equip, la col·laboració, els aprenentatges passats, i la dignificació de la persona com a elements clau per a l'acompliment de la seua professió.

## REFLEXIONS FINALS

Aquest article ens ha brindat l'oportunitat de conèixer de prop la trajectòria professional i acadèmica d'unes professionals de les Ciències Socials, treballadores socials i sociòlogues que van forjar el seu camí en un context summament desafiador, quan la situació a València en relació a les addiccions era incipient, i per tant desregulada, desprofessionalitzada i estigmatitzada. Durant la dècada dels setanta i huitanta del segle passat, el tractament de les addiccions es duia a terme en entorns psiquiàtrics, i les persones amb addiccions eren enjudiciades i tractades com a vicioses, sense comptar amb cap marc legal que regulara o reconeguera la naturalesa de les addiccions com una malaltia. Per tant, aquestes dones, en una època conflictiva a nivell sociopolític, van lluitar per canviar l'actitud menyspreadora, inhumana, l'abandó i l'exclusió que tant les persones amb trastorns mentals com les que enfrontaven problemes d'addicció experimentaven per part de les institucions governamentals i la societat en general. Així mateix, van treballar per regularitzar i professionalitzar tant el protocol mèdic, administratiu i la visió social, com les condicions laborals en les quals es trobaven els i les professionals d'aquest sector.

Cal ressaltar també el reciclatge professional com a denominador comú. Totes aquestes cinc professionals s'han mantingut actives educativament, completant i continuant la seua formació

acadèmica segons les noves tendències en el camp, les seues pròpies inclinacions intel·lectuals i professionals, i el seu compromís amb la població amb la qual treballen. Així, al llarg de les seues carreres han demostrat la seua responsabilitat i professionalitat, estant al corrent dels últims avanços en el seu camp. De la mateixa manera, moltes d'elles han combinat el seu treball pràctic o investigador amb la docència, impartint i compartint el seu coneixement i passió amb les següents generacions.

Mirant cap al futur, és imperatiu reivindicar la presència de treballadores socials i sociòlogues en el camp de les addiccions. La perspectiva de gènere també ha de ser un element fonamental en la investigació, el tractament i la prevenció de les addiccions. Més enllà de l'enfocament biològic i metge, imprescindible en la compressió i tractament de les addiccions, és necessari també un enfocament social que contextualitze el consum en un marc econòmic, polític i administratiu, que tinga en compte l'estructura i relacions familiars i socials, i altres categories socials com el gènere, l'ètnia o l'orientació sexual -entre moltes altres-. Les nostres protagonistes, amb àmplia experiència en el camp, han deixat clar que hi ha molta feina per fer en aquests aspectes, i és essencial que les futures generacions continuen el seu llegat, mantenint un enfocament inclusiu i de gènere en aquest camp crucial per a la salut i el benestar de la societat.

La construcció de coneixement des de les Ciències Socials exemplifica de forma molt evident que les experiències vitals i professionals condicionen les formes en les quals fem epistemologia i metodologia d'investigació. Les veus silenciades del Treball Social i la Sociologia proporcionen inestimables contribucions als estudis socials i de gènere, i la seua omisió o la seua submissió a altres sabers, no fa una altra cosa que entorpir i dificultar la creació d'un coneixement holístic, i la seua deguda aplicació pràctica.

Així mateix, en l'àmbit de les addiccions, s'albiren una sèrie de preocupacions i desafiaments per al futur immediat i l'actualitat. Una d'elles se centra en el creixement de les addiccions relacionades amb les noves tecnologies i la hiperconnexió di-

gital. Amb l'omnipresència de les xarxes socials, els videojocs en línia i les plataformes d'entreteniment digital, existeix una creixent inquietud sobre com aquestes activitats poden conduir a comportaments addictius, la qual cosa al seu torn podria tindre repercussions significatives en la salut mental i les relacions socials. A més, la proliferació de les apostes esportives en línia representa una altra font de preocupació en l'àmbit de les addiccions. La facilitat d'accés a llocs web i aplicacions d'apostes esportives a través de dispositius mòbils i la creixent promoció d'aquestes activitats poden portar a un augment en els problemes relacionats amb l'addicció al joc, afectant, especialment a adolescents, així com a joves i adults.

Respecte a l'addicció de substàncies, preocupa especialment la normalització i acceptació social del consum d'alcohol i cànnabis. A més, les crisis econòmiques i socials, com les que hem experimentat recentment a causa d'esdeveniments com la pandèmia de COVID-19, poden contribuir a l'augment de les addiccions. La incertesa laboral, la precarietat i l'ansietat generalitzada poden espantar a les persones cap a comportaments addictius com una via de fuga, la qual cosa subratlla la importància de proporcionar suport i invertir els recursos adequats per a la salut mental i la prevenció i tractament de les conductes addictives en les pròximes dècades.

En resum, creiem que articles com el que acabem de presentar tenen el potencial d'augmentar la visibilitat de nombroses investigadores i professionals que han sigut injustament passades per alt i no han rebut el reconeixement que mereixen a causa del seu gènere. Esperem que les seues contribucions es difonguen més àmpliament en els àmbits acadèmic, d'investigació i professional. També encoratgem a col·legues de diferents regions i cultures a destacar les trajectòries personals i professionals de dones en el camp del Treball Social i la Sociologia de les addiccions. Finalment, creiem oportú agrair a les cinc dones el seu temps, les seues paraules, records i treball, però també donar les gràcies a totes aquelles que, malgrat no estar en aquest o un altre article, han dedicat el seu temps i la seua força a millorar les condicions de vida de les i els

pacients, a aportar coneixements a través de la investigació, a transmetre'ls a altres generacions i, en conclusió, a fer d'aquesta societat un lloc més just i igualitari en el qual viure.

## AGRAÏMENTS

Les autores i l'autor d'aquest article voldríem manifestar que tres de les entrevistes que estan en la seua base formen part dels projectes «*Dones valencianes pioneres en el camp de les addiccions*» subvencionat pel Servei d'Addiccions (PMD/UP-CCA-València) de la Regidoria de Salut i Consum de l'Ajuntament de València així com «*Pioneres de la Sociologia Valenciana*», afavorit per la Unitat d'Igualtat de la Universitat de València.

## REFERÈNCIES

- Apud, I. y Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos Modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions (Salud y Drogas)*, 16(2), 115-125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- Arteta, D. (2020). Violencia de género y adicciones en las mujeres. *Cendoc Bogani*, 1-7.
- Arteta, D. y Agulló, V. (2022). *16 pioneras valencianas frente a las adicciones*. Nau Llibres.
- Arteta, D. y Agulló, V. (2023). Las pioneras valencianas de la Psicología de las adicciones: legado académico y profesional. *Revista Española de Drogodependencias*, 48(1), 45-59. <https://doi.org/10.54108/10037>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bertolín, J. M. y Cuevas, J. (2016). A propósito del cuadragésimo aniversario de la edición interrumpida de la Revista Española de Drogodependencias (1976-2016). *Revista Española de Drogodependencias*, 41(2), 5-9.
- Caiuby, Beatriz y Rodrigues, Thiago (eds) (2015). *Drogas, política y sociedad en América Latina y el Caribe*. Cide.
- Cano, L. (2006). *Adicciones y salud. Estado actual de la investigación en España* [Tesis doctoral, Universitat de València].
- Comas, D. (1990). Sociología de la drogadicción. En L. Moreno y S. Giner (coords), *Sociología en España*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ferro, S. (2004). Interdisciplinariedad y drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 289-304.
- de la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo, A., Bravo, M. J., Neirá, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17080509>
- Escotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Alianza Editorial.
- Gómez, J. (2007). El alcoholismo desde la perspectiva de género: un discurso que permanece a lo largo de 30 años. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(2), 126-130.
- Gutiérrez, A. (2007). Contextualización de las drogas en España. En A. Gutiérrez y J. Martín (Coords.), *Drogodependencias y Trabajo Social* (pp. 18-44). Ediciones Académicas.
- Guzmán, V., Armendáriz, N. A. y Alonso, M. M. (2020). Modelo socioecológico para el no consumo de drogas en adolescentes de preparatoria. *Eureka, Revista Científica de Psicología* 17, 345-361.
- Jiménez, A. (2021). Caso práctico de intervención social con una paciente de alcoholismo en el CAID de Torrejón de Ardoz desde el modelo biopsicosocial. *Trabajo Social Hoy*, (94), 107-120.
- López, M. A., y Ruiz, G. M. (2013). El alcoholismo desde una perspectiva social. Alcalá. *Revista de la Universidad Autónoma del Carmen*, (82), 1-4.
- Losada, M. J., Márquez, P. y Sebastián, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8), 123-139.

- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8), 213-239.
- Morales, A. y Agrela, B. (2020). La dimensión de género en la intervención del Trabajo Social. En J. Fombuena (ed.), *El Trabajo Social y su acción profesional*. Nau Llibres.
- Oficinas de las Naciones Unidas contra la droga y el delito [UNODC] (2022). *Informe Mundial sobre drogas*.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186).
- Prado, F., Valenzuela, S. y Vidal, G. (2016). Adicciones juveniles: ¿Delincuencia o enfermedad? Una mirada sociológica sobre la problemática. *REV IISE. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 7(7), 23-32. <https://www.redalyc.org/journal/5535/553557652002/html/>
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y «problema de la droga» en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, (49), 83-101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35117055006>
- Romero, M. (2006). Sociología. En Gabriel Rubio, Gaspar Cervera, Juan C. Valderrama y José C. Pérez (Dirs.), *Tratado SET de Trastornos Adictivos* (Tomo I, pp. 32-36). Editorial Médica Panamericana.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografía Humanitas*, 5, 69-83. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/22315>
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Sánchez-Antelo, V. (2019). Aportes de la sociología argentina a la comprensión de los usos de las drogas: una revisión sistemática. *Revista Cultura y Droga*, 25 (27), 62-89. 10.17151/culdr.2019.24.27.4
- Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2007). «Consumo de drogas»: La construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 239-249.
- Sixto, A. y Olivar, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *Revista de Educación Social (RES)*, (26), 141- 158.

# La Feminización de la soledad en la vejez

**JOSÉ MIGUEL RAMÍREZ GARCÍA**

Diplomado y Grado en Trabajo Social. Premio Extraordinario Diplomatura 1999-2002.  
Premio Extraordinario Máster Universitario en Bienestar Social: Intervención Familiar 2015-2016.  
Trabajador Social del Ayuntamiento de Almassora (Castellón) Colegiado 1.448.  
Profesor asociado del Departamento de Sociología y Antropología Social – Universidad de Valencia.

Recibido: 8 septiembre 2023. Aceptado: 26 octubre 2023.

## RESUMEN

Las sociedades avanzadas se encuentran experimentando el fenómeno del envejecimiento de las personas mayores como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. A lo largo de la vejez aumenta la probabilidad de vivir en soledad y en hogares unipersonales, especialmente en las mujeres (feminización de la vejez). El abordaje de esta situación supone un reto para el Estado, las administraciones públicas, las familias y la sociedad en su conjunto. Los servicios sociales de atención domiciliaria como el servicio de teleayuda ofrecen un recurso de apoyo para la permanencia de las personas mayores en sus hogares, pero se requiere de mayores intervenciones debido a la dimensión del problema.

El estudio pretende determinar el perfil o perfiles susceptibles de padecer las situaciones de soledad objetiva, e identificar aquellos factores de riesgo que indiquen en las situaciones de soledad a través del análisis cuantitativo y transversal aplicado en una muestra de 155 personas de edad avanzada beneficiarias del servicio de teleayuda domiciliaria del municipio de Almassora (Castellón). La investigación analiza las relaciones entre los diferentes elementos que influyen en la situación de soledad de las personas mayores, con la finalidad de describir, explicar y predecir el fenómeno objeto de estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Personas mayores; feminización de la vejez; teleayuda; red social y soledad.

## The Feminization of loneliness in old age

### ABSTRACT

Advanced societies are experiencing the phenomenon of aging of the elderly as a result of the increase in life expectancy. Throughout old age, the probability of living alone and in single-person households increases, especially in women (feminization of old age). Addressing this situation is a challenge for the State, public administrations, families and society as a whole. Home-based social services such as the tele-help service offer a support resource for the permanence of the elderly in their homes, but more interventions are required due to the size of the problem.

The study aims to determine the profile or profiles likely to suffer from objective loneliness situations, and identify those risk factors that indicate situations of loneliness through the quantitative and cross-sectional analysis applied in a sample of 155 elderly people benefiting from the service of home help in the municipality of Almassora (Castellón). The research analyzes the relationships between the different elements that influence the loneliness situation of the elderly, in order to describe, explain and predict the phenomenon under study.

**KEY WORDS:** Elderly people; feminization of old age; tele-help; social network and loneliness.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Evolución demográfica y esperanza de vida en España

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, la evolución demográfica ha experimentado en los últimos cien años unos cambios profundos, en su doble vertiente: por un lado, un crecimiento de la población mayor de 65 años en relación al conjunto de la población total y por otro, un aumento de las expectativas de vida.

Según autores como Antonio Abellán García (2020)<sup>1</sup> nos indican que la pirámide de población

en España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores, las que tienen 65 o más años. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de Enero de 2019 hay 9.057,193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población (47.026.208), siguen aumentando tanto en número como en proporción. La edad media de la población, que es otra forma de medir este proceso, se sitúa en 43,3 años, mientras que en 1970 era de 32,7. Según la proyección del INE (2018 - 2068), en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, 29,4% del total de una población que alcanzaría los 48.531.614 habitantes (p.5).

Al mismo tiempo, sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios, estableciéndose en el 6,1% de toda la población, y seguirán ganando peso entre la población mayor en un proceso de

1 Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 38 p.

envejecimiento de los ya viejos. Los centenarios empiezan a hacerse notar, en este sentido, existen 16.303 empadronados (Abellán, 2020).

El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España ya nos indicaba que una de las características demográficas que se irá agudizando con el paso del tiempo es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, esto es, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento interno de la población mayor, el grupo constituido por las personas de 80 y más años se ha duplicado en sólo veinte años, los transcurridos entre 1970 y 1990 (IMSERSO, 2005, p. 27)<sup>2</sup>.

Actualmente, la esperanza de vida al nacer se sitúa en las mujeres españolas a los 85,9 años y en los hombres sería de 80,5 años, según las tablas de mortalidad del INE del 2018. Sin duda alguna, estos datos son un fiel reflejo de las políticas sanitarias, sociales y económicas entre los factores que inciden en dicha revolución estadística están las mejoras en las condiciones de vida, la nutrición, los cuidados sanitarios, entendiendo estos también como las vacunas preventivas, los fármacos y tratamientos que causaban la muerte prematura. Y se ha observado cómo desde los años ochenta del siglo XX existe una mejoría en la supervivencia de las personas mayores. España se inscribe en 2019, en el contexto de la Unión Europea, entre los países que cuenta con mayor número de persona mayores junto Alemania, Italia y Francia (Abellán, 2020, p.13)<sup>3</sup>.

Si se enmarca a España en el contexto de la Unión Europea nos situamos prácticamente en la media de los países con mayor proporción de personas mayores. Atendiendo al dato de Eu-

rostat tendríamos que Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países que cuentan con mayor proporción de mayores.

Uno de los aspectos más relevantes de los datos demográficos de la población española en la estructura de la población por edades, es que si atendemos a datos de fecundidad, mortalidad y migraciones se pueden establecer proyecciones que nos indican que en 2050 las personas mayores duplicarán su proporciones actuales.

La situación demográfica de España en relación con el fenómeno del envejecimiento y su consecuente aumento de la población de edad avanzada, nos muestra un problema sociosanitario para la cobertura de las necesidades de atención a las personas mayores. Tampoco debemos olvidar otros aspectos como son: la feminización de las personas mayores, las diferencias entre los entornos rurales y los urbanos, las enfermedades crónicas y su mortalidad en la vejez, el sistema de pensiones y la brecha digital en relación con las nuevas tecnologías.

## 1.2. Relaciones sociales, participación social y soledad en las personas mayores

El envejecimiento es una etapa vital que comporta muchos cambios y vivencias que pueden conducir de un modo u otro al sentimiento de soledad. Definir el concepto de soledad no es algo fácil, debido a que la soledad tiene dos componentes: uno objetivo que sería la falta de compañía y otro subjetivo haciendo referencia al sentimiento de sentirse solo/a. Álvarez (1996)<sup>4</sup> definía el síndrome de la soledad como un estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida.

Las redes sociales son el elemento estructural de las relaciones sociales y nos proporcionan apoyo social que nos permiten obtener un intercambio transaccional tanto de experiencias emocionales como de apoyo en cuestiones instrumentales cotidianas, siendo este apoyo emocional, ma-

2 IMSERSO. (2005). Libro Blanco de Atención a las personas en situación de Dependencia en España. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo.

3 Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 38 p.

4 Álvarez, E. (1996). La amistad en la edad avanzada. *Gerión*, 12(6), 51.

terial e informacional. Estas redes sociales nos previenen de la soledad y de las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social. Por otro lado, la participación social estaría relacionada con el envejecimiento activo al hablarnos de la frecuencia y la calidad de las actividades formales e informales que una persona realiza con los miembros de su red social (Yanguas, 2018)<sup>5</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (2001)<sup>6</sup> utiliza el término envejecimiento activo como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (p.15). En este sentido, se trata de potenciar la autonomía, la capacidad de tomar decisiones y afrontar los retos que suponen los diferentes cambios.

Autores como Molinero (1997)<sup>7</sup> nos indicaban que el empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, los órganos de los sentidos, las funciones intelectuales, etc., desencadenan inestabilidad y sentimientos de indefensión en la persona anciana, y es que la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social (p.25). Para Laforest (1991) los factores causales de la soledad en las personas mayores viene favorecida por tres crisis asociadas al envejecimiento como son: la crisis de identidad, la crisis de autonomía y la crisis de pertenencia. La crisis de identidad estaría relacionada con la autoestima, la de autonomía con el deterioro en el organismo y en consecuencia con la ejecución de las actividades de la vida diaria, y la crisis de pertenencia con la pérdida de roles, de grupos de pertenencia, la

viudedad, la jubilación, la salida del mercado laboral y el abandono de la vida profesional que afectan de este modo a la vida social.

A lo largo de la vejez aumenta la probabilidad de vivir en soledad, en los últimos años se observa un incremento de los hogares unipersonales en personas mayores de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre mujeres que entre hombres (2018: 31,0% frente a 17,8%) pero en éstos ha habido un aumento notable en los últimos años, relacionado con mayor supervivencia, o llegada a la vejez ya en soledad u otros motivos. La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes), y en el futuro se espera que aumente. En 2018, el porcentaje de hombres casados supera al de las mujeres en todos los grupos de edad de 65 y más años, en cambio entre las mujeres predominan las viudas a partir de los 75 años sobre el resto de estados civiles (Abellán, 2020, p. 29 - 30)<sup>9</sup>.

Atendiendo a estos datos de estado civil, tenemos que los hombres tienen mayor probabilidad de morir estando casados y las mujeres estando viudas, lo que supone una feminización de la soledad. Según estudios relacionados con las personas mayores y el estado civil, las investigaciones suelen coincidir en que el hecho de tener pareja funciona como un importante factor protector contra la soledad, siendo que las personas casadas o viviendo en pareja se encuentran en menor riesgo de experimentar soledad que las personas viudas, solteras o separadas. Siendo beneficioso especialmente contra la soledad de tipo emocional el hecho de tener pareja (Pinazo, 2018, p.52)<sup>10</sup>.

Por otro lado, las mujeres estadísticamente mantienen una esperanza de vida mayor que los hombres, es decir, existe una mayor longevidad en

5 Yanguas, J.J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Revista de ciencias sociales*, 66, 61-75.

6 OMS (2001). Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Boletín para el envejecimiento. Perfiles y tendencias. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. p.15.

7 Molinero, S. (1997). Fragilidad en la esfera social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32, 25.

8 Laforest, J. (1991). Introducción a la gerontología. *El arte de envejecer* (pp. 79 -173). Herder.

9 Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 38 p.

10 Pinazo, S., y Donio, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Colección Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal, nº 5, 179 p.

las mujeres y por lo tanto mayor probabilidad de vivir solas. Esta mayor supervivencia en realidad oculta una desventaja, ya que cuando los hombres llegan a una edad en la que son comunes las enfermedades y discapacidades, suelen contar con el apoyo y el cuidado de sus esposas. Sin embargo, la situación inversa es menos frecuente porque generalmente sus maridos ya no están cuando ellas llegan a esa etapa en la que probablemente pueden desarrollar dependencias y necesidad de ser cuidadas (IMSERSO, 2016)<sup>11</sup>.

Otro de los aspectos que no debemos olvidar en relación con la personas mayores y la disminución de las relaciones sociales son los ingresos económicos y la pérdida de poder adquisitivo. Es más común que las personas que tienen menos ingresos experimenten más aislamiento social y que sus redes sociales se centre en la familia, mientras que en las clases sociales más altas las redes suelen ser más diversificadas, contando con más amigos, además la falta de recursos económicos puede restringir su acceso a algunas actividades sociales o culturales e incluso a los servicios de cuidado (Victor et al, 2000)<sup>12</sup>.

Algunos factores protectores que nos permiten disminuir el sentimiento de soledad, tal y como señala Chaparro (2019)<sup>13</sup> serían las actividades que faciliten la interacción social con otras personas generando un sentimiento de reciprocidad y compromiso, participación en grupos de intereses, centros comunitarios de actividades, el contar con una ocupación o rutina diaria, así como actividades ligadas a grupos religiosos o espirituales. Al mismo tiempo, situaciones como vivir con la familia, compartir tiempo con los miembros de la misma y recibir visitas de familiares disminuye significativamente la soledad. El lugar donde se vive también influye en

el sentimiento de soledad, vivir en una vivienda en un pueblo pequeño disminuye el aislamiento debido a las relaciones cercanas con el vecindario, ya que se tiende a estar más pendientes de los miembros de la comunidad, mientras que la situación cambia drásticamente en las ciudades.

### 1.3. Los Servicios de Atención Domiciliar: El Teleayuda/Teleasistencia

Los Servicios Sociales destinados a las personas mayores en España los podemos enmarcar en tres categorías diferenciadas: Servicios de Atención Domiciliaria, Servicios de Participación Social y Servicios de Atención Diurna/Residencial. Centrándonos en los Servicios de Atención Domiciliaria tendríamos el Servicio de Teleasistencia y el Servicio de Atención Domiciliaria (S.A.D.), estos servicios tienen un objetivo primordial como es la permanencia de la persona mayor en su domicilio el mayor tiempo posible, evitando de este modo el desarraigo social, familiar y comunitario. En el caso de la Comunidad Valenciana también podemos añadir el programa de Menjar a Casa y el Major a Casa que posibilitan la permanencia del mayor en su hogar mediante la comida a domicilio adaptada a sus necesidades, asegurando unos valores nutricionales tan importantes en determinadas edades.

Según los datos ofrecidos por el IMERSO a fecha 31 de diciembre de 2018 a nivel estatal el Servicio de Teleasistencia cuenta con un número elevado de personas usuarias, ascendiendo a un total de 942.446 beneficiarios/as, de los cuales el 24,4% son varones y el 75,6% del total son mujeres, todos ellos mayores de 65 años, se trata de un servicio altamente feminizado en todas sus franjas de edad.

La Comunidad Valenciana tiene un total de 57.846 personas usuarias del Servicio de Teleasistencia, con un índice de cobertura del 6,00 y con un total de 51.709 aparatos instalados en los domicilios de las personas mayores. El 17,4% del total de personas usuarias serían varones (10.050) y el 82,6% mujeres (47.796). Hay que indicar que el número de personas usuarias y el número total de aparatos instalados no coincide porque en algunos hogares, existe un único aparato con cobertura para el matrimonio o pareja sentimental, computándose

11 IMERSO (2016). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Colección Personas Mayores. Serie documentos técnicos y estadísticos. Madrid: IMERSO.

12 Victor, C., Scambler, S., Bond, J. y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, pp. 407 - 417.

13 Chaparro, L., Carreño, M. y Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), pp.1-11

como dos beneficiarios en este caso. Con respecto al total de personas beneficiarias en la Comunidad Valenciana del Servicio de Teleasistencia, nos encontramos que las personas mayores de 80 años de edad tendrían una representatividad del 51,8%, lo que constata dos cuestiones destacables una feminización de la vejez y por otro lado una esperanza de vida cada vez mayor de nuestros mayores (IMERSO, 2018)<sup>14</sup>.

En la provincia de Castellón nos encontramos con el Servicio Provincial de Teleayuda Domiciliaria financiado por la Excelentísima Diputación Provincial de Castellón, este servicio va dirigido a las personas domiciliadas en dicha provincia que atendiendo a su edad, enfermedad o concurrencia de discapacidad física o sensorial, precisan de la asignación del servicio para mejorar su calidad de vida y posibilitar su permanencia en el entorno inmediato habitual. El servicio de teleayuda supone la instalación en el domicilio de la persona mayor, de un equipo individual que conectado a la línea telefónica pueda transmitir un mensaje de “alarma social” de una duración no superior a veinte segundos a una secuencia de hasta siete números telefónicos programados de los cuales serán familiares, vecinos o allegados a la persona usuaria que permitan atenderla de forma inmediata en caso de emergencia y/o urgencia. El último de los teléfonos a programar debe corresponder a un servicio público local de atención permanente, designándose preferentemente a la policía local del respectivo municipio en el que se encuentre empadronada la persona usuaria. La gestión y la tramitación del servicio se realiza a instancias del ayuntamiento de la localidad, a través de los servicios sociales municipales del mismo, siendo responsables del estudio- diagnóstico de la situación sociofamiliar de la persona y de sus necesidades, profesionales del Trabajo Social adscritos al mismo.

En el Servicio de Teleayuda Domiciliaria existe una valoración del estado de necesidad de la persona, valorándose seis ítems importantes: capacidad de

desplazamiento en el interior de la vivienda, capacidad de relación con el entorno inmediato, capacidad de autoprotección, situación sociofamiliar, situación de convivencia y situación económica, aportando para ello un informe social de las circunstancias que concurren de forma favorable para la asignación e idoneidad del servicio y un informe de salud de la persona emitido por el/la profesional médico/a de referencia de atención primaria, entre otra documentación.

El municipio de Almassora (Castellón) según datos del INE cuenta con un total de 25.831 habitantes de los cuales 12.984 son hombres y 12.847 mujeres. En relación con el Servicio de Teleayuda y hasta mayo de 2019 dispone de un total de 155 terminales instalados que ofrecen cobertura a una parte importante de la población mayor que reside en sus domicilios, posibilitando la permanencia y una seguridad a su integridad física y emocional en caso de sufrir una situación de emergencia.

Algunos servicios, como los servicios de Teleasistencia y Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), originalmente concebidos para cubrir las necesidades básicas de higiene, alimentación y seguridad de las personas dependientes que viven solas, cumplen una función reductora de la soledad, al menos de su dimensión objetiva, ya que los receptores del servicio saben que disponen de personas que les visitan o llaman si necesitan ayuda de cualquier tipo. En este contexto, las personas voluntarias y profesionales que trabajan en estos servicios refieren que una de las principales funciones que asumen es la de hacer compañía a la persona anciana. Tanto es así que, en los servicios de teleayuda, se observa que sólo el 2% de las llamadas que reciben son realmente emergencias. Ante esta realidad, algunas entidades del tercer sector han asumido la responsabilidad de este problema y han desarrollado programas de voluntariado orientados a disminuir la soledad, prevenir los problemas asociados a ésta y promocionar el bienestar de los mayores (Lorente y Sitges, 2015)<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> IMERSO (2018). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Colección Personas Mayores. Serie documentos técnicos y estadísticos. Madrid: IMERSO.

<sup>15</sup> Lorente, R. y Sitges, E. (2015). La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Colección Observatorio Personas Mayores. Asunivep, Vol. 1, cap. 30. pp. 229 - 235.

En relación con los recursos dirigidos a las personas mayores, especialistas en el tema como María Ángeles Durán (2006)<sup>16</sup>, nos matiza que para el año 2050 la desproporción entre la necesidad previsible de cuidados y los servicios disponibles es uno de los mayores desafíos del Estado de Bienestar español, que tiene que afrontar inmediatamente medidas para ajustarse a la nueva situación social y a los cambios que van a intensificarse a corto y medio plazo (p.72).

## 2. OBJETIVOS

- Conocer el perfil demográfico de las personas usuarias del Servicio de Teleayuda Domiciliaria del municipio de Amassora.
- Determinar los diferentes factores de riesgo que influyen en la situación de soledad objetiva de las personas mayores.
- Diseñar estrategias de intervención municipal para abordar la dimensión social de la soledad y el aislamiento social de las personas mayores.

## 3. METODOLOGÍA

La perspectiva metodológica empleada en el presente estudio es un análisis cuantitativo basado en fuentes primarias de elaboración propias a través de los datos obtenidos mediante su registro y del análisis de documentos técnicos de los 155 expedientes como son informes sociales técnicos suscritos por trabajadoras/es sociales, informes médicos sanitarios, documentos obrantes en los expedientes de tipo prestaciones y pensiones, entre otros. También se ha empleado el análisis de fuentes secundarias procedentes de estadísticas oficiales como el INE, IMSERSO, publicaciones científicas e investigaciones publicadas por otros/as autores/as.

Se ha optado por este tipo de investigación transversal con la finalidad de poder describir de

forma objetiva, y sin sesgos por parte del investigador, el perfil de las personas mayores usuarias del Servicio de Teleayuda Domiciliaria, su correlación con la soledad objetiva y realizar una descripción del fenómeno objeto de estudio en el municipio de Almassora. De este modo, los resultados obtenidos en la muestra no van a permitir realizar inferencias y extrapolar los resultados al conjunto de la población de forma aplicada.

### Técnicas empleadas

El tipo de técnicas empleadas han sido una revisión bibliográfica, técnicas estadísticas y el análisis documental que de forma simultánea nos han permitido medir, explicar y predecir las relaciones entre los diferentes elementos que influyen en la situación de soledad de las personas mayores.

### Muestra

En relación con la muestra se han tomado los datos relativos a sexo, edad, estado civil, número de miembros que conforman la unidad familiar o convivencial, nivel de ingresos económicos y estudios finalizados, del total de la muestra compuesta por 155 personas beneficiarias del Servicio de Teleayuda Domiciliaria. Y se ha procedido al análisis documental del informe social, informe de salud, documentación y datos contenidos en los expedientes de cada una de las personas beneficiarias del servicio.

## 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación con la determinación del perfil de las personas usuarias del Servicio de Teleayuda Domiciliaria del municipio de Almassora, el análisis nos indica que existe un marcado perfil feminizado llegando casi a triplicar el número de mujeres beneficiarias al número de usuarios varones. Las mujeres representan el 71,61% del total de 155 personas mientras que los varones únicamente tienen una representatividad del 28,39%, 111 mujeres frente a 44 varones.

En cuanto al estado civil podemos afirmar en líneas generales que mayoritariamente son viu-

<sup>16</sup> Durán, M. A. (2006). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, nº 60, 57 - 74. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>.

dos/as, con un 63,87% del total, les seguiría el grupo de personas casadas con un 23,87%, los/as solteros/as con un 9,67% y únicamente un 2,59% de personas separadas o divorciadas, en su porcentaje mujeres. No existe ninguna persona beneficiaria del servicio que se encuentre como pareja de hecho. Desglosando el dato por sexo obtenemos que existen más mujeres viudas que viudos, 63,97% del total de mujeres son viudas y 61,37% del total de hombres son viudos. Por otro lado, existen mayor proporción de mujeres casadas que de hombres, y más mujeres solteras que varones solteros, en menor proporción obtendríamos que las personas beneficiarias separadas o divorciadas representarían entorno al 2,70% del total de las mujeres y un 4.54% del total de hombres.

La media de edad de las personas beneficiarias oscila entre los 77 - 80 años de edad. El análisis del nivel cultural se ha clasificado en siete categorías como son: sin lectoescritura adquirida, estudios primarios, graduado escolar/ESO, Enseñanzas profesionales de grado medio, de grado superior, bachiller y estudios universitarios. El mismo pone de relieve que en las personas mayores existe un grueso importante de personas con estudios primarios básicos, con un 60,65% de la muestra, siendo más acusado el dato en las mujeres, principalmente por su rol tradicional de proveedoras comunitarias y de cuidadoras del hogar familiar. No existe en la muestra ninguna persona con estudios universitarios superiores ni enseñanzas de grado medio, quizá porque al tener mayores pensiones pueden contratar el servicio de forma privada. Habría que destacar que existen un 16,77% de la muestra que no poseen lectoescritura adquirida, es decir, analfabetismo, más acusado en las mujeres.

Realizando un análisis documental de los ingresos económicos a través de los certificados de pensiones y del informe social en su parte económica, existen diferencias cruciales que determinarán sus condiciones de vida. Mientras que los hombres son perceptores de pensiones de jubilación más elevadas, las mujeres mayoritariamente tienen pensiones de viudedad y solamente algunas de ellas disponen de pensión de jubilación y viudedad de forma simultánea. En la

mayoría de los casos, y tras un exhaustivo análisis del informe social, se evidencia que acreditan documentalmente una renta per cápita mensual inferior a la cuantía establecida del salario mínimo interprofesional vigente, la media del total de usuarios/as nos arroja un resultado de una pensión mensual que oscila entre los 675-700 euros aproximadamente.

El análisis documental del contenido de la información del expediente de las 155 personas beneficiarias del servicio, concretamente de la documentación de los contactos autorizados para avisar en caso de alarma, emergencia y/o urgencia, revela información crucial a tener en cuenta sobre las personas mayores. El 53% de las personas otorga autorización para avisar en caso de alerta a sus hijas/os, seguido de familiares indirectos mayoritariamente sobrinas y cuñadas con un 11% y solamente un 9% serían vecinos próximos o relaciones de amistad. En su mayoría las personas beneficiarias no incluyen a más de 3 personas.

Por otro lado, analizando el informe social y en relación con la valoración de las relaciones y el contacto social, se destaca que los familiares o allegados les visitan esporádicamente o cuando así se les requiere. Demostrando de esta forma la falta de relaciones sociales, desarraigo y soledad en la que viven las personas mayores beneficiarias del servicio de teleayuda.

En cuanto al análisis del informe de salud que aportan a la solicitud, se observa como la existencia de un grupo de patologías crónicas que afectan al conjunto del global de las personas beneficiarias del servicio. En este sentido, las patologías crónicas que suelen padecer de forma más generalizada por orden de mayor a menor afectación son: patologías osteoarticulares (osteoartrosis, artrosis, gonalgia, goxartrosis, artritis), diabetes, hipertensión arterial, patologías cardiovasculares (insuficiencia venosa, fibrilación auricular, etc), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), problemas auditivos y visuales, en el caso de los hombres además añadiríamos la hipertrofia prostática. Especial mención merece a grande rasgos que las mujeres suelen padecer más problemas de salud relacionados con las patologías

osteoarticulares de tipo artrosis, mientras que en los hombres encontramos las enfermedades pulmonares y la hipertensión arterial. No encontramos muchas diferencias en las patologías cardiovasculares, en los problemas auditivos, visuales y la diabetes no pudiendo marcar una línea diferenciada por el sexo.

Destacan en los informes de salud suscritos por un/a profesional de la medicina que las personas usuarias presentan problemas en cuanto a su movilidad, relación con el entorno y la capacidad de autoprotección de forma generalizada tanto en hombres como en mujeres.

Finalmente, poner de manifiesto en el análisis que no aparecen patologías de tipo deterioro o alteración cognitiva ni demencias debido a que no se suele instalar este tipo de dispositivos con dichas patologías porque la afectación que padecen puede no hacerles conscientes de poder identificar una situación de emergencia o riesgo, quedando limitada su capacidad de reacción para activar el dispositivo.

## 5. CONCLUSIONES

El fenómeno del envejecimiento de la población mayor es un hecho global que afecta principalmente a las sociedades desarrolladas y está muy relacionado con el avance de las políticas sanitarias, económicas y sociales que han permitido la mejora de las condiciones de vida. Además, el hecho que las personas mayores vivan solas es un logro importante de las sociedades avanzadas ya que indica que el bienestar ha podido procurar que éstas lleguen con independencia y autonomía física, psíquica, funcional y económica a la tercera edad. Pese a estos logros nos encontramos también con las situaciones de soledad que sufren las personas mayores, síntoma del modelo de sociedad individualista y capitalista en el que nos encontramos que acaba relegando a un segundo o tercer plano a nuestros mayores, sin tener en cuenta el capital social que pueden aportar.

Se constata en el estudio un perfil más susceptible de padecer las situaciones de soledad y por lo tanto un aislamiento social progresivo, este perfil

a grandes rasgos estaría marcado por el sexo femenino, siendo mujer viuda de edad avanzada residiendo en hogar unipersonal, con patologías propias de la edad, estudios primarios y con una renta per cápita mensual inferior a la cuantía establecida del salario mínimo interprofesional vigente.

Hay que destacar que la edad media de las personas beneficiarias del servicio de teleayuda suele oscilar entre los 77 y 80 años, encontrándose en relación con la edad media de la esperanza de vida de nuestro país, pero se aprecia el aumento de las personas octogenarias que demandan este tipo de servicio con la finalidad de continuar residiendo en sus propios hogares. Podemos indicar que a medida que aumenta la población lo hace al mismo tiempo el número de personas mayores que viven solas y solicitan este tipo de servicios.

En cuanto a los factores que podemos determinar de riesgo de sufrir la situación objetiva de soledad de carácter permanente, tanto en hombres como en mujeres de edad avanzada tendríamos: el estado civil, el tamaño de la red social, la presencia de patologías invalidantes que conlleven la pérdida de autonomía física o psíquica, el nivel cultural y económico. Además, podemos añadir como factor agravante las barreras arquitectónicas a nivel comunitario y en el hogar. No puede establecerse una priorización entre los factores de riesgo por considerar que cada persona tiene su propia idiosincrasia.

El servicio de teleayuda domiciliario es un recurso que permite a las personas permanecer en sus hogares sabiendo que ante una emergencia o urgencia alguna persona les atenderá y auxiliará. El estudio evidencia que este servicio debe ir acompañado de otro tipo de actuaciones y acciones en favor de mitigar la soledad de las personas mayores en sus hogares. Desde el punto de vista del diseño de actuaciones y acciones para abordar la dimensión social de la soledad en los municipios podríamos extraer del estudio las siguientes indicaciones, como son: el diseño de programas preventivos de envejecimiento activo como medida para contener las situaciones de soledad, los programas de proximidad dirigidos al sentimiento subjetivo de soledad como factor de vulnerabilidad,

fomentar la comunidad, sus recursos y las relaciones vecinales, fomentar la participación en actividades grupales mediante entidades y asociaciones estableciendo el grupo como sentimiento de pertenencia, la participación de las personas mayores en acciones de voluntariado para que no se pierda el capital social que han acumulado durante años, mayor acompañamiento presencial y telefónico de los programas de servicios sociales y sanidad.

Otra de las conclusiones del estudio en relación con la intervención profesional sería movernos en un modelo de intervención centrada en la persona por basarse en teorías de autorrealización y en el potencial de las personas. De esta forma se entiende la soledad como una afectación diferencial en cada persona, y para poder obtener resultados eficaces estas teorías entienden que cada persona es única, tiene su propia autodeterminación, se cree en las propias capacidades del individuo y se centra en sus propias biografías. Al mismo tiempo, la intervención desde este modelo nos permitiría una mayor adherencia a la intervención realizada y la persona lo viviría como un acompañamiento y no como algo directivo.

No hay que olvidar la importancia de la formación a los/as profesionales que se encuentran trabajando con personas mayores tanto del sector de servicios sociales como de la sanidad. Y establecer el uso y manejo de escalas validadas científicamente que nos permitan identificar de forma sencilla y rápida las situaciones de soledad en aquellas personas en las que tengamos algún síntoma de sospecha. En relación con la coordinación entre los sistemas sanitario, social y comunitario deberían realizarse acciones conjuntas, promoviendo intervenciones integrales y coordinadas mediante mesas sectoriales con protocolos e indicadores compartidos que nos permitan obtener un mayor seguimiento y control de las personas en situación de soledad, o potenciales.

A nivel del sistema educativo, se deberían realizar acciones de innovación social que fomentaran el rol del abuelo/a y los programas intergeneracionales que permitan compartir e intercambiar experiencias dentro de las aulas en los centros educativos del municipio.

Sin duda alguna, no podemos apartar a las personas mayores de la era digital, por ello también se proponen acciones encaminadas a disminuir la brecha digital en las personas mayores, ya que permitiría acciones como la telemedicina y/o el contacto mediante las nuevas tecnologías e internet.

En cuanto a las viviendas, se debería fomentar alternativas de alojamiento para las personas de edad avanzadas que no son dependientes y no tienen cabida en servicios de atención residencial comunes. En este sentido, se propone el fomento de las comunidades autogestionadas por considerar que establecen relaciones vecinales sanas, la pertenencia al grupo, no fomentan la dependencia con respecto al profesional, son dirigidas de forma democrática por las propias personas y con sus propios estilos de vida.

Finalmente, hay que recordar que el fenómeno de la soledad de nuestros mayores es una responsabilidad de toda la sociedad en su conjunto, por ello las acciones tienen que ser implementadas con implicación de todos/as.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 38 p.
- Alvaréz, E. (1996). La amistad en la edad avanzada. *Geríatrika*, 12(6), 51.
- Chaparro, L., Carreño, M. y Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), 1-11.
- Durán, M. A. (2006). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, nº 60, 57-74. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- IMSERSO. (2005). *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de Dependencia en España*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo.

- IMSERSO (2016). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Colección Personas Mayores. Serie documentos técnicos y estadísticos. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2018). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Colección Personas Mayores. Serie documentos técnicos y estadísticos. Madrid: IMSERSO.
- INE (2019). Demografía y población. [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Laforest, J. (1991). Introducción a la gerontología. En *El arte de envejecer* (pp. 79 - 173). Herder.
- Lorente, R. y Sitges, E. (2015). La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Colección Observatorio Personas Mayores. Asunivep, Vol. 1, cap. 30. pp. 229 - 235.
- Molinero, S. (1997). Fragilidad en la esfera social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32, 25.
- OMS (2001). Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Boletín para el envejecimiento. Perfiles y tendencias. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. p.15.
- Pinazo, S., y Donio, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, nº 5, 179 p.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- Yanguas, J.J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Revista de ciencias sociales*, 66, 61-75.



# "Reladoras de vida". Una propuesta creativa de abordaje del trauma de la violencia machista desde la práctica narrativa para el Trabajo Social

MARIA SONIA CANO ALEGRE

Trabajadora Social colegiada 34-2028

Recibido: 18 octubre 2023. Aceptado: 6 noviembre 2023.

Nada ni nadie merece la pena si tú estás lejos de ti.  
\_ Relatora de Vida

## RESUMEN

Este artículo es el resultado de una investigación de carácter etnográfica, cualitativa y narrativa que pretende indagar en las respuestas a las situaciones traumáticas de mujeres supervivientes<sup>1</sup> a las violencias machistas.

Estas mujeres han sido víctimas de ese sufrimiento y también del de la etiqueta víctima. Un estereotipo social que permea, en casos psicopatologizada<sup>2</sup>, que pone a las mujeres como pasivas, dejando poco espacio para otras narrativas. Es por ello que se considera relevante, pues se pretende visibilizar las narrativas alternativas que han sobrevivido a la violencia y que promueven su agencia personal<sup>3</sup>.

A través de la generosidad del taller de las "Reladoras de Vida" quienes han mostrado la (re)existencia de narrativas alternativas a la violencia y el déficit. Una co-investigación/co-construcción desde el relato, del cuerpo y creatividad.

Como resultados, se expondrán historias de resistencia individuales y colectivas que surgieron. Y una exploración de las aplicaciones que ofrece la Práctica Narrativa (PN) en el acompañamiento social desde el Trabajo Social.

**PALABRAS CLAVE:** mujeres supervivientes; violencia machista; grupos de apoyo colaborativos; práctica narrativa; agencia personal.

1 Mujeres supervivientes, concepto que viene siendo utilizado desde parte del colectivo reclamando el espacio de acción y logro de la salida del espacio de violencia.

2 Psicopatologización es un proceso mediante el cual los fenómenos se convierten en patológicos.

3 Se utilizará el término agencia personal como simil de empoderamiento.

## "Reladoras de vida". A creative proposal of approaching the trauma of male violence from the narrative practice for social work

### ABSTRACT

This article is the result of an ethnographic, qualitative and narrative research that aims to investigate the responses to the traumatic situations of women survivors of sexist violence.

These women have been victims of this suffering and also of the victim label. A social stereotype that permeates, in cases psychopathologized, that sees women as passive, leaving little room for other narratives.

That is why it is considered relevant, since it aims to make visible the alternative narratives that have survived violence and that promote their personal agency.

Through the generosity of the workshop of the "Relators of Life" who have shown the (re)existence of alternative narratives to violence and deficit. A co-investigation/co-construction from the story, the body or creativity.

As results, stories of individual and collective resistance that emerged will be exposed. And an exploration of the applications that Narrative Practice (PN) offers in social support from Social Work.

**KEY WORDS:** women survivors; gender violence; collaborative support group; narrative therapy; personal agency.

## 1. INTRODUCCIÓN

En primer lugar realizaremos un recorrido breve del marco legislativo y teórico que encuadra la práctica del taller que sirvió para la investigación. Tras haber realizado un análisis de diferentes perspectivas sobre los acompañamientos en procesos de recuperación del trauma y desde la sensibilidad hacia "el Otro"<sup>1</sup>. Por último expondremos la práctica y los resultados del "Taller Reladoras de Vida" y las posibilidades de la Práctica Narrativa (PN) para el colectivo de mujeres supervivientes.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN NORMATIVA Y TEÓRICA

Un largo recorrido legislativo y de lucha para un problema social de carácter global y pandémico el de la violencia contra las mujeres y niñas. Desde 1979

en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, hasta en España, la LO 1/2004 de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género y la Ley 3/2007 para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

La L.O. 1/2004 promueve la actuación coordinada de diferentes agentes sociales, con el objetivo de proporcionar una acción en tres niveles; de prevención, atención y recuperación. Por otro lado establece una serie de medidas y derechos que protegen a las mujeres y a los hijos y/o hijas, o personas a cargo víctimas de la violencia machista.

Dentro estos derechos se ven clasificados en básicos, procesales y asistenciales, siendo éstos últimos sobre los que pondremos el foco pues son los que dan cobertura legal al presente trabajo.

La Delegación de Gobierno para la Violencia de Género publicó la "Propuesta de pautas para la intervención integral e individual con mujeres víctimas de violencia de género, sus hijos e hijas y otras personas a su cargo". En dicho documen-

<sup>1</sup> En la idea que plantea Idareta-Goldazarena sobre E. Lévinas (ver bibliografía).

to se establecen fines y elementos a considerar en la intervención integral y define la guía en el acompañamiento social a realizar; el Plan de Atención Integral (P.A.I.).

El P.A.I. es un documento elaborado por un equipo técnico que sitúa a mujeres y profesionales en los objetivos consensuados. Por lo que sirve en la estructuración del acompañamiento social y se configura como el marco vertebrador.

Por parte del marco conceptual, se realizó una investigación sobre las diferentes perspectivas desde las que se han abordado el trabajo con mujeres supervivientes. Existen múltiples modelos, desde los modelos de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar, de Empoderamiento, de competencia, el terapéutico Survivor Therapy Empowerment Program ó Mindfulness por ejemplo. Un abanico de perspectivas sostenidas sin embargo, en su mayoría, por una epistemología positivista y estructuralista.

El filósofo e historiador Foucault planteó, no sin polémica, que la práctica de sistematización y universalización de las teorías políticas y cientí-

ficas, terminaban transformando a las personas (sujetos) en objetos, en un proceso que denominó “cosificación”. Esta procedía a categorizar “Poder y conocimiento son inseparables”, y “es inevitable que un dominio de conocimiento es un dominio de poder” (Foucault, 1975).

Según Michael Foucault (1983) el positivismo y sus conceptualizaciones, en alianza con el poder moderno<sup>2</sup>, impusieron una visión estructuralista de la realidad, de la identidad, incluso de los problemas sociales. Una visión que generó toda una epistemología estructuralista que concibe los “fenómenos” en una relación lineal de causalidad y proponen categorías de identidad estructuralistas. Donde la explicación de las acciones humanas se encuentran en base a estados internos de las personas, lo que se puede llamar el fenómeno de la individualización de los problemas.

2 El poder moderno es el efecto de la Vigilancia en (Foucault, 1975) que es el examen que se realiza a las personas desde las verdades normativas sociales para que éstas perduren. Con dos dimensiones la vigilancia interior y la vigilancia exterior como la que ejercen los grupos sobre las personas para que se sigan dichas normas.

FIGURA 1. Comparación de la epistemología estructuralista y post-estructuralista  
Extraído de Campillo (2009)

| EPISTEMOLOGIA ESTRUCTURALISTA                           | ESPISTEMOLOGÍA POST-ESTRUCTURALISTA                                          |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Epistemología lineal                                  | 1 Epistemología circular, compleja                                           |
| 2 Categorías internalizantes                            | 2 Procesos relacionales                                                      |
| 3 Verdades normativas                                   | 3 Deconstrucción de ideas, presupuestos y creencias                          |
| 4 Priorizar el modelo científico                        | 4 Priorizar el conocimiento local                                            |
| 5 Procesos sin contextualizar                           | 5 Contextualizar eventos, ideas                                              |
| 6 Reducir procesos a categorías                         | 6 Historiar: enlazar relaciones y procesos en la historia y los significados |
| 7 Omitir relaciones de poder                            | 7 Analizar el poder moderno                                                  |
| 8 Omitir los presupuestos, ideas y discursos culturales | 8 Incluir ideas, concepciones y discursos culturales                         |
| 9 Identidad individual, interna                         | 9 Identidad negociada y construida socialmente                               |

Por otro lado, voces críticas desde diferentes disciplinas como el trabajo social, la psiquiatría o psicología han resaltado la necesidad de "superar visiones dicotómicas, jerarquizadas y despolitizadas de la realidad social propias de las psicologías sociales clásicas y hegemónicas" (Pérez & Catherine Galaz Valderrama, 2017).

O como desde el Trabajo Social crítico, donde se hacen un llamamiento a "salir de un dominante Trabajo Social mecanicista y tecnocrático y retomar nuestro papel ético en defensa de los derechos, de nuestra tarea de acompañar los procesos de empoderamiento, de visibilizar el dolor, de hacer alianza con las personas con las que compartimos procesos de transformación". (Vázquez, 2012, p. 471)

Así pues, podríamos pensar que los paradigmas estructuralistas podrían llevar a las<sup>3</sup> profesionales del Trabajo Social a intelectualizar a las personas de manera que:

*Prescindir de aquella actitud crítica sistemática que nos lleve a cuestionarnos cómo conocemos y las consecuencias de tal conocimiento, así como nuestro modo de intervenir y sus consecuencias, arrastra al profesional a intelectualizar al usuario, a ser paternalista y hasta indiferente e intolerante con él. La adquisición de un saber seguro sobre el usuario, nos hace creer a los profesionales que osentamos el poder en nuestra relación profesional con el usuario. (Idareta-Goldaracena, 2011, p. 137)*

Este autor hace un llamamiento al Trabajo Social y en su obra propone un acercamiento "al Otro" desde la sensibilidad, el reconocimiento de su singularidad infinita e irreductible y la vulnerabilidad. Y es el rostro del Otro, la vulnerabilidad "que despierta la mía propia a modo de respuesta prevoluntaria a él" según recoge (Idareta-Goldaracena, 2012).

*Dicho de otro modo, las consecuencias de la aproximación de la ética de Lévinas al Trabajo Social son la adquisición de un saber ético provisional que se garantiza gracias a recibir al Otro por la sensibilidad que nos exige nuestra vigilancia extrema descategorizante. El saber inductivo, seguro y definitivo nos lleva a los profesionales a intelectualizar la relación con el usuario, y por*

*ello, a distanciarnos de él, hasta promover nuestra indiferencia e intolerancia para con el mismo. (Idareta-Goldaracena, 2011, p. 138)*

Así pues, sin el análisis crítico de las posiciones autoetnográficas y epistemologías subyacentes en la práctica, se corre el riesgo de que esta sea contributiva a la presión/represión de los sistemas de poder sobre las personas.

En resumen y alineada con la propuesta expuesta, se ha buscado una epistemología postestructuralista donde no se conciba "al Otro" intelectualizado. Se buscaba un paradigma que permitiera abrir caminos de posibilidades, fuera de categorizaciones y cosificaciones. El respeto y no revictimizar fueron base en la búsqueda de la epistemología y metodología de esta co-investigación.

Desde esta búsqueda metodológica no estructuralista y con el objetivo de entender mejor las respuestas de/y a las mujeres supervivientes y sus prácticas para vivir<sup>4</sup>, se planteó el Taller Reladoras de Vida dentro de la perspectiva de la PN.

### 3. METODOLOGÍA

Atendiendo al marco expuesto y siendo coherentes con la epistemología que aporta la PN el diseño se inspira en el trabajo de (Ncube, 2006), quien acompañó a niñas y niños que habían sufrido grandes pérdidas y traumas a corta edad.

Se pretendió responder a objetivos e hipótesis planteadas a través de una investigación cualitativa de carácter ideográfico<sup>5</sup>.

Se planificó en dos fases en una articulación encadenada<sup>6</sup>:

4 "Prácticas para vivir" las define Michael White como las habilidades y herramientas que la persona toma que están fundamentados en conocimientos de vida desarrollados a través de la historia personal y relacional (White, 2004)

5 En contraposición a la nomotética cuyo objetivo es establecer leyes lógicas, causales e inmutables de los hechos, la ideográfica es el estudio de los hechos cambiantes e irrepetibles. Como las singularidades de las personas que atendemos.

6 Articulación encadenada en metodología de la investigación cualitativa se refiere a que en la organización del tiempo de la investigación se estructuraron las técnicas de manera que los resultados de una técnica se utilizaron por otra.

3 En el artículo se usará el femenino por referirnos a las personas que ejercen el Trabajo Social.

- **De revisión** teórica desde la bibliografía científica a nivel filosófico, antropológico, psicológico, trabajo social, sociológico. Se analizaron las características y propuestas que realizan desde perspectivas estructuralistas y post-estructuralistas.

Un análisis con el objetivo de responder a las preguntas ¿Por qué abordamos las intervenciones profesionales desde una perspectiva estructuralista? ¿No tiene el riesgo de repetir opresiones del mismo sistema? ¿Qué aportaría la PN en el proceso de recuperación en mujeres supervivientes?

- **De la experiencia co-investigadora/acción/reflexión** en los micro-espacios de las sesiones en el contexto del Grupo de Apoyo Colaborativo<sup>7</sup>. Desde la perspectiva cualitativa y el paradigma interpretativo, se ha realizado una co-investigación etno-antropológica.

Tras establecerse el marco conceptual, se implementó mediante la presente co-investigación/acción en un grupo de apoyo colaborativo, el taller Reladoras de Vida. La acción consistió en crear un espacio de diálogo y sororidad donde se co-investigó; qué las ha construido, cómo se han enfrentado a las tormentas de la vida o respondido a problemas y situaciones de violencia.

La "co-investigación" fue propuesta por Epston (1999; 2011) como un proceso de recuperación de "los conocimientos alternativos" o de la sabiduría local. Esta propuesta fue inicialmente para el tratamiento de niños con enfermedades crónicas, trastornos alimentarios (Epston & Maisel, 2017) o TDAH (Pedraza-Vargas, Perdomo-Carvajal & Hernández-Manrique, 2009). Aunque posteriormente se ha implementado en diferentes contextos tales como el trauma (White, 2004; White & Morgan, 2006) o el duelo.

La investigación también se ha estructurado mediante procesos de articulación encadenada. Esta estructura permite la adaptación de la investigación a la evolución de la misma, los tiempos y necesidades de las mujeres, en consonancia con una atención integral centrada en la persona.

Con la elección de una metodología cualitativa ideográfica se pretendía localizar y conocer los procesos y mecanismos, el conocimiento experto local frente a los procesos de afectación del trauma. La perspectiva investigadora a utilizar será la co-construcción y el re-descubrimiento de otras narrativas de identidad desde la PN.

### 3.1. La práctica narrativa en el abordaje del trauma como paradigma post-estructuralista

El menoscabo que se produce por la violencia machista daña en múltiples espacios siendo el estado emocional, psicológico y relacional son los más afectados, con diagnósticos de depresión y síndrome de stress post traumático. Estos diagnósticos son los más comunes en relación a la afectación psicológica, con una prevalencia del 47.6% en depresión, 17.9% en suicidio y 63.8% en estudios de estrés postraumático (Golding, 1999).

*¿Cómo podemos responder a historias de sufrimiento social en maneras en las cuales no solo se alivie el sufrimiento individual, sino que también mantengan y sostengan acción social local para responder a injusticias más amplias, violencia y abusos en nuestros múltiples contextos? (Denborough, 2008).*

La Terapia Narrativa<sup>8</sup> surge en los 90, de la mano de dos trabajadores sociales (White & Epston, Medios Narrativos para fines terapéuticos, 1992) en Australia. La inquietud de los mismos era que los últimos avances en las ciencias sociales, daba la oportunidad de revisar las acciones terapéuticas y de acompañamiento social. La terapia narrativa ha sido circunscrita como una "terapia post-estructuralista" (White, 1997, 2002) en otros espacios "terapia posmoderna" (Freedman & Combs, 1996) y más en la actualidad se ha desarrollado hacia las Prácticas Narrativas superando la definición terapéutica.

Las supervivientes a pesar de haber roto con la relación, pueden continuar experimentando las consecuencias del trauma. Se puede continuar en la distancia mediante la violencia vicaria, la violencia institucional o la mala utilización de los medios de seguridad de seguimiento telemático, haciendo que el maltrato o el resonar del mismo continúe.

<sup>7</sup> Se destaca colaborativo por la metodología utilizada y que remarca esta característica.

<sup>8</sup> En el presente documento se concibe Terapia Narrativa como Práctica Narrativa.

Éstas se encuentran en procesos de recuperación de un sufrimiento continuado que pueden generar efectos múltiples en diferentes áreas que van más allá del hecho traumático, desde espacios como su maternidad, profesional o relaciones íntimas y afectivas.

Una de las características principales del trauma es la influencia que provoca en el sentido de identidad. El daño del hecho traumático genera un sentido de desconexión del "sentido de sí misma" del que habla (White, 2004). En este trabajo White plantea la identidad como un territorio de vida que es dañado por el trauma y la violencia, de manera que se ve reducido y que dificulta a las personas saber cómo seguir adelante en sus proyectos de vida, pues todo aquello a lo que le da valor se ha visto empequeñecido.

En otras culturas esa desconexión del "sentido de sí misma" se le denomina el efecto que produce el Xib'irikil<sup>9</sup> en las personas. Al respecto de cómo entiende la cultura maya que se manifiesta el trauma expone que "una entidad, o componente fundamental de la persona, llamado Jaleb' puede desprenderse de ésta, quedándose en el lugar en donde ocurrió dicho suceso." (Asociación de Médicos Descalzos, 2012, p. 58).

Recomendando que además de manifestaciones físicas, una recuperación integral pasaría por atender los aspectos físicos, relacionales, espirituales y emocionales. "En cualquiera de los tres tipos de Xib'irikil es imprescindible la fase de tratamiento espiritual de los aspectos de la enfermedad" (Asociación de Médicos Descalzos, 2012, p. 68). Con el objetivo de reincorporar el Jaleb' o el sentido de sí misma.

No se trata de ocupar espacios de guías espirituales dentro del Trabajo Social, se trataría de dar espacio a la espiritualidad, que es otra cosa. Al escuchar con genuina curiosidad las narrativas referentes a la espiritualidad, se permite un espacio de respeto y permite un "conocimiento denso" (Geertz, 1999). El cuidado en la espiritualidad se conforma como un espacio importante a tener en cuenta. Esta acogida cultural podría considerarse como una puesta

en práctica de un ejercicio de decolonización del conocimiento occidental.<sup>10</sup>

Por otro lado la fenomenología mágica (hadas, tótems), ocupa un espacio explicativo importante entre algunas personas, conectando con ellas de una manera más íntima y profunda y cercana a la experiencia vivida.

En relación a la desconexión de sí misma, común a las personas que han sufrido trauma, desde la PN se propone "para abordar los efectos del trauma en la vida de las personas es brindar un contexto para desarrollar, o volver a desarrollar, el tipo de realidad personal que de lugar, para la persona, a un sentido de sí misma referido como "mi mismo", desde dos espacios la revaluación y resonancia" (White, 2015, p. 181).

El desarrollo de ese sentido de "mí mismo" del que habla White, viene caracterizado por lo que haciendo alusión (White, 2015) a Williams James, quien lo llamó "flujo de conciencia". Promover un mayor flujo de conciencia podría articularse entonces como una contraestrategia contra la disociación. O como dice (White, 2015, p. 191) "a medida que se vuelve a desarrollar y se revitaliza el lenguaje de la vida interior, las personas se hacen menos vulnerables al fenómeno de la disociación."

Se aborda el contexto del trauma y el fomento del flujo de conciencia desde dos espacios, la reevaluación y la resonancia. La reevaluación de lo que las personas le dan valor. "El dolor psicológico desplegado en respuesta al trauma en la vida de las personas debería ser considerado como un testimonio de la importancia de lo atesorado por estas personas, y que fue violado en la experiencia traumática" (White, 2015, p. 182).

En relación a la respuesta al daño, dicha respuesta está en relación con lo que la persona valora como importante para la vida. "Ninguna persona es un recipiente pasivo del trauma. Las personas siempre hacen algo para tratar de prevenir el trauma... tomarán los pasos para preservar lo que es apreciado" (White, 2004, p. 4). Por lo que se estará muy atenta a conocer lo valorado

9 O hecho traumático en la cultura maya.

10 De hecho la mayor parte de las mujeres participantes tienen raíces en la cultura Maya.

por las personas que han respondido al trauma, dándoles un espacio para el reconocimiento. Ese re-conocer ayuda a recuperar el sentido de sí misma y re-asociar la memoria disociada.

Lo que se da valor en la vida se encuentra relacionado, a menudo, con posturas espirituales-filosóficas sobre lo que es el sentido de sus prácticas para vivir, la ética de la existencia, el panorama de identidad. Un sentido de sí misma que tiene una historia relacional y eso es lo que se busca con el árbol de la vida, recopilar lo que da valor la mujer y conocer las historias relacionales subyacentes.

En esta mirada, en el abordaje del trauma, se busca una audiencia que pueda apreciar lo valioso a través de la resonancia, la audiencia serán los/as “testigos externos”. La tarea de los/as testigos externos es re-presentar en una manera rica y reconocida lo que las mujeres supervivientes dan valor en la vida”.

White (2002) destaca que, en la enseñanza de las disciplinas no sólo se marginan los saberes locales o populares, sino que también se los descalifica olvidándose de la propia historia de personas y comunidades. Desechándose así la sabiduría ancestral, recursos, valores que personas y comunidades pusieron en juego para enfrentar situaciones conflictivas.

## 4. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA. EL TALLER “LAS RELATORAS DE VIDA”

La co-investigación se centró en el acompañamiento social colaborativo en grupo a mujeres supervivientes que han sufrido algún tipo de violencia machista y se encuentran en proceso de recuperación.

### 4.1. Objetivos

Se planteó como **Objetivo General**:

- Estudiar los Grupos de Apoyo Colaborativos como un espacio de escucha colectiva y sororidad que permite rescatar otras narrativas.

Y los siguientes **Objetivos Específicos**:

1. Facilitar un espacio de seguridad para las narraciones de las experiencias vividas.
2. Co-Descubrir identidades, contra-estrategias y saberes ancestrales de afrontamiento de las mujeres supervivientes del maltrato.
3. Posibilitar un entorno de acompañamiento social colaborativo, promotor de agencia personal y útil para las Relatoras.
4. Contribuir a construir una imagen diferente de la déficit.
5. Posibilitar entrevistas que favorezcan un conocimiento enriquecido y denso.
6. Co-Descubrir ejemplos colectivos de supervivencia y resistencia en situaciones de trauma y violencia.
7. Favorecer una práctica del Trabajo Social no retraumatizante.

### 4.2. Fases del Taller “Las Relatoras de Vida”

El taller se estructuró en cuatro fases:

- **Primera Fase:** Se realizó una sesión informativa general y una primera entrevista colectiva a las interesadas.
  - **Segunda Fase:** Se realizaron siete sesiones de taller donde se entremezclaron elementos narrativos, expresivos, corporales, artísticos.
    - EL ARBOL DE LA VIDA
    - RECOGIDA DE LAS DIFERENTES NARRATIVAS
    - CO-ELABORACIÓN DEL CONTRADOCUMENTO FINAL
- (Ver figura 2: Ficha de sesión del Taller Relatoras de Vida)
- **Tercera fase:** Análisis y recogida de datos generando historias de devolución individual.
  - **Cuarta fase:** Evaluación cualitativa mediante una entrevista individual, base de la evaluación del taller, con los objetivos:
    - Conocer qué había sido lo importante que había descubierto sobre sí misma.

**FIGURA 2. Ficha de sesión del Taller Reladoras de Vida**

Basado en el trabajo de Campillo (2009)

| SESION<br>1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD                                                           | OBJETIVO                                                                                                             | ESTRATEGIA               | RECURSOS                                | TIEMPO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Presentación bienvenida                                             | Dar la bienvenida a las participantes y presentar los objetivos del taller                                           | Dinámica de presentación |                                         | 10'    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1ª Etapa : "El árbol de la vida"<br>Dibujo y construcción del árbol | Elaborar un dibujo del árbol con el cual se reconocerán fortalezas y habilidades por medio de la imagen y lo escrito | Dibujo creativo          | Papel continuo blanco, colores, lápices | 90'    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Danza comunitaria                                                   | Integración del grupo mediante actividad física                                                                      | Dinámica de integración  | Música                                  | 10'    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Postura del indio y respiración de globo                            | Preparar el cuerpo y la mente para la práctica de yoga                                                               | Yoga                     | Espacio amplio<br>Globos                | 10'    |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                                                                                                                      |                          |                                         |        |
| <p>Como tarea pendiente en casa se repasará el árbol y las historias que hay detrás de lo que se ha escrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué has aprendido de ti misma y de lo que es valioso para ti y tu vida?</li> <li>- ¿Qué fue lo que más te interesó al hacer el árbol de tu vida?</li> <li>- ¿Qué ideas nuevas o relaciones descubriste al hacer el árbol de la vida?</li> <li>- ¿Qué diferencia hizo en ti precisar tus sueños, ideales, esperanzas y compromisos de vida?</li> <li>- ¿Qué efecto fue el reconocer el árbol de tu vida?</li> <li>- ¿Qué fue lo que encontraste más útil e inspirador?</li> </ul> |                                                                     |                                                                                                                      |                          |                                         |        |

- Conocer la validación que realiza la mujer frente al enfoque utilizado. La utilidad de la mirada en el acompañamiento.
- Conocer sobre la utilidad de lo co-investigado para sus vidas. La utilidad del conocimiento local.

## 5. CONCLUSIONES Y DOCUMENTOS DE RESISTENCIA

### 5.1. Análisis de datos

El análisis se realizó sobre tres tipos de materiales:

1. El árbol de la vida individual y las **historias** grabadas en audio y su transcripción.
2. El **relato conjunto** de resistencia. Tras la confección y el recontar sobre el árbol individual se compartieron las tormentas de la vida y las prácticas para vivir. Con todo se elaboró un relato de resistencia que se compartió para aportaciones/modificaciones.
3. Las **entrevistas individuales finales**. La resonancia de la experiencia.

## 5.2. Resultados y contraestrategias

Se expondrá en este apartado en tres bloques, el primero recoge algún caso y el resultado del árbol de vida. En el segundo punto se recoge un análisis del documento colectivo. Por último, algún ejemplo de las entrevistas individuales así como el aprendizaje profesional obtenido.

En el taller se ha buscado promover la creatividad y participación dinámica tanto en la recogida de datos como en la elaboración de los resultados. Por todo esto se presentan los resultados mostrando las otras narrativas, desde el cuento. Para conservar la confidencialidad se reflejarán con los tipos de árboles que dibujaron.

### 5.2.1. El árbol de la vida individual

Lo que se muestra a continuación es un resumen de la imagen profesional a la que se llegó desde las sesiones. Se mostrarán algunos ejemplos de los aprendizajes densos obtenidos como resultado del taller.

#### LA JACARANDA

Nos descubrió que la música le ayuda en pasar por los trances de la vida, por muy duros que estos sean. Y que sus dedos y cabeza la llevan a componer lindas canciones que están como locas por salir a bailar con la guitarra. Canciones que comparte con las personas especiales de su club de vida como son su madre, hermano y hermana. Algunas son secretas y quieren salir. Como su deseo que el cariño y el respeto formen parte de sus relaciones. Donde la ternura tenga espacio y las risas sean compartidas. Y surge la pregunta ¿Qué piensas dice de ti que como idea preferente de vida quieras la ternura, el cariño? ¿Qué diría tu madre sobre que esos principios formen parte de tus prácticas para vivir?

FIGURA 3. La Jacaranda. Ejemplo de árbol individual  
Elaboración Taller Relatoras de Vida



#### EL SAUCE LLORON

Y nos enseñó que su copa compacta estaba formada por seres muy queridos con los que había compartido muchos buenos y divertidos momentos. Un nutrido grupo de personas donde tienen un lugar especial su madre y su padre y su hermano. Que hubo un tiempo en el que era un fino árbol por el que pasaron los vientos que le traían mensajes de inseguridad y temía caerse. Y así también descubrió que ayudar a otras personas le parecía una buena manera de luchar contra el daño. De hecho va a dedicarse a ello mientras tenga las fuerzas y Dios lo disponga.

### 5.2.2. El documento colectivo de contraresistencia: las tormentas de la vida

Se presenta como base para recoger los resultados del taller, se construyó colectivamente el contradocumento "Las Rebeldes", he aquí el análisis de los resultados.

#### Cuento: ¡LAS REBELDES!

*Sonaba De Luce et Umbra de Johan Johanson en el ambiente mientras le daba vueltas al párrafo, a las palabras, al sentido, a la nada de aquel papel en blanco.*

Durante las sesiones se coincidió en el valor de la música, como ayuda o facilitador de dolor. Algunas tan dañadas que como acto de protección, habían dejado de escucharla. Cuando aparecían los "pensamientos gatillo" que habían identificado y para evitar el daño, preferían el silencio como contraestrategia. Otras la escuchaban en un idioma que no entendían para así protegerse. Pero todas coincidían, les acompañaba y ayudaba en el proceso.

*Se encontraba en su lugar preferido de la casa, el comedor, intentando recoger todas las musas y sus inspiraciones.*

En el recorrido de los lugares favoritos apareció un abanico de espacios que les llevó primero a hablar de lugares preferidos y después mediante la indagación narrativa a historias que conforman aquellas prácticas para vivir, preferido en sus vidas.

Así pues, en el recontar las Relatoras se reconectaron con otras experiencias de vida. Así tejiendo en el "re-contar del re-contar" se engrosa la historia alternativa. Estas historias que recuerdan sobre los espacios, colores, olores, comidas ayudan a rescatar/recuperar a las mujeres con sus prácticas para vivir y con su sentido de sí misma, a recordar.

*En aquel momento lo peor era la CRÍTICA. Sonaba muy fuerte en su cabeza, casi llevándola al punto de dolor. Aunque no era nueva, la CRÍTICA era una vieja enemiga. Incisiva, dura, implacable, exigente de lo que debía de pensar, debía de sentir o Ser. Nunca parecía llegar a lo que se esperaba de ella.*

Siguiendo con la perspectiva narrativa externalizante, los personajes se presentan también externalizados. En las sesiones se habló de la CRÍTICA y los mensajes normativos sobre lo que se debía sentir, pensar, llevar o ser. Esto permitió un espacio a la reflexión consciente sobre los discursos de género y ayudan mediante la deconstrucción<sup>11</sup> al posicionamiento de la mujer frente a ellos.

*A veces la CRÍTICA se mezclaba con la Melancolía y lo hacía hacia pasados que podían haber sucedido y no lo hicieron. O peor cuando aparecían "L@s Otr@s" con sus sombras.*

Los problemas a menudo no sólo saturan las narrativas, también se alían con otros personajes/problemas (crítica, melancolía o anticipación) con el objetivo nutrir la vida saturada del problema. Por este motivo se hizo una recopilación de las alianzas que acechan como puede ser la crítica, la descalificación o la anticipación.

*Buscó en su cabeza otro pensamiento que le ayudara a salir del bucle de la CRÍTICA y la ANTICIPACIÓN y se recogió en los recuerdos de sus personajes.... cuando de pronto habló el caballo Mhorh.*

- *Es vano que te estrujes. No eres dueña del Tiempo ni de lo que otr@s piensen de ti.*
- *Sí, A la mierda. Pasa! Es un "truco". Prueba... en realidad es como el cuento del Caballo y el agricultor... Pero bueno, eso es otra historia.*

En este pasaje se recogen en negrita las frases de las Relatoras de Vida y algunas prácticas que ponen en funcionamiento cuando los problemas les acechan.

*Pero aquel hombre de muy malos modos le dijo que como mujer no podía entender que las obras llevan su tiempo. Que no se empezara a poner nerviosa.*

*Una rabia comenzó a surgir de su estómago. Uno de sus pasatiempos era el bricolaje y ella misma se había arreglado la casa, era capaz de saber qué suponían las obras.*

Dentro de la concepción e intención holística del taller, se abordó mediante las sesiones corporales, los lugares donde se situaban ciertas emociones o sentimientos y cómo escuchar al cuerpo.

Se vuelve a recoger las voces de la CRÍTICA, un personaje bastante frecuente. Así como los estereotipos de género que fueron deconstruidos mediante las historias de resistencia a dichos estereotipos.

*Pero no eran maneras, ella había sido muy educada y cuidada en sus palabras. Lo que más le enfadó fue aquella comparación en su capacidad de entenderlo. Frente a frente **Resopló**, su boca se quedó medio abierta y calló. Pero su cuerpo como un resorte unos "**dedos malcriados**" salieron proyectados en el fondo de su cabeza y sintió cómo levemente sus manos se tensaban. "**Dedos malcriados frente al machismo desbocado**", se dijo. No podía permitirse prolongar la agonía empezando una guerra abierta con el vecino de al lado. Se **giró sin decir nada y se marchó**.*

<sup>11</sup> Deconstruir/deconstrucción es un tipo de pensamiento que critica, analiza y revisa fuertemente las palabras, sus conceptos y significados según su autor, el filósofo Jacques Derrida.

En este apartado se recogen temáticas muy interesantes como son el machismo vivido y las respuestas que han dado cuando se han visto agredidas.

En ocasiones las respuestas que se dan frente pueden llegar a ser sutiles actos de rebeldía frente a la situación que están viviendo. Desde la PN todas las respuestas son escuchadas, incluso las imaginativas maneras de rebelarse contra el daño recibido. De este modo se visibiliza la acción que ayuda en el sentido de agencia personal.

- **Nada ni nadie merece la pena si tú estás lejos de ti misma, le dijo.**

*De algún extraño modo le recordó a la voz de su amada abuela. Metida en aquella vorágine de RUIDO, CRÍTICA y EXIGENCIA había llegado a sentirse vacía y desconectada de sí misma hasta el punto de dejar de hacer, mejor dicho, disfrutar lo que apreciaba en la Vida. Las risas con la gente que apreciaba, estar con los seres queridos, rugir con la montaña o bailar a la luz de la luna Sultans of Swing...*

Con estas conversaciones de remembranza, se busca rescatar las personas/personajes significativos y quienes han regalado saberes ancestrales sobre cómo enfrentarnos a las dificultades. Además recordarlas nutre su círculo de apoyo social y relacional, esto ayuda contra la desconexión que trae consigo el trauma.

*Eso significaba comenzar desde cero y con el poder sobrenatural de la maga, un Ave Fénix salió del libro para volar a través de la ventana. El Ave Fénix se posó y dijo.*

*- Soy la sacerdotisa LIOL y te ayudaré en el pedir de la esperanza hacia Dios siendo esa su voluntad. Dijo la sacerdotisa mientras su cuerpo ardía para convertirse en un amanecer. Al fondo oyó "sigue caminando"...*

*Y sin pensarlo dos veces cogió sus bártulos y todas aquellas cosas que iba a necesitar para pasar una temporada en el pueblo. En sus orígenes, sola y lejos del RUIDO.*

Otro aspecto a destacar es la espiritualidad y la religión, pues también conforma parte de algunas Relatoras. La espiritualidad incluso en la idea de fenomenología mágica, espiritualidad popular. Desde

esa intención decolonialista<sup>12</sup> del conocimiento, se recogen las explicaciones mágicas o milagrosas, los espacios de luz como algo que les nutre.

### 5.2.3. Las conclusiones de las Relatoras de Vida

Las entrevistas finales sirvieron de validación del taller, aquí se recogen algunas valoraciones:

- *¿Qué te ha aportado la participación en el taller?*  
**¿En qué ha sido útil el taller para ti?**

*El Ficus dijo: "Apertura. Estaba en otro modo y al oírlos me daban fuerza para no continuar llorando". "Me ha alejado de estar depre y en el sofá". "Estaba retraída". Se impactó con su voluntad en la lucha contra la "gente mala".*

- *¿Por qué es importante saber lo que ahora sabes de ti misma?*

*El Ficus se sirvió del árbol de la vida para rescatar para su vida la "chispa puñetera". "No soy la misma amargura que entró". Y le ayudó a "rescatar un bienestar mío, que lo tenía". Y también le ha ayudado a relativizar su situación pues le ha aportado otros puntos de vista.*

- *¿Cómo pueden ayudarle estos descubrimientos de tu historia para los siguientes pasos a dar en tu vida?*

*El Ficus piensa que le ha ayudado a controlar la ira y la impotencia. Incorporando en su proceso mental "aprendí que hay un aprendizaje y un rodaje".*

*El Manzano no tiene temor de tomar decisiones y dirigir su vida hacia su proyecto preferido.*

*El Sáuce Llorón se siente que ha crecido mucho en este último tiempo. "El saber mejor salir de mi situación y cómo lo superé me ayudará a saber cómo ayudarles en esta decisión si necesitan pedir ayuda".*

Se recogieron los resultados en la Figura 4: Cuadro de resultados y aprendizajes densos.

<sup>12</sup> Según Quintero (2010) concibe la colonialidad "como un sistema ideológico que, apoyándose en algunas ciencias sociales como la historia, la antropología y la sociología, justificó la lógica de la dominación de unos pueblos sobre otros"

El concepto de colonialidad parte del pensamiento que analiza críticamente la matriz del poder colonial que, en la globalización persiste bajo formas de conocimiento totalizantes que reafirman el binomio dominador-dominado.

FIGURA 4. Cuadro de aprendizajes densos

| CO-AUTORA | TÍTULO del Cuento                              | SOPORTE del Problema                           | CONTRAESTRATEGIAS A LA VIDA DEL PROBLEMA                                         |
|-----------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1         | LA RANA NANELI Y LA CHARCA TÓXICA              | El círculo tóxico<br>La frialdad<br>La soledad | El club de la familia elegida<br>Compartir<br>La sensibilidad                    |
| 2         | UN VIAJE A LAS MONTAÑAS                        | El daño<br>La soledad                          | Música<br>Sus hijas<br>Madre<br>La comunidad<br>Naturaleza<br>El sentido de niña |
| 3         | EL AVE FÉNIX Y EL CAMINO DE BALDOSAS AMARILLAS | La distancia<br>El miedo<br>El daño aprendido  | Dios y la Fe<br>Sus hijos                                                        |
| 4         | LA MUÑECA ECUATORIANA                          | Lo que debe ser<br>La inseguridad              | La familia biológica y elegida<br>El instinto<br>El perdón                       |

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados confirman que se ha facilitado un entorno de sororidad y dialógico, permitiéndose conocer historias de vida con significado enriquecido<sup>13</sup>. Se ha permitido la reconexión con las otras historias de vida y las alternativas preferidas que ayudan a la re-conexión de sí misma promoviendo el sentido de agencia personal. Se ha conseguido conocer prácticas para vivir y contraestrategias que nos ayudarán a plantear objetivos futuros en los acompañamientos.

Se puede extraer que:

1. Se pueden realizar acompañamientos sociales que fomenten la agencia personal, no retraumatizantes.
2. Las mujeres supervivientes conocen contra-estrategias y saberes locales y ancestrales a la hora de recuperar el control de sus vidas.
3. Las mujeres consiguen poner en marcha "prácticas para vivir" y estrategias contra la violencia.

<sup>13</sup> En el símil de descripción densa.

Con este trabajo se ha constatado la necesidad de recoger esas narrativas alternativas, al déficit y la psicopatologización, así como los beneficios obtenidos por las Reladoras.

Por otro lado, se sigue insistiendo en la necesidad de la realización de investigaciones cualitativas desde perspectivas postestructuralistas para que se puedan obtenerse otros discursos y facilitar la subversión de poderes.

### 5.3. Limitaciones

Se podrían estimar las siguientes limitaciones:

1. Para conocer más en profundidad el momento de partida individual, podría haberse hecho una entrevista individual.
2. Podría haberse hecho con un grupo mayor que habría enriquecido las historias. Pero dada la complejidad de la comunicación con descripciones densas, requeriría más personal especializado.

3. Referente a posibles sesgos, es posible su existencia. No obstante se ha tenido muy en cuenta la diversidad cultural, social, de clase, sexual y las posibles interseccionalidades<sup>14</sup>, con el objetivo de minimizarlos.

Como cierre reflexivo, esta experiencia del abordaje del trauma desde la PN para el Trabajo Social, se ha caracterizado por contribuir en los procesos de agencia personal. En el proceso de reconstrucción se ha obtenido información privilegiada que nos permite conocer densamente a las mujeres. También ha contribuido a la deconstrucción de discursos relacionados con la pareja, los ciclos de vida, la maternidad, fomentando una agencia política<sup>15</sup>.

Se puede concluir que la PN proporciona un marco epistemológico, metodológico y un modelo de relación postmoderna que ayuda a la decolonización del individualismo en nuestra práctica (Mignolo, 2010), una posibilidad interesante y aliada con el Trabajo Social.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación de Médicos Descalzos. (2012). *¿Yab>xane K'oqil? ¿Enfermedades o consecuencias? Seis psicopatologías identificadas y tratadas por los terapeutas Maya>ib> K'iche>ib*. Chinique: Cholsamaj.
- Campillo, M. (2009). *Terapia Narrativa*. Veracruz, Mexico: Publicaciones Ollin.
- Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. (s.f.). <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>. Recuperado el 10 de agosto de 2019, de <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/planActuacion/otrasMedidas/pdf/Punto5PropuestaPAI.pdf>
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaida: Dulwich Center.
- Epston, D. (1999). Co-research: The making of an alternative knowledge. En D. Centre, *Narrative Therapy and Community Work: A Conference collection* (pp. 137-157). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Epston, D. (2011). El poder del conocimiento: La recuperación del poder a través del conocimiento local. El conocimiento local. Vol. 7.
- Epston, D., & Maisel, R. (2017). *The History of the Archives of Resistance: anti-anorexia/anti-bulimia*. Obtenido de [www.narrativeapproaches.com](http://www.narrativeapproaches.com)
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Mexico: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1983). El sujeto y el poder. En P. Rabinow, & H. Dreyfus, *Michael Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (S. C. Vitale, Trad.). Chicago University Press.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Geertz, C. (1999). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goldaracena, F. I. (2011). De Mary Richmond a Karl R. Popper y Emmanuel Lévinas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 85-99.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor of mental disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Idareta-Goldaracena, F. (2012). Aproximación de la ética de Emmanuel Lévinas al Trabajo Social. *Portularia*, XII(1), 1-8.
- Idareta-Goldaracena, F. (2011). Consecuencias epistemológicas y metodológicas de la propuesta ética de E. Lévinas en el Trabajo Social. *Humanismo y Trabajo Social*, 10, 135-149.
- Mignolo, W. (I). Desobediencia Epistémica (II), Pensamiento Independiente y Libertad

<sup>14</sup> La teoría de la interseccionalidad expone que se produce una opresión sobre grupos que ya soportan otras opresiones. Sucediéndose las opresiones en una concatenación exponencial de opresión, p. ej. mujer, racializada con orientación sexual no hetero supondrían tres tipos de opresiones.

<sup>15</sup> En la línea de los que plantean los feminismos de "lo personal es político".

- De-Dolonia. *Revista de Estudios Críticos*, 1(1), 8-42.
- Ncube, N. (2006). The Tree of Life Project: Using narrative ideas in work with vulnerable children in Southern Africa. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 3-16.
- Pedraza-Vargas, S. F., Perdomo-Carvajal, M., & Hernández-Manrique, N. (2009). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH\*. (U. d. Bogotá, Ed.). *Universitas Psychologica*, 8(1), 199-214.
- Quintero, J. D. (2010). La colonialidad del ser y del saber: la mitologización del desarrollo en América Latina. *El Agora USB*, 10(1), 87-105.
- Troncoso Pérez, L., Galaz Valderrama, C., & Álvarez, C. (2017). Las producciones narrativas como metodología de investigación feminista en Psicología Social Crítica: Tensiones y desafíos. *Psicoperspectivas*, 16(2), 20-32. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-956>
- Vázquez, M. K. (2012). Siete puertas para abrirnos a otro Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(2), 471-476.
- White, M. (2004). El trabajo con personas que sufren las consecuencias de trauma múltiple. (D. Centre, Ed.). *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 45-76.
- White, M. (2002). *Notas del Taller*. Recuperado el 2013, de Dulwich Center.
- White, M. (1997). Terapia Narrativa y postestructuralismo. En *Narratives of therapists' lives* (pp. 220-235). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1992). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M., & Morgan, A. (2006). Respondiendo a niños que han tenido experiencias significativas de trauma: una perspectiva narrativa. En *Narrative Therapy with Children and their Families* (pp. 85-97). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

# Treball Social Clínic. Proposta de suport emocional socioterapèutic a professionals del Treball Social

## Aproximació conceptual i reflexions des de la pràctica professional

MANUEL FCO. SALINAS TOMÁS\*, MARÍA EUGENIA SÁNCHEZ ROBRES\*\*, PALOMA MARTÍNEZ ANTEQUERA\*\*,  
LUIS CUESTA GARCÍA\* I RAMON ROSALENY CASTELL\*

\*Treballador Social Clínic

\*\*Treballadora Social Clínic

Rebut: 4 setembre 2023. Acceptat: 28 setembre 2023.

### RESUM

En l'actualitat, l'exercici del treball social exigeix de les professionals una sèrie de demandes fruit —entre altres aspectes— de les exigències de l'organització, les demandes de les persones a les quals s'atén i els propis principis ètics de la professió.

Aquest article, a més d'afavorir la visibilització del treball social clínic com a especialitat, pretén justificar la idoneïtat que siguen persones professionals especialitzats en clínica, les que pugen desenvolupar eixes labors de suport emocional.

Cada vegada som més les professionals del treball social especialitzades en clínica les que invertim el nostre temps a visibilitzar l'existència d'aquesta especialització en la pràctica del Treball Social.

En aquest sentit, el servei \*ENTRENOSALTRES és un clar exemple. Un servei creat en 2023, des del Col·legi de Treball Social de València (d'ara en avant \*COTSV) i gestionat per professionals del treball social amb especialitat en clínica.

**PARAULES CLAU:** Treball social clínic; suport emocional; socioteràpia; supervisió.

## Clinical Social Work. Proposal for sociotherapeutic emotional support for Social Work professionals

### Conceptual approach and reflections from professional practice

#### ABSTRACT

At present, the practice of social work demands from professionals a series of requirements that are the result — among other aspects — of the requests of the organization, the needs from people who are assisted and the ethical principles of the profession itself.

This article, in addition to favoring the visibility of clinical social work as a specialty, aims to justify the suitability of specialized clinical professionals who can carry out these emotional support tasks.

More and more social work professionals specialized in clinical practice are investing our time in making visible the existence of this specialization in the practice of Social Work.

In this sense, the ENTRENOSALTRES service is a clear example. A service created in 2023, from the College of Social Work of Valencia (from now on "COTSV") and managed by social work professionals specialized in clinical practice.

**KEY WORDS:** Clinical social work; emotional support; sociotherapy; supervision.

## 1. INTRODUCCIÓ

En l'actualitat, l'exercici del Treball Social al nostre país, precisa de les professionals una sèrie de demandes en aspectes com el suport psicològic i social des de la pròpia organització i lideratges eficaços que oferisquen suport i estima (Royo et al, 2016), però no sols, també existeix una forta demanda en matèria de supervisió intra i interpersonal, tant individual com grupal i estratègies que l'ajuden a gestionar l'estrès i esgotament fruit de l'elevat grau d'implicació emocional amb les persones i/o col·lectius amb els quals es treballa i resultat també de les tensions pròpies dels equips professionals (Salinas, Rosaleny, Martínez, Cuesta, & Sánchez, 2023).

Aquestes demandes, en major o menor mesura, han sigut abordades des de fa dècades pels diferents col·legis professionals de Treball Social a través de diferents propostes, principalment de caràcter formatiu, però també a través de serveis específics de suport socioemocional, com

és el cas del servei que ofereix el Col·legi Oficial de Treball Social de València<sup>1</sup>.

Les administracions públiques també comencen a contemplar alguns d'aquests aspectes i, si bé encara falta per implementar mesures concretes ens trobem ja legislats alguns aspectes orientats a donar suport en matèria de supervisió als equips de professionals de la intervenció social, així, l'article 12 de la Llei 3/2019, de 18 de febrer, de serveis socials inclueix de la Comunitat Valenciana en el seu apartat 1, assenyalant sobre aquest tema:

1. *Les persones professionals dels serveis socials, a més dels drets reconeguts en l'ordenament jurídic vigent, tindran dret a:*
  - i. *La supervisió professional establint-se per a això equips supervisors de serveis socials reconeguts per a exercir aquestes tasques.*

<sup>1</sup> El COTSV (Col·legi Oficial de Treball Social de València), ofereix des de 2023 un servei de suport emocional i socioterapèutic a les seues col·legiades, amb la peculiaritat que el servei és administrat per professionals del Treball Social Clínic. <https://cotsvalencia.com/entrenosaltres-servi-socioterapeut-en-treball-social/>

## 2. EL TREBALL SOCIAL CLÍNIC A ESPANYA

El Treball Social és una disciplina acadèmica però abans de res una professió basada en la pràctica que té per objectius el canvi social, la cohesió, el desenvolupament i l'apoderament de les persones, col·lectius i comunitats.

La NASW<sup>2</sup>, ve a definir el treball social com una professió d'ajuda centrada en el benestar humà i en l'abordatge de les necessitats bàsiques i complexes de les persones, especialment —encara que no sols d'aquells col·lectius en situació de risc i/o d'exclusió.

L'última definició consensuada per la FITS i la AIETS en 2014<sup>3</sup>, recull una definició actual i adaptada a les noves realitats socials que a més inclou la dimensió acadèmica com a garant d'una professió amb un cos teòric que justifica la seua pràctica en el marc de les ciències socials:

*"El Treball Social és una professió basada en la pràctica i una disciplina acadèmica que promou el canvi i el desenvolupament social, la cohesió social, i l'enfortiment i l'alliberament de les persones. Els principis de la justícia social, els drets humans, la responsabilitat col·lectiva i el respecte a la diversitat són fonamentals per al Treball Social. Recolzada per les teories del Treball Social, les Ciències Socials, les Humanitats i els coneixements indígenes, el Treball Social involucra a les persones i les estructures per a fer front a desafiaments de la vida i augmentar el benestar."* (Social, 2014:1)

2 La NASW és la National Association Social Work.

3 Durant un llarg període de reflexió i debat al juliol de 2014 a Melbourne, el Comitè Executiu de la FITS (Federació internacional de Treballadors Socials) i la Junta de la AIETS (Associació Internacional d'Escoles de Treball Social), van presentar als membres de totes dues organitzacions en les seues respectives Assemblea/Junta la definició global de Treball Social consensuada a Melbourne al juliol de 2014. En la seua revisió han participat nombroses organitzacions membres i treballadors socials de tot el món, que han format part d'aquest extens procés, entre els quals han participat el Consejo General i els Col·legis Oficials de Treball Social d'Espanya. Font: Web del Consell General de Treball Social.

Una definició genèrica i àmplia del Treball Social que intenta posar fi a unes certes polèmiques que definicions anteriors no contemplaven i que entre altres aspectes reintrodueix el concepte de teories del Treball Social com a element clau que connecta amb una dimensió essencial de les arrels de la nostra professió com és la relació d'ajuda vinculada al Treball Social de casos. Mary Richmond, referent del Treball Social, que en les albrors del segle XX elabora la primera sistematització que estableix les bases metodològiques de la intervenció en la nostra professió, ja en 1922 ve a definir el cas social individual com "el conjunt de mètodes que desenvolupen la personalitat, reajustant conscient i individualment a l'home al seu mitjà social" (Richmond, 1993:67).

La seua definició del cas social individual que, no sols és actual, sinó que existeix un corrent important dins del Treball Social que reivindica la recuperació d'una intervenció basada en la reflexivitat i vaja trencant la cotilla de la voràgine que suposen els serveis socials i la seua gestió que des de fa dècades han absorbit el nostre treball arribant a oblidar, en molts casos, la qual cosa ens va motivar i va apassionar del nostre treball (de Mendicuti & Berrio, 2017; Fombuena, 2020).

Tal com veiem en la definició més actual del Treball Social, la nostra professió, des dels seus inicis, ha anat desenvolupant-se i abastant nous camps, fruit d'unes societats cada vegada més complexes i plurals.

Precisament, el treball social clínic, com a especialitat del Treball Social, enllaça amb eixes arrels que esmentàvem. No obstant això, durant dècades hem vist com ha sigut relegat del relat a la pràctica sent vist fins i tot amb una certa sospita, pel fet de ser considerat un enfocament que afavoreix l'individualisme allunyant-se en certa manera del benestar comú i fins i tot del canvi social. Res més lluny de la realitat quan arribem a comprendre que no hi ha canvi social, sense un canvi profund de la persona en el seu interior com així ens suggereix una de les cèlebres frases de Mahatma Gandhi deia: "Si vols canviar al món, canvia't a tu mateix". Dit amb altres paraules en termes més pròxims a l'àmbit del Treball Social, "El Treball Social Clínic és un Treball Social que

remet als factors individuals per a generar apoderament en l'individu i en els seus contextos.” (Fombuena, 2013:58).

Com assenyalàvem, el Treball Social Clínic a Espanya, ha estat relegat a algunes veus, que durant anys han transitat una espècie de desert en les seues aportacions. En aquest sentit, “Procediment i procés en Treball Social Clínic” d'Amaya Ituarte (1992), ve a ser un referent per a aquells que durant els nostres anys de formació acadèmica, ens sentim atrets pel Treball social de casos i de manera anàloga per un Treball Social Clínic referenciat - en aquells moments - quasi de manera exclusiva al context anglosaxó (Hamilton, 1974; Satir, 1980; White & Epton, 1993).

Des de llavors, el Treball Social Clínic ha anat expandint-se i són molts els referents que ens podem trobar tant en l'àmbit acadèmic: Rosell (1988), Ituarte (1992, 1994, 2002 i 2017), Zamanillo (1992), De Pedro (1997) Fombuena (2000, 2013), Gómez (2000), Fombuena i Martí (2006), Cardona (2012), Agranava (2016), de Mendicuti (2017); com en el de pràctica professional clínica: Salinas (2010), Piñero (2017), Davalillo (2023).

En aquest sentit, també és important assenyalat el document elaborat pel Consejo General del Trabajo Social i coordinat per Amaya Ituarte “El Treball Social Clínic i la Psicoteràpia”, ja que suposa un suport rellevant a les/els professionals que des de fa anys venen exercint el Treball Social Clínic.

En aquest document es defineix el Treball Social Clínic com:

*“...una forma especialitzada d'intervenció terapèutica de els/as treballadors/as socials que, basada en els principis del Treball Social i aplicant les teories i mètodes que li són propis, tracta d'ajudar individus, famílies i grups a previndre i afrontar les situacions vitals estressants que, degudes a factors i problemes relacionals, socials, de salut, econòmics, laborals o de qualsevol altra índole, els produeixen malestar psicosocial i sofriment, utilitzant per a això les pròpies capacitats de les persones i els recursos del seu context soci-relacional.*

*A diferència del que succeeix en altres disciplines, la pràctica clínica del Treball Social no se circumscriu únicament a la pràctica en el camp*

*sanitari, sinó que es realitza en tots aquells camps en els quals és precisa l'atenció al malestar i al sofriment psicosocial: serveis socials generals, i especialitzats (dona, famílies, infància, tercera edat,...); centres educatius i formatius; empreses i centres laborals; centres sanitaris (atenció primària, especialitzada, hospitalària, salut mental, addiccions,...); justícia (atenció a víctimes de delictes, presons...), exercici lliure, etc.*

#### Consejo General del Trabajo Social<sup>4</sup>

La importància d'aquest document no és fútil, ja que d'alguna manera obri la porta a una regulació de l'exercici del Treball Social Clínic com a especialitat del Treball Social.

Sense entrar a aprofundir en això, és obvi que el camí a recórrer serà llarg i amb dificultats a l'hora de definir els camps d'intervenció, processos formatius associats i elements com la supervisió grupal i individual que poden tindre com a referència les capacitacions ja existents en altres contextos com és el cas dels Estats Units.

A Espanya en parlar de la formació en Treball Social Clínic, hem d'assenyalar que els diferents col·legis professionals de Treball Social han anat oferint propostes formatives i seminaris que si bé, són xicotets acostaments al Treball Social Clínic, no deixen de tindre la seua rellevància.

Algunes universitats comencen a oferir també, formacions de postgrau que en el futur poden ser una via a tindre en compte per a la capacitat professional.

No obstant això, no podem deixar de tindre en compte les veus dels professionals que durant anys, davant l'absència de formacions específiques, han optat per capacitar-se en diferents models de psicoteràpia amb l'objectiu de portar a la pràctica l'exercici del Treball Social Clínic d'una manera consistent i solvent, així, el model sistèmic, la psicoteràpia Gestalt i altres enfocaments de tall humanista, han sigut els camins triats per a això (aquestes referències

<sup>4</sup> Consejo General del Trabajo Social. URL: <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/que-es-el-trabajo-social-clinico-el-consejo-te-lo-explica/8089/view>

formatives, compleixen a més amb els requisits de la FEAP<sup>5</sup>).

### 3. EL SERVEI DE SUPORT EMOCIONAL I SOCIOTERÀPIA DEL COTSV

En 2022, davant les demandes de suport i supervisió de moltes professionals en aspectes intrapersonals vinculats a l'exercici professional i interrelacionats amb l'àmbit personal, el COTSV, decideix posar en marxa un servei que pugui donar resposta a les necessitats assenyalades. Així, es canalitza la proposta a través d'un equip de col·legiades/ts amb una solvent trajectòria en l'àmbit del Treball Social Clínic.

La demanda parteix d'una anàlisi prèvia a través d'un qüestionari que arriben a respondre 168 persones col·legiades (159 dones i 9 homes). Els resultats preliminars presentats en el XIV CONGRÉS ESTATAL DE TREBALL SOCIAL I SALUT I I TROBADA IBÈRICA DE TREBALL SOCIAL SANITARI, que va tindre lloc a A Coruña (Galícia) el 11, 12 i 13 de maig de 2023, mostren en la seua àmplia majoria (99,4%) la necessitat d'un servei d'aquestes característiques. A més, una àmplia majoria de les col·legiades, consideren que el seu treball té un elevat cost personal que habitualment els impedeix "desconnectar" i mostren la necessitat d'espais de supervisió intra i interpersonal per a abordar qüestions que emergeixen en el context laboral i afecten al personal i/o viceversa.

Davant la confirmació de la demanda, el servei es posa en marxa al començament del 2023 amb la denominació ENTRENOSALTRES i sota la tutela d'un equip de professionals formats en clínica i que a més es troben exercint, com veurem a continuació.

L'estructura del servei ofereix dues modalitats de suport complementàries i no excloents. D'una banda, la possibilitat de realitzar un procés de 6

sessions de suport individual i per un altre, l'oferta de seminaris de reflexió i autoajuda vinculats a les situacions pròpies del quefer laboral.

Per a les sessions de suport individual, una vegada la col·legiada/t ha sol·licitat a través del col·legi aquest servei i detallant la demanda, l'equip valora que la petició compleix amb les normes del servei. Després d'aquest pas, el propi equip assigna el cas al professional que millor s'adeqüe a la sol·licitud, tenint en compte aspectes com l'especialització del professional a la demanda, evitar conflictes d'interès com poden ser el que el professional i la persona tinguen una relació que pose en risc la relació terapèutica, etc. Amb l'objectiu d'obtenir major informació sobre les necessitats i la demanda, es passa un qüestionari previ a l'inici de les sessions.

En finalitzar el procés, s'ofereix passar un nou qüestionari amb un doble objectiu: Elaborar la memòria final anual del servei i poder obtenir informació que pugui plasmar-se en resultats d'investigació.

#### 3.1. Per què un servei d'aquestes característiques a càrrec de professionals del Treball Social?

La primera resposta que ens sorgeix és precisament una altra pregunta, qui millor que professionals del Treball Social per a entendre i comprendre les necessitats de les seues companyes i companys?

El següent que ens sorgeix és entendre a més que la capacitació i formació dels membres de l'equip, també justifica la capacitat de poder desenvolupar aquestes tasques de suport terapèutic, reconeguts, com hem vist amb anterioritat, pel propi Consejo General del Treball Social.

Amaya Ituarte (1992):

*"El Treball social Clínic com a procés psicoterapèutic, segueix les regles bàsiques de les psicoteràpies, tal com han sigut estudiades i analitzades en la Teoria del Treball Social (i més específicament, en el Casework, Groupwork i el tractament familiar) i utilitza les tècniques psicoterapèutiques pertinents; a més de que pugui ser enriquit amb la formació complementària que el treballador social pugui tindre en l'una o l'altra orientació psicoterapèutica."*

5 La Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes, FEAP, és una institució de caràcter no governamental i sense ànim de lucre, creada amb la finalitat d'agrupar la major part d'associacions científic-professionals de psicoterapeutes existents a Espanya. Url: <https://www.feap.es/>

Quant a l'exercici professional en l'àmbit clínic, Gordon Hamilton (1974), ja assenyalava el següent:

*"El treballador social que estiga interessat en la pràctica de la psicoteràpia "ha d'estar emocionalment disposat a aprendre sobre si mateix i sobre els altres, per la qual cosa és convenient la pròpia anàlisi, si fora possible, i un període d'ensinistrament en el qual es tracte un bon nombre de casos sota l'estreta supervisió d'un professional, i posteriorment amb consultes".*

Així, atesa aquesta mena de premisses i suggeriments, entenem que en les capacitacions per a l'exercici professional en clínica són necessaris dos aspectes clau a tindre en compte, d'una banda, una formació de postgrau en algun model terapèutic afí a les teories del Treball Social i per una altra, un procés d'autoanàlisi i supervisió que ajude el professional a gestionar els seus propis "temes" amb la finalitat de poder extrapolar aquest treball al procés d'acompanyament en un context terapèutic.

### 3.2. Posicionament teòric i enfocaments metodològics

Parlar d'un posicionament teòric en Treball Social Clínic s'antulla una cosa complicada quan estem parlant del mateix com una pràctica especialitzada del Treball Social (Ituarte, 2017). Així i tot, a risc de ser matisat en les nostres afirmacions, sí que podem afirmar que partim del Treball Social de Casos sistematitzat per Mary Richmond a principis del segle XX i sobre el qual nombroses autores han aprofundit, realitzant grans aportacions per a la construcció d'un model clínic propi i clarament definit (amb totes les dificultats que ens podem trobar a l'hora de delimitar qualsevol model en l'àmbit de les ciències socials).

En aquest sentit, potser és més clarificador parlar de la utilització del mètode científic en la pràctica del Treball Social Clínic (Fombuena, Talamantes & García, 2022), entroncat això sí, en un dels tres mètodes clàssics del Treball Social, com és el Treball Social de Casos de Mary Richmond (Bartrolí, 2017).

Quant als enfocaments metodològics des dels quals els autors i membres de l'equip ENTRENO-SALTRES treballem en la nostra pràctica clínica,

no podem obviar i és necessari destacar les influències des de les quals partim en les nostres formacions de postgrau que ens han portat al camp del clínic i que poden ajudar a entendre el que fem i des d'on ho fem. Aquest aspecte penssem justifica la inclusió dels perfils curriculars de cada persona integrant de l'equip considerant que això pot ajudar a entendre més les singularitats de la proposta a aquelles professionals del Treball Social que s'acosten al text amb la curiositat de conèixer com qualsevol professional arriba a formar-se i exercir en l'àmbit clínic.

Sent la formació en psicoteràpia Gestalt, una de les bases dels perfils curriculars de la majoria de les persones que conformem l'equip professional, amb matisos, seguim a Viscarret (2007) a l'hora de situar-nos en el model humanista/existencialista en situar l'enfocament gestaltic dins d'aquest.

Bàsicament, la mirada holística a la persona, la presa de consciència i acompanyar a les persones en l'assumpció de les decisions que pren basades en l'auto-responsabilitat, serien elements comuns a la nostra pràctica (López-Davalillo, 2021).

Ja hem assenyalat que el mètode científic ens acompanya en tot el procés de la nostra intervenció, ja siga des de l'anàlisi prèvia i el diagnòstic com a elements de partida, la intervenció com a element central i l'avaluació final d'aquestes.

Així i tot, sent molts els elements comuns que es comparteixen, la riquesa de l'equip també es justifica en les especificitats a l'hora d'implementar les intervencions.

### 3.3. Referències metodològiques de l'equip professional

Per a Manolo Salinas des d'un enfocament psico-social, la intervenció clínica té el clar objectiu del canvi social, entenent "social" com els entorns en els quals la persona es desenvolupa i amb els quals interactua.

Hem de posar especial atenció a evitar una intervenció que caiga en una sort d'individualisme conformista (Fombuena, 2013) amb l'objectiu que els canvis en la persona tinguin la seua reper-

cussió en els seus contextos en mode transformador i generatiu, confiant que el que és bo per a la persona, d'una manera intrínseca, ho és també per al seu entorn.

Des de l'enfocament Gestalt, el contacte, com a element que afavoreix la trobada com a vincle terapèutic, és un element clau del procés i això comporta a manejar les transferències i contratransferències d'una manera responsable i supervisades quan siga necessari. Fins a un cert punt sent que en alguns casos "el fi pot justificar els mitjans". En aquest sentit, la Gestalt suposa el posicionament base des del que part, però no sols; així: la teràpia breu estratègica, la teràpia sistèmica, l'enfocament cognitiu-conductual o les constel·lacions familiars suposen una mirada eclèctica, amb unes certes contradiccions en alguns casos, que acompanyen a l'hora d'entendre i proposar camins cap a la millora de la persona.

Per a M<sup>re</sup> Eugenia Sánchez Robres, l'espai de Teràpia és el lloc segur on poder mirar-nos amb honestedat i responsabilitat. L'objectiu fonamental és aconseguir això: que la persona pugui contactar amb el que és i el que hi ha en si mateixa i en el seu entorn sense judici. Que pugui prendre el que hi ha amb acceptació i mobilitzar els recursos tant interns com externs per a canviar allò que és possible i vol canviar per a aconseguir un major benestar.

Perls (2001) va proposar una nova visió del que és una psicoteràpia, una teràpia que considera a la persona com una totalitat que s'autoregula al costat del seu entorn, un conjunt o totalitat que interactua entre si i que busca l'equilibri per mitjà del compliment o satisfacció de les seues necessitats, necessitats que constantment es troben canviant. Com a treballadora social clínica posa especial atenció en la persona com un ser social que impacta i és impactat per un entorn del qual forma part de manera indissoluble. Veure a la persona de manera holística (cos, emocions, pensaments, sentit de vida) dins d'un camp social del qual forma part, és necessari per a dur a terme la intervenció clínica.

I com fer-ho? La seua formació en Psicoteràpia ve de la mà de la Teràpia Gestalt Integrativa, donant-li l'oportunitat d'aproximar-se a les Constel·lacions Familiars, a la PNL o a l'Anàlisi

Transaccional. També la seua experiència professional en addiccions li ha permès aproximar-se a la Teràpia Cognitiu-Conductual, al coneixement dels recursos comunitaris i a la importància del treball en coordinació amb altres professionals. I els seus interessos personals li han portat a formar-se en Expressió Corporal i Interpretació, posant tot això al servei de l'autoconeixement i del benestar personal i social.

Per a Paloma Martínez algunes de les paraules clau dins del procés terapèutic com a treballadora social clínica són: relació, vincle, camp, responsabilització, creativitat i amor.

Hi ha molt d'escrit sobre la importància de la relació i el vincle dins del procés terapèutic però, en aquest punt, és important destacar que la formació continua i la supervisió seran claus per a poder fer una construcció sana i conscient d'aquesta relació. "Ser persona és el que iguala a terapeuta i pacient i alhora el que els diferencia, en el sentit que el terapeuta ha fet més camí i per això pot ser acompanyant-guia del pacient. La jerarquia no és de rol sinó de maduresa." (Peñarrubia, 2016).

El concepte de camp implica que els éssers formen part del seu entorn de manera indissoluble i que, per a comprendre les vivències personals, no es pot tractar a la persona sense tractar la seua relació amb l'ambient i el seu funcionament en ell. Així doncs, la relació terapèutica es veu com un context en el qual s'ajunten dos camps: el del/la pacient i el de la terapeuta; per això, és necessari tindre en compte que la persona està sent influïda per la terapeuta i la terapeuta per la persona. A més, ambdues estaran sent influïdes pel mitjà en el qual es dona la relació.

La responsabilització com a forma de poder. La persona és protagonista del seu procés de canvi. L'acompanyament terapèutic com a procés orientat al fet que la persona prengui consciència d'on està i cap a on vol anar. Ací és on la creativitat té també un paper important: en el propi procés terapèutic i desenvolupant-la en la pròpia mirada de la persona a si mateixa i a la seua situació. En paraules de Zinker (1977) la creativitat i la psicoteràpia estan connectades a un nivell fonamental: "la transformació, la metamorfosi, el canvi".

l'amor. I no un amor "tou" que ens porte al rol de salvadores. Es tracta de l'amor per l'ésser humà com a base de la teràpia, també esmentat per Loretta Cornejo dient que el camí no és buscar "arreglar" a l'altre, no voler canviar-lo des de la nostra idea de com hauria de ser. Aquest punt és fonamental, perquè a vegades les persones amb les quals treballlem tenen uns estils de vida o de relacionar-se que ens porten a voler donar-los la volta als seus sistemes de valors o maneres de veure la vida. I no, ells canviaran el que consideren, si ho consideren, i quan arribi el moment dins del seu procés. De la mateixa manera, també és present l'amor com a guia per a poder entregar-nos al procés malgrat el cansament, de la dificultat, dels obstacles interns i externs... (Cornejo, 2000). Si ens situem des dels judicis, els atacs, les culpabilitzacions, serem dos murs que es troben. Si ens situem en l'acceptació, la comprensió, a entendre el món de l'altra persona, podem anar acompanyant-la al fet que rajola a rajola faça més xicotet el seu mur i puguem mirar més enllà. La nostra formació, el nostre procés terapèutic propi i la supervisió, ens ajuda a poder situar-nos ací per a poder acompanyar a la persona que tenim davant al fet que puga fer el mateix camí que abans vam fer nosaltres.

L'enfocament de la Teràpia Gestalt Integrativa dona suport teòric a aquests conceptes, dotant-li de la metodologia i tècniques per a aplicar-los. La seua formació complementària i continua entre altres en addiccions, duel i actualment en trauma, amplien la seua mirada i coneixement de cara a l'acompanyament en el procés de la persona. Dins dels seus interessos personals, la pràctica i ensenyament de la meditació Vipassana suposa un ancoratge important en la seua vida i base de la consciència i atenció plena.

En el seu treball professional, Luis Cuesta, prompte es va decantar per abordar el treball amb els vincles relacionals. Aposta per aquest enfocament de creació, enfortiment i depuració de vincles que ha posat en pràctica al llarg de la seua carrera professional, tant en el treball que va desenvolupar en adopció nacional i internacional en els equips psicosocials de la Generalitat Valenciana, com en el Treball Social amb famílies en un barri d'acció preferent, i també en consulta professional pròpia.

Fer un treball relacional tant familiar, de parella o en una altra mena de relacions, com per exemple les relacions d'amistat o les professionals, permet a les persones adquirir habilitats que els permeten sanar i revisar la manera de vincular-se amb les altres persones i, al mateix temps, propiciar la resolució d'assumptes inconclusos entre elles o de conflictes.

Aquest treball relacional repercuteix directament en el benestar i bé-ser de la persona, que experimenta canvis en les vivències que té amb el seu entorn.

A partir del treball amb la història de vida de la persona, sobre aspectes com els seus vincles d'inclinació, estil educatiu rebut i estratègies de supervivència apreses en la infància, s'aborden temes com:

El treball de límits: tant propis com amb altres persones. Les relacions entre persones es produeixen en contextos i espais compartits que necessiten acords. A ells s'arriba, en el millor dels casos, de manera expressa i, en uns altres, de manera tàcita. En el contacte que comporten les relacions intervenen codis propis de comportament que xoquen amb els de l'altra persona, davant això, són diverses les estratègies "errònies" que desenvolupem per a evitar els conflictes, per exemple, callar, aguantar, cedir... i a vegades això produeix un malestar que es va acumulant i pot arribar a esclatar.

Apostar per comunicar, amb dos moviments, un que expressa i un altre que cuida, ajuda en la fluïdesa de les relacions personals i professionals entre persones.

L'expressió honesta, a vegades inhibida, a vegades bloquejada, permet prendre consciència de l'estil comunicatiu propi (directiu, invasiu, veement, passiu, ...) i de l'efecte que aquest produeix en l'altra persona, alguna cosa que enterboleix les relacions i genera malestar.

Revisar patrons de comportament, mitjançant la diferenciació de contextos personals i professionals, per exemple, ens porta a prendre consciència dels diversos rols que exercim depenent del context en el qual ens trobem. El pas del temps crea vincles entre les persones, donant lloc a la

permeabilitat dels rols, la qual cosa pot generar malentesos si no existeix una presa de consciència sobre aquest tema i un posicionament clar.

La resolució de conflictes: des d'una visió del conflicte com dues persones buscant empatia i comprensió recíproca... dona claredat a aquesta presa de consciència, la qual cosa permet abandonar posicionaments inamovibles per a abordar interessos, necessitats i valors, com a mitjà d'aproximació de postures.

La perspectiva del Treball Social Clínic de Ramon Rosaleny es fonamenta en la confiança plena en les capacitats de les persones per a eixir cap avant en les seues dificultats i en una mirada positiva i una acceptació incondicional (Rogers, 1997). Té com un dels seus principals objectius aportar una dimensió ètica, política i comunitària en la cerca del benestar, per la qual cosa no concep el benestar com una cosa individual i separat de la resta.

El seu enfocament metodològic s'enquadra principalment en les emergents ciències contemplatives i de forma més concreta es nodreix de la Psicologia Positiva Contemplativa (PPC), que és l'àrea de la psicologia positiva que inclou el ventall de tècniques i conceptualitzacions desenvolupades per les ciències contemplatives per a la promoció del benestar a partir d'estratègies basades en l'evidència (Cebolla i Alvear, 2019). Des d'aquest enfocament contemplatiu, la meditació en sentit ampli i, en particular, mindfulness es constitueixen com a rellevants eines d'autoobservació en el procés terapèutic i com a mitjans fonamentals per a augmentar els nivells de benestar (Goleman i Davidson, 2017). La pràctica de mindfulness genera consciència, és a dir, un espai de major obertura, acceptació (no resignació) i comprensió d'una gamma més àmplia d'experiències emocionals, continguts mentals i respostes possibles, la qual cosa permet desenvolupar una major flexibilitat i equilibri mental (Siegel, 2012). Les intervencions basades en mindfulness estan sent àmpliament utilitzades per professionals del Treball Social en l'àmbit internacional en diferents contextos (intervenció, pedagogia, autocura) i nivells d'intervenció (individual, grupal, comunitari) (Fombuena, 2022; Tan i Keng, 2020; Hick, 2009).

Així mateix, en la relació d'ajuda, mindfulness és la llavor de la qual floreixen la presència, la sintonia (interna i externa) i la ressonància, que són els elements bàsics d'un bon vincle terapèutic i unes relacions interpersonals transformadores (Ibáñez-Ramos, 2019). Mindfulness no és, no obstant això, un mètode únic per a tots. Les pràctiques contemplatives s'adapten a les necessitats de les persones i a les situacions particulars (Siegel, 2022).

En suma, des de la perspectiva de Ramon Rosaleny, la pràctica del Treball Social Clínic s'orienta no sols a la reducció del malestar o sofriment psicosocial sinó, principalment, al cultiu de les habilitats, virtuts i fortaleces psicològiques que s'han vist científicament que són causa del benestar sostingut, durador, ecològic i social (Alvear i Cebolla, 2023). Com sintetitza de forma magistral Kennon Sheldon "La persona més feliç és la que fa coses bones per bones raons".

## 4. A MODE DE CONCLUSIÓ

En relació al que les persones que formem l'equip ens estem trobant en els casos vinculats al servei ENTRENOSALTRES, podem assenyalar que de manera general no difereixen molt dels aspectes que ens podem trobar en la resta de situacions que abordem en la nostra pràctica clínica quotidiana.

Situacions que es plasmen en processos d'estrès o depressius, depenent de la naturalesa del tema que porte a la persona al servei.

El genèric en quasi totes les situacions té a veure amb el fet que el laboral i el personal té una relació intrínseca de manera que el que afecta la persona en el context laboral, es trasllada a l'àmbit personal i viceversa.

No obstant això la naturalesa del servei, vinculat a l'àmbit professional, sí que ens porta a trobar-nos situacions que podríem agrupar quant als temes que emergeixen, de la següent manera:

- Conflictes en l'organització (principalment focalitzats en alguna persona ja siga un igual o càrrecs superiors).
- Conflictes d'interessos entre la gerència i l'equip tècnic. Prioritzant en moltes ocasions

les necessitats de l'empresa a les necessitats tècniques que l'equip professional identifica, veient-se en moltes ocasions no tinguts en compte, exigits per una demanda incontrolada i amb escassos recursos per a donar una resposta eficaç a aquesta.

- Situacions de duel (pèrdua del treball, canvis laborals, pèrdues de companyes).
- Necessitat de desenvolupament professional per a superar la sensació de "estancament".
- Inseguretat laboral.
- Síndrome de Burn out (quan la persona porta un llarg període de temps treballant en el mateix lloc apareixent una desmotivació fruit en uns casos de sentir que el treball ha perdut el seu sentit inicial)
- Assetjament psicològic (Mobbing): entès com un tracte hostil o vexatori al qual és sotmesa una persona en l'àmbit laboral de manera sistemàtica, que li provoca problemes psicològics i professionals.
- Dificultat en la posada de límits, posicionament i en l'autocura.
- Conflicte entre la pròpia visió de l'exercici professional i la visió de la institució/entitat/organització.
- Temes personals que influeixen en el laboral i que a vegades poden requerir derivació a altres serveis especialitzats si així s'hi valorara.

Quant a la tipologia d'intervencions hem de tindre en compte el desenvolupament de les sessions i la naturalesa de les intervencions. L'estar delimitades les mateixes a 6 sessions ens porta a tindre en compte que parlarem en la majoria de situacions, en les quals busquem una presa de consciència, de manera breu i s'acorden propostes d'acció que es traslladen a la vida de la persona.

Si bé parlem d'un procés en què les 6 sessions condicionen el definir el procés com a breu, la naturalesa dels temps entre sessió i sessió, afavoreixen el fet que les persones tinguin un cert temps per a anar prenent consciència i anar integrant i assimilant els canvis i els resultats que van tenint en les seues vides.

Així, de manera genèrica alguns aspectes que es treballen són:

- La presa de consciència de la situació relacionada amb l'autoconcepte.
- Revisar aquelles creences limitants que poden estar interferint en el benestar de la persona i incorporar i potenciar aquelles altres creences nutritives i generatives per a afrontar el dia a dia amb una major salut psicoemocional.
- Revisar els factors estressors.
- La gestió de les emocions a través de propostes relacionades amb l'autocura, la relaxació i el mindfulness.
- Revisió dels factors que afavoreixen l'autocura (xarxes de suport, nodridores, etc).
- Des d'un enfocament constructivista, estratègies orientades a entrenar noves maneres d'abordar les situacions.
- Establiment d'un pla d'acció bàsic basat en estratègies bàsiques de coaching en el qual es plantegen els objectius a aconseguir tenint en compte d'on es parteix, que es vol aconseguir, que he d'incorporar i que he de soltar.

## 5. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Alvear, D. y Cebolla, A. (2023). *La Ciencia de la Virtud. Manual de Entrenamiento en Bienestar basado en prácticas Contemplativas*. Kairós.
- Bartrolí, C. P. (2017). Modelos teóricos y utilidad práctica. Entre la riqueza productiva y la confusión epistemológica. Una aproximación. In *Prácticas del trabajo social clínico* (pp. 45-66). Nau Llibres.
- Cardona Cardona, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos* (Doctoral dissertation, Universitat de les Illes Balears).
- Cebolla, A. y Alvear, D. (2019). *Psicología positiva contemplativa: Fundamentos para un entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas*. Kairós.

- Cornejo, L. (2000). *Cartas a Pedro*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- de Mendicuti, E. S., & Berrio, A. R. (2017). Revisitando el trabajo social clínico: a propósito del casework. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 17(4), 16-24.
- de Pedro Herrera, D., & Aranda, M. M. (1997). Aportaciones para la intervención psicosocial desde el modelo sistémico. *Trabajo social y salud*, (27), 91-116.
- Fombuena Valero, J., & Martí Zurilla, A. (2011). Trabajo social clínico. *Acciones E Investigaciones Sociales*, (1 Ext), 446. <https://doi.org/10.26754/ojs.ais/ais.20061Ext460>
- Fombuena, J. (2013). Trabajo Social Clínico en tiempos de crisis: una perspectiva de género. *Servicios sociales y política social*, (104), 57-62.
- Fombuena Valero, J., Talamantes Segarra, M. R., & García Vilaplana, A. (2022). ¿Intervenir sin método?. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, XXIX(127), 107-116.
- Fombuena-Valero, J. (2022). Mindfulness y Trabajo Social. Ética relacional y legitimidad. En Conejos y Nabal (coord.), *Mindfulness y compasión en la relación de ayuda* (pp. 243-258). Ed. Nau Llibres: València.
- Goleman, D., & Davidson, R.J. (2017). *Los beneficios de la meditación. La ciencia demuestra cómo la meditación cambia la mente, el cerebro y el cuerpo*. Ed. Kairós. Barcelona.
- Hamilton, G. (1974). *Teoría y práctica de trabajo social de casos*. Editorial Prensa médica mexicana, México.
- Hick, S. (Ed.). (2009). *Mindfulness and Social Work: Paying attention to ourselves, our clients, and Society*. Chicago: Lyceum.
- Ibáñez-Ramos, M. (2019). Mindfulness y compasión. Cambio de paradigma en las relaciones interpersonales. Una perspectiva fenomenológica. *RIECS*, 4, S1. <https://riece.es/index.php/riece/article/view/132/172>
- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/18/3>
- López-Davalillo, L. U. (2021). *La dimensión terapéutica del Trabajo Social: Guía práctica para el desarrollo del Trabajo Social Clínico, volviendo a su origen humanista y relacional* (Vol. 12). Nau Llibres.
- López-Davalillo, L. U. (2023). Crecimiento y desarrollo personal en el acompañamiento de supervisión. In *Supervisión: hacia un modelo colaborativo y transdisciplinar* (pp. 335-349). Aranzadi.
- Gómez, F. (2000). El trabajo social clínico. En *Cambio social. Relaciones Humanas. Nuevas tecnologías. Enfoques para una formación de futuro*. 3er. Congreso de escuelas universitarias de Trabajo social, Barcelona. Mira Editores: Zaragoza.
- Peñarrubia, F. (2016). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perls, F. (2001). *El enfoque gestáltico*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Reyes, D. (2016). *Trabajo Social Clínico, Subjetividad y Psicoterapia Sistémica: Una mirada micropolítica y poética a la práctica clínica de profesionales que ejercen en contextos de salud mental y programas psicosociales*. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145231>
- Richmond, M. (1922). *Social Case Work*. New York: Russell Sage Foundation, . (Hay traducción, Caso social individual, 1982. Humanitas, Buenos Aires).
- Rogers, C. (1997). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, Ibérica, Ediciones, S.A.
- Rosell, T. (1988). *L'Entrevista en el treball social*. Barcelona: La llar del llibre.
- Royo, C., Bordás, C. S., Melero, M.P.T., & Martín, D. R. (2016). Factores de riesgo psicosocial en los profesionales de los Servicios Sociales. *Documentos de TS*, (57), 172-190.
- Salinas, M. F. (2010). Trabajo Social Clínico y ejercicio libre de la profesión. *TS nova: Treball Social i Serveis Socials*, (1), 39-44.

Salinas, M.F., Rosaleny, R., Martínez, P., Cuesta, L. & Sánchez, M.E. (2023). "Servicio de apoyo emocional y socioterapéutico a colegiadas y colegiados del Colegio de Trabajo Social de Valencia. Póster presentado en el XIV Congreso de Trabajo Social y Salud en A Coruña el 11, 12 y 13 de mayo de 2023. Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

Satir, M. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. Ed. Pax México.

Siegel, D. J. (2012). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Siegel, R. D. (2022). *Mindfulness y psicoterapia*. En Conejos y Nabal (coord.), *Mindfulness y compasión en la relación de ayuda* (pp. 209-226). Ed. Nau Llibres.

Social, F. I. (2014). Definición Global del Trabajo Social. *Obtenido de Definición Global del Trabajo Social*: <http://www.adasu.org/prod/1/487/Definicion.Global.del.Trabajo.Social.pdf>

Tan, S. Y., & Keng, S. L. (2020). Application of Mindfulness-Based Approaches in the Context of Social Work. In R. Ow & A. Poon (eds.), *Mental Health and Social Work* (pp. 311-329). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-6975-9\\_11](https://doi.org/10.1007/978-981-13-6975-9_11)

Tellaache, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI.

Tellaache, A. I. (1994). La participación en el modelo clínico de intervención en TS individualizado y familiar. *RTS: Revista de treball social*, (133), 17-33.

Tellaache, A. I. (2002). El acontecer clínico en Trabajo Social". La supervisión clínica en Trabajo Social. *Trabajo social hoy*, (35), 42-60.

Tellaache, A. I. (2017). *Prácticas del trabajo social clínico* (Vol. 8). Nau Llibres.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos* (pp. 53-87). Barcelona: Paidós.

Zamanillo, T. (1992). La Intervención Profesional. Ponencias del 7º Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS.: La inter-

vención profesional en la Europa sin fronteras (53-77). Barcelona. Colegio Oficial de DTS y AASS.

Zinker, Y. (1977). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Ed. Paidós.

---

## ANEXO: Referències al CV de l'equip ENTRENOSALTRES

---

**Manolo Salinas** és Doctor per la Universitat de València, Graduat en Treball Social, Màster Universitari en Intervenció Social i Màster en Psicologia i Gestió Familiar.

Treballador social clínic format en Teràpia Gestalt Integrativa a l'Escola de Psicoteràpia de València (2001-2004) i en Teràpia Breu estratègica (2007-2009) a l'escola de Arezzo (Institut Gestalt de Barcelona) sota la supervisió de professor Giorgio Nardone. Des de l'any 2004 al 2007 exerceix com a tutor de Formació en Teràpia Gestalt acompanyant a l'alumnat en el seu procés personal i formatiu. En la seua formació clínica realitza més de 150h de teràpia individual i altres tantes de supervisió individual i grupal.

En l'àmbit clínic desenvolupa la seua intervenció en consulta clínica des de l'any 2004 fins a l'actualitat i està especialitzat en l'acompanyament en processos de duel, la gestió de conflictes interpersonals i en la intervenció amb famílies. També és formador i supervisor d'equips professionals que fan el seu treball en contextos d'intervenció social. Realitzant cursos per a les diferents administracions públiques, per al CEFIRE i per al CODTSV.

En la seua primera etapa professional, durant 20 anys (1988 a 2008) va treballar amb persones amb trastorn mental greu abordant aspectes psicossocials i sociolaborals en la Cooperativa d'Iniciativa Social SOCOLTIE.

Des de l'any 2010, és professor de la Universitat de València i codirector del Màster de Pràctiques Clíniques en Treball Social de la Universitat de València.

Des de 2013 a 2016 docent en el Postgrau en Mediació en les Ciències Social de la UV.

De 2012-2014 Professor convidat en el Postgrau d'acció tutorial de la UIB.

De 2015 a 2022 Professor convidat en el Màster de Gestió Sanitària (mòdul relacions humanes) de la Universitat Catòlica de València.

**Maria Eugenia Sánchez** és Diplomada en Treball Social (2002) i Llicenciada en Sociologia (2005) per la Universitat de València. Formada en Teràpia Gestalt Integrativa (2011-2014) a l'Escola de Psicoteràpia de València on exerceix com a Tutora de Formació en Teràpia Gestalt Integrativa, acompanyant a l'alumnat en el seu procés personal i formatiu (2014-2017). S'especialitza en Tècniques gestàltiques aplicades a la infància i adolescència en l'Institut de Teràpia Gestalt de València. (2019-2020). Completant la seua formació en l'àrea terapèutica amb més de 150 hores de teràpia personal i supervisió. És Membre de l'Associació Espanyola de Teràpia Gestalt (AETG).

Després de treballar diversos anys en una Residència de Majors, comença la seua marxa en el món de les Conductes Addictives desenvolupant la seua activitat professional en un Centre de Dia de Deshabitució i especialitzant-se en aquest camp. En 2012 col·labora en l'elaboració de la Guia d'Intervenció del Treball Social Sanitari en el Protocol de Centre de Dia I-II de l'Agència Valenciana de Salut i Conselleria de Sanitat. En 2016 i 2017 elabora l'I Pla Municipal de Prevenció de Drogodependències i altres Conductes Addictives de Païports i de Sedaví ja com a treballadora social en exercici lliure.

En l'àmbit de la clínica privada atén en consulta persones adultes, xiquets i xiquetes, adolescents i famílies. Duu a terme un Programa de Desenvolupament Integral a les aules, on treballa en CEIPS amb l'alumnat, el professorat i les famílies, la gestió emocional, resolució de conflictes i educació sexual. Durant diversos anys ha estat com a Formadora del CEFIRE. Al març de 2020 co-crea un centre de Teràpies per al Creixement Personal anomenat ESPAI INTEGRAT, situat en Port de Sagunt, des d'on exerceix i posa en valor el Treball Social Clínic.

**Paloma Martínez** és Diplomada i Graduada en Treball Social (Unizar 2003 i UV 2014), amb Postgrau Universitari en Mediació familiar en diferents contextos socials (UV 2005). Experta en intervenció en addiccions i experta en el procés MAR d'elaboració del duel (2021). Formada en Gestalt Integrativa, certificada per l'Associació Espanyola de Teràpia Gestalt, de la qual és membre (2017-2020). En aquest moment, és tutora a l'Escola de Psicoteràpia de València, acompanyant a l'alumnat de la 35a promoció. Completa la seua formació amb més de 150 hores de teràpia personal i supervisió.

Des de fa més de 16 anys és treballadora social d'Institucions Penitenciàries a Terol, Sevilla i València, on a més de les seues funcions com a treballadora social és terapeuta grupal en grups de prevenció de recaigudes en conductes addictives i terapeuta individual i grupal en programes d'intervenció en conductes violentes. Anteriorment, havia treballat amb persones immigrants i en un servei nocturn d'atenció a persones en situació de carrer a Saragossa; i amb persones amb discapacitat física a Terol.

Respecte a la pràctica clínica, atén en consulta privada a València i a Alfara del Patriarca, dins de la clínica de psicologia Altana, que forma part del grup Teràpia Aventura, amb els qui també ha participat en programes en la naturalesa.

**Luis Cuesta** és Diplomant en Treball Social (Universitat de València. 1998) i Llicenciat en Dret (Universitat CEU San Pablo València. 1997). Postgrau en Adopció Nacional i Internacional (Universitat de València 2007). Mediador inscrit en el Registre del Ministeri de Justícia (Universitat Nacional Educació a Distància UNED, 2018). Coordinador parental (Universitat Nacional Educació a Distància UNED 2019). Format en Teràpia Gestalt Integrativa a l'Escola de Psicoteràpia de València (2012-2017) i Tutor de la XXXI Promoció d'aquesta mateixa escola (2017-2020). Més de 150 hores de teràpia personal i supervisió. És membre de l'Associació Espanyola de Teràpia Gestalt.

Va iniciar la seua marxa professional en el camp de la immigració en programes d'acció social en el sindicat USOCV (2004-2006). Ha treballat en

gestió de serveis socials en projectes de licitació pública (2004-2006). Va pertànyer als equips psicosocials d'adopció de la Generalitat Valenciana (2007-2010). Treballador social familiar Barri d'Acció Preferent a través d'un projecte d'atenció a famílies immers dins de l'escola infantil Ciutat Jardí de Torrent (2018-2020). Compagina aquests treballs professionals amb la docència en Cicles formatius, especialitat Serveis a la Comunitat, des de l'any 2006 i la docència universitària (UNED) des de 2020. En l'àmbit clínic obri la seua pròpia consulta l'any 2017, especialitzat en vincles relacionals, especialment familiars i de parella.

**Ramon Rosaleny** és Diplomant en Treball Social (Universitat de València, 2008) i Màster en Benestar Social: Intervenció individual, familiar i grupal (Universitat Pública de Navarra, 2010). Format en Psicologia i Teràpia Transpersonal (2012) i instructor de mindfulness, meditació i ioga (2010-2020). Cursa el Postgrau d'Especialització en Supervisió, Orientació i Coaching amb Jesús Hernández Aristu (2013) i això li permet aprofundir en diferents enfocaments psicològics (Sistèmic, Gestalt, anàlisi transaccional, PNL i Constel·lacions).

En 2014 inicia l'exercici lliure de la professió per a acompanyar a professionals d'ajuda i persones i grups en situació de vulnerabilitat a transitar diferents crisis vitals a través d'intervencions terapèutiques i socioeducatives. Així mateix, ha desenvolupat part de la seua activitat en equips especialitzats d'intervenció en infància, adolescència i família a Navarra i València. En 2018 desenvolupa per a l'Institut Espanyol de Formació Social (INEFSO) la primera formació oficial en línia de Mindfulness per a professionals d'ajuda.

En l'actualitat compagina la clínica privada amb la docència universitària en el grau de Treball Social (des de 2021) i el Màster de Pràctiques Clíniques en Treball Social a la Universitat de València (UV). També és professor col·laborador en el Màster Universitari en línia de Treball Social Sanitari en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) i en Màster Universitari en Treball Social en l'Àmbit Sanitari de la Universitat Internacional de València (VIU). Així mateix, imparteix tallers a l'Escola de Psicologia i Psicoteràpia Transpersonal de València (des de

2014). Durant la pandèmia (2020-2022) va dur a terme, en el marc de la tesi doctoral, una investigació-intervenció basada en mindfulness i altres pràctiques contemplatives amb la finalitat d'avaluar el seu impacte en el benestar i la pràctica ètica de quasi un centenar de treballadores socials d'Espanya que van participar.

# El servicio de atención y seguimiento a las personas con problemas de salud mental (SASEM) en su primer año de vida en Alaquàs (Valencia)

EVA REINA GIMÉNEZ

Doctora en Ciencias Sociales, Trabajadora Social del Ayuntamiento de Alaquàs, Profesora Asociada en la Universidad de Valencia.

Recibido: 14 junio 2023. Aceptado: 15 octubre 2023.

## RESUMEN

Con el presente artículo se pretende dar a conocer el Programa de Apoyo a Personas con Problemas de Salud Mental<sup>1</sup> del municipio de Alaquàs (Valencia), que es un programa orientado a una intervención de carácter preventivo y rehabilitador que presta atención psicosocial, educativa y técnica dirigida a favorecer y mejorar las condiciones y calidad de vida de este colectivo.

Aunque con anterior al año 2021, en el municipio de Alaquàs, ya existía un programa de intervención con personas con problemas de salud mental, es en ese año cuando se pone en marcha el servicio SASEM, el cual viene enmarcado como uno de los servicios que deben prestar los ayuntamientos dentro de sus zonas básicas de servicios sociales considerándose un servicio de Atención Primaria de Carácter Específico.

Es pues, el año 2021, donde se inicia por parte de unos pocos ayuntamientos la aventura de crear un servicio específico para el colectivo de personas con problemas de salud mental, constituidos por profesionales sociales que apoyarán a la red socio-sanitaria ya existente.

**PALABRAS CLAVE:** Salud mental; SASEM; Intervención socio-sanitaria; Trastorno Mental Grave (TMG).

<sup>1</sup> El Programa de Apoyo a Personas con Problemas de Salud Mental de Alaquàs vendrá a denominarse a partir de este momento con las siglas SASEM (Servicio de Atención y Seguimiento a Personas con Enfermedad Mental) como viene recogido en la Ley 3/2018 de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana.

## The care and monitoring service for people with mental health problems (SASEM) in their first year of life in Alaquàs (Valencia)

### ABSTRACT

This article aims to publicize the Support Program for People with Mental Health Problems in the municipality of Alaquàs (Valencia), which is a program aimed at a preventive and rehabilitative intervention that provides psychosocial, educational and technical care directed to favor and improve the conditions and quality of life of this group.

Although prior to 2021, in the municipality of Alaquàs, there was already an intervention program with people with mental health problems, it is in that year that the SASEM service was launched, which is framed as one of the services that must be provided by city councils within their basic areas of social services, considering it a Primary Attention Service of a Specific Nature.

It is therefore the year 2021, where the adventure of creating a specific service for the group of people with mental health problems, made up of social professionals who will support the existing socio-health network, begins on the part of a few city councils.

**KEY WORDS:** Mental health; SASEM; Socio-sanitary intervention; Serious Mental Disorder (SMD).

## 1. INTRODUCCIÓN

El SASEM en el municipio de Alaquàs (Valencia), es un servicio que está orientado a una acción de carácter preventivo y rehabilitador, prestando una atención psicosocial, educativa y técnica cuya finalidad es favorecer y mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas con problemas de salud mental en dicho municipio. Esta intervención se realiza desde un enfoque global e inclusivo, que propone que la solución a las necesidades se da en su propio medio social y familiar de la persona con problemas de salud mental, en igualdad de oportunidades, potenciando y generando redes de apoyo sociales, familiares y comunitarias, y promoviendo, con ello, por tanto, su autonomía personal y su vida independiente.

El SASEM presta una atención psicosocial especializada a la persona que sufra un problema de salud mental, su familia y su comunidad, prestando una atención especial a las necesidades manifestadas por la persona, con prestaciones profesionalizadas que aportan el apoyo necesario para que, estas personas, permanezcan en

su medio social habitual, en unas condiciones de vida adecuadas.

Por otro lado, el apoyo a la persona, se complementa con actividades grupales que fomenten la creación y el mantenimiento de las redes de apoyo social adecuadas, y el empleo del tiempo libre y ocio de una forma saludable.

Así mismo, se realizarán diversas orientaciones psicosociales, a nivel, individual y grupal que promuevan inclusión social, de estas personas utilizando los recursos normalizados de su propio entorno comunitario, como los más adecuados para la real inclusión social.

Entre las prestaciones que ofrecerá el SASEM encontramos el acompañamiento, el apoyo emocional, el fomento de hábitos de autocuidado, el manejo del estrés, la gestión de emociones, el apoyo en las actividades de la vida diaria, la estimulación de competencias personales, cognitivas y sociales, la promoción de la inclusión social, el fomento del cumplimiento de pautas terapéuticas de salud, y la eliminación o reducción de factores de riesgo de exclusión social, que las personas con problemas de salud mental suelen sufrir (tabla 1).

TABLA 1. Modelos que definen los problemas de Salud Mental

| Tipos de modelos      | Fundamentación                                                         | Etiología de la enfermedad mental                        | Tratamiento                                                    |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Modelo Médico         | Teoría orgánica                                                        | Causas orgánicas                                         | Farmacológico                                                  |
| Modelo Conductista    | Teoría del aprendizaje                                                 | Condicionamiento o ausencia de este                      | Conductismo                                                    |
| Modelo Psicodinámico  | Teoría psicoanalítica                                                  | Motivaciones y vida intrapsíquica del paciente           | Psicoterapia                                                   |
| Modelo Sociológico    | Psiquiatría comunitaria, Psiquiatría institucional, Antipsiquiatría... | Factores sociales y culturales: contradicciones sociales | No existe                                                      |
| Modelo Biopsicosocial | Engel                                                                  | Factores: Biológicos, Psicológicos y Sociales            | Combinación de tratamiento farmacológico, psicológico y social |

Fuente: Elaboración propia, consultadas las obras de Pérez (1995) y Adolfo (2004).

El SASEM se centra en la definición de salud mental que realizó la OMS en 2004:

*“un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos” (Organización Mundial de la Salud, 2004, p 7).*

Se puede observar que, el concepto “salud mental” abarca conceptos como “bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente” (Organización Mundial de la Salud, 2004), que se han de tener presentes en la intervención socio-sanitaria que se ponga en práctica en este ámbito profesional, debido a que el concepto “salud mental”, es un concepto que

se caracteriza por su amplitud y complejidad, interpretaciones subjetivas, y a una diversidad de profesiones que colaboran y se coordinen en la intervención con el grupo de personas que puedan tener algún tipo de problemática en relación a la salud mental.

En los momentos actuales, la definición de “problemas de salud mental”, que más adaptada comúnmente es la basada en el Modelo Biopsicosocial, que propuso Engel en 1977. Este modelo biopsicosocial, se opone al reduccionista biomédico, que solía aparecer en los diferentes modelos, como se muestra en la tabla 2. Además, Engel, pone el acento crítico en la psiquiatría, ya que esta, consideraba los aspectos sanitarios, como esenciales no teniendo presentes el resto de aspectos, es decir, no tiene en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que, si que considera el Modelo Biopsicosocial, siendo estos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

TABLA 2. Factores protectores y de riesgo de los problemas de salud mental

| FACTORES PROTECTORES                                                                     | FACTORES DE RIESGO                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ambientes previsibles y con un nivel de demanda adecuado a las capacidades de la persona | Ambientes imprevisibles o muy demandantes                          |
| Ambientes con una emocionalidad adecuada                                                 | Ambientes con excesiva carga emocional                             |
| Ambientes que potencian la autonomía                                                     | Ambientes sobreprotectores                                         |
| Normas de comportamiento consistentes y claramente delimitadas                           | Normas de comportamiento difusas, ambiguas o cambiantes            |
| Nivel de actividad moderado                                                              | Actividad excesiva o muy escasa                                    |
| Dieta equilibrada                                                                        | Abuso de alcohol y otras drogas                                    |
| Ejercicio físico moderado                                                                | Inactividad                                                        |
| Recuperación progresiva del contacto social                                              | Aislamiento social                                                 |
| Ser una persona con múltiples facetas                                                    | Ser considerado un enfermo                                         |
| Tener un proyecto vital viable                                                           | Establecer metas demasiado elevada o ausencia de un proyecto vital |

Fuente: Elaboración propia, apoyada en el libro de Aznar y Berlanga (2004).

En nuestra sociedad, el cuidado de este colectivo de personas siempre o en su gran mayoría ha recaído en las familias, que suelen sentirse desbordadas, e incapaces de reconducir y/o de controlar los procesos de deterioro que aparecen en la evolución de la enfermedad, que dan lugar a el aislamiento, la pérdida de la autonomía, el deterioro en las relaciones familiares y sociales, la pérdida de apoyos, el deterioro de la salud física y el rechazo social, entre otras.

Las personas que presentan algún problema de salud mental suelen tener necesidades psicosociales complejas, además de un deterioro significativo en sus habilidades y competencias personales, lo que les dificulta su inclusión social y conseguir mantener un estilo de vida considerado saludable. Estas necesidades suponen un abordaje global, integrado y coordinado desde diferentes ámbitos profesionales, que incidan en los déficits presentados por la persona, para el desarrollo adecuado de las actividades básicas en diferentes áreas, como son la personal, la doméstica, la social, la laboral, la económica, y la de salud.

Es evidente que las posibilidades que tiene una persona con problemas de salud mental de llevar una vida autónoma y de calidad, se reducen y complican más cuando son carentes de apoyos o redes sociales y/o familiares. En estas situaciones existe un gran deterioro o, al menos, un significativo deterioro en sus habilidades y competencias que van a imposibilitar su inclusión social y, por tanto, van a generar estilos de vida que provocaran un claro deterioro de su salud, provocando estados graves de dependencia y de desprotección.

Su adherencia al tratamiento, el cual habrá sido prescrito por profesional de la psiquiatría, supone uno de los factores que va a evitar las posibles recaídas. Una mala o una no adhesión, a este tratamiento supondrá graves implicaciones, como son la aparición de crisis habituales, el aumento del rechazo social, la posibilidad de autoagresiones y/o agresiones en el entorno, los conflictos familiares y comunitarios. En conclusión, esta no adherencia supondrá la exclusión social en todos los ámbitos de la vida.

Por otro lado, se puede afirmar que las personas con problemas de salud mental, suelen tener un porcentaje más elevado de desarrollar factores de riesgo para su salud que el resto de población. El deterioro en sus competencias y habilidades supone la aparición de hábitos inadecuados de autocuidado, que fomentan la vulnerabilidad para el desarrollo de otras problemáticas sociosanitarias, que influyen de una manera negativa sobre el bienestar y la autonomía personal.

Entre los recursos existentes para la atención integral socio-comunitaria de la *Estrategia Valenciana de apoyo social para la recuperación e inclusión social de las personas con Trastorno mental grave, 2018-2022*, se encuentra el SASEM, con el que se crea un equipo municipal multidisciplinar, coordinado estrechamente que, con las Unidades de Salud Mental, que presenta un enfoque integral, centrado en la recuperación de la persona desde su entorno familiar y comunitario.

Y como elemento clave en el SASEM, encontramos a la persona profesional del trabajo social, ya que ellas son las “profesionales que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas” (Ituarte Tellaeché, 1992:277).

Por ello, la persona profesional del trabajo social toma un lugar relevante en los equipos SASEM, coordinándolos y siendo la responsable de la intervención socio-sanitaria, con el objetivo de desarrollar capacidades psicosociales que ayudarán a las personas a abordar su situación personal, desarrollar su capacidad para crear sus recursos personales y los ofrecidos por el medio social, por ello, los ejes de intervención serán la persona, la familia y la comunidad.

El SASEM se caracteriza por su marcado carácter preventivo, desarrollando intervenciones socio-sanitarias que permita en el reconocimiento de las necesidades individuales, el empoderamiento, la autonomía y la garantía de los derechos de la persona.

El SASEM, por tanto, cubrirá las demandas de las personas afectadas con problemas de salud mental, sus familiares y la comunidad, que no dispongan de apoyos adecuados, o que, precise de un apoyo adecuado para atender las múltiples necesidades que aparecen en los diferentes ciclos vitales, ofreciendo respuestas individualizadas.

La creación del SASEM aúna sinergias entre los diferentes recursos comunitarios que existen, potenciando la eficacia y eficiencia de los mismos, ya que con el SASEM se potencian los efectos positivos de la implementación del resto de programas, servicios o recursos de atención, sanitarios y sociales, a los que pueden acceder este colectivo, sus familiares y la comunidad en general.

La intervención del SASEM considera fundamental el reconocimiento de la capacidad de la persona, de sus intereses y potencialidades, favoreciendo el acceso a sus derechos como ciudadanos y ciudadanas, con autonomía y capacidad de decisión, centrando la atención en su condición de “persona”, y no sólo en su condición de “enfermo mental”, y dando respuesta a sus necesidades y expectativas valoradas por “ella misma”.

## 2. METODOLOGÍA

La población diana del SASEM son las personas adultas (entre 18 y 65 años), empadronadas en el municipio de Alaquàs (Valencia), que por la psicopatología que presentan, necesitan atención psiquiátrica, psicológica y social específica.

Los rasgos característicos de este colectivo, entre otros, son:

1. Personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, con un diagnóstico de enfermedad mental o de trastorno mental grave (en adelante TMG).

La definición de TMG más representativa, fue la realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1987, la cual, abarca 3 dimensiones (Gisbert, 2003):

- Diagnóstico. Esta dimensión incluye a las personas que sufren trastornos tales como psicosis, trastorno bipolar, trastorno de-

presivo grave, trastorno delirante y otros trastornos, como pueden ser los trastornos graves de personalidad.

- El tiempo de duración siempre será mayor a 2 años.
  - Existencia de disfunción moderada o severa del funcionamiento global de la persona que presenta el TMG.
2. Personas que presentan dificultades de vinculación con los recursos de su entorno y con los servicios de salud mental o específicos de atención secundaria, es decir, con las residencias para personas con problemas de salud mental, de la red del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.
  3. Personas que carezcan de las suficientes capacidades y habilidades para vivir de forma autónoma en sus domicilios.
  4. Personas que necesitan procesos estructurados e integrales de rehabilitación psico-social, y de una intervención de apoyo socio-comunitaria para prevenir un mayor deterioro y facilitar su inclusión comunitaria.
  5. Personas que, tras un ingreso en una unidad psiquiátrica, necesitan apoyo específico para el regreso al domicilio e inclusión en su entorno comunitario.
  6. Personas que por circunstancias psico-socio-comunitarias requieran de una intervención específica.
  7. Personas SIN diagnóstico y tratamiento previo, que están en proceso inicial de su problema de salud mental y necesiten orientación y acompañamiento a los recursos de salud mental.

También son parte de los beneficiarios del SASEM, los familiares de estas personas, y su comunidad, donde se realizará una intervención dirigida a la prevención, sensibilización y concienciación.

Es importante resaltar, que, en el caso de las personas que presentan primeros episodios psicóticos, la edad de atención podrá reducirse a los 16 años, siempre que esto, venga acordado por el equipo multidisciplinar, oídos los sistemas sanitarios, educativos y sociales, y a la propia persona.

Los principios que orientan la intervención desde el SASEM son:

- **Normalización:** Desde el SASEM se trabajará con una orientación hacia una vida normalizada, dotando, a las personas de las habilidades y ayudas necesarias que les garantice el derecho de igualdad de oportunidades.
- **Permanencia:** Garantiza la permanencia de las personas en su domicilio y entorno social y así evitar la institucionalización.
- **Corresponsabilidad:** Con la implicación de las diferentes administraciones públicas con responsabilidad en la materia de Salud Mental y Servicios Sociales.
- **Trabajo interdisciplinar:** Este tipo de trabajo garantizar la integralidad de la atención y el intercambio de información, la valoración continua, la toma de decisiones y la distribución de responsabilidades entre los diferentes profesionales.

El enfoque interdisciplinario garantiza la eficacia, si está bien estructurado y tiene un buen nivel de funcionamiento. Además, se caracteriza por la existencia de espacios comunes que permiten estudiar las situaciones y plantear las estrategias a seguir.

Dos son los roles esenciales que realiza la persona trabajadora social en el campo de la salud mental. Por un lado, son las especialistas de lo social (Pellegero, 1992). Y, por otro lado, son las profesionales que mejor preparadas están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimon, 2002).

Es más, podemos afirmar que cada vez más, se recurre a las personas trabajadoras sociales para delegarles funciones psicoterapéuticas, relacionadas con la rehabilitación y la atención comunitaria, aunque cabe indicar que estas intervenciones terapéuticas vendrán determinadas por las características personales y profesionales por la formación, la experiencia y la competencia de la persona profesional del Trabajo Social (Guimon, 2002).

- **Personalización:** Se diseñará un plan de trabajo orientado de las intervenciones, fijando objetivos diferentes para cada realidad y situación, tanto a nivel individual, familiar o comunitaria.

Las fases de la intervención en el SASEM son:

1. **Detección.** Es la fase inicial de la intervención y en la cual participa el Equipo de Atención Primaria, los diferentes recursos y servicios del ámbito sanitario y las familias, aunque también se pueden realizar detecciones desde otros ámbitos de intervención.
2. **Derivación.** Es la segunda fase de la intervención, en esta el SASEM recibe la derivación, que viene realizada bajo el documento de derivación y previa reunión de coordinación donde se plantea la intervención coordinada y colaborativa de los diferentes ámbitos de intervención.
3. **Identificación de necesidades.** En esta fase se realiza la identificación y evaluación de las necesidades y las áreas de intervención, elaborando el Plan de Atención Individual (PAI) y consensuándolo con la persona y la familia.
4. **Intervención.** Las intervenciones, se desarrollarán en función de las necesidades enmarcadas en el PAI. Cada PAI vendrá marcado por una clara corresponsabilidad de las personas profesionales involucradas, sin afectar a la autonomía de cada uno dentro de su ámbito de intervención.  
  
Los niveles de intervención son la persona usuaria, su núcleo familiar y el entorno comunitario. Y entre las áreas de intervención encontraremos el área de hábitos de la salud, el área de actividades de la vida diaria y el área de integración comunitaria.
5. **Seguimiento y finalización.** Es la última fase de la intervención, aunque el seguimiento se encuentra entremezclado a lo largo de todo el proceso, la finalización se da cuando se han alcanzado los objetivos previstos en el PAI.

Durante esta última fase se revisarán los objetivos planteados, se realizará una reelaboración y/o inclusión de nuevos objetivos si fuese necesario, y cuando se decida finalizar definitivamente la intervención, de forma consensua-

da con la persona, se realizará un seguimiento para garantizar el mantenimiento de los objetivos logrados, y evitar posibles recaídas.

En Alaquàs, se cuenta con la Trabajadora Social que coordina el equipo SASEM, y que, junto a la Psicóloga, ejercen las siguientes funciones.

- Realizar la valoración específica de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), de los autocuidados y hábitos saludables, así como la gestión del tiempo.
- Desarrollar actividades y programas de atención y rehabilitación. Así como trabajar en el domicilio, facilitando la autonomía personal y social de la persona usuaria.
- Acompañamiento a actividades de ocio, de atención sanitaria (centros de salud), de compras básicas (objetos, personal, doméstico, mobiliario...), etc.
- Intervenir con la intención de prevenir y compensar dificultades personales y sociales y para promover la participación grupal y comunitaria.
- Realizar talleres específicos cuyos objetivos se centren en los procesos de socialización y desarrollo personal.
- Negociar objetivos de intervención con la persona.
- Promover la motivación y el enganche por parte de las personas usuarias, para facilitar el proceso de rehabilitación y conseguir su implicación progresiva y participación activa.
- Colaborar en el seguimiento y apoyo comunitario de las personas usuarias.

Además, el SASEM de Alaquàs para las funciones relacionadas con la inserción laboral, la integración socio-comunitaria, para el desarrollo de programas de autocuidado y programas o servicios similares a los nombrados, contará con el apoyo de otros programas de atención primaria, como son el Servicio de Ayuda Domiciliaria municipal y las profesionales del ámbito de la intervención comunitaria, entre otras. Y también, colaborará estrechamente con personal, recursos y servicios de otras instituciones sociales u organizaciones del Tercer Sector.

### 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Presentaremos, ahora, los datos que se han recogido a lo largo del año 2022, un periodo turbulento en relación a la intervención social, debido a la situación pandémica mundial que se vivió y las restricciones y problemas de salud que se han ido presentando a lo largo de todo el año.

Los datos obtenidos en este año, hacen referencia a 29 unidades familiares, agrupados en 3 bloques. El primero hace referencia a los datos socio-demográficos de la población. El segundo bloque hace referencia a la situación socio-sanitaria en que se encuentra la población atendida, bloque que nos abre el camino para el último conjunto de datos, que es el más amplio, y el cual hace referencia a la intervención socio-sanitaria que se ha realizado desde el SASEM con apoyos de otros servicios, tanto de la Atención Primaria de Carácter Básico como del recibido por los Servicios Sanitarios y Sociosanitarios.

Empecemos, pues, con el primer bloque de datos sociodemográficos. En primer lugar, podemos observar que, aunque los porcentajes son muy similares, el servicio atiende a más hombres (55,2%) que a mujeres (44,8%).

En relación al dato referente a la edad de las personas atendidas, se puede observar que la edad media es la de 44-45 años, aunque hay un grupo de hombres jóvenes, que representan el 24,14%, que tiene entre 18-30 años. En relación a las mujeres, vemos que una gran mayoría de ellas tienen edades comprendidas entre los 51-65 años.

Las personas atendidas en su gran mayoría (62,07%) no tienen ningún tipo de estudios formales, teniendo estudios de educación secundaria un 13,79%, estudios de formación profesional un 20,68% y teniendo solamente una persona estudios universitarios.

En relación al tipo de unidad familiar, de las personas atendidas, cabe afirmar que se distribuyen en porcentajes muy similares entre las familias unipersonales, las familias monomarentales y las familias nucleares, teniendo esta última, solamente una persona menos que las dos anteriores.

El dato, que es interesante destacar en el caso de las unidades familiares, es que mientras las familias unipersonales están compuestas exclusivamente por hombres, las familias monomarentales están compuesta exclusivamente por mujeres con hijos e hijas a su cargo.

Si nos centramos ahora en los datos sobre la vivienda de estas unidades familiares, observamos que la gran mayoría (72,41%) conviven en la vivienda familiar, la cual la tienen en propiedad, aunque algunas de estas viviendas siguen teniendo un gravamen hipotecario. Solo 2 familias tienen problemas habitacionales, por impagos de la hipoteca, 2 personas tienen alquilada una habitación y encontramos a 4 personas, todas ellas hombres, en situación de calle, negándose 3 de ellos a solicitar ningún tipo de recurso habitacional, si esto supone su ingreso en un recurso habitacional.

Para ir acabando con este bloque, hagamos ahora referencia, al nivel de ingresos de las diferentes unidades familiares en las que se ha intervenido. En cuanto a la situación económica, encontramos, excepto un 17,24% que no perciben ningún tipo de ingreso, el resto, tienen algún tipo de ingreso económico, siendo este ingreso, mayoritariamente la Pensión No Contributiva por Discapacidad, ya que la cobra un 37,93%. La Renta Activa de Inserción la cobra un 17,24% y la Renta Valenciana de Inclusión la cobran un 20,69%. En este caso, no se tiene en cuentas las unidades familiares que cobran el Complemento de Renta por ingresos de prestaciones de la Renta Valenciana de Inclusión.

Es interesante destacar que 2 de las personas con las que se trabaja, siguen en activo y mantienen su trabajo sin grandes dificultades.

En relación al bloque de la situación socio-sanitaria en la que se encuentran las personas con las que intervenimos, vemos en primer lugar, que es importante destacar que, de todas las personas con las que se interviene, un 24,14% no tiene reconocido ningún grado de discapacidad habiéndoseles reconocido un porcentaje igual o inferior al 20% de discapacidad. En todos estos casos se ha iniciado un proceso de reclamación para la revisión del grado de discapacidad.

Junto a este primer porcentaje, encontramos que un 17,24% de personas con las que hemos intervenido han solicitado su reconocimiento de minusvalía y este se encuentra en trámite. Por lo que, hay un 58,62% de personas atendidas que tienen reconocido un grado de discapacidad, teniendo la gran mayoría de ellas, un 37,93%, un porcentaje de reconocimiento de minusvalía entre un 33% y un 65%. Finalmente, cabe destacar que una persona con la que intervenimos, tiene reconocido un grado de discapacidad mayor al 75%.

Si nos centramos ahora en el tipo de diagnóstico que tienen las personas con las que intervenimos. En un 41,4% de los casos, las personas con las que intervenimos tienen un diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos en porcentaje (17,2%) por las personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. Con igual porcentaje (6,9%) encontramos los diagnósticos de trastorno bipolar y depresión mayor recurrente Y lo mismo ocurre con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y trastorno obsesivo compulsivo, que recoge, cada uno de estos diagnósticos, el 3,4% de las personas atendidas.

Dos datos son destacables, además, en relación al diagnóstico de las personas con las que intervenimos. Uno de ellos, que recoge al 20,7% de las personas atendidas hace referencia a que estas todavía se encuentran en una fase de estudio o tienen un diagnóstico no considerado como TMG. Y, en segundo lugar, es también interesante comentar, que un 13,79% de las personas con las que intervenimos, tiene alguna dificultad cognitiva que les perjudica en su día a día.

Revisados los datos del grado de discapacidad y el diagnóstico de las personas con las que trabajamos, vamos a centrarnos ahora, en el grado de dependencia que tienen concedido estas personas. El dato que más destaca, es que el 79,3% no tiene reconocido ningún tipo de grado de dependencia. Y el restante 20,7%, tienen reconocido el grado 1 de dependencia, recibiendo en su gran mayoría la prestación de Servicio de Ayuda a Domicilio en relación a este grado de dependencia.

Junto al diagnóstico, otro dato de gran relevancia es la adhesión que esta población tiene al Servicio de Salud Mental y, también, a los tratamientos

psiquiátricos, psicológicos y/o farmacológicos. En relación a los datos que tenemos, cabe destacar que un 72,41% están completamente adheridos al Servicio de Salud Mental, lo que también supone que el mismo porcentaje de personas estén adheridos al tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o farmacológico que tienen asignado, puesto que asisten con frecuencia a las citas médicas y psicológicas, y toman la medicación prescrita.

En relación al 27,59% restante, al no existir una adherencia al tratamiento real, se han realizado intervenciones para la adhesión al servicio y al tratamiento que desde dicho servicio se pueda prescribir. En relación a este dato, es importante destacar, la mitad de estas personas se encuentran en situación de calle, lo que perjudica gravemente la adhesión a cualquier tipo de intervención o servicio.

Ya finalizando este bloque, vamos a revisar ahora el número de crisis que han sufrido las personas con las que se ha intervenido, y también los ingresos hospitalarios que se han dado con esta población.

En relación al primer indicador, crisis que ha sufrido, podemos decir que, a lo largo del año 2022, se ha producido 32 crisis entre las personas que atendemos, aunque solamente en 10 ocasiones, fue necesario un ingreso hospitalario para estabilizar a la persona. Además, estos ingresos hospitalarios en la gran mayoría de casos no superaron la semana de ingreso.

Ahora nos centramos ya en el tercer bloque de datos, que hacen referencia a las intervenciones realizadas con la población diana durante el año 2022.

En primer lugar, cabe afirmar que la gran mayoría de derivaciones que se hacen al SASEM provienen de los servicios sociales de atención primaria de carácter básico en un 44,8% de los casos y por los servicios del ámbito sanitario y/o socio-sanitarios, tanto por el centro de salud de atención primaria o por la unidad de salud mental de adultos, en un 41,4% de los casos. El resto de casos derivados provienen de otros ámbitos, como pueden ser el ámbito policial o judicial, entre otros.

La primera actuación del SASEM ante las derivaciones es la de realizar una primera revisión del caso, decidiéndose, en ese momento, quien va a ser la persona profesional que va a asumir ser la profesional de referencia con cada unidad familiar, siempre teniendo en cuenta los objetivos que se vayan a trabajar.

En relación a esta figura de referencia, se puede afirmar que, durante el año 2022, es la trabajadora social la que asume ser la figura de referencia en el 75,17% de las unidades familiares, asumiendo la psicóloga el resto de unidades familiares (24,81%). Pero, aunque una de las profesionales es la referente de caso, se debe destacar que, en la mayoría de los casos la intervención se realiza conjuntamente por ambas profesionales del equipo, ya que desde el servicio es esencial la intervención integral y coordinada, tanto con las profesionales del equipo como con las profesionales de otros ámbitos, ya bien sean del sanitario, socio-sanitario o de servicios sociales. Esto se ve claramente, a la hora de revisar los datos de las atenciones realizadas con otras personas profesionales de otros ámbitos, compartiendo intervención sobre todo con las profesionales de la atención primaria de carácter básico de servicios sociales y con las del ámbito socio-sanitario.

Veamos ahora el tipo de intervención que se ha realizado con las personas usuarias. Mayoritariamente, la intervención es individual, seguida muy de cerca por la intervención socio-familiar. También se ha realizado una intervención comunitaria, pero debido a la situación socio-sanitaria que se ha vivido durante el año 2022, es decir, debido a la pandemia por covid-19, la intervención comunitaria ha sido menor de la que se había programado.

Es importante destacar, que, aunque muchas intervenciones se han realizado en los despachos de las diferentes profesionales del equipo SASEM, en la mayoría de los casos se ha preferido realizar visitas domiciliarias, acompañamientos en las actividades básicas de la vida diaria o intervenciones fuera del ámbito de los servicios sociales, todos estos lugares donde las personas con las que intervenimos se sienten muy cómodas.

Durante estas intervenciones, los programas que se han ido poniendo en marcha, con las personas que hemos intervenido han sido mayoritariamente el programa de autocuidados (28,81%) y el de intervención familiar (25,42%). Estos dos primeros programas han ido seguidos, según relevancia por los programas de apoyo a la integración social (16,94%), programa de apoyo a la inserción laboral (8,47%) y el programa de soporte comunitario (6,77%). Cabe destacar que en un 13,55% de las intervenciones se han puesto en marcha otro tipo de programas diferentes a los anteriormente citados, puesto que la intervención se ha adaptado continuamente a las necesidades de las personas que han sido usuarias de nuestro servicio.

Cabe indicar que, en relación a la intervención, en un 34,5% de los casos se debió realizar un Plan de Crisis. Estos Planes de Crisis, en la mayoría de las ocasiones se debieron a ingresos hospitalarios o por una mala gestión de emociones antes sucesos vitales que las propias personas atendidas no eran capaces de asimilar y gestionar adecuadamente.

Finalmente, nos queda indicar que, a finales del año 2022, de los 29 casos con los que se estaba interviniendo fueron dados de alta del servicio 3 de ellos, por motivos como ingreso en prisión, ingreso en centro específico de enfermos mentales crónicos (CEEM) e ingreso en vivienda tutelada.

## 4. CONCLUSIONES

Llegado el momento de las conclusiones, debemos empezar afirmando que el perfil de las personas usuarias del SASEM de Alaquàs se describiría de la siguiente manera: personas con una edad comprendida entre los 44 y los 45 años, aunque hay un porcentaje de jóvenes importante (25%); No existen grandes diferencias entre hombre y mujeres, y en su gran mayoría estas personas no tienen estudios.

En relación a la composición familiar, vemos que priman las familias unipersonales compuestas por hombres, todas ellas, seguidas por las familias nucleares y, finalmente, encontramos las familias monomarentales, las cuales están compuestas por madres con algún hijo o hija.

Salvo 4 personas que encontramos en situación de calle, el resto de unidades familiares viven en sus respectivos hogares sin tener serios problemas habitacionales. Ya que mayoritariamente estas unidades familiares tienen ingresos mensuales de diversas fuentes públicas, y con ellos pueden pagar sus gastos habitacionales y también cubrir sus necesidades básicas.

La mitad de las personas que han sido atendidas tienen reconocido un grado de discapacidad, teniendo un diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar o depresión mayor recurrente; y estando mayoritariamente adheridas al tratamiento farmacológico y/o a la atención psiquiátrica o psicológica.

Pese a su situación socio-sanitaria, solo un 20% de las personas atendidas tiene reconocido el grado 1 de dependencia, siendo perceptores del Servicio de Ayuda a Domicilio, por este hecho.

En relación a la figura de referencia que tienen estas unidades familiares en relación al SASEM, vemos que es la trabajadora social, llegando al servicio estas unidades familiares a través de la derivación, mayoritariamente, del ámbito socio-sanitario o por los servicios sociales de atención primaria de carácter básico.

Las intervenciones se han centrado, en su gran mayoría en la intervención individual y familiar, fuera del despacho de las profesionales. Y, sobre todo se han desarrollado los programas de autocuidados, intervención familiar, apoyo a la integración social, apoyo a la inserción laboral y soporte comunitario. Debiendo realizar, diversos Planes de Crisis, por diferentes situaciones socio-sanitarias vividas por las personas con las que se ha intervenido.

Si nos centramos ahora en la intervención futura, vemos que, al darse solamente a 3 familias de alta, para el próximo año, se cuenta con 26 familias con las que seguir trabajando.

Y para cerrar este artículo, solo nos queda marcarnos, como retos futuros y mejoras del servicio SASEM: seguir mejorando en la intervención individual y familiar, y mejorar también la coordinación con los diferentes ámbitos con los que

ya se está trabajando. Para alcanzar esta mejora las profesionales siguen formándose en el ámbito de la salud mental y del trabajo coordinado y en equipo.

También se plantea aumentar y mejorar la intervención comunitaria, pues es muy necesario erradicar los prejuicios que existen sobre las personas con problemas de salud mental, desde los ámbitos educativos, sociales, laborales, etc.

Y, sobre todo, y debido a las situaciones que en los últimos meses se ha venido observando, crear un programa dentro del servicio SASEM de apoyo, ayuda y acompañamiento a las personas que han realizado un intento de suicidio o han mostrado ideaciones suicidas, para evitar nuevas situaciones de riesgo físico, mental y emocional, tanto para la persona con la que se interviene como para la familia y su entorno.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfo Aprea, G. (2004). Epistemología y Psiquiatría. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 11(4). [https://alcmeon.com.ar/11/44/02\\_apreda.htm](https://alcmeon.com.ar/11/44/02_apreda.htm). Consultada febrero 2022
- Generalitat Valenciana. (2016). *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020*. Comunidad Valenciana: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Generalitat Valenciana. (2016). *Estrategia Valenciana de apoyo social para la recuperación e inclusión social de las personas con trastorno mental grave 2018-2022*. Comunidad Valenciana: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. AEN, Colección de estudios, 28.
- Guimon Ugartechea, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Core Academia.
- Ituarte Tellaeche, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Siglo XXI de España.

Ley 3 de 2019. (2019, 18 de febrero). De servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, No. 61. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/18/3>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Pellegero, N., Brise, E. y Tizón García, J. (1992). *El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria. Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Ediciones Dyoma.

Pérez Urdániz, A. y Romero, E. F. (1995). *Psiquiatría para no psiquiatras*. Tesitex, S.L.

Ramírez de Mingo, I. (1992). *El Trabajo Social en los Servicios de la Salud mental*. Eudema.

## 10è aniversari d' Odusalud... haurem de tornar?

**NURIA BAEZA ROCA\* I ANA ISABEL CAVA RÍOS\*\***

\* Treballadora social. Coordinadora d'Acció Social de Càritas Diocesana de València en 2012 i fundadora d' ODUSALUD. Actualment presidenta de la Cooperativa AeioLuz.

\*\* Treballadora social sanitària. Centre de Salut Azucena. Delegada Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

Rebut: 23 setembre 2023. Acceptat: 10 octubre 2023.



CORRESPONDÈNCIA

nuribaeza@gmail.com

## RESUM

Des de la publicació del Reial decret 16/2012 que va restringir l'accés als serveis de salut per a una part de la població, Odusalud, Observatori del dret universal a la salut de la Comunitat Valenciana format per 87 entitats, ha treballat durant més de deu anys proporcionant evidència directa sobre violacions del dret a la salut, així com fent propostes per a millorar l'accés a l'atenció mèdica de persones migrants o en altres situacions d'exclusió. Després dels canvis legals produïts en 2018, que milloraren parcialment aquest problema, la nova realitat sociopolítica espanyola i les seues expectatives plantegen una cruïlla a Odusalud sobre la seua reactivació i la manera de manejar-la. El paper del Treball Social, que ha estat present en més de deu anys d'història de Odusalud, continua sent necessari.

**PARAULES CLAU:** Dret a la salut; societat civil; cobertura sanitària; Odusalud.

## 10th anniversary of Odusalud... Will we have to go back?

## ABSTRACT

Since the publication of Royal Decree 16/2012 that restricted access to health services for a part of the population, Odusalud, Observatory of Universal Right to Health of the Valencian Community formed by 87 entities, has worked for more than ten years supplying direct evidence on violations of the right to health, as well as making proposals to improve access to health care of migrant people or in other exclusion situations. After law changes produced in 2018, which partially improved this problem, the new Spanish social and political reality and its future trends pose a crossroads to Odusalud about its reactivation and the way to manage it. The role of social work, which has been present in more than ten years of history of Odusalud, remains necessary.

**KEY WORDS:** Right to health; civil society; health coverage; Odusalud.

## INTRODUCCIÓ

La foto que encapçala aquest article és del 3 de febrer de 2023, quan celebrem el 10é aniversari (i escaig) de la Constitució d'ODUSALUD, Observatori del Dret Universal a la Salut de la Comunitat Valenciana que va nàixer de manera oficial el 4 de Novembre de 2012 quan tres entitats —Metges del Món Comunitat Valenciana, la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària i Càritas Diocesana de València— van decidir posar en comú els problemes de cobertura sanitària que estaven observant després de l'entrada en vigor del Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de me-

*asures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seues prestacions (RDL 16/2012). Aquest decret deixava sense cobertura sanitària a part de la població i vulnerava de manera clara el dret a la protecció de la salut i a l'assistència sanitària recollits en la Constitució.*

En aquesta celebració festiva i lúdica, les converses sobre el passat d'ODUSALUD que recordaven els moments de major activitat i la consecució d'alguns assoliments, van anar donant pas a un cert desassossec i incertesa pel que poguera ocórrer en les imminents eleccions autonòmiques i estatals.

La pregunta sobre la necessitat de revitalitzar ODUSALUD, que semblava una broma... no ho és tant. Haurem de tornar?

Si això és així, val la pena que repassem un poc la nostra història i repensem què hauriem de fer d'una altra manera, perquè en una dècada canviem moltes coses...

## ALGUNS ENCERTS EN ELS PRIMERS MOMENTS

Recordant els orígens d'ODUSALUD, una de les qüestions més interessants va ser la **rapidesa** de la seua constitució.

Des de l'aprovació del RDL 16/2012, el 20 d'abril, **van transcórrer menys de 8 mesos** en què tres entitats amb poca tradició d'haver treballat juntes fins a eixe moment van sintonitzar les seues sensibilitats i van llançar la proposta de **creació de l'Observatori** per a registrar les situacions que deixaven fora de cobertura a part de la població i poder presentar amb dades reals quina era la realitat que estava esdevenint.

Les **implicacions sociosanitàries** de la implantació del RDL 16/2012 i la seua repercussió sobre la salut de la població deixaven fora de discussió que tant entitats sanitàries com d'Acció Social teníem molt a dir i proposar i que només amb la unió de les nostres forces i posant en comú el nostre acostament a la realitat, podríem elaborar propostes aterrades i apegades al que en realitat estava passant.

Va ser clau identificar la **defensa del dret universal a l'assistència sanitària i l'elaboració de protestes amb propostes** com el **mínim comú múltiple** que ens unia i que ens vinculava més enllà dels nostres objectius propis com a entitats i de les nostres diferències d'enfocament.

Professionals sanitaris, del Treball Social, equips d'entitats d'Acció Social, entitats de voluntariat, organitzacions de persones migrants... totes érem necessàries i complementàries per a arribar a conèixer l'envergadura del que estava passant. Des de l'origen d'ODUSALUD, el Treball Social va ser present, ja que com s'indicava en l'article **El dret a la salut. La societat civil enfront**

**de l'exclusió sanitària** publicat en aquesta mateixa revista (2015):

*Els/es treballadors/es socials han sigut i són els professionals de referència per a identificar les persones afectades pel RDL 16/2012, així com per a facilitar i informar sobre les rutes jurídiques, i les possibles vies per a evitar factures i aconseguir l'atenció sanitària.*

També des del començament, va ser clau la necessitat de ser precises i llançar propostes confirmades amb dades. En realitat, estàvem realitzant un diagnòstic per a poder prescriure mesures preventives, curatives i pal·liatives per a la Sanitat Pública i la salut de la població, que sense discussió es veien perjudicades.

En menys d'un any, més d'una cinquantena d'entitats es van adherir a aquesta iniciativa, que en tot moment va buscar conèixer la magnitud del problema d'inassistència sanitària i caracteritzar les situacions per a poder demostrar i denunciar davant la societat i el poder polític la serietat i gravetat de les conseqüències de la implantació d'aquesta legislació. De fet, el primer Informe d'ODUSALUD va ser emès al novembre de 2012 amb la participació de només 5 entitats, sumant-se gradualment, amb cada nou informe, 35, 39, 48 i en el primer any de vida, el 6é informe va ser signat per 56. Amb el pas del temps, de manera periòdica, s'han realitzat 13 informes en el període 2012-2018 arribant a participar 87 entitats que són les que conformen ODUSALUD en l'actualitat.

El que va començar amb el registre d'incidències per a fer denúncia pública i elaboració de mesures es va anar enriquint amb la creació de diferents grups de treball per a donar resposta a les necessitats que detectàvem. A més entitats, més sensibilitats, perspectives i capacitat de detecció més àmplies de les situacions d'exclusió sanitària, més possibilitats d'arribar a més població, més realitats detectades i més capacitats i iniciatives que posar al servei d'ODUSALUD.

La **governança** del que s'havia iniciat com una posada en comú d'informacions i que havia acabat en un any en una plataforma amb més de 50 organitzacions, es va presentar com una prioritat. ODUSALUD requeria dotar-se d'òrgans de

participació, formació, coordinació amb altres entitats i de direcció participada per a dirigir les activitats i els esforços de manera efectiva i eficient. Aquests òrgans estaven compostos per persones que no actuaven a títol propi, sinó en nom de les entitats a les quals pertanyien i representaven per delegació.

**Escoltar i aprendre de l'experiència** de moltes de les entitats adherides en altres plataformes i coordinadores ens va ajudar a establir prioritats que van ser clau: **compromís, transparència i comunicació**.

L'adhesió voluntària de cada entitat a ODUSALUD es va dur a terme de mode formal, sol·licitant la participació que havia de ser aprovada pels membres que ja conformaven l'Observatori. Aquesta sol·licitud comportava un compromís d'acord amb les possibilitats de cada entitat, aportació d'incidències, suport en la difusió, cessió de recursos humans o materials... No es va considerar suficient el mer formalisme d'adhesió als objectius, sinó la participació activa en el funcionament de l'Observatori com a implicació inseparable de l'adhesió.

El blog <http://odusalud.blogspot.com/> materialitza la voluntat d'agilitat, pluralitat i transparència. Es crea de forma quasi automàtica a la constitució de l'Observatori; un espai comú, de lliure accés, on contactar, conèixer qui som, com ens organitzem, on publicar els informes, les nostres propostes, el nostre treball i poder reportar incidències sanitàries fins i tot de manera anònima.

La comunicació interna amb la remissió d'actes de treball de la Comissió Permanent i dels grups de treball, la celebració d'Assemblees, l'exposició pública de les actes de la Comissió Mixta Sanitària creada a partir de tardor de 2015 amb la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública és un esforç constant per establir i mantindre una comunicació fluida i eficaç a l'intern i a l'extern de l'Observatori.

El **repartiment de responsabilitats** va ser l'origen dels diferents grups de treball que van sorgir al llarg del temps en ODUSALUD per a donar resposta a les diferents necessitats que es van anar detectant i canalitzar les diferents iniciatives:

## 2013

- **GRUP DE FORMACIÓ:** Per a difondre ODUSALUD, el seu registre d'incidències de vulneracions del dret a l'assistència sanitària i formació específica per a un millor registre de casos.
- **GRUP TECNOLÒGIC:** Per a millorar les eines informàtiques de registre i visibilització d'ODUSALUD.
- **GRUP DE REFLEXIÓ SOBRE ELS "LIMITS":** Per a definir les situacions que han de ser recollides en el registre d'incidències, valorant registrar a més dels casos vulnerables d'assistència sanitària, aquells casos de dificultat d'accés als tractaments per insuficients recursos econòmics.
- Participació en CÀRRECS DE PORTAVEU I DECLARACIONS PÚBLIQUES.

## 2014

- Grup d'INFORMES i COMUNICACIÓ per a la realització d'Informes després d'explotació de la Base de Dades, gestió de la web, actualització i creació de continguts, gestió de les Xarxes Socials, suport a altres grups en el disseny de materials, notes de premsa i comunicats i documentar casos per a mitjans i gestionar la seua aparició.
- Grup de SUPORT JURÍDIC a qüestions plantejades des de les entitats adherides a ODUSALUD.
- Grup d'INCIDÈNCIA POLÍTICA i MOBILITZACIÓ per a desenvolupar accions encaminades a promoure canvis legislatius per a aconseguir el dret universal d'accés a la salut, disseny d'un pla de mobilització social i reunions amb els representants dels grups polítics.

## 2020

- **PROTOCOL DE TREBALL SOCIAL SANITARI PER AL DESENVOLUPAMENT DE L'ACCÉS A L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA UNIVERSAL** realitzat i consensuat per un grup de treball de l'Administració Sanitària, de treballadores socials sanitàries, del Col·legi de Treball Social i ODUSALUD com a entitat del tercer sector; que contempla, de manera exhaus-

tiva, les diferents situacions que es poden donar, des d'un punt de vista inclúsiu per a assegurar l'accés l'assistència a totes les persones migrants sense recursos econòmics que el precisen.

La Governança i el repartiment de tasques és sempre un repte que implica sobre esforç, temps i la necessitat de previndre el desgast i el cansament dels quals assumeixen més responsabilitats.

Al llarg d'aquests anys en ODUSALUD hem tractat de **buscar espais i temps per a cuidar-nos**, auto examinar-nos, reflexionar juntes i superar les dificultats. Tots aquests aprenentatges ens han acompanyat aquest temps. Però no tot han sigut encerts.

## ALGUNES DIFICULTATS

Durant els primers anys d'ODUSALUD, el pes de l'organització i la coordinació interna va recaure principalment en el grup d'entitats motores de la iniciativa i com sol ser habitual, en l'empenyiment de persones individuals especialment alineades i compromeses.

Ens enfrontem al desgast, al desassossec... durant bastant temps no obteníem resultats i assistíem amb impotència a les situacions que continuaven repetint-se.

L'acumulació de tasques i el treball afegit que significava el compromís amb ODUSALUD, a vegades no era assumible per totes les entitats en la mateixa mesura i al llarg d'aquests 10 anys les prioritats i les urgències de les entitats han anat canviant. Les pròpies característiques de l'Observatori, la seua organització i els seus recursos, al costat de la disminució de les comunicacions rebudes sobre situacions de vulneració del dret a l'assistència sanitària han conduït a una evident atonia en el seu funcionament i la seua comunicació amb les entitats adherides que el formen.

Perquè la realitat ha anat mutant i ODUSALUD ha hagut d'adaptar-se a cada moment.

## QUÈ HA PASSAT EN UNA DÈCADA EN L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA?

L'activitat d'ODUSALUD des de 2012 a 2018 va ser intensa en la seua configuració, creixement, autoorganització, recollida d'incidències, elaboració d'informes i sobretot, en la consolidació de l'Observatori com un interlocutor reconegut davant les administracions públiques.

Cadascun dels Informes ha anat acompanyat de propostes polítiques, organitzatives i pressupostàries dirigides als organismes públics i als partits polítics.

El punt d'inflexió va ser l'aprovació del Reial decret llei 7/2018 del 27 de juliol sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut, que en el text introductorí recollia les reivindicacions realitzades per ODUSALUD. Va ser un moment de profunda emoció i alegria. Ho havíem aconseguit!

Diu aquest RDL:

*L'accés al Sistema Nacional de Salut en condicions d'equitat i d'universalitat és un dret primordial de tota persona. La garantia de l'exercici d'aquest dret i la protecció efectiva de la salut de la ciutadania cobra encara major importància quan els qui es veuen privats d'una assistència sanitària normalitzada són col·lectius d'una especial vulnerabilitat, amenaçats per l'exclusió social, com és el cas de la població estrangera no registrada ni autoritzada a residir a Espanya.*

*L'entrada en vigor del Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seues prestacions, va suposar, de facto, una vulneració d'aquest dret. La norma deixava fora de l'atenció sanitària amb càrrec a fons públics a persones adultes no registrades ni autoritzades a residir a Espanya. La prestació sanitària va quedar així limitada a l'assistència en cas d'urgència per malaltia greu o accident fins a la situació d'alta mèdica i a l'assistència durant l'embaràs, part i postpart.*

*En l'àmbit de la normativa internacional, tant supranacional com europea, el dret a la protecció de la salut es reconeix de manera expressa com un*

*dret inherent a tot ésser humà, sobre el qual no cap introducció de cap element discriminatori, ni en general ni en particular, en relació amb l'exigència de regularitat en la situació administrativa de les persones estrangeres.*

Malgrat això, ODUSALUD, com indica en el seu 14 Informe, manté el compromís d'observar i seguir vigilant del manteniment de l'accés a l'atenció sanitària de totes les persones i treballar conjuntament perquè aquestes situacions de vulneració deixen de produir-se, denunciant, si és el cas, les que es perpetuen. Des de llavors, encara que amb menor intensitat, ODUSALUD ha continuat detectant situacions de vulneració del dret a l'assistència sanitària pública gratuïta.

## 2020 Pandèmia Covid19

La irrupció de la pandèmia va posar a la societat sencera contra les cordes i el sistema sanitari va ser el protagonista i heroi d'aquesta desfeta. Es va facilitar l'accés a l'assistència sanitària per la situació de pandèmia COVID mitjançant instruccions als Centres de Salut, a tota la població que acudia a aquests sense tindre en compte la seua situació administrativa. Des d'ODUSALUD es va fer arribar a la Conselleria de Sanitat a través de la Comissió Mixta la seua preocupació pels col·lectius vulnerables que podrien quedar fora de la vacunació de COVID, per falta d'ASU (Assistència Sanitària Universal), per falta de domicili registrat, com els assentaments d'infrahabitatge o per altres barreres d'accés.

Atés que aquests col·lectius són coneguts per algunes de les entitats membre de l'Observatori, participem amb informació, mediació i acompanyament per a acudir als centres de vacunació habilitats, seguint el protocol del Ministeri de Sanitat.

## 2023 NOUS VENTS POLÍTICS

Alguns comentaris de la nit de celebració del desè aniversari s'han convertit en un mal presagi. Algunes candidatures que han concorregut a les eleccions legislatives del 23 de juliol han proposat noves mesures de restricció en el dret universal a l'assistència sanitària, que tornarien a afectar persones pertanyents a grups vulnera-

bles la situació dels quals empitjoraria greument amb la restricció d'accés a l'assistència sanitària. Aquest escenari i el risc tangible de reversió dels avanços produïts en l'accés a l'assistència sanitària, obliguen a ODUSALUD a considerar la seua reactivació cridant al conjunt de la ciutadania a defensar pública, democràtica i responsablement en tots els àmbits i formes el dret a l'assistència sanitària universal i gratuïta, en pla d'igualtat per a totes les persones que habiten aquest país, amb independència de la seua situació administrativa i amb especial atenció a aquells grups i persones més vulnerables. Igualment, caldria instar les entitats adherides a reforçar i intensificar el suport i la implicació i participació al màxim possible en el seu funcionament.

Conseqüentment amb el seu rol i responsabilitat del 19 de juliol de 2023 ODUSALUD va publicar un manifest: *Passat, present i futur d'una plataforma per a defensar el dret a la salut*, en el qual:

- Crida al conjunt de la ciutadania a defensar democràtica i responsablement en tots els àmbits i formes aquest dret sense excepcions, ni exclusions.
- Rebutja rotundament les propostes electorals que privarien de l'assistència sanitària pública als nostres grups socials més desfavorits, com a persones estrangeres sense permís de residència o sense accés legalitzat a llocs de treball.
- Exigeix als governs i parlaments central i autonòmics resultants de les eleccions que assegurin de manera permanent el dret a l'assistència sanitària pública i gratuïta en pla d'igualtat per a totes les persones que habiten aquest país, amb independència de la seua situació administrativa i amb especial atenció a aquells grups i persones més vulnerables.
- Proposa el blindatge d'aquest dret, inclouent-lo en la Constitució Espanyola com a mostra i garantia de les característiques socials que eixe mateix text atribueix a l'Estat.

Per tot això ens dirigim, una vegada més, a totes les entitats que van formar part de ODUSALUD en el passat i a les quals vulguen fer-lo en el present,

així com a la ciutadania en general, per a recaptar reforços i permetre que aquesta plataforma continue vigilant que es faci efectiu el dret a la salut per a totes les persones.

## RESUMINT: TORNAREM A SER NECESSARIS?

### Malgrat la incertesa sembla imprescindible la labor de vigilància

Necessitarem (més) ODUSALUD?

Necessitarem el mateix ODUSALUD?

Necessitarem un nou (o siga diferent) ODUSALUD?

Si fora així com hauria de ser eixe ODUSALUD 2.0?

La resposta a aquestes preguntes es gestarà en l'Assemblea, amb la discussió, consens i compromís de les entitats d'ODUSALUD, com sempre s'ha fet, de manera participada i realitzant un exercici de consciència i actuació cívica i ciutadana.

## RECORDANT FITES

Si ens envaeix el descoratjament, és important i útil recordar els assoliments aconseguits. ODUSALUD és una realitat que ha fet realitat qüestions molt complexes i hem de sentir-nos molt orgulloses les entitats que el configurem.

Ha sigut, és i serà un èxit...

- Cada vegada que hem aconseguit recuperar i assegurar la cobertura i atenció sanitària a persones que han entrat en contacte amb alguna entitat d'ODUSALUD.
- Aconseguir convocar, aglutinar i organitzar a 87 entitats diferents, amb diferents sensibilitats i realitats que han trobat un objectiu comú i que s'han mantingut unides durant 10 anys.
- Elaborar 14 informes amb les aportacions de les diferents entitats i presentar propostes en tots i cadascun d'ells.

- Unir-se i coordinar-se amb altres plataformes i moviments més enllà de la nostra Comunitat Autònoma. (Yo Sí Sanidad Universal i REDER)
- Aconseguir que ODUSALUD siga reconegut com a interlocutor vàlid davant l'administració pública autonòmica i formar una Comissió Mixta de Seguiment amb la Conselleria de Sanitat des de 2016.
- Proposar mesures que van contribuir a l'elaboració del Reial decret llei 7/2018 de 27 juliol, sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut, que va recuperar, almenys normativament, l'atenció sanitària com un dret i fugir del concepte d'assegurat.
- Seguir vigilants i amb capacitat per a ressorgir. Àgils per a ajustar-nos i tornar a la càrrega!!!

## QUIN PAPER EXERCIM LES PROFESSIONALS DEL TREBALL SOCIAL?

La nostra presència en el sistema sanitari, en els barris i municipis, el nostre contacte quotidià amb les persones en situació de vulnerabilitat i exclusió, li donen a la nostra professió una perspectiva privilegiada per a calibrar l'impacte dels canvis que puguem produir-se.

Les professionals del Treball Social Sanitari realitzem una valoració social, el diagnòstic social sanitari de la qual davant la falta de cobertura sanitària implica la realització d'una intervenció social per a facilitar l'accés a l'assistència sanitària, segons les seues circumstàncies sociofamiliars i econòmiques, sent la porta d'entrada al sistema sanitari. Coneixem les possibilitats reals i podem realitzar propostes de millora que venen des de la pràctica professional. Treballem en xarxa amb entitats del Tercer Sector que treballen amb població migrant per a informar sobre el dret a sol·licitar assistència sanitària i l'accés a les seues prestacions en igualtat de condicions que els espanyols.

Som presents en organitzacions ciutadanes i des del Treball Social Comunitari podem informar, sensibilitzar, crear consciència, acompanyar i

participar en l'elaboració de denúncies i propostes. Com ho hem fet des del principi d'ODUSALUD.

## BIBLIOGRAFÍA

---

Grupo de Información, Sensibilización y Formación de ODUSALUD (2015). El derecho a la salud. La sociedad civil frente a la exclusión sanitaria. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, 12, pp. 67-77.

España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, núm.98.

España. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de Julio, sobre el acceso Universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de Julio 2018, núm.183.

## WEBGRAFÍA

---

Observatorio del derecho universal a la salud de la Comunitat Valenciana. <http://odusalud.blogspot.com/>

# Situación del Trabajo Social en los equipos de atención primaria de Servicios Sociales en la provincia de València

VICTORIA BELIS HERRERAS\* Y CELIA MARIA GIMENO CARRERAS\*\*

\* Trabajadora Social. Colegiada 43 València

\*\* Trabajadora Social. Colegiada 3005 València

Recibido: 31 julio 2023. Aceptado: 15 octubre 2023.

## RESUMEN

El presente artículo es una síntesis del estudio de investigación realizado desde el Col·legi Oficial de Treball Social de València, el cual ha centrado sus objetivos principales en conocer la realidad de las Trabajadoras Sociales ante el nuevo escenario que se plantea en el sistema público de Servicios Sociales de Atención Primaria Básica de la Comunidad Valenciana, con la implementación de la Ley 3/2019 de Servicios Sociales Inclusivos y el impacto que este nuevo contexto está teniendo en la profesión. Se ha constatado la existencia de carencias profesionales con metodología cuantitativa, a través de la elaboración de un cuestionario, y con metodología cualitativa por medio de técnicas como la entrevista en profundidad y los grupos de discusión, proponiendo finalmente acciones dentro del colegio profesional que den cobertura a dichas necesidades.

**PALABRAS CLAVE:** Servicios Sociales; intervención profesional; inestabilidad laboral; formación; desprofesionalización; precarización laboral; estructura organizativa.

## Situation of Social Work in the primary care teams of Social Services in the province of Valencia

## ABSTRACT

This article is a synthesis of the research carried out by the Official College of Social Work of Valencia, which has focused in the main objectives on knowing the reality of Social Workers in the face of the new scenario that is posed in the public system of Basic Primary Care Social Services of the Valencian Community, with the implementation of Law 3/2019 on Inclusive Social Services and the impact that this new context is having on the profession. The existence of professional shortages has been verified with quantitative methodology, through the elaboration of a questionnaire, and with qualitative methodology through techniques such as in-depth interviews and discussion groups, finally proposing actions within the professional college that cover these needs.

**KEY WORDS:** Social Services, professional intervention, job instability, training, de-professionalization, job insecurity, organizational structure.

CORRESPONDENCIA

victoriabelis@hotmail.com | cgimenocarreras@gmail.com

El presente artículo es una síntesis del estudio de investigación realizado desde el Col·legi Oficial de Treball Social de València; los objetivos principales del estudio se centraron en conocer la realidad de las Trabajadoras Sociales ante el nuevo escenario que se plantea en el sistema público de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana, con la implementación de la Ley 3/2019 de Servicios Sociales Inclusivos. Se centró en los servicios sociales de atención primaria básica y el impacto que este nuevo contexto está teniendo en la profesión; en detectar la existencia de carencias profesionales si las hubiere, y en proponer acciones que den cobertura a dichas necesidades.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se diseñó un estudio que recogiese la visión que se tiene del Trabajo Social de atención primaria básica, en los diferentes escenarios y sistemas de Protección Social en los que el Trabajo Social está presente.

Igualmente se consideró necesario analizar la visión externa que del sistema de Servicios Sociales tienen técnicos de la administración general de los ayuntamientos, y más en concreto de las funciones y competencias de las trabajadoras sociales, realizando entrevistas con Secretarios de diferentes ayuntamientos.

Cronológicamente la recogida de los datos del estudio se realiza durante el primer semestre del año 2022.

En la implementación del estudio se han utilizado diferentes técnicas, técnicas cuantitativas a través de la elaboración de un cuestionario con preguntas cerradas y multirrespuesta, remitido a la muestra que se seleccionó de la base de datos del Col·legi Oficial de Treball Social de València, de la que el colegio tiene constancia que desarrollaban su trabajo en los equipos de atención primaria básica de servicios sociales.

El diseño del cuestionario se estructuró en diferentes áreas, a los efectos de posibilitar un conocimiento integral de la situación de la profesión, del ejercicio profesional, de las funciones y competencias, de las condiciones laborales, de la estabilidad en el empleo, de cómo afecta a la salud el trabajo que se desarrolla, de la adecuación de la formación universitaria a las necesidades emergentes que deben ser atendidas por la pro-

fesión. La validación del cuestionario se realizó con la participación de Trabajadoras Sociales de amplia y reconocida experiencia en el ámbito de servicios sociales de atención primaria.

En cuanto a las Técnicas Cualitativas, se utilizaron dos tipos, los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad. En lo que respecta a los grupos de discusión, se organizaron siete grupos de discusión en los que participaron trabajadoras y trabajadores sociales de diferentes ámbitos: profesionales de los servicios de atención primaria básica, profesionales con responsabilidad en la gestión de los servicios de atención primaria, profesionales de otros sistemas de protección, profesionales de entidades del tercer sector, profesionales de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas con responsabilidad política y con responsabilidad técnica en la gestión del sistema y de los programas del Sistema Público de Servicios Sociales.

Las entrevistas en profundidad, como se ha comentado con anterioridad se realizaron a Secretarios de diferentes corporaciones locales (ayuntamientos, mancomunidad).

Los resultados del estudio en aquellos aspectos más relevantes se sitúan en:

Alta Feminización: una constante en la profesión es la alta feminización, ha sido y sigue siendo muy elevada dicha tasa que se sitúa en torno al 96,2%; se observa que tanto el reconocimiento de la formación académica como universitaria, ha supuesto la incorporación de un mayor número de personas del sexo masculino.

La edad de las y los profesionales: el hecho de que el sistema de público sea el más joven de los sistemas de protección social, con menos de 43 años desde su creación en la Comunidad Valenciana, se pone de manifiesto en la antigüedad de los profesionales en el sistema; de las respuestas obtenidas se destaca que el 62% de los profesionales tiene una antigüedad inferior a 15 años y de ellos un 12% menos de tres años, tan solo un 11% presenta una antigüedad superior a 30 años.

Inestabilidad en el empleo: se constata una importante inestabilidad en el empleo, el 12,11% son funcionarias de carrera, frente a un 54,51%

que mantienen un contrato de funcionaria/o interina/o. Del 32,9€ de Contratación laboral realizada, únicamente el 7,7% son temporales. Esta situación entre otras es consecuencia de los efectos de la Ley de Racionalidad y Sostenibilidad de la Administración Pública que ha limitado durante años la tasa de reposición en la administración pública.

**La Movilidad en los puestos de trabajo:** la modalidad de contratación por programas es la más frecuente en los últimos años, teniendo un efecto importante en la movilidad, al no poderse prorrogar un contrato a la misma persona por más de cuatro años, lo que se pone de manifiesto en los resultados obtenidos el 51,19% ha cambiado de administración local y de este porcentaje el 28,99% lo ha hecho más de tres veces.

Este escenario dificulta consolidar los equipos de trabajo y la calidad de los servicios que recibe la ciudadanía, así como la estabilidad laboral y emocional de las profesionales del sistema tanto de la atención básica que se sitúa en la primera línea, como a las personas que ejercen la coordinación de los equipos por la sobrecarga de trabajo que supone la reasignación de efectivos y la formación de las nuevas incorporaciones en la cultura del servicio (procesos, procedimientos, sistematización de la información, etc.).

Esta circunstancia merma la calidad de los servicios que recibe la ciudadanía, el hecho de cambiar con frecuencia de profesional hace que se pierda la confianza en el sistema, quedando desvirtuada la figura del profesional de referencia.

**Falta de Reconocimiento Profesional:** en el 97,8% de las respuestas obtenidas, las Trabajadoras Sociales están encuadradas en el nivel A2, tan solo un 2,2% se encuadran en el A1. Ello implica en algunas ocasiones dificultades para acceder a puestos de dirección (techo de cristal) y retribuciones económicas inferiores a las que les corresponden por responsabilidad y titulación. Otros/as profesionales con la titulación universitaria de grado están encuadrados/as en el nivel A1 (ejemplo, ingenieros/as técnicos/as, arquitectos/as técnicos/as, etc.).

**Precarización Laboral:** a nivel salarial, en muchas de las respuestas obtenidas se pone de manifiesto

que el salario que perciben se ajusta exclusivamente al módulo de financiación que reciben los ayuntamientos, a través de la subvención de la Conselleria con competencia en materia de servicios sociales.

En cuanto a la imposibilidad de homologar salarios, el hecho de que el desarrollo de los servicios sociales de atención primaria recaiga sobre los municipios, hace inviable unificar los salarios de los profesionales, lo que no ocurre en el resto de sistema de Protección Social, donde todos sus profesionales despenden de la misma administración (educación, sanidad, etc.), generando situaciones de agravios comparativos.

Insuficiencia de espacios adecuados que favorezcan la intervención profesional garantizando la intimidad de las personas atendidas y la calidad del ambiente de trabajo en el que se desarrolla la profesión en la administración local.

Insuficiencia de medios técnicos que mejoren el trabajo, exceso de plataformas para el registro de la información. Convirtiéndose en ladrones del tiempo que reducen la eficacia y eficiencia del trabajo.

**Desprofesionalización del Trabajo Social:** el hecho real de la existencia de una sobrecarga importante de los servicios de información y gestión que recaen sobre las trabajadoras sociales de atención primaria, dificulta la aplicación de las técnicas básicas de la intervención del Trabajo Social.

**Burocratización del Trabajo Social:** la visión que del trabajo Social de atención primaria de servicios sociales manifiestan tener las trabajadoras sociales de otros sistemas de protección y de las entidades del Tercer Sector, es de que soportan un elevado grado de burocracia, que entre otras cosas dificulta una coordinación en las intervenciones que deben realizarse conjuntamente.

**Síndrome del Impostor:** en lo que respecta a las funciones de coordinación, las trabajadoras sociales no asumen con frecuencia las funciones de coordinación, dirección y gestión de los Servicios Sociales, las causas que se argumentan para no desarrollarlas son entre otras, el miedo a asumir la responsabilidad de la gestión 25,18%;

la preferencia por la intervención directa 22,16%, dificultades de asumir la gestión por la existencia del techo de Cristal en la administración local 56,41%, carencia de formación en dirección y gestión de la organización de recursos humanos, gestión de conflictos, etc.

En el ejercicio de las funciones de coordinación, se ponen de manifiesto sensaciones de soledad; lo que se identifica en los manuales de la organización como la soledad del Jefe, figura que se encuentra entre dos espacios, por una parte, el cumplimiento del mandato institucional a nivel político y de otra la gestión de los recursos de su equipo para cumplir los objetivos. Esta situación puede acarrear problemas de aislamiento, ansiedad, estrés, que repercuten negativamente tanto en la persona como en la organización.

La formación: el 83,75%, opina que la formación universitaria que se recibe en el Grado de Trabajo Social es insuficiente para ejercer las funciones de dirección, coordinación y gestión; que los planes de estudios deben actualizarse y revisarse periódicamente adaptándose a las necesidades de una sociedad en permanente cambio.

Se evidencia la necesidad de disponer de una oferta de formación continua por parte de la universidad y del colegio profesional.

La estructura organizativa: la inexistencia de una Ley Marco de Servicios Sociales que estructure los servicios como lo hace la Ley de Sanidad o la Ley de Educación; el hecho de que las competencias materia de Acción Social estén transferidas a las Comunidades Autónomas y esta a su vez transfieran a los ayuntamientos la prestación de los servicios sociales de atención primaria; la diversidad de formas organizativas existentes en las entidades locales que dependen tanto de las características de la administración local (ayuntamiento, grandes, medianos y pequeños, comarcas, etc.) como de la procedencia política de sus representantes, afecta directamente a disponer de una estructura uniforme en la implementación del sistema, que de forma directa afecta a la cohesión del Trabajo Social en el territorio.

La Intervención profesional: la intervención en Trabajo Social está centrada tanto en la per-

sona como en el medio social, partiendo de un enfoque global y plural. En la actualidad existe una disfunción entre lo que se define como intervención profesional y lo que se realiza por las trabajadoras sociales de atención primaria en los ayuntamientos. Esta disfunción se identifica entre otras circunstancias por la sobrecarga del servicio de información orientación y gestión, que recae casi con exclusividad en la trabajadora social, en detrimento del diagnóstico social competencia exclusiva del Trabajo Social y de la intervención social.

La Coordinación entre el sistema de Servicios Sociales y el resto de los sistemas de Protección Social es claramente insuficiente, no existen protocolos unificados de coordinación, ni el reconocimiento de una coordinación formalizada, quedando la misma sujeta a las relaciones personales entre los profesionales de los diferentes sistemas. Lo que contribuye a dificultar la intervención profesional.

La intervención profesional es diferente en función de la posición que se ocupa dentro de la administración y en las diferentes administraciones. Si el puesto de trabajo se ubica en una Dirección General de Conselleria, estás participando en la creación del sistema, las intervenciones profesionales se dirigen a contribuir a la promoción, al reconocimiento de derechos sociales, a la mejora técnica de los servicios sociales. En atención primaria la intervención se dirige a la persona y a la comunidad.

Las trabajadoras sociales como profesionales de referencia del sistema público de Servicios Sociales debemos tener claro que, la intervención, la prescripción, la supervisión, el acompañamiento y la evaluación son competencias del Trabajo Social.

A nivel de salud, más del 50% de las personas que han participado en el estudio, manifiestan encontrarse sobrepasadas de trabajo y sobresaturadas, por la situación que están viviendo, lo que les provoca una sensación de agotamiento físico, mental y falta de energía. Aparece el sentimiento de frustración por las condiciones en las que se está realizando el trabajo.

### La visión externa del sistema de Servicios Sociales

Los cuerpos nacionales de los ayuntamientos (interventores y secretarios) por regla general consideran al departamento de servicios sociales con una categoría inferior a otros departamentos municipales dentro de la estructura municipal.

Aún en la actualidad, pese a la aprobación de leyes que reconocen el derecho de la ciudadanía a los servicios sociales, existe una concepción benéfico asistencial de los mismos. La mayor parte de la opinión pública está atrapada en la referida percepción benéfico asistencialista, sin que por los medios institucionales se esté actuando de manera efectiva para adecuar dicha percepción.

La financiación del sistema a través de la vía de subvenciones de la administración autonómica, contribuye a esta concepción, pese a que la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local establece en sus artículos 25 2 k) y 26 1 c) la obligatoriedad de la prestación de servicios sociales, no son muchos los ayuntamientos que aprueban en sus presupuestos municipales financiación propia para Servicios Sociales.

Se pone de manifiesto una precarización en el empleo de las trabajadoras sociales, especialmente en municipios pequeños. Los salarios que perciben se ajustan a la subvención que recibe el ayuntamiento de la Conselleria con competencia en la materia de servicios sociales, dicha financiación lleva implícita los costes de la seguridad social, con lo que los salarios netos de las trabajadoras sociales no se ajustan a su cualificación y competencias profesionales.

Existen diferencias salariales importantes con técnicos/as de la misma categoría profesional de otros departamentos municipales, diferencias que también se recogen en la financiación de Conselleria. Por ejemplo, en el contrato-programa, la figura del psicólogo está financiada con 33000€, y el trabajador social con 26000, cuando ambos son grado universitario. Si la financiación autonómica se disminuye, los sueldos de los profesionales también.

### La visión externa de las Trabajadoras y Trabajadores Sociales

La ciudadanía identifica como profesional de referencia del sistema de servicios sociales a la trabajadora social, definiéndolo como la puerta de acceso al sistema.

En los municipios de poblaciones pequeñas se produce una falta de reconocimiento a nivel político del Trabajo Social; para el político local lo más importante es la obra, la fuente, que se queda ahí y la ve todo el mundo primando estas acciones sobre los servicios sociales.

En lo que respecta a la formación, se considera la necesidad de una mayor formación en el Derecho Administrativo. Por regla general, el personal de Servicios Sociales carece de formación en el Procedimiento Administrativo Común, necesario para la gestión de expedientes, esta ausencia de formación puede subsanarse mediante la introducción en el servicio de personal de apoyo procedente de Administración General; lo que permite que el personal especializado se dedique esencialmente a sus funciones reservadas, enriqueciendo el servicio con esa faceta multidisciplinar, sin perjuicio de la debida formación básica correspondiente a todo empleado público.

En general los presupuestos de servicios sociales están poco valorados políticamente en el ámbito local, mantienen una relación directa con su elevado grado de financiación externa, el mismo suele ajustarse a los programas subvencionados por la Conselleria con competencia en materia de servicios sociales, con escasa participación propia de los ayuntamientos.

Se produce una baja participación de las profesionales del Trabajo Social en la elaboración de las ordenanzas municipales y las prescripciones técnicas de la contratación de servicios que son de su competencia, pese a que son los profesionales que mejor conocen las realidades sociales y las necesidades de la población.

Con demasiada frecuencia las personas usuarias de servicios sociales tienen la imagen de la trabajadora social como la gestora de prestaciones o paguitas, no como la profesional que interviene en el proceso de acompañamiento e inserción si

se precisa. Debemos abolir la imagen de tramitadoras, difundamos más nuestras competencias y nuestro saber hacer profesional, hagamos visible a la profesión.

## CONCLUSIONES

El Trabajo Social es una profesión altamente feminizada. Persiste la visión benéfico-asistencialista de los servicios sociales, pese a haber transcurrido más de cuarenta años del sistema de servicios sociales, y algunos años más de la intervención profesional previa a la existencia del sistema, que fue desarrollada por las asistentes sociales de la década de los años 60 y 70.

Esta visión benéfico-asistencialista del Trabajo Social, es percibida por una parte importante de la ciudadanía, por algunos responsables políticos y algunos profesionales de los cuerpos de habilitación nacional de los ayuntamientos (interventores, secretarios, etc.).

Se explicita la necesidad de poner en valor el trabajo realizado, incrementar la autoestima profesional que está condicionando las relaciones con los cuerpos nacionales de las administraciones locales y con los responsables políticos, en ambos casos se detecta una falta de conciencia sobre el Sistema Público de Servicios Sociales y del Trabajo Social.

El crecimiento exponencial de los servicios sociales de atención primaria en los últimos dos años, la incorporación de las nuevas y diferentes profesiones al sistema, la indefinición de las funciones y competencias de estas nuevas profesiones, unido a la burocratización a la que se ha sometido el Trabajo Social, ha favorecido que se desdibujase la intervención profesional del Trabajo Social.

Se considera que, desde la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas existe una falta de reconocimiento hacia las funciones del Trabajo Social, ya que no se distinguen nuestras funciones del resto de las funciones de otros profesionales de los equipos de atención primaria, lo que genera un problema de autorreferencia o autodefinición dentro de los puestos de trabajo.

La brecha digital existente en la ciudadanía condiciona y sobrecarga a la trabajadora social. El desconocimiento de la administración electrónica y la obligatoriedad de su uso, unido a carecer de los medios para su acceso supone una sobrecarga en la gestión de información y de prestaciones en los servicios sociales de atención primaria.

Se constata la necesidad de que exista un sistema único de sistematización de la información en servicios sociales, independientemente del recurso/programa o nivel de la estructura de que se trate. En la actualidad en función de la prestación hay diferentes plataformas de gestión de expedientes, sobrecargando también a las trabajadoras sociales sobre las que recaen estas funciones.

Se pone de manifiesto la existencia de una situación de estrés en las profesionales, el Trabajo Social es muy estresante, se trabaja con las emociones, sentimientos y situaciones muy difíciles, con mucha carga emocional, es necesario crear espacios de descarga emocional de las profesionales dentro de la organización y/o de la profesión.

A la situación de estrés se le suma la ansiedad que produce el cambio de modelo del sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, impulsado por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas por la celeridad con la que se quiere implementar sin estar consolidados los servicios.

Las personas que han participado en el estudio identifican que dicho malestar tiene una relación directa con las situaciones estructurales en las que se desarrolla la profesión (sobrecarga de trabajo, saturación de la demanda que dificulta la realización de las funciones y competencias del Trabajo Social, presiones políticas, etc.). Pese a esta situación no se pone de manifiesto en el estudio la existencia de una situación de *Burnout*.

El Trabajo Social debe centrarse en la intervención profesional, en las necesidades y problemas que tienen las personas, los colectivos, es necesario analizar qué tipo de trabajo realizamos y a qué modelo de intervención se corresponde, si la misma está centrada en la persona y los colectivos o si es un tipo de intervención que se realiza por mandato institucional.

Se considera imprescindible disponer de espacios dentro del Colegio Profesional para reflexionar sobre el trabajo que se realiza, la desviación que se está produciendo sobre lo que debe ser la intervención profesional del Trabajo Social y las alternativas a considerar que mejoren dicha intervención.

Se constata la necesidad de generar modelos de intervención desde la práctica, a nivel individual, grupal y comunitario que orienten los mecanismos de intervención, unificando acciones procesos y procedimientos, con una proyección desde lo que se está haciendo a lo que debería hacerse, crear teoría y práctica.

La necesidad de la formación ha sido una constante a lo largo del estudio; formación en organización y gestión de las organizaciones (gestión de RR.HH, gestión presupuestaria, procesos y procedimientos), sistemas de evaluación, procedimiento administrativo, legislación que afecta a la intervención profesional, MOF, programas, etc.

La formación universitaria debe mejorarse y adaptarse a las nuevas realidades sociales y las funciones del Trabajo Social, se considera su responsabilidad principal garantizar a los y las estudiantes la adquisición de competencias, conocimientos y habilidades necesarias para dar respuesta a las situaciones sociales en las que los futuros profesionales van a intervenir, debe ser acorde a las necesidades emergentes de una sociedad en permanente cambio.

La formación universitaria debe estar abierta a incorporar las necesidades que desde la práctica se planteen, investigando y creando conocimiento sobre la intervención profesional.

Se explicita la necesidad de formación en las funciones y competencias del Trabajo Social en las entidades del Tercer Sector y en la empresa privada, se pone de manifiesto el sentimiento de las profesionales que trabajan en estos sectores que suelen quedar relegadas en las acciones formativas relacionadas con el análisis crítico, la innovación o el liderazgo.

La coordinación con otros sistemas de protección es baja, se dificulta la intervención profesional, en los servicios de los otros sistemas de protección

Social donde no existen trabajadores sociales, constatándose el desconocimiento de lo que es el Trabajo Social. Persiste el sistema de coordinación informal, basado en relaciones personales.

Se pone de manifiesto la existencia de una falta de cooperación entre la Administración Pública y el Tercer Sector generando dificultades de acceso entre las trabajadoras sociales de ambas entidades, existe un desconocimiento de los servicios, recursos y condiciones de trabajo de las compañeras del Tercer Sector; si bien sus organizaciones sí que les están reconociendo su prestigio profesional el mismo no se ve reflejado en sus salarios que son inferiores a los de la Administración pública.

Es necesario visibilizar más el Trabajo Social en todos los ámbitos de intervención, en el ámbito del sistema de salud (por ejemplo, la profesión está muy invisibilizada), las funciones y competencias del Trabajo Social con demasiada frecuencia permanecen en el anonimato, el ejemplo más reciente lo tenemos en lo que ha ocurrido en la pandemia provocada por la COVID-19, donde la repercusión mediática de nuestra profesión ha sido escasa o prácticamente nula.

Esta visibilización debe ser efectiva ante la sociedad y ante el resto de los sistemas de protección, lo que podría contribuir a un mayor respeto y consideración hacia el Sistema Público de Servicios Sociales, que continúa siendo el gran desconocido de los sistemas de Protección Social, pese a los esfuerzos que se realizan, y hacia las profesionales del Trabajo Social.

## Objetivos alcanzados

Los objetivos planteados para la realización del estudio de investigación se han alcanzado, haciendo el análisis individualizado de cada uno de los mismos, se constata:

- Con respecto al objetivo de conocer la realidad de la situación de las trabajadoras sociales de los servicios sociales de atención primaria que se implementan desde las administraciones locales, la misma queda puesta de manifiesto en el análisis de los datos obtenidos con las técnicas utilizada y sintetizadas en el apartado de conclusiones.

- Con respecto a los cambios que se introducen con el desarrollo legislativo de la Ley de Servicios Sociales Inclusivos, se constata que su implementación, supone un punto de inflexión importante que permite unificar los procesos y procedimientos actuales de los servicios sociales y por ende para el Trabajo Social.
- En relación con el objetivo de detectar la existencia de carencias en la formación de las profesionales para el ejercicio de determinadas funciones, se constata la necesidad de formación en lo relativo a Organización y gestión de servicios, así como en la dirección de equipos de trabajo. Las técnicas utilizadas en el estudio favorecieron poder organizar de forma rápida, por parte del Colegio una acción formativa que diese respuesta a dichas necesidades. La misma se implementó en el último cuatrimestre del año 2022 (previa a la finalización del estudio).
- El objetivo planteado de la visión que del sistema público de servicios sociales y de las funciones y competencia del Trabajo Social por los cuerpos nacionales de los ayuntamientos (secretarios e interventores), se ha alcanzado, poniéndose de manifiesto que se deben realizar acciones que mejoren la imagen del sistema y del Trabajo Social.
- Realizar acciones tendentes a que cada uno de los sistemas de protección social integre en sus plantillas la figura profesional del Trabajo Social.
- Planificar y desarrollar un programa de formación permanente, que suplan las carencias formativas de las profesionales, y se adapte a las necesidades emergentes de las profesionales, que den respuesta a las modalidades de intervención profesional, de una sociedad en permanente cambio.
- Crear espacios y/o servicios de apoyo, y orientación, que atiendan la sobrecarga emocional de las trabajadoras impulsando el autocuidado.
- Realizar acciones públicas que visibilicen el Trabajo Social y que las mismas se realicen desde todos los ámbitos, universidad con la publicación abierta a la sociedad de las investigaciones, artículos de opinión en los medios de comunicación, mayor participación en las redes sociales, así como en las actividades en defensa de los derechos y la justicia social.
- Plantear y solicitar a la Universidad que introduzca en los Planes de Formación más contenido práctico, que reduzca la actual laguna existente en los estudiantes cuando alcanzan el grado, un equivalente a lo que podría ser el PIR en Psicología o el MIR en medicina, impulsando acuerdos con la Administración Pública, con las entidades del Tercer Sector y con las empresas privadas para crear esta figura.

## Propuestas

A la vista de los resultados del estudio, y, considerando que el mismo fue impulsado por la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial de Treball Social de València, se realizan las siguientes propuestas que se considera entran dentro de las competencias del COTSV.

- Disponer de un servicio de supervisión profesional, de apoyo en la orientación de la intervención, que incremente las habilidades de las profesionales, favorezca medios de evaluación de las intervenciones, cree cultura de la intervención profesional, mejore la calidad de los servicios, garantice la ética profesional en las intervenciones, reduzca las situaciones de estrés.

# ¿Una Asociación para qué? La de Asistentes Sociales de Valencia

**MARIA LUISA HARO SABATER**

Trabajadora Social. Colegiada nº 34-1

Permitidme que antes de hablar de la Asociación, hable de la Escuela Diocesana de Asistentes Sociales y de las mujeres que estudiamos esa Carrera, entonces tan desconocida.

La Escuela de Valencia fue creada por el Arzobispo Marcelino Olaechea en 1958. Por esos años, entre 1957-59, se crearon en España otras muchas: Bilbao, Gijón, Palma Mallorca, Santiago, San Sebastián y Sevilla. Barcelona y Madrid fueron anteriores. Muchas de estas fueron iniciativa de la Iglesia Católica y Cáritas. En esos años estas Entidades estaban más sensibilizadas por lo social que los propios Organismos Oficiales que se movían por la Beneficencia. También había alguna creada por la Sección Femenina de Falange.

Una mayoría de los estudiantes de esta carrera en Valencia eran mujeres. Hasta la 17ª promoción no hubo ningún alumno varón. Eran mujeres sensibles a las situaciones injustas y de marginación que se daban en la sociedad española de los años 50 en adelante. He aquí unas pinceladas del contexto social de la España de aquellos años:

1. Un gobierno totalitario y un sistema económico desarrollista que subordinaba lo social a sus intereses. Se iniciaba una rápida industrialización no planificada que obligaba a la gente del campo a dejar sus casas e irse a las ciudades a trabajar creando un grave problema de vivienda y dando paso al fenómeno

del chabolismo y a la marcha de los varones a trabajar al extranjero, dejando aquí esposas e hijos y sufriendo ellos muchos problemas como inmigrantes.

2. A nivel político, se gestionaba una asistencia social paternalista: Beneficencia y Centros Asistenciales de las Diputaciones. Los salarios eran bajísimos y solo existía un seguro social: el SOVI (seguro obligatorio de vejez e invalidez) creado en 1940, hasta que en 1963 la Ley de bases de la Seguridad Social impuso el salario base y otras mejoras. Las Instituciones de la Iglesia y las filantrópicas atendían muchas necesidades de modo caritativo-asistencial pero no podían hacer frente a las causas que las ocasionaban.

Y ahora hablaré de la Asociación de Asistentes Sociales de Valencia: En junio de 1961 finaliza la primera promoción. El 17 de diciembre de 1961 se constituye una Agrupación, que luego será Asociación, con el grupo de las 28 tituladas, todas mujeres con inquietudes sociales y preocupadas por la situación de pobreza e injusticias que se daban en Valencia, y que habían realizado voluntariados en Instituciones de la Iglesia o de Beneficencia pública o privada.

Un año antes de la creación de la Escuela, en octubre de 1957, la ciudad había sufrido el azote de una gran riada y sus consecuencias sociales fue-

ron muchas. Pensamos que la profesión sería útil para mejorar esas situaciones. Con el impulso de la Directora de la Escuela, María Luisa Ballesteros, que había estudiado la carrera en Bruselas, se concibió la creación de una Asociación. Sentíamos la necesidad de actuar sobre las causas y teníamos que adquirir una formación para ello. La Escuela nos ofreció su ayuda técnica y local para reunirnos y se elaboraron los primeros Estatutos, que posteriormente se renovaban y adaptaban a las necesidades del momento. Como algunas habían iniciado su trabajo en Cáritas, Mutualismo Laboral o Empresas, compartimos experiencias en grupos de trabajo y buscamos profesionales que mejoraran nuestra formación con lecciones o charlas. Con las siguientes promociones organizamos Cursillos de diferente temática y las primeras Jornadas profesionales de Valencia en Torrente.

En 1965 se promulgó la Ley de Asociaciones y la nuestra quedó oficialmente constituida. Se crean nuevas en muchas ciudades y en 1967 se constituyó FEDAAS (Federación de Asociaciones de Asistentes Sociales) con sede en Madrid. La nuestra se incorporó a la misma y participó en todas las actividades promovidas a nivel nacional.

En 1974 una Ley del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales reguló la creación de los Colegios Profesionales y la Asociación de Valencia inició las gestiones para su transformación en Colegio Profesional. Pero antes, la Asociación tuvo también sus etapas difíciles. En los años 1972-1973, el traspaso de la Escuela al Arzobispado ocasionó una fuerte crisis por discrepancias en materias formativas y de gestión de la Escuela. La Asociación tenía socias entre el profesorado que repercutieron en ella. En una Asamblea Extraordinaria se planteó incluso su disolución. Afortunadamente se votó una Junta Provisional que la mantuvo y continuó su actividad: grupos de trabajo que elaboraron propuestas de cambio o avanzaban en estudio de nuevas técnicas. Y sobre todo mantuvieron su conexión con FEDAS con un representante en la Junta Nacional. Allí se estaba trabajando el tema de estudios y de su incorporación a la Universidad, haciendo gestiones sobre la creación del Colegio Profesional y organización de Jornadas Nacionales. En Valencia se iban abriendo campos de trabajo: Ayuntamien-

tos, Sanidad, Empresas y la Asociación organizaba seminarios para revisar el trabajo profesional.

Pero en junio de 1979 vuelve a amenazar una crisis asociativa por causas de "falta de interés y participación entre los asociados" según se expone en Asamblea. La Junta dimite con el compromiso de anunciar convocatoria de Candidatura para el mes de octubre. No se presenta ninguna y en Asamblea Extraordinaria de 1-12-79 se plantea a los socios asistentes la pregunta: "¿Se cierra o sigue la Asociación?" Se vota continuar y se ofrece para ello un grupo de 6 socias que actuarán como Junta Provisional desde el 8 de enero del 1980 hasta el 1 de febrero de 1983. Esta Junta mantuvo la relación con FEDAS colaborando en todas las materias pendientes aún: Estudios, Colegios, etc.

En septiembre del año 1981 se publica el Real Decreto de incorporación de estudios a la Universidad y la Asociación formula petición para la incorporación en Valencia. En 1982, al publicarse la Ley del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que regulaba los Colegios profesionales, se adopta el Acuerdo de iniciar los trámites para la creación del de Valencia...

Por último, en la Asamblea Extraordinaria del 1 de febrero de 1983, con participación de 141 asociados, es votada por mayoría la única Candidatura presentada y encabezada por Marisa Aparicio quien será la primera Presidenta del Colegio Profesional. El 4 de febrero del año 1983 se realizó el traspaso de poderes. Y así se abrió una nueva etapa que todas/os habéis vivido ya. Quedaba mucho por hacer y el Colegio ha ido cubriendo etapas muy importantes.

En los 20 años, largos y trabajosos, que transcurrieron desde que aquellas 34 tituladas emprendieron el camino Asociativo, se ha mantenido la voluntad de avanzar unidos y conseguir lo que hoy es el Colegio: un gran apoyo para un mejor ejercicio de una profesión que lucha por la Justicia y desaparición de las desigualdades sociales. ¡40 años de Colegio! Gracias a los que mantenéis la actividad.

Quisiera que mi escrito os haya aclarado tal vez, mi pregunta del título: ¿Para qué una Asociación?

# Qui som i fins on hem arribat. Reflexions de la Junta en actiu en el 40 aniversari del Col·legi Professional de Treball Social de València

JUNTA DE GOVERN COTS VALÈNCIA

Aquest text parteix de diverses reflexions, vivències i sobretot de la pràctica a l'hora d'encapçalar la Junta del Col·legi Oficial de Treball Social de València (COTS V). I sí, dic encapçalar perquè des de l'inici, aquest grupscle de persones que conformen la Junta a hores d'ara han caminat de la mà, han donat passos de forma conjunta, tot plegat, per a que cap ni una de les col·legiades, treballadores i membres del grup es quedarà darrere.

Per a l'equip de la Junta, treballar durant aquests 3 anys en el COTS ha sigut un repte i també un privilegi, qüestió que, posant la mirada des de l'inici aconseguim que pugem fer tota la col·legiatura. I diguem açò perquè l'experiència que se treballa a aquest nivell, fa que valorem, si cap més, la importància del treball social en la política, la ciutadania i en les persones.

Per a començar i explicar tot allò treballat, sempre amb humilitat i molta transparència, comentarem els punts forts que posseeixen les components de la Junta de govern. El denominador comú d'aquesta Junta ha sigut i és la diversitat, ja que només des de la diversitat, podem aconseguir la igualtat i la justícia social. I és que, cadascuna de nosaltres té l'honor de treballar en un espai professional distint i diferent, qüestió que enriqueix i potencia l'acció i resposta del grup.

Cadascuna de nosaltres pertany a un espai territorial propi, des de el Camp de Morvedre a la Safor,

passant per L'Horta nord i L'Horta Sud i la ciutat de València. Aquesta qüestió ens permet obtenir una gran proximitat a la realitat del Treball Social quotidià tant en ciutats com en xicotets municipis; en zones urbanes i en zones rurals. Altre dels grans avantatges de la diversitat territorial d'aquesta junta directiva ha sigut la dinamització de la participació descentralitzada que tan necessària resulta per a impulsar el desenvolupament de l'activitat col·legial. S'ha prioritzat realitzar trobades tant d'estiu com d'hivern en pobles com Requena, Paterna, Sagunt on la temàtica i l'acte en sí, ha sigut acollit amb molt bona perspectiva per part de totes les col·legiades i professionals d'aquests municipis i voltants.

La mirada que ha aportat el COTS respecte a la professió des de que aquesta Junta va arribar, ha sigut reivindicar el Treball Social com a professió clau i indispensable sobre la qual s'estructura el sistema públic de Serveis Socials, i per tant garant dels drets de la ciutadania, contribuint així a construir un món millor. Aquesta idea ha ressonat durant els 40 anys de treball pel Treball Social, i nosaltres l'hem defensat en les noves normatives creades des de la nova llei de Serveis Socials, la LLEI 3/2019, de 18 de febrer, de la Generalitat, de Serveis Socials Inclusius de la Comunitat Valenciana. fins al Decret de tipologies.

Portem el treball social com a professió amb ADN propi, format a parts iguals per l'anàlisi científica, el domini tècnic i metodològic i el compromís social de lluita per la igualtat i la justícia social,

aquest és el nostre motor vocacional. Tant és així que hem apostat per renovar la Revista TS Nova, hem apostat per la formació actualitzada des de tots els àmbits d'intervenció de la nostra professió i hem estat i estem sempre escoltant les necessitats de la nostra col·legiatura.

Entenem el treball social com una ferramenta de lluita per la igualtat des del reconeixement de la diversitat. En el marc d'aquesta lluita, el FEMINISME és un dels eixos transversals prioritaris durant aquests anys. Hem posat en valor no solament a les nostres col·legiades en actiu, si no, a aquelles que ja han finalitzat la seua etapa laboral, utilitzant la seua saviesa i coneixement. Hem apostat per donar vàlua a la nostra professió i la nostra identitat com a mares col·laborant en la creació del llibre "La meua mamà és treballadora social", una ferramenta explicativa i educativa contant el que fem. I com no, ens em format en la construcció social de les masculinitats, ja que moltes de les problemàtiques que pateixen les dones, tenen com a principals actors els homes, i des de la prevenció i la intervenció amb perspectiva de gènere, s'han de treballar actituds masculistes per erradicar moltes violències.

Per altra banda, aquesta junta creu fermament en el treball social com a professió que creix i es desenvolupa utilitzant la creativitat, la flexibilitat i la capacitat d'adaptació interdisciplinària com a eines bàsiques del nostre quefer professional quotidià enfront del repte que suposa innovar constantment, perquè treballem amb una societat canviant i en continua evolució. Hem creat xarxes amb altres professions, hem estat en presentacions de qüestionaris d'avaluació de les problemàtiques socials i hem apostat per estar vives en les xarxes socials, amb notícies i informació actualitzada relacionada amb la nostra professió.

Si que voldríem deixar palès, unes línies vertebradores per a que el nostre camí en aquest espai professional se puga esbrinar de forma clara, per tant em fomentat i considerem que:

- Que el Col·legi Professional és l'espai, la plataforma, el teler des del qual teixir la nostra identitat i promoció corporativa, dinamitzant la participació dels i les professionals del treball social i fent-los protagonistes del seu apoderament i desenvolupament.

- Que el Col·legi Professional ha de vetllar per la bona praxi del treball social, protegint així, no sols l'ètica i la identitat corporativa, sinó sobre tot la solvència del sistema de Benestar Social.
- Que la transparència ha de ser un principi fonamental, s'ha de permetre l'accés a la informació de manera àgil i amb la cautela a la qual ens obliga la Llei de Protecció de Dades.
- Que el Col·legi Professional ha de fomentar la participació, ja que aquesta ferramenta és el "cor" del Col·legi, en la mesura que "batega" el Col·legi funciona, creix, es desenvolupa. És la nostra aportació al col·lectiu professional, a la nostra COMUNITAT; és la manera de construir una institució realment democràtica; i és l'estructura que ha de donar forma a aquest "edifici en construcció".
- Que el Col·legi Professional ha de garantir la perspectiva de gènere, ha de vetllar per la igualtat, aquesta ha de ser una prioritat, ja que aquesta és una base ideològica que com a criteri transversal pot potenciar el desenvolupament d'una institució com a espai professional.
- S'ha de fomentar la bona praxi. La finalitat última de l'existència del Col·legi professional és el seu servei a la ciutadania. El nostre servei a la ciutadania comporta vetllar per una bona praxi i un exercici competent de les professionals de treball social.

I ací finalitzem aquest text amb la única pretensió de deixar palès, la importància que té complir 40 anys de professió, d'heretar un col·legi que, a hores d'ara, està preparat per fer front a molts reptes i que de segur, està i va a estar encapçalat per professionals que estimen i defenen a la professió amb passió i fermesa.

Ens deixem per contar-vos moltes experiències, treball, xarrades, actes i espais on hem gaudit i barallat per parts iguals, però és que la intensitat i carrega de treball ha sigut tanta, que necessitaríem moltes pàgines per fer memòria de tot allò realitzat. Sí que estem satisfetes de la labor realitzada i és que deixem un Col·legi professional 3.0, és a dir, un col·legi preparat per a reptes, fort per a combatre injustícies i modern per atendre les noves demandes en els temps que venen.

# Els COTS de València Castelló i Alacant membres de l'Observatori Valencià de Serveis Socials

**ENCARNA CANET BENAVENT**

Col·legiada nº 568

El dia 11 de maig de 2023 es va realitzar a la Universitat Jaume I de Castelló la sessió de constitució de l'Observatori de Serveis Socials<sup>1</sup> amb la participació del vicerectorat de la UJI, el secretari autonòmic de Planificació i Organització del Sistema En Xavier Uceda i el Director de l'Institut Valencià de Formació, Investigació i Qualitat dels Serveis Socials (IVAFIQ) En Joan Crespo.

En aquesta reunió es va presentar l'Observatori del SPVSS així com els i les membres del mateix, format per persones representants dels col·legis professionals, sindicats, universitats valencianes, representació d'entitats del Tercer Sector, Observatori Valencià de la Salut, personal funcionari, representants empresarials, Federació Valenciana de Municipis i Províncies, Laboratoris de Serveis Socials, Càtedres del sistema públic valencià de serveis socials, Comitè d'ètica de serveis socials, Secretaria Autonòmica d'Atenció Primària i Serveis Socials, Secretaria Autonòmica d'Igualtat i Diversitat, Secretaria Autonòmica de Planificació i Organització del Sistema, Direcció General de l'IVAFIQ, entre altres.

Cal assenyalar que la pertinença a l'Observatori no tindrà remuneració.

A partir de la Llei 3/2019, de 18 de febrer de Serveis Socials Inclusius de la Comunitat Valenciana s'estableixen les línies mestres del disseny d'un nou model de serveis socials per a la nostra comunitat. Una llei que va rebre el reconeixement internacional pel procés participatiu implementat durant la seva elaboració, essent per això mereixedora del premi europeu de la European Social Network el desembre de 2020.

La llei assenyalava que es constituïrà, "mitjançant decret, un observatori del sistema públic de serveis socials... per a col·laborar en el desenvolupament de les funcions atribuïdes a l'Institut Valencià de Formació, Investigació i Qualitat dels Serveis Socials (IVAFIQ) en matèria de recerca aplicada, innovació i qualitat, relacionades amb:

- La prevenció i la intervenció individual, familiar, de grups o comunitària en matèria d'igualtat, inclusió, autonomia personal, diversitat o infància i adolescència, incloent estudis de valoració de les condicions socioeconòmiques de la població, la mesura de la vulnerabilitat social i de necessitats de inclusió i la idoneïtat de les estructures d'atenció social, entre d'altres.

<sup>1</sup> RESOLUCIÓ de 9 de maig de 2023, de la Vicepresidència del Consell i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, per la qual es constitueix l'Observatori del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials. DOGV núm. 9593 15 maig 2023.

- *Col·laborar en l'avaluació de les condicions laborals de les persones professionals de serveis socials, així com la proposta de mesures que milloren la seva salut laboral*".

Per això el Decret 217/2022, de 16 de desembre regula el Consell Valencià d'Inclusió i Drets Socials, els consells locals i zonals d' inclusió, l' òrgan de concertació, i l'Observatori del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials.

*"L'Observatori del Sistema Públic Valencià de Serveis Socials es constitueix com un òrgan interdisciplinari, independent, científic, d' assessorament i propositiu, especialitzat en la gestió de dades i el coneixement en matèria de serveis socials, amb vocació de ser un espai de referència d' anàlisi i estudi i l' estadística en la matèria"*

L'Observatori té una estructura formada per Presidència, Vicepresidència, Secretaria, Ple i Comissió Permanent i algunes de les seues funcions son:

- Impulsar i col·laborar en la realització d'estudis i investigacions, generant un sistema d'indicadors en matèria de serveis socials.
- Actuar com a òrgan permanent de recollida i anàlisi de la informació sobre serveis socials.
- Fomentar i promoure trobades entre professionals i persones expertes, per facilitar l'intercanvi d'experiències, investigacions i treballs en matèria de serveis socials.
- Divulgar la informació generada per a la ciutadania en general i per a les professionals de la intervenció.
- Realitzar propostes que afavoreixin la presa de decisions sobre les polítiques en matèria de serveis socials i sobre noves necessitats socials.
- Facilitar el disseny, seguiment i avaluació de les polítiques i intervencions amb impacte en serveis socials.
- Col·laborar amb altres observatoris, organismes i entitats relacionades amb la gestió de coneixement en matèria de serveis socials.
- Crear un fons de documentació, física i virtual, que afavorisca la promoció d'activitats de formació i informació i estimuli l'estudi i la recerca en matèria de serveis socials.
- Proposar iniciatives dirigides a millorar la sensibilització i el tractament de la informació sobre els serveis socials en els mitjans de comunicació.
- Proposar iniciatives en matèria de formació per a persones professionals dels serveis socials.
- Elaborar un informe anual en matèria de serveis socials que reculla les dades més rellevants de les actuacions realitzades.
- Treballar col·laborativa i coordinadament amb el Consell Valencià d'Inclusió i Drets Socials i el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials, els Observatoris d'Infància i Immigració, el Consell Valencià de les Dones, i la resta d'observatoris adscrits a la conselleria competent en matèria de serveis socials, drets socials i relatius a la millora de la qualitat de vida de la ciutadania.
- Proposar el disseny d'instruments tècnics de treball d'intervenció i avaluació digital i instrumental per a les persones professionals dels serveis socials.

També es presentaren en esta reunió els projectes de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives d'especial interès per a l'Observatori del SPVSS com ara els Laboratoris d'Investigació en Serveis Socials de la Comunitat Valenciana com un punt de connexió entre l'acadèmia, l'administració i els laboratoris de Serveis Socials; la Càtedra Interuniversitària del SPVSS, la futura Història social única ,que es troba en procés, i el Projecte Casandra per a la gestió dels centres residencials.

Agraïm l'esforç de les persones tècniques que han elaborat aquesta estructura tan important per al futur del Treball Social i han tingut en compte la participació activa dels nostres col·legis professionals.

Nota: es possible que quan vos arribe aquesta publicació hagen canviat alguns noms de Conselleries, Secretaries Autonòmiques i/o Direccions Generals.

# Acte de Graduació de Treball Social 2022/2023 Facultat de Ciències Socials

FERRAN SENENT I DOMINGO

President del Col·legi Oficial de Treball Social de València

Fa uns mesos, en un dels actes fets per celebrar el nostre, el vostre, **40 aniversari** del COTSV, la vostra Rectora que, molt amablement va compartir amb nosaltres la cloenda, va expressar amb emoció i detall allò que totes i tots sentíem en eixe moment. Va ser propera i compromesa amb la responsabilitat que representava acompanyar el Col·legi Oficial de TS de València en una data tan important.

Avui fem el camí invers, L'HONOR I LA RESPONSABILITAT ÉS **NOSTRA**, i venim de nou a la Universitat de València, a la Facultat de Ciències Socials. Venim a casa nostra perquè aquesta Universitat ha estat el nostre referent acadèmic des que el COTSV existeix.

Avui, desenes de dones i homes **celebreu** que sou **graduades i graduats** en Treball Social. Segurament alegres però potser atordits per un futur desconegut. Profundament satisfetes per l'esforç realitzat però potser inquietes per les exigències del mercat laboral, i de les DEMANDES professionals sempre canviants. Potser no sempre sabreu molt bé què caldrà fer, potser haureu de posar-vos al dia en diferents reptes com ara la ingent nova normativa, l'habilitació per valorar la dependència, la gestió adient d'una entrevista, la redacció detallada d'un informe social, i tantes altres coses.

Però de segur que podreu refermar amb força i determinació un seguit de **certes** que ens determinen com professionals del Treball Social, i que ens destaquen com referent en diferents i importants àries de treball.

La **primera certesa** és que alumnat, professorat i professió, DEFINITIVAMENT SOM UN GRUP, som un conjunt de persones unides per una xarxa de relacions socials, que tenim característiques comunes, com ara la interacció recíproca, la consciència de grup, l'existència de valors compartits, l'estabilitat i la identificació social.

La **segona certesa**, com deia, és que d'eixe grup ja formeu part vosaltres l'alumnat que aviat sereu companyes i companys nostres, i el conformeu amb nosaltres, les TS en actiu, i també amb les TS jubilades però actives. Persones amb els mateixos interessos, sols que hi som en diferents ubicacions del mateix camí, una senda que paga la pena recórrer.

La **tercera certesa** és que no som una carrera tan antiga com altres, però sí som una professió tan antiga com la societat contemporània. El Treball Social hi va estar sempre, i vam agafar embranzida des del 1983 en que es va fundar el Col·legi Oficial de Treball Social de València.

La última certesa és que s'ha treballat de valent, per la professió i per la societat on vivim.

S'ha treballat dur, per tal d'aconseguir una formació universitària, laica i de qualitat que fins aleshores semblava impossible, però també, ja de la mà de la Universitat mateixa, per tal d'aconseguir el Grau de Treball Social i altres avanços acadèmics i professionals importants que ja coneixeu.

S'ha assolit una professió amb **major presència** en llocs d'alta gestió i de gran responsabilitat, amb una millor consideració de la professió en l'empresa privada i en el tercer sector, i amb un cos docent universitari referent a escala internacional, a més a més hem de seguir treballant per gaudir de més alegries, i en especial, deixeu-me somiar, la classificació professional A1 a l'administració amb la resta de titulacions graduades, la major incorporació als llocs de responsabilitat administrativa i de gestió, i, **perquè no, arribar a l'assoliment de les més altes cotes de representació universitària.**

Però no és incert que, hui per hui ens queden molts objectius per aconseguir **com a part de la comunitat** on vivim i on ens desenvolupem:

Hui per hui cal refermar la necessitat de *salaries socials*, cal denunciar la *manca de recursos*, cal promoure grups de *defensa veïnal*, cal escampar el *feminisme* com teoria necessària de l'alliberament, etc. Probablement hui, i no demà, cal unir forces per tal de defensar un sistema de serveis socials que garantisca la justícia social per tothom.

Són moltes les habilitats, competències i coneixements que heu guanyat en el vostre pas universitari, però no em negareu que ara sabeu una cosa que no estava escrita, una cosa que se sent, que es percep i es *l'incommensurable poder de transformació social* que la nostra professió duu al seu si.

És el poder de fer grans coses que milloren la vida de les poblacions, o xicotetes coses que milloren la vida de les persones, les famílies i els grups. Canvis tranquils, de la vida quotidiana, que faran d'esta comunitat un món millor.

I eixe *canvi* us convida a fer-ho des del Col·legi Oficial de Treball Social de València, el COTS.

El **COTS**, on ara per ara fem pinya quasi **2.500 Treballadores** i Treballadors Socials col·legiades, és, des d'este mateix moment, **casa vostra**. És el lloc on s'han de materialitzar les vostres expectatives, els somnis, els anhels. Serà l'espai de trobada on el treball col·lectiu ens faça grans i fortes com a professió.

*Companyes, companys, alumnat que ja sou professionals del TS, moltíssimes felicitats. Vull unir-me a la vostra alegria, i que la vida us regale 40 anys més per aconseguir un somni llunyà allà a l'horitzó, un altre somni col·lectiu, el de una vida millor per a tothom, llaurant un món de justícia i de pau, un món on pague la pena viure una vida plena.*

Moltes gràcies i visca el Treball Social

# Violència Masclista: Una guia per a intervindre-hi

FITXA



Títol: *Violència Masclista: Una guia per a intervindre-hi*

Autora: Encarna Canet Benavent

Editorial: Edicions del 1979

Data de publicació: gener de 2023

ISBN: 978-84-123255-2-2

L'autora de *Violència Masclista: Una guia per a intervindre-hi*, Encarna Canet Benavent és treballadora social, investigadora i professora contractada doctora del Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Facultat de Ciències Socials (UVEG), impartint classes al Grau de Treball social i al Màster en prevenció i intervenció amb adolescents en risc i violència filio parental.

Té una llarga i amplia experiència laboral en el camp de la intervenció desenvolupant la pràctica del treball social en l'àmbit penitenciari, de l'educació, persones majors, serveis socials municipals i especialment, en el camp de la violència masclista.

El llibre escollit per aquesta ressenya, parteix de l'experiència professional de l'autora des de la intervenció directa amb dones que pateixen violència masclista, així com de la seua tasca investigadora centrada també en aquesta violació dels drets humans contra les dones.

La temàtica objecte d'aquest llibre se centra en la violència masclista, un problema estructural i social arrelat en les nostres societats patriarcals capitalistes, una de les violacions més generalitzades dels drets humans al món.

En l'abordatge i posicionament respecte a aquesta problemàtica en la intervenció i en la concepció del terme hi ha diverses mirades, així, l'autora del llibre com a professional del Treball Social feminista, defensa una mirada ecosistèmica i feminista que tracte d'abordar la violència masclista com a resultat del patriarcat i del capitalisme, tractant de trobar-hi solucions tant tècniques com polítiques. L'autora també assenyala que, tot i que la violència masclista està present en quasi tots els àmbits de la vida de les dones, el llibre es centra en aquella exercida per la parella o ex parella.

El llibre està organitzat en tres blocs temàtics: el primer, amb el relat del recorregut històric pel concepte de la violència de gènere, des dels inicis fins a l'actualitat, nomenant els actuals Objectius de Desenvolupament Sostenible de l'Agenda 2030. Una segona part del llibre, on s'aprofundeix en els enfocaments i plantejaments teòrics al voltant de la violència masclista, les seues característiques i les conseqüències sobre les dones, fills i filles, aportant la seua visió des de la pràctica en la intervenció directa. Finalitzant amb una tercera part on ofereix, des de la seua mirada feminista, una guia de propostes realitzades per professionals de la intervenció directa amb víctimes de violència de gènere de diversos àmbits en actiu, recollint informació actualitzada i especialitzada per aplicar-la en la intervenció social.

Destacar la gran habilitat i coneixement de l'autora quan planteja protocols i pautes d'intervenció als diferents àmbits d'actuació de la problemàtica. Aquest treball també reconeix la gran tasca de les professionals de la intervenció social, ja que aquesta feina s'invisibilitza i no és valorada de forma adequada, reivindicació que abandera l'autora de forma notòria.

L'autora afirma com a conclusió en la guia que "és urgent una nova orientació en el tractament de la violència masclista en que la prevenció i el canvi radical de model social, econòmic, cultural i polític siguin l'eix fonamental, sense oblidar evidentment l'atenció a les dones supervivents i a les seues filles i fills".

Des de la Revista TS Nova recomanem aquest llibre per l'alumnat de grau i postgrau de disciplines d'intervenció directa en la problemàtica, ja que conjuga teoria i pràctica des d'una visió crítica en l'atenció a víctimes de violència de gènere. També pot oferir-se a públic en general per entendre i aprofundir en la problemàtica que s'aborda durant tota la lectura.

# Mi Vida con Alas de Colores

## "De víctima por Acoso a Protagonista de tu Historia"

FITXA



Título: *Mi Vida con Alas de Colores*

Autora: M.ª Pilar Rueda Requena

Fecha de publicación: 23 septiembre 2023

ISBN: 979-8852415783

El libro ha sido escrito por una gran compañera y amiga, qué mejor ocasión que esta en la que evocar muchas vivencias, a través de lo que ha sido el Trabajo Social, el cual nos ha ayudado a crecer tanto personalmente como profesionalmente.

"Mi vida con alas de colores" es una mirada a una historia de vida dedicada de forma transversal al Trabajo Social. Nuestra profesión nos da las herramientas, recursos y conocimientos necesarios para resistir los embistes de la vida en general, saber gestionar las propias crisis e intentar mantener nuestro pensamiento en positivo y la mirada en un horizonte de esperanza. En el caso del libro, vencer al acoso durante toda una vida profesional. Las situaciones-problema tratadas en esta particular y muchas veces peculiar profesión hacen que podamos llevar a un plano personal estas herramientas y utilizarlas como fortalezas.

Nuestra autora ha utilizado los valores básicos del Trabajo Social como la justicia social, dignidad humana y solidaridad como herramientas de sostén y soporte durante años ante la competitividad laboral y falta de cooperación en objetivos comunes.

El libro refleja una dualidad, dos vidas paralelas, una por imposición u obligación laboral y la otra por elección y devoción.

Esta autobiografía se retrotrae a toda una vida llena de transformaciones, tanto interiores como en el ámbito laboral, en el cual somos agentes de cambio constante.

Habla de una primera etapa de transformación personal, en la que nuestra protagonista es consciente de que la competencia se basa en el miedo y en la necesidad de ser mejores. En esa prevalencia, perdemos la posibilidad de ser nosotros mismos y esto genera egoísmo, codicia, avaricia, envidia, falta de consideración y de responsabilidad.

En la etapa preliminar despiertas y dices que no quieres esa presión en tu trabajo, dado que afecta a una esfera personal.

En la etapa de integración se descubre que, sí se puede cambiar, que tenemos un potencial totalmente desconocido, y se pasa a un empoderamiento y activismo social, capaz de hacer conectar con otras personas unidas por los mismos valores y provocar transformación personal y social a través del cambio del Trabajo Social. Al igual que en nuestra vida profesional, incitamos a la transformación personal, a salir de la zona de confort y trabajamos para hacerlo realidad en las personas usuarias, muchas veces sin ser conscientes de ello lo aplicamos también en nuestras vidas, desde el empoderamiento, la fuerza, la esperanza, la resiliencia, la confianza en las propias capacidades y habilidades, siempre orientado a una transformación.

El libro realiza un recorrido por toda una trayectoria profesional en la cual además de la dedicación al Trabajo Social en el área local, lo ha hecho desde otros ámbitos como la docencia, la investigación, la formación, ponencias en Congresos, la política, en todos ellos desde una visión holística, integradora, centrada en las personas y en el proceso de transformación social.

María Pilar Rueda indica cuáles han sido sus ideas, y valores en los que se ha apoyado a lo largo de su trayectoria profesional:

- Sus máximas para el Trabajo Social siempre han sido la creatividad y la innovación.
- Los pilares básicos: los valores humanos.
- Su baluarte: la ética.
- El objetivo: la justicia social.
- La meta: la defensa y promoción de la profesión.
- Su fuerza: el amor.
- Su sueño: cooperar día a día en la construcción de un mundo mejor.

Hay una frase de "Einstein" en esta lectura muy interesante, en la cual dice que, no se puede pretender que las cosas cambien si seguimos haciendo lo mismo, debemos propiciar una mirada diferente, desde otros paradigmas que permitan una mejor perspectiva que pueda servir de ayuda y diagnóstico para una adecuada intervención profesional que promueva esa transformación personal para poder ser mejores transmisores hacia los usuarios y en general para conseguir una sociedad más implicada, participativa y con mayor cuota de justicia social.

En resumen, este libro es una lectura que aspira a creer en una sociedad más justa y empática, en la cual el acoso no tenga cabida y que cada persona pueda desarrollar todo su potencial sin barreras ni miedo.

Para finalizar, el libro nos envía un mensaje motivador y esperanzador que se dirige a las personas que se puedan encontrar en situación de acoso, sea del tipo que sea, tras esta lectura, sientan que el final está más cerca y lo pueden conseguir si pasan de ser víctimas a ser protagonistas. Es un mensaje presente en la lectura, positivo y de fuerza: Resiste, Despierta y Vence al acoso.

## AVALUADORES/AVALUADORS: AVALUACIÓ DE PARELLS EN LA SEUA VERSIÓ DE DOBLE CEC DE LA REVISTA TS NOVA A L'ANY 2023

| Nom y Cognoms         |            |                | Institució                                   |
|-----------------------|------------|----------------|----------------------------------------------|
| Maria Raquel          | Agost      | i Felip        | Universitat Jaume I                          |
| Amparo Dionisia       | Arocas     | Tortajada      | Ayuntamiento de Requena                      |
| Rosana                | Astasio    | Recuenco       | Ajuntament d'Almassora                       |
| Esther                | Baztán     | Crespo         | Universitat de València                      |
| José                  | Beltrán    | Llavador       | Universitat de València                      |
| Ricard                | Calvo      | Palomares      | Universitat de València                      |
| Encarna               | Canet      | Benavent       | Universitat de València                      |
| Glòria Maria          | Caravantes | López de Lerma | Universitat de València                      |
| Ángela                | Carbonell  | Marqués        | Universitat de València                      |
| Maritza               | Castro     | Tavara         | Universidad Nacional del Antiplano PUNO-PERU |
| Francisco Javier      | Dominguez  | Alonso         | Universitat d'Alacant                        |
| Esther                | Escoda     | Porqueres      | Universitat de València                      |
| María Jesús           | Felipe     | Tío            | Ajuntament de València                       |
| Jordi                 | Feu        | Gelis          | Universitat de Girona                        |
| Carmen M <sup>a</sup> | Gomez      | Navarro        | Colegio Oficial de Trabajo Social de Murcia  |
| Inmaculada            | Gonzalez   | Herrera        | Centro de Acogida de Menores Xiquets         |
| María Eugenia         | González   | Sanjuan        | Universitat de València                      |
| Laura                 | Guaita     | Nuévalos       | Investudia                                   |
| Jesús                 | Hernández  | Aristu         | Asociación Navarra Mítxelena-Gingko          |
| María Amparo          | Martí      | Trotonda       | Universitat de València                      |
| Raúl                  | Martín     | Lozano         | Institucions Penitenciàries                  |
| Paloma                | Martínez   | Antequera      | Institucions Penitenciàries                  |
| Elena                 | Matamala   | Zamarro        | Universitat de València                      |
| Reyes                 | Matamales  | Arribas        | Ajuntament de València                       |
| Ángel Joel            | Méndez     | López          | Universitat de València                      |
| Josué                 | Méndez     | Cano           | Universidad Autónoma de Yucatán              |
| M <sup>a</sup> José   | Monrós     | Chancosa       | CAP Godella i Rocafort                       |
| Albert                | Mora       | Castro         | Universitat de València                      |
| Gabriela              | Moriana    | Mateu          | Universitat de València                      |
| Elena                 | Mut        | Montalvá       | Universitat de València                      |
| José Javier           | Navarro    | Pérez          | Universitat de València                      |
| Concepción            | Nieto      | Morales        | Universidad Pablo Olavide Sevilla            |

| Nom y Cognoms    |         |           | Institució                                   |
|------------------|---------|-----------|----------------------------------------------|
| Enrique          | Pastor  | Seller    | Universidad de Murcia                        |
| José Vicente     | Pérez   | Cosín     | Universitat de València                      |
| Addiel           | Pérez   | Díaz      | MSWservices                                  |
| José Miguel      | Ramírez | García    | Ajuntament d'Almassora                       |
| Clarisa          | Ramos   | Feijoo    | Universitat d'Alacant                        |
| Eva              | Reina   | Giménez   | Ajuntament d'Alaquàs                         |
| César            | Romero  | Maza      | Ajuntament de Burjassot                      |
| Manuel Francisco | Salinas | Tomás     | Universitat de València                      |
| Inés             | Sánchez | Endrina   | Institut de Medicina Legal de València       |
| María Dolores    | Soler   | Aznar     | Col·legi Oficial de Treball Social d'Alacant |
| Ana Belén        | Vidal   | Calatayud | HACLE Dr Moliner                             |

# Gestió, política editorial i de qualitat de la Revista científica 'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials'

La Revista científica 'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials' és una publicació editada pel Col·legi Oficial de Treball Social de València (COTSV) des de l'any 2010, a València. Es distribueix tant a les persones col·legiades d'aquesta entitat com als col·legis professionals d'Espanya, universitats i altres institucions de caràcter social.

Al Comitè de Redacció, que està format per persones de reconegut prestigi en l'exercici del Treball Social, hi ha professionals d'administracions públiques, entitats socials i de la Universitat de València. A més d'aquest comitè, existeix el Comitè Assessor Científic, els membres del qual pertanyen a diferents entitats públiques i privades, així com a universitats valencianes, espanyoles i, fins i tot, internacionals de reconegut prestigi en l'àmbit del Treball Social, els Serveis Socials i les polítiques socials. 'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials' també compta amb un consell extern de persones avaluadores que, de manera anònima, revisen els articles rebuts per a garantir la seua qualitat.

Va nàixer per a fomentar la transferència de coneixement, la comunicació professional, la recerca i la producció científica en el camp del Treball Social, els Serveis Socials, les polítiques socials i la intervenció social, especialment a la Comunitat Valenciana. S'hi accepten articles redactats per professionals, docents i personal investigador dels àmbits assenyalats, amb la voluntat de gestionar el coneixement existent i fomentar el diàleg.

La publicació es regeix pels criteris de qualitat de Latindex, dels quals compleix 33 a data del 28 de gener de 2013. Per això, almenys el 40% dels articles (tots els publicats a la secció 'A Fons') hauran de ser originals, tècnics, resultats de recerca, articles reflexius, etc. Els articles seran sempre avaluats anònimament per dos persones avaluadores de la revista, que emetran el seu informe i recomanaran la seua publicació sense modificacions, la publicació amb modificacions (en aquest cas s'enviarà a l'autoria perquè les introduïsquen) o la No publicació (en aquest cas no es publicarà). Aquestes avaluacions, amb la identificació de la o el professional avaluador, es trobaran arxivades al Col·legi Oficial de Treball Social de València per a la consideració dels organismes oportuns, però en cap cas es facilitarà la identificació als autors o autores dels articles.

Així mateix, i sempre que s'haja complert el 40% assenyalat anteriorment, es publicaran articles que no responen a les exigències de la secció 'A Fons', els quals seran avaluats pel Comitè de Redacció i apareixeran a la secció 'Pràctica' o 'Lliure'. D'aquests treballs també hi existirà una fitxa d'avaluació i a tots els efectes seguiran el mateix procediment. No s'admetrà cap article que no complisca les normes.

'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials' es troba a les bases de dades Latindex, Dialnet, ISOC, Psycodoc, Compludoc, Scopus i CSIC, a més d'estar present als repositoris Roderic, Rebiun, RUA, Recolecta i Hispana. La revista del Col·legi Oficial de Treball Social de València, que està avaluada per DICE, MIAR, RESH, CIRC i CARHUS, es pot consultar a biblioteques de diferents universitats espanyoles.

# Gestión, política editorial y de calidad de la Revista científica 'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials'

La Revista científica 'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials' es una publicación editada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de València (COTSV) desde el año 2010, en València. Se distribuye tanto a las personas colegiadas de esta entidad como a los colegios profesionales de España, universidades y otras instituciones de carácter social.

En el Comité de Redacción, que está formado por personas de reconocido prestigio en el ejercicio del Trabajo Social, hay profesionales de administraciones públicas, entidades sociales y de la Universitat de València. Además de este comité, existe el Comité Asesor Científico, cuyos miembros pertenecen a diferentes entidades públicas y privadas, así como a universidades valencianas, españolas e, incluso, internacionales de reconocido prestigio en el ámbito del Trabajo Social, los Servicios Sociales y las políticas sociales. 'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials' también cuenta con un consejo externo de personas evaluadoras que, de manera anónima, revisan los artículos recibidos para garantizar su calidad.

Nació para fomentar la transferencia de conocimiento, la comunicación profesional, la investigación y la producción científica en el campo del Trabajo Social, los Servicios Sociales, las políticas sociales y la intervención social, especialmente en la Comunitat Valenciana. Se aceptan artículos redactados por profesionales, docentes y personal investigador de los ámbitos señalados, con la voluntad de gestionar el conocimiento existente y fomentar el diálogo.

La publicación se rige por los criterios de calidad de Latindex, de los cuales cumple 33 a fecha del 28 de enero de 2013. Por eso, al menos el 40% de los artículos (todos los publicados en la sección 'A fons') tendrán que ser originales, técnicos, resultados de investigación, artículos reflexivos, etc. Los artículos serán siempre evaluados anónimamente por dos personas evaluadoras de la revista, que emitirán su informe y recomendarán su publicación sin modificaciones, la publicación con modificaciones (en este caso se enviará a la autoría para que las introduzcan) o la No publicación (en este caso no se publicará). Estas evaluaciones, con la identificación de la o el profesional evaluador, se encontrarán archivadas en el Colegio Oficial de Trabajo Social de València para la consideración de los organismos oportunos, pero en ningún caso se facilitará la identificación a los autores o autoras de los artículos.

Así mismo, y siempre que se haya cumplido el 40% señalado anteriormente, se publicarán artículos que no responden a las exigencias de la sección 'A fons', que serán evaluados por el Comité de Redacción y aparecerán en la sección 'Pràctica' o 'Lliure'. De estos trabajos también existirá una ficha de evaluación y a todos los efectos seguirán el mismo procedimiento. No se admitirá ningún artículo que no cumpla las normas.

'TS Nova. Treball Social i Serveis Socials' se encuentra en las bases de datos Latindex, Dialnet, ISOC, Psicodoc, Compludoc, Scopus y CSIC, además de estar presente en los repositorios Roderic, Rebiun, RUA, Recolecta e Hispana. La revista del Colegio Oficial de Trabajo Social de València, que está evaluada por DICE, MIAR, RESH, CIRC y CARHUS, se puede consultar en bibliotecas de diferentes universidades españolas.

# normes de publicació

## PRESENTACIÓ D'ARTICLES

---

- Els articles d'A FONS tindran una extensió d'entre 6.000 i 8.000 paraules.
- Els articles de PRÀCTICA i LLIURE tindran una extensió d'entre 4.000 i 6.000 paraules.
- Les ressenyes de LLIBRES I MÉS i altres textos d'EXTRA tindran una extensió màxima de 2.000 paraules.
- Els articles proposats per a la seua publicació hauran de presentar-se en format Word, a doble espai, lletra Times New Roman, cos 12, i tots els marges a 3 cm.
- Les referències bibliogràfiques es posaran a final del text, seguint l'ordre alfabètic i d'acord amb l'última actualització de les normes APA (American Psychological Association).
- Les notes de les autores o els autors aniran a peu de pàgina.
- Els articles es presentaran en castellà o valencià. Aquelles persones que el presenten en castellà i desitgen la seua traducció al valencià, aquesta es realitzarà pel comitè de redacció de manera gratuïta.
- Els articles aniran precedits d'un breu resum en castellà o valencià i anglés, d'entre 150-200 paraules.
- Els articles inclouran títol en castellà o valencià i en anglés.
- Es relacionaran les "paraules claus" també en castellà o valencià i anglés per a facilitar la identificació informàtica.
- S'inclourà ressenya de l'autora o l'autor amb: nom, professió, lloc de treball i adreça de correu electrònic, així com autorització per a publicar-la.
- Els treballs presentats han de ser originals, no podran haver sigut publicats amb anterioritat.
- El Comitè de Redacció es reserva el dret de modificar la forma de l'article.
- El Comitè de Redacció no s'identifica necessàriament amb el contingut dels articles publicats.

# normas de publicación

## PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

---

- Los artículos de *A FONS* tendrán una extensión de entre 6.000 y 8.000 palabras.
- Los artículos de *PRÀCTICA* y *LLIURE* tendrán una extensión de entre 4.000 y 6.000 palabras.
- Las reseñas de *LLIBRES I MÉS* y otros textos de *EXTRA* tendrán una extensión máxima de 2.000 palabras.
- Los artículos propuestos para su publicación tendrán que presentarse en formato Word, a doble espacio, letra Times New Roman, cuerpo 12, y todos los márgenes a 3 cm.
- Las referencias bibliográficas se pondrán a final del texto, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con la última actualización de las normas APA (*American Psychological Association*).
- Las notas de las autoras o los autores irán a pie de página.
- Los artículos se presentarán en castellano o valenciano. Aquellas personas que lo presenten en castellano y deseen su traducción al valenciano, esta se realizará por el comité de redacción de forma gratuita.
- Los artículos irán precedidos de un breve resumen en castellano o valenciano e inglés, de entre 150-200 palabras.
- Los artículos incluirán título en castellano o valenciano y en inglés.
- Se relacionarán las “palabras claves” también en castellano o valenciano e inglés para facilitar la identificación informática.
- Se incluirá reseña de la autora o el autor con: nombre, profesión, lugar de trabajo y dirección de correo electrónico, así como autorización para publicarla.
- Los trabajos presentados deben ser originales, no podrán haber sido publicados con anterioridad.
- El Comité de Redacción se reserva el derecho de modificar la forma del artículo.
- El Comité de Redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.





## EDITORIAL · EDITORIAL

### A FONDO · A FONS

*Salut mental i sistema penitenciari: perspectiva professional i experiències de les persones privades de llibertat*  
Alba Martínez-Alvarado i Àngela Carbonell

*Efectos de las TIC en la vida laboral de las personas con TEA y el papel del trabajador social en el área laboral*  
Alejandro Guerra Rivas

*Repensant la intervenció social en llars residencials de persones majors*  
Amparo Ruiz Ruiz

*Estrategias de afrontamiento del estrés y formación para la gestión del bienestar físico-emocional de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo*  
Inmaculada González Herrera

*El camino por delante: desafíos y oportunidades para el Trabajo Social en los próximos años*  
Tania Ruiz Gil

*Referents valencianes del Treball Social i la Sociologia de les addiccions: reconeixement professional i acadèmic*  
Dayana Arteta Molina, Clara Che Tórtola i Víctor Agulló Calatayud

*La Feminización de la soledad en la vejez*  
José Miguel Ramírez García

### PRÁCTICA · PRÀCTICA

*"Reladoras de vida". Una propuesta creativa de abordaje del trauma de la violencia machista desde la práctica narrativa para el Trabajo Social*  
María Sonia Cano Alegre

*Treball Social Clínic. Proposta de suport emocional socioterapèutic a professionals del Treball Social*  
Manuel Fco. Salinas Tomás, María Eugenia Sánchez Robres, Paloma Martínez Antequera, Luis Cuesta García i Ramon Rosaleny Castell

*El servicio de atención y seguimiento a las personas con problemas de salud mental (SASEM) en su primer año de vida en Alaquàs (Valencia)*  
Eva Reina Giménez

*10º aniversari d'Odusalud... haurem de tornar?*  
Nuria Baeza Roca i Ana Isabel Cava Ríos

### LIBRE · LLIURE

*Situación del Trabajo Social en los equipos de atención primaria de Servicios Sociales en la provincia de València*  
Victoria Belis Herreras y Celia María Gimeno Carreras

### EXTRA · EXTRA

*¿Una asociación para qué? La de Asistentes Sociales de Valencia*  
María Luisa Haro Sabater

*Qui som i fins on hem arribat. Reflexions de la Junta en actiu en el 40 aniversari del Col·legi Professional de Treball Social de València*  
Junta de Govern COTS València

*Els COTS de València, Castelló i Alacant membres de l'Observatori Valencià de Serveis Socials*  
Encarna Canet Benavent

*Acte de Graduació de Treball Social 2022/2023 Facultat de Ciències Socials*  
Ferran Senent i Domingo

### LIBROS Y MÁS · LLIBRES I MÉS