

Justificante de Presentación

Datos de los Interesados:

Datos del Interesado:

Documento identificativo: 75236015W - INMACULADA ASENSIO FERNANDEZ

Dirección: Calle CALLE PLAZA SERÓN, 10, 4º E
Almería 04009 (Provincia: Almería - País: España)

Teléfono de contacto: 610997259

Correo electrónico: iasensiof@gmail.com

Alerta Email: Si Alerta Sms: No

Número de registro: REGAGE24e00073578125

Número de registro provisional: N/A

Fecha y hora de presentación: 30/09/2024 16:22:28

Fecha y hora de registro: 30/09/2024 16:22:31

Tipo de registro: Entrada

Oficina de registro electrónico: Reg. Administración General del Estado

Organismo destinatario: E04939505 - Dirección General de Ordenación Profesional

Organismo raíz: E05070101 - Ministerio de Sanidad

Nivel de administración: Administración del Estado

Asunto: Reconocimiento de la titulación de Trabajo Social como profesión sanitaria

Expone: Se solicita una explicación clara sobre por qué el Trabajo Social no es reconocido como profesión sanitaria, a pesar de que ejerzo mis funciones directamente en la promoción de la salud dentro del ámbito sanitario. Esta exclusión me coloca en una posición de desventaja, limitando mi desarrollo profesional y el acceso a la formación especializada, como la impartida por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Esta situación genera frustración, ya que, a pesar de los esfuerzos del Consejo General de Trabajo Social, no se ha logrado dicho reconocimiento. Me resulta incomprendible la falta de respuesta del Gobierno ante nuestras peticiones, especialmente en un momento en el que los profesionales sanitarios están cada vez más organizados.

La exclusión del Trabajo Social de las actividades formativas del SAS es un reflejo de esta situación, que impide una intervención adecuada sobre los determinantes sociales de la salud y resalta la urgencia de reconocer esta profesión en el ámbito sanitario.

El Trabajo Social desempeña un papel fundamental en la intervención sobre los determinantes sociales de la salud, como la pobreza o la exclusión, y en la mejora de la salud física y mental. La OMS incluye el bienestar social como parte esencial de la salud, y los trabajadores sociales son claves en su promoción.

Mi formación universitaria me capacita para abordar eficazmente los factores sociales que impactan en la salud. Por ello, considero imprescindible que se desarrollem normativas que reconozcan esta contribución, así como la implementación de procesos de certificación adecuados en áreas como la salud mental o los cuidados paliativos.

La coordinación con otros sistemas de protección social es esencial para ofrecer un apoyo integral a los pacientes, lo que mejora sus resultados en salud y bienestar.

El Trabajo Social ya se desarrolla en el sistema de salud, persiguiendo los mismos objetivos que el resto de profesionales sanitarios. Este reconocimiento es una deuda pendiente que debe saldarse para garantizar un sistema de salud verdaderamente integral, equitativo y de calidad.

Solicita: Que el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Ordenación Profesional, reconozca de manera formal el Trabajo Social como una profesión sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, en línea con lo

El presente justificante tiene validez a efectos de presentación de la documentación en este Registro Electrónico y no prejuzga la admisión del escrito para su tramitación. La fecha y hora de este Registro Electrónico es la de la Sede electrónica del Punto de Acceso General (<https://sede.administracion.gob.es/>). El inicio del cómputo de los plazos que hayan de cumplir las Administraciones Públicas vendrá determinado por la fecha y hora de presentación en el registro electrónico de cada Administración u organismo.

De acuerdo con el art. 31.2b de la Ley39/15, a los efectos del cómputo de plazo fijado en días hábiles, y en lo que se refiere al cumplimiento de plazos por los interesados, la presentación en un día inhábil se entenderá realizada en la primera hora del primer día hábil siguiente salvo que una norma permita expresamente la recepción en día inhábil.

De acuerdo con el Art. 28.7 de la Ley 39/15, el interesado de esta solicitud se responsabiliza de la veracidad de los documentos que presenta.

establecido en las normativas de salud pública y las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, que subrayan la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud.

Que el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Ordenación Profesional, me conteste por escrito.

Muchas gracias.

Este reconocimiento permitiría a los trabajadores sociales sanitarios:

Acceder a las formaciones especializadas que actualmente están limitadas a otras profesiones sanitarias, fortaleciendo así sus competencias en áreas como la promoción de la salud, la atención a colectivos vulnerables, la intervención en violencia de género, y la patología dual, entre otros.

Ejercer plenamente sus funciones dentro del equipo clínico multidisciplinar, en igualdad de condiciones, lo que contribuiría a una atención más integral y de calidad para los pacientes.

Ser incluidos en las normativas de desarrollo profesional y en las políticas sanitarias, garantizando su participación en la planificación y coordinación de la atención, así como en los programas de promoción y prevención de la salud.

Solicitamos, asimismo, que se garantice la inclusión de los trabajadores sociales en las formaciones organizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública, asegurando su acceso a programas formativos que son esenciales para su desarrollo profesional dentro del ámbito sanitario.

Documentos anexados:

Nombre: Curso Promoción de la Salud.jpeg

Algoritmo: SHA-512

Huella digital: faba6e4c0b33fa6bbb4f7af5f596cc9ffba99fff0a7691c6ea36703bb63281150e807ec1cc18b6f21c0b9c3680afff34d348da4edb3b347367d134c7366136b9

Nombre: 4.-Inmaculada-Asensio-Fernandez (6).pdf

Algoritmo: SHA-512

Huella digital: 4f57c4f24fcc38ea1adde722e3815238758b9e46805e7cd3045a235982cd6ae7f68ac297a4cca54bcb2a261cdb037e3d1cd191a2e4d01cf2c010623182600f74

Nombre: Consejo Andaluz Trabajo Social.pdf

Algoritmo: SHA-512

Huella digital: b83d13d37005d001d4e7ecee2fb62cc1369764fbbdc377a8d21f5fd8002458c296cf48eee4585974c7db52da194b5cbc46ea5cfce1f8e83286484a79b482eb6

El presente justificante tiene validez a efectos de presentación de la documentación en este Registro Electrónico y no prejuzga la admisión del escrito para su tramitación. La fecha y hora de este Registro Electrónico es la de la Sede electrónica del Punto de Acceso General (<https://sede.administracion.gob.es/>). El inicio del cómputo de los plazos que hayan de cumplir las Administraciones Públicas vendrá determinado por la fecha y hora de presentación en el registro electrónico de cada Administración u organismo.

De acuerdo con el art. 31.2b de la Ley39/15, a los efectos del cómputo de plazo fijado en días hábiles, y en lo que se refiere al cumplimiento de plazos por los interesados, la presentación en un día inhábil se entenderá realizada en la primera hora del primer día hábil siguiente salvo que una norma permita expresamente la recepción en día inhábil.

De acuerdo con el Art. 28.7 de la Ley 39/15, el interesado de esta solicitud se responsabiliza de la veracidad de los documentos que presenta.



**INFORME DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL EN RESPUESTA AL ESCRITO
PRESENTADO POR Dña INMACULADA ASENSIO FERNÁNDEZ, CON DNI 75236015W POR EL QUE SOLICITA
EL RECONOCIMIENTO DE LA TITULACIÓN DE TRABAJO SOCIAL COMO PROFESIÓN SANITARIA.**

Concretamente solicita el Reconocimiento del Trabajo Social como una profesión sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, para posibilitar:

- Acceso a las formaciones especializadas que actualmente están limitadas a otras profesiones sanitarias, fortaleciendo así sus competencias en áreas como la promoción de la salud, la atención a colectivos vulnerables, la intervención en violencia de género, y la patología dual, entre otros.
- Ejercicio pleno de sus funciones dentro del equipo clínico multidisciplinar, en igualdad de condiciones, lo que contribuiría a una atención más integral y de calidad para los pacientes.
- Ser incluidos en las normativas de desarrollo profesional y en las políticas sanitarias, garantizando su participación en la planificación y coordinación de la atención, así como en los programas de promoción y prevención de la salud.
- Solicitamos, asimismo, que se garantice la inclusión de los trabajadores sociales en las formaciones organizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública, asegurando su acceso a programas formativos que son esenciales para su desarrollo profesional dentro del ámbito sanitario.

Desde esta Subdirección General se informa de lo siguiente:

En España, las profesiones sanitarias están reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y están vinculadas principalmente a la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud. Estas profesiones requieren formación específica en ciencias de la salud y están sujetas a la regulación y control por parte de instituciones competentes. Los profesionales con grado en trabajo social no están considerados como profesiones sanitarias

El grado en Trabajo Social permite a estos profesionales adquirir las competencias adecuadas para el desempeño de un papel crucial en el bienestar social y la salud pública y su formación se centra en aspectos sociales y comunitarios, no exclusivamente en la salud. Su titulación, que incluye estudios de grado en Trabajo Social, no se alinea directamente con los requisitos establecidos para las profesiones sanitarias.

El ámbito de actuación de los profesionales en trabajo social del trabajador social abarca múltiples áreas, como la protección de menores, la atención a personas mayores, la inclusión social, entre otros. Aunque existe un cruce con el ámbito de la salud, especialmente en situaciones de vulnerabilidad, su enfoque es más amplio y no se limita a la atención sanitaria.

Asimismo, cabe indicar que el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades es el principal responsable a nivel estatal de regular y coordinar la educación universitaria en España. Establece el marco general de las competencias para los títulos universitarios oficiales a través de los reales decretos. No obstante, cada universidad tiene autonomía para diseñar los planes de estudio de sus titulaciones, incluyendo las competencias específicas para cada grado. Ahora bien, dichos planes deben ajustarse a las directrices generales establecidas por el Ministerio y pasar el proceso de acreditación por ANECA u otras agencias regionales.

En Madrid a fecha de firma electrónica.





MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

LA SUBDIRECTORA GENERAL DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN PROFESIONAL

Tania Cedeño Benavides

Código seguro de Verificación : GEN-5b45-849e-cc37-dae7-4eed-85d6-927b-4a46 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección :
<https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

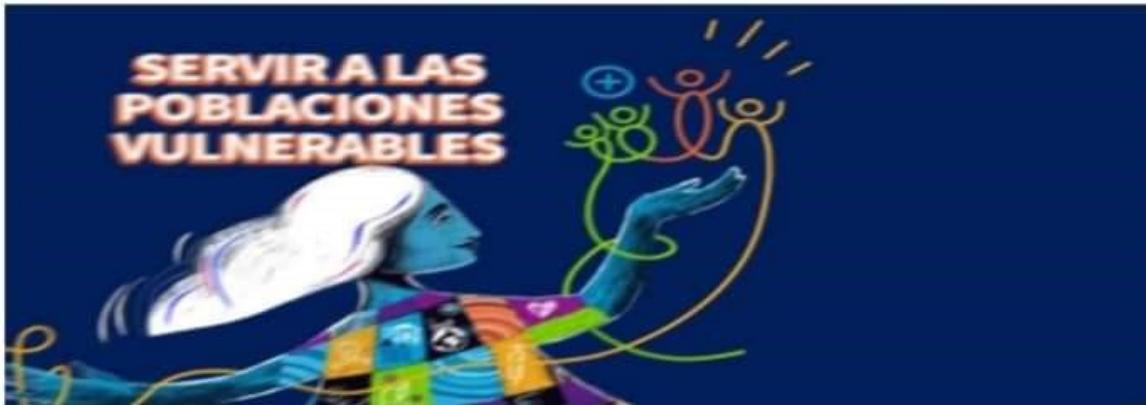
CSV : GEN-5b45-849e-cc37-dae7-4eed-85d6-927b-4a46

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : TANIA MARÍA CEDEÑO BENAVIDES | FECHA : 14/10/2024 12:24 | Sin acción específica



COLECTIVOS VULNERABLES



**SERVIR A LAS
POBLACIONES
VULNERABLES**

Objetivo:

Conocer las características de diversos colectivos de personas con mayor vulnerabilidad de cara a la promoción de una vida saludable.

Fecha de inicio: Del 14 octubre al 08 noviembre 2024

Modalidad: E-learning

Duración: 20 horas

Lugar: Plataforma Teleformación Moodle AGS Norte de Almería

Financiación
MAP

ACREDITACIÓN
ACSA

Dirigido: Facultativos, Enfermeros, Fisioterapeutas, Farmacéuticos, veterinarios, Técnico de salud

Docentes: Almudena Piñol Pérez. Técnico de Salud del AGS Norte de Almería. Formadora de la RED PITA

Criterios de Selección:

Competencias profesionales y los criterios de selección de la Unidad Integral de Formación del AGSNA

Lugar de Inscripción:

FORMACIÓN CONTINUA AGSNA

En Granada, a 23 de Julio de 2024

A/A Don Diego Agustín Vargas Ortega.
Dirección Escuela Andaluza de Salud Pública.
Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

Estimado Sr. Vargas.

El Consejo Andaluz es una Corporación de Derecho Público que agrupa a los Colegios Profesionales/Oficiales de Trabajo Social de las ocho provincias andaluzas, con más de 9.000 personas colegiadas, trabajando en defensa de la profesión tal y como recoge nuestro Código Deontológico. Es por ello que nos ponemos en contacto con usted debido al tema que a continuación se expone.

Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública se ofrece la formación "El modelo de intervención comunitaria en patología dual para profesionales de salud mental, atención primaria y adicciones", que iniciará el próximo 16 de septiembre y para la cual no consta el acceso a la titulación de Trabajo Social.

Por su parte, se nos informa, que los criterios de selección aplicados han sido los siguientes: priorizar los perfiles profesionales de medicina de AP, psiquiatría, personal de enfermería de AP o salud mental y profesionales con titulación de grado de la red de Adicciones, añadiendo además que en el caso del trabajo social no se ha seleccionado dicho perfil por no ser considerado profesión de intervención sanitaria de salud mental, atención primaria y adicciones.

Solicitamos el acceso a dicha formación, esta situación pone de manifiesto una realidad preocupante: la exclusión sistemática del trabajo social de formaciones cruciales para nuestra práctica profesional. A pesar de no ser considerada personal sanitario, nuestra intervención en temas de salud mental y adicciones es tanto relevante como esencial. La coordinación y la intervención en estos ámbitos forman parte integral de nuestras responsabilidades y competencias, y la falta de acceso a estas oportunidades formativas nos limita significativamente. La formación continua y el desarrollo profesional son derechos de todos/as los/as trabajadores/as sociales, vitales para el ejercicio pleno de nuestras funciones y la calidad de los servicios que brindamos.

De igual forma, **solicitamos que este escrito sirva de precedentes para otras formaciones que se ofrezcan desde la Escuela Andaluza de Salud Pública** y sirvan para la mejora profesional del trabajador/a social en la calidad de sus intervenciones a la ciudadanía.

Desde el Consejo Andaluz de Colegios Profesionales/Oficiales de Trabajo Social nos mostramos a su disposición para cualquier cuestión que así lo requiera.

Un cordial saludo

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

Resumen

A través de este artículo se reflexiona, con un enfoque crítico, sobre los elementos determinantes que permiten evidenciar la subalternidad de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones. Esta reflexión se ha llevado a cabo desde el relato vivencial de una Trabajadora Social contratada durante un año en un servicio público de tratamiento de las adicciones. La experiencia ha sido interpretada por un grupo de profesionales que ejercen el Trabajo Social en diferentes regiones de España, incluso con una aportación desde el Reino Unido, cuyo denominador común es que trabajan en la Administración Pública. Los resultados de esta reflexión han permitido esclarecer las evidencias que muestran la desvalorización institucional hacia este colectivo profesional, además de que desvelan una serie de recomendaciones para luchar contra situaciones de opresión similares en el futuro.

Palabras clave

Adicciones. Subalternidad. Desgaste profesional. Desvalorización. Biopsicosocial. Trabajo Social.

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

Abstract

This article reflects, with a critical approach, on the determinant elements that make it possible to demonstrate the subalternity of the Social Work profession in the treatment of addictions. This reflection has been carried out from the experiential story of a Social Worker hired for a year in a public addiction treatment service. The experience has been interpreted by a group of professionals who practice Social Work in different regions of Spain, including a contribution from the United Kingdom, whose common denominator is that they work in the Public Administration. The results of this reflection have made it possible to clarify the evidence that shows the institutional devaluation of this professional group, in addition to revealing a series of recommendations to fight against similar situations of oppression in the future.

Keywords

Addictions. Subordination. Professional burnout. Devaluation. Biopsychosocial. Social Work.

Autora / Author

Inmaculada Asensio Fernández

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Granada. Máster en Comunicación Social por la Universidad de Almería. Doctoranda en la Universidad de Almería. Trabajadora Social en la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
iasensiof@gmail.com



Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

Introducción

El Trabajo Social es una profesión aún considerada joven en España, ya que la primera Escuela de la entonces denominada '*Asistencia Social*' surgió en el año 1932, en Barcelona, pero se aprobó como título universitario en 1968. El mayor obstáculo que ha encontrado el Trabajo Social para su desarrollo en este país, ha sido la situación sociopolítica marcada por la Guerra Civil, la etapa de la Represión y posterior Dictadura Franquista, de manera que la consolidación de estos estudios en el ámbito universitario ha tenido que esperar hasta la década de los ochenta (Gil, M. 2013: 136-137), coincidiendo con el nacimiento del Sistema Público de Servicios Sociales

La profesión de Trabajo Social acompaña a las personas en la superación de sus dificultades, problemas y necesidades, de modo que es referencial en el desarrollo de los servicios sociales en España, tal como se recoge en los textos legales de algunas comunidades autónomas, por ejemplo, Andalucía. Si bien estos textos legales no han cambiado las competencias que ya venían ejerciendo estos profesionales, sí han servido para reconocer su valor esencial al frente de la intervención social, en coordinación con otros importantes perfiles de la intervención comunitaria, como la Educación Social y la Psicología.

A pesar del agigantado desarrollo del Trabajo Social en España, para tratar de equipararse al resto de países europeos que le llevan décadas de ventaja, esta profesión sigue adoleciendo de un escaso reconocimiento por parte de otras con las que se relaciona, lo que puede estar condicionando, como afirma Jiménez, la existencia de cierto sentimiento de infravaloración en este cuerpo profesional (Jiménez, G. M. 2010).

Llaman poderosamente la atención los resultados de la investigación llevada a cabo por las autoras Estrada y De las Olas (2016), sobre la opinión que tienen estudiantes de otras titulaciones universitarias sobre la disciplina de Trabajo Social. El análisis de sus resultados revela el desconocimiento que tiene el alumnado acerca de esta figura profesional. Simultáneamente, las titulaciones de ramas más lejanas a su ámbito de intervención no la valoran, aunque sí lo hacen las más cercanas, como la Enfermería y la Educación Social.

También se constató que el estudiantado de Psicología es el que peor valora el Trabajo Social, a pesar de que ambas -en la práctica- trabajan en estrecha coordinación, cuestión que las autoras atribuyen a que el alumnado de Psicología percibe que las funciones de ambas se solapan en algunos momentos. Es curiosa esta percepción, precisamente porque estas autoras concluyen que se evidencian claras intromisiones en las funciones, labores y campos de actuación específicos del Trabajo Social, por parte de otras profesiones afines (Estrada y De las Olas, 2016).

A pocas personas debería sorprender que este tipo de actitudes se reproduzcan en los contextos profesionales, tal como queda evidenciado en las duras críticas que determinados representantes del Colegio Oficial de Psicología formulan respecto al reconocimiento del Trabajo Social, como profesión de referencia en los servicios sociales, como se puede leer en el artículo de Carmona & Fernández (2020).

Es posible que estas dificultades de reconocimiento del Trabajo Social guarden también relación con el hecho de que, hasta hace escasos años, era una diplomatura universitaria desde la que no se podía acceder al doctorado, salvo que

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

se completaran estudios de licenciatura. A lo anterior, se une el problema del estatus epistemológico, que sabemos no es privativo del Trabajo Social, sino que constituye un dilema identificable en las Ciencias Sociales en toda su extensión (Lorente, B & Luxardo, N., 2018), sobre todo en comparación con otras Ciencias Experimentales o Aplicadas (De León, C, 2014).

En esta misma línea, Raya y Caparrós afirman que la disciplina de Trabajo Social ocupa una posición de debilidad en el marco general de las Ciencias Sociales, debido a que el volumen de publicaciones en revistas de impacto, y la participación en proyectos de investigación sujetos a concurrencia competitiva, ha sido menor desde la disciplina de Trabajo Social. Afortunadamente, esta realidad está cambiando gracias a la incorporación del Trabajo Social a los estudios de Grado y Posgrado desde el año 2009 en España, lo que está permitiendo desarrollar mucho más la investigación (Raya, E.; Caparrós, N., 173:2014).

Sea como fuere, el estatus académico y profesional del Trabajo Social sigue chocando con un techo de cristal, impuesto muchas veces desde las propias instituciones (tal como sucede en esta experiencia), de manera que sigue siendo necesario evidenciar y compartir situaciones concretas de desvalorización hacia las personas que ejercen esta profesión.

1. Objetivos y metodología

1.1.- *Objetivos*

La sistematización de esta experiencia persigue identificar las claves que evidencian la desvaloriza-

zación institucional que sufre la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones. Así mismo, persigue recopilar una serie de recomendaciones para combatir situaciones de infravaloración similares, replicables en este u otros contextos profesionales.

1.2.- *Metodología*

La metodología para esta sistematización sigue en su diseño la propuesta descrita por Cifuentes y Pantoja (2019), lo que ha permitido realizar una reconstrucción de la experiencia de una Trabajadora Social, contratada como funcionaria sustituta interina temporal, en un servicio público de tratamiento de las adicciones situado en Andalucía (desde septiembre de 2020 a septiembre de 2021).

La secuencia metodológica se inicia con la constitución de un grupo de reflexión compuesto por 10 Trabajadoras/es Sociales, además de la titular de la vivencia, cuyo denominador común es que ejercen en la Administración Pública.

Tal como se observa en la figura 1, el grupo de reflexión cuenta con profesionales ubicados en diferentes regiones españolas, ya que se ha juzgado interesante incorporar la mirada de personas ajenas al entorno cultural de la comunidad autónoma de referencia en esta experiencia. De este modo, encontramos que 5 participantes se ubican en Andalucía, 1 en Castilla y León, 1 en Cataluña, 1 en País Vasco, 1 en Canarias, e incluso 1 en Bristol (Reino Unido).

Todas estas personas desarrollan su trabajo en servicios sociales comunitarios y/o de base, en servicios de protección a la infancia y/o menores, y en servicios públicos de salud. Cabe destacar que existen diferencias metodológicas en la forma

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones



Figura 1. Fuente: elaboración propia.

de ejercer por parte de cada participante, en cuanto a encuadre teórico de referencia. De este modo, en servicios sociales encontramos un claro predominio de la orientación basada en el Método de Casos, el Método de Intervención en Crisis y el Modelo de Atención Centrado en la Persona, aunque algunas profesionales incorporan enfoques de Derechos Humanos (País Vasco), perspectivas sistémicas (Castilla y León), y Trabajo Social Clínico (Canarias y una de las participantes andaluzas).

Sin embargo, las personas que ejercen desde el ámbito de la salud enfocan su trabajo desde modelos más clínicos y terapéuticos, en combinación con el Método de Casos y el Modelo de Atención Centrado en la Persona. Además, otra participante incorpora modelos específicos como el Análisis Transaccional, la Terapia Familiar y de Pareja, y la Terapia Racional Emotiva Comportamental (Cataluña). Por su parte, la participan-

te que desempeña su trabajo en el servicio de protección a la infancia de Bristol (Reino Unido) orienta su práctica desde enfoques denominados Strength-based approach (enfoque basado en fortalezas), e incluso el enfoque Signs of safety (signos de seguridad). En general se basan en detectar las fortalezas de las personas y su capacidad de generar resiliencia. Resulta interesante comprobar la variabilidad de enfoques teóricos que permiten ejercer el Trabajo Social en la misma tipología de servicios públicos.

El siguiente paso metodológico, parte del relato por escrito -en primera persona- por parte de la Trabajadora Social que formó parte del equipo técnico interdisciplinar de ese servicio público. Describe su paso por ese centro de trabajo, desde el primer día de inicio de contrato, hasta que se produjo el cese voluntario solicitado por la propia trabajadora un año después. De este modo, con-

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

tando con la confidencialidad previa de todas las personas participantes, el siguiente paso consistió en remitir el documento de la vivencia a cada una de ellas, para permitir una lectura detenida, y la natural reinterpretación crítica individual de la misma.

A continuación, una vez leído el texto de la vivencia, cada participante contestó a un cuestionario que permitió una reflexión ordenada sobre la experiencia, a través del establecimiento de seis básicas preguntas:

1. ¿Consideras que la protagonista del relato ha sido descalificada como profesional?
2. Si es así, ¿por qué?
3. ¿Podrías indicar qué comportamientos de invisibilización y subalternidad, por parte del equipo, consideras que se pueden atribuir a que la protagonista del relato es Trabajadora Social? O, dicho de otro modo, ¿en base a qué dirías que esta persona ha sido invisibilizada y descalificada como Trabajadora Social? Enumera claramente las conductas, comportamientos y momentos en los que lo has percibido de ese modo en su relato.
4. Tras leer todo su relato, ¿qué crees que podría haber hecho para mejorar su situación en ese centro de trabajo y para defender su espacio profesional?
5. ¿Qué le recomendarías de cara a una posible situación similar futura para prevenir esta situación?
6. Aportación libre sobre el relato leído. Cualquier aportación es valiosa.

Como se observa, en primer lugar se comienza con una pregunta filtro (cerrada) que permite clasificar si se detecta, o no, una situación de desvalorización profesional. Una vez roto el hielo, se procede a las siguientes preguntas abiertas, que permiten abrir hilo argumentativo sobre la cuestión de interés en este artículo. Las preguntas 2 y 3 son de consistencia, dado que permiten reflexionar con coherencia sobre las evidencias de la desvalorización, pero planteadas con distinta formulación. Sigue lo mismo con las preguntas 4 y 5, ya que se formulan de distinta manera, pero vienen a recoger las lecciones aprendidas (en forma de recomendaciones), para prevenir y para actuar ante situaciones similares. Por último, la pregunta número 6 se plantea para recoger cualquier otro aspecto no mencionado con anterioridad.

Toda esta reflexión ha permitido extraer los elementos comunes que muestran las cuatro evidencias nucleares de la desvalorización de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones, y en las que han coincidido todas las personas participantes, sin excepción. Además, también han permitido reflexionar sobre las lecciones aprendidas que brinda la experiencia.

2. Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados de la sistematización de esta experiencia, concretados en las siguientes categorías de análisis:

1. La categoría profesional del Trabajo Social ocupa el espacio físico marginal del centro de trabajo, y comparativamente en peores condiciones de habitabilidad que el del resto del equipo.

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

2. En la figura del Trabajo Social se delegan todo tipo de tareas no cualificadas, auxiliares y de apoyo al resto del equipo.
3. El rol del Trabajo Social no tiene un espacio profesional propio al frente de la intervención en el tratamiento de las adicciones.
4. Se produce un uso inadecuado de poder (abuso) que desemboca en una situación de opresión hacia la figura profesional del Trabajo Social.

A continuación, se desarrollan estas categorías de análisis, así como se intercalan algunos fragmentos de la vivencia elaborada por la Trabajadora Social, al objeto de ilustrar conductas y comportamientos, pero protegiendo la identificación de personas y lugares.

2.1.- La categoría profesional del trabajo social ocupa el espacio físico marginal del centro, comparativamente en peores condiciones de habitabilidad que el del resto del equipo

El primer aspecto que llama la atención, tras la lectura del relato, es que el espacio físico que ese servicio público reserva a la Trabajadora Social no reúne adecuadas condiciones de habitabilidad. Además, está comparativamente en bastantes peores condiciones que el del resto de profesionales del equipo biopsicosocial; se parte, por tanto, de posiciones de inferioridad muy evidentes que van a marcar el desarrollo de roles entre todos los personajes que forman parte de esta historia, tal como si estuviera escrita por los mismísimos hermanos Grimm¹.

“El centro de trabajo disponía de tres despachos (espaciosos, con mobiliario de oficina y

mesas de reuniones, más dos de ellos con luz natural); y un cuarto habitáculo, pequeño, sin luz, ni ventilación natural, con el mobiliario justo (mesa y silla) así como una estantería repleta de mascarillas y material clínico, más parecido a un trastero que a un despacho, pues era el lugar en el que se conservaban los archivadores y expedientes históricos del centro, una máquina fotocopiadora de uso común (el resto del equipo accedía a su despacho para recoger folios y fotocopias), el material fungible del centro y todo aquello que estaba fuera de uso. Los tres primeros despachos estaban ocupados por el Médico y las dos Psicólogas, de manera que el único espacio disponible para la Trabajadora Social era el parecido a un almacén-trastero”.

El espacio físico que las instituciones disponen para atender a la ciudadanía es bastante importante para proporcionar una atención digna y de calidad. En este sentido, el carácter rehabilitador de los centros de tratamiento ambulatorio de las adicciones plantea el desafío moral de proporcionar espacios físicos que puedan ser considerados terapéuticos, ya que tienen un efecto importante sobre las personas: pacientes, profesionales y visitantes. De este modo, tal como plantea la Consejería de Salud en su guía denominada Ambiente Terapéutico en Salud Mental (2010), es fundamental centrar los esfuerzos organizacionales en encontrar un equilibrio entre la seguridad, la privacidad y la dignidad.

Los espacios hablan por sí solos, y la primera persona sobre la que impactan es la profesional que está abocada a ejercer sus funciones en ellos. Por este motivo, es tan importante que todas las estancias sean confortables, y cuenten con todos los elementos necesarios para que cada profesional ejerza su labor.

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

Me guardé mi opinión sobre ese espacio, pero cuando lo vi “se me cayó el alma a los pies”. Además de pequeño y sin ventana, era complicado buscar ubicación para todos los enseres viejos y en desuso que decoraban sus esquinas: mesas, sillas, cajas amontonadas y repletas de papeles amarilleados por el paso del tiempo, sin mencionar el color de las paredes. Pude desahogar un poco mi lugar de trabajo colocando algunos objetos en una salita diminuta conectada a esta habitación, en la que había más archivadores y trastos viejos, así como un gran frigorífico, que tenía un sonido ensordecedor durante toda la jornada”.

Cuando una persona se ve expuesta a trabajar en un entorno físico poco confortable, lo más probable es que esto afecte a su bienestar. Además de lo anterior, si encontramos que el resto del equipo sí dispone del espacio digno para ejercer sus funciones, la figura profesional perjudicada en el “reparto” podrá percibir claramente esta discriminación. Advierte el refrán que “las comparaciones son odiosas y no conviene comparar personas o cosas entre sí, para evitar que alguna de ellas se sienta menospreciada” (Centro Virtual Cervantes, 2022).

Esta discriminación se relaciona directamente con la lógica de la distribución formal de los espacios de trabajo enunciada hace décadas por autores como José Luis Rodríguez (1986). Según este experto, la distribución del espacio de trabajo suele responder a dos criterios claros:

- criterio funcional, relacionado con repartir el espacio físico de acuerdo con las distintas funciones de la organización.
- criterio del rango ocupacional, bajo el cual, a mayor categoría laboral, se disfruta de una

mayor superficie y de una mejor disposición de la misma, en cuanto a cantidad, calidad y distribución del mobiliario de trabajo.

Las personas de rango inferior ocupan los lugares periféricos², así como disponen de poco espacio, lo que impide el ejercicio de una amplia autonomía para moverse y expresarse libremente (Rodríguez, J.L, 1986). A nadie debería sorprender, por tanto, que la persona que ocupa la estancia menos acondicionada y con menor presencia (no olvidemos que lo anti-estético es mucho más molesto que lo sobrio), se pueda sentir marginada respecto al resto del equipo.

notas

¹ Los hermanos Grimm ilustraron magistralmente el desafuero al que fue sometido el personaje de Cenicienta, desposeída de sus haberes materiales y de su capacidad de decidir cómo conducir su vida. Su papel principal era servir a los intereses de su nueva familia, pues al fallecer su padre quedó a expensas de su madrastra y sus hermanastras. Observamos claramente la injusticia de la que fue víctima en el hecho de que quedó abocada a ocupar las estancias más sucias, sombrías y marginales de su casa familiar. A partir de ese momento, comienza su sufrimiento y su lucha por liberarse, que finalmente culmina en la estelar participación de su Hada Madrina, quién representa el final feliz de todos los cuentos que marcaron una época, y actúa como una fuerza manifestadora de la justicia y del bien en favor de Cenicienta.

² En el entorno sanitario se reivindica el reconocimiento de la profesión de Trabajo Social como personal sanitario (hay muchas notas de prensa sobre este tema que se pueden consultar en www.google.com), y se suele dar la circunstancia de que este tipo de profesionales no suelen disfrutar de entornos físicos estables, es decir, lugares físicos consolidados para ejercer su trabajo: despacho o consulta. De este modo, el espacio vuelve a ser referencial en la calidad laboral percibida, ya que siempre hay figuras profesionales más vulnerables (en los diferentes sistemas) que pueden ver peligrar su silla ante la llegada de nuevos profesionales que gozan de un mejor estatus dentro de la organización. El hecho de tener que ceder su espacio a otros, y quedar relegados a los lugares más periféricos, menos confortables, e incluso en otro tipo de instalaciones al margen de su institución de referencia, provoca malestar. El acervo común que mueve estas dinámicas de distribución del espacio físico suele ser que, *si es necesario cambiar a alguien, el primer puesto que sale es el que tiene menos valor para la organización*.

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

2.2.- En la figura del trabajo social se delegan todo tipo de tareas no cualificadas, auxiliares y de apoyo al resto del equipo

La relación de puestos de trabajo en este tipo de servicios contempla la figura del Auxiliar de Clínica, entre cuyas tareas se encuentra -según se extrae de la vivencia- realizar controles toxicológicos; recibir, responder y enviar emails desde el correo corporativo del centro; responder al teléfono; asignar citas de acogida a tratamiento; asumir la recepción del centro, etc.

Curiosamente, en ausencia de la figura profesional del Auxiliar de Clínica, es la Trabajadora Social la que es llamada a asumir la mayor parte de sus funciones, destacando la atención al teléfono, la asignación de citas en la agenda correspondiente, la remisión de algunos emails a petición del Médico del centro (por ejemplo, la remisión de resultados de pruebas PCR para pacientes próximos al ingreso en recurso residencial, etc.). Por tanto, sus funciones y agenda diaria se consideran reemplazables en ausencia de su compañero Auxiliar, sin tener en cuenta que ella forma parte del equipo técnico, con su propia agenda, responsabilidades, funciones, identidad profesional y categoría de Grado Universitario (A2).

El sistema jerárquico pre-establecido –aunque no hablado ni transmitido por escrito- considera a la Trabajadora Social una especie de “chicaparrato”, y el sistema de comunicación y de atribución de tareas a unos y a otros, muestra claramente que la Trabajadora Social se considera el último eslabón de la cadena, dentro del equipo biopsicosocial:

“En más de una ocasión se me recordó que, en ausencia del Auxiliar de Clínica, yo

sería la encargada de contestar al teléfono y proporcionar cita en la agenda a nuevos pacientes. De hecho, se me pedía cancelar mi propia agenda profesional diaria, pactada con pacientes semanas atrás, para centrarme en atender el teléfono y asignar citas”.

En su figura se delegan, de forma repetida y sistemática, funciones que corresponden a categorías profesionales inferiores, desde el acervo común basado en “siempre se ha hecho así”, afectando a su dignidad profesional. Esta degradación supone un obstáculo para el desarrollo de su carrera profesional en igualdad de posiciones respecto al resto del equipo, pues difícilmente se la considerará especialista en su ámbito, cuando se encuentra en los estratos de acción auxiliar y de apoyo al resto.

La modificación de las condiciones de trabajo pactadas en contrato, a través de la rúbrica correspondiente, puede ser susceptible de demanda judicial, máxime en aquellas situaciones en las que la persona trabajadora se ve forzada a realizar funciones por debajo de su categoría profesional. El resultado puede ser la restitución de las condiciones de trabajo acordadas, así como la adquisición de una indemnización económica por el perjuicio causado (Laborateca, 2018). Sin embargo, no siempre es fácil denunciar formalmente, sobre todo, porque la vinculación de la trabajadora con la institución es frágil (contrato temporal), lo que podría desincentivar iniciar acciones judiciales que constarán en los Departamentos de Recursos Humanos correspondientes. Y todo esto, por no mencionar las dificultades que suele entrañar involucrar a terceras personas a través de su testimonio (para recopilar las pruebas necesarias para iniciar acciones judiciales), sobre todo teniendo en cuenta

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

que no van a obtener ninguna ganancia... sólo vivir un momento desagradable frente a personas que dejarán de apreciarla, o directamente la rechazarán para siempre.

2.3.- El rol del trabajo social no tiene un espacio profesional propio al frente de la intervención en el tratamiento de las adicciones

En el desarrollo de esta experiencia, desde el inicio del contrato de trabajo, el equipo va marcando a la Trabajadora Social en qué van a consistir sus principales tareas, cuyo núcleo de interés se basa en la realización de las entrevistas de acogida a tratamiento, así como el triaje y derivación de casos al resto del equipo para iniciar tratamiento, además de todas las tareas de apoyo al resto de profesionales.

La acogida consiste en realizar una entrevista semiestructurada con carácter motivacional, siguiendo el modelo propuesto por Miller y Rollnick (2015), al objeto de impulsar a la persona a comenzar tratamiento, así como realizando una recogida de información en profundidad sobre los antecedentes de la situación e historia de la adicción, las características específicas de la misma, las consecuencias que tiene en su vida actual, la red de apoyo familiar con la que cuenta, la situación socio-profesional y económica, y demás datos de interés para trasladar al resto del equipo.

La recogida de datos que se realiza en la acogida, queda plasmada en un informe que permite realizar el triaje de las personas que demandan tratamiento, como estrategia de separación y clasificación de pacientes (Soler, W., et al, 2010); al objeto de derivar al profesional de la Medicina o la Psicología, según si se trata de un proceso de des-

intoxicación o de deshabituación³. La Trabajadora Social, por tanto, hace las funciones de intermediaria entre pacientes y profesionales que intervienen para su tratamiento, y el vehículo es ese informe de acogida, y automáticamente se desvincula del caso, salvo que el equipo la requiera para realizar algún tipo de gestión puntual, conforme vaya evolucionando la situación del paciente (generalmente se relaciona con la solicitud de ayudas y/o recursos).

El proceso asistencial, definido y delimitado por el personal de la Medicina y de la Psicología, permite que la Trabajadora Social exponga cada una de las acogidas realizadas en las sesiones clínicas, a la vez que se le realizan preguntas exploratorias sobre detalles concretos del caso, recogidos en el modelo de informe estandarizado, pero se rechazan sus propuestas de intervención y se cuestionan sus opiniones. Por ejemplo, en aquellos casos en los que se dan situaciones de violencia o maltrato en pacientes o en sus familiares, cuando la Trabajadora Social pone de relieve su mirada profesional respecto al tipo de intervención necesaria en estas situaciones (que además suelen ser recurrentes en este tipo de pacientes), el equipo le recuerda que la centralidad del tratamiento es psicológica, y en todo caso, médica.

Las derivaciones a la figura del Trabajo Social se centran en pacientes cuya intervención clínica es mínima, no así las labores de control de la

notas

³ Según el Diccionario de la RAE, la Desintoxicación es “la acción y el efecto de desintoxicar: eliminar en una persona los efectos tóxicos que le ha provocado una sustancia en mal estado, un veneno o una droga”. Por su parte, el mismo diccionario señala que la Deshabitación consiste en “hacer perder a una persona o a un animal el hábito o la costumbre que tenía de hacer algo”.

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

abstinencia⁴. A su figura profesional se le demanda información, pero no hay una actitud receptiva a aceptar propuestas de intervención que no vengan marcadas por otros profesionales que se erigen como competentes para el tratamiento de las adicciones, acotando y limitando su espacio profesional para evitar intervenciones diferentes a las habituales.

Además de lo anterior, a pesar de que está demostrado que las adicciones se relacionan con determinados factores socioculturales que provocan desigualdad, como el bajo nivel de ingresos, bajo nivel educativo y deficitario nivel ocupacional (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014:57-58), resulta complicado para la protagonista realizar una intervención específica para tratar de reducir algunos de esos factores que producen desigualdad. Esta perspectiva de intervención vuelve a colisionar con el hecho de que las personas más veteranas del equipo cuestionan sistemáticamente la dimensión social de sus propuestas de intervención:

“¿Y tú para qué has solicitado cita en el Ayuntamiento para el tema de la reagrupación familiar de este paciente?, y ¿para qué los ayudas a buscar trabajo?, y ¿para qué informas sobre cursos?, ¿por qué no los derivas al SAE o al INEM? Tú no te metas en eso... “tú céntrate en lo tuyo, tus paguicas”. También se me recordaba que tuviera cuidado con tratar de buscar una alternativa de alojamiento para algún paciente, por ejemplo, en coordinación con el Centro Municipal de Acogida; eso es mejor que lo hagan los servicios sociales, tú haznos caso que se puede provocar un efecto llamada de gente ¡Esto no son los servicios sociales!”.

García y Sotomayor afirman que la gestión de recursos es absolutamente secundaria al empoder-

amiento de las personas (García, M. & Sotomayor, E., 2017). Sin embargo, la experiencia de esta profesional muestra lo contrario, pues apenas tiene autonomía para participar en el proceso asistencial pre-establecido; pero el resto de profesionales recurre específicamente a ella cuando han valorado la idoneidad de que una persona acceda a un recurso (por ejemplo, un calentador de agua) y solicitan que realice los trámites administrativos necesarios para su adquisición.

Según Barreto, el Trabajo Social tiene como objetivo prioritario en estos recursos estimular a la persona para que se sienta útil socialmente, a través de la mejora de su situación socio-laboral (cualificación profesional, apoyo en la búsqueda de empleo, etc.), pero tomando en consideración el momento del proceso rehabilitador en el que se encuentre la persona, respetando su voluntad y libertad de decisión (Barreto, M. A., 2017:321-322). Sin embargo, en este centro de tratamiento no se valora la implicación de la Trabajadora Social en las intervenciones, o cuando decide iniciar relaciones de coordinación con otros centros y servicios municipales; por ejemplo, en la búsqueda de alternativas de ocio saludable, o programas de empleo municipales. Sigue lo mismo cuando plantea la necesidad de realización puntual de alguna visita a domicilio, para valorar las condiciones de vida de una persona (en el relato lo considera para una persona sorda), de cara a trabajar con ella para conseguir determinados cambios que favorezcan su incorporación social.

Estos argumentos respaldan las teorías expuestas por Sixto-Costoya y Olivares, que han analizado las dificultades que encuentran las profesiones de la Educación Social y el Trabajo Social para intervenir en el abordaje de las adicciones. Critican la predominancia del modelo biomédico, apoyado en

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

la explicación neurobiológica del fenómeno adictivo. Reivindican la necesidad de situar al mismo nivel de consideración la perspectiva biológica, psicológica y social. Concluyen que, profesiones como el Trabajo Social y la Educación Social, deben posicionarse de una manera clara dentro del proceso asistencial en el tratamiento de las adicciones, lo que supone la re-definición de las parcelas de trabajo que les son propias, transmitiendo sus objetivos y estrategias de trabajo, y generando modelos colaborativos que permitan que el ámbito social de los sujetos con adicciones pueda ser atendido holísticamente, con garantías de calidad profesional (Sixto-Costoya, A., & Olivari, Á., 2018:140,144,145,147,148).

El equipo parece considerar que su posición profesional no está al frente del tratamiento de las adicciones, sino subsidiaria a las figuras médica y psicológica, lo que, en palabras de Lorente y Luxardo, reproduce esas conocidas dinámicas de invisibilidad de los saberes provenientes del Trabajo Social (Lorente, B. y Luxardo, N., 2018:97).

Tras lo expuesto, se observa que la figura del Trabajo Social permanece en la sombra de la intervención biopsicosocial explicitada en el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (Consejería de Igualdad, Conciliación y Políticas Sociales, 2016), que es el documento de referencia para la Trabajadora Social de esta experiencia. De este modo, la propuesta de María Gallego, acerca de que es fundamental analizar los factores socioculturales y el marco social que influye en el individuo para realizar una intervención integral en materia de Adicciones (Gallego, M., 2019), queda soterrado por una visión meramente bio-psicológica, en la que el Trabajo Social sólo brinda labores de apoyo a los perfiles profesionales competentes: la Psicología y la Medicina.

En las intervenciones multidisciplinares de este siglo XXI, en el que existe tanta especialización en los entornos profesionales, los equipos de trabajo deberían enfocarse en buscar soluciones a los problemas desde las diferentes perspectivas profesionales intervenientes, evitando que sean unos *pocos iluminados* los que definan esos problemas y establezcan las soluciones, obviando la lógica de la variabilidad de respuesta que ataja un mismo problema desde diferentes ángulos de visión. Igual que no hay dos personas iguales, tampoco hay dos situaciones idénticas, ni pueden ser tratadas del mismo modo. El panorama anticuado del *café sólo para todos* no es garantía de éxito, y debería ser cada vez más cuestionado.

2.4.- Se produce un uso inadecuado de poder (abuso) que desemboca en una situación de opresión hacia la figura profesional del Trabajo Social

El canal de comunicación referido a asuntos de trabajo en el centro de tratamiento es unidireccional, y siempre desde el equipo hacia la Trabajadora Social, no a la inversa. Se produce una ausencia total de horizontalidad entre perfiles profesionales en las sesiones clínicas, en las que se niega y cuestiona la opinión profesional e hipótesis diagnósticas de la Trabajadora Social. Se la desafía

notas

⁴ Según se desprende del relato vivencial, por lo general se trata de pacientes derivados desde las Instituciones Penitenciarias, o desde el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, para realizar labores de control toxicológico. También se trata de personas menores de edad sujetas a sanciones administrativas por consumir sustancias ilegales en la vía pública, que voluntariamente deciden solicitar tratamiento (para iniciar un programa de sensibilización y concienciación educativo), para detener los consumos y prevenir adicciones. Si en un periodo de 6 a 9 meses los controles toxicológicos de estos menores son negativos, se puede commutar esa sanción administrativa. Por tanto, el control toxicológico vuelve a ser referencial en este tipo de intervenciones.

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

abiertamente cuando disiente con determinadas propuestas de intervención, por ejemplo, en casos donde se dan situaciones de violencia. Recibe expresiones cargadas de autoridad y tonos elevados de voz por parte de las personas más veteranas del equipo.

Se cuestionan en público sus funciones y responsabilidades, así como la re-direcccionan acerca del tipo de respuesta que debe dar a las y los pacientes, sin tener en cuenta su parecer o criterio profesional, sobre todo por las personas más veteranas del equipo. Se ignoran las bases de conocimiento teóricas a partir de las cuales la Trabajadora Social define una situación como un problema social al que es necesario dar respuesta desde su ámbito de intervención, generando toda una serie de tensiones profundas e invisibles entre los miembros del equipo, dada la negativa de la profesional a aceptar ese rol de subalternidad.

Según se extrae del relato original, la protagonista finalmente optó por solicitar una reunión con la dirección de ese servicio, desde una postura proactiva, a través de la cual le propuso la creación de un Comité de Ética, como herramienta de apoyo a las y los profesionales en el abordaje de conflictos éticos. En un principio, no se recibió mal la propuesta, incluso la dirección solicitó a la trabajadora que preparara una sesión clínica sobre este tema dirigida a todo el servicio..., para finalmente rechazar en público su propuesta.

La exposición, a mi juicio, estuvo totalmente acorde a lo que tenía previsto y quedé muy satisfecha. La primera persona que tomó la palabra fue la dirección del servicio, que, en tono serio y seco, aseveró que un Comité de Ética no tiene cabida en un servicio de estas

características, es un órgano independiente y muy reglado, requiere de normativas y muchos pasos burocráticos y políticos. Nuestro objetivo como institución se centra exclusivamente en la abstinencia de los pacientes, y la deliberación ética parece útil para personas que no tienen mucha experiencia profesional...

En este caso, volvemos a colisionar con una visión parcializada y obsoleta sobre las adicciones, y que se basa únicamente en tratar el síntoma específico (conducta adictiva) y enfocar al sujeto hacia la abstinencia. Se obvia toda la literatura que enfoca el tratamiento hacia la incorporación social de la persona para la mejora de su calidad de vida y la del entorno en que se inserta. Poner la abstinencia en el centro del proceso asistencial, no soluciona los condicionantes que han propiciado esa adicción, sólo trata la conducta, lo que es propio de una visión bio-psicológica *pura y dura*.

Además, remitió la existencia de dilemas éticos sólo a personas con poca experiencia, poniendo en entredicho -sin saberlo- todas aquellas situaciones en las que es necesario desarrollar un nuevo repertorio de respuestas, por producirse un choque de valores, siendo el conflicto más habitual entre el valor de la autonomía y el del bienestar (Casanova, M., y Blandón, E., 2005:98; Salcedo, D., 2001), muy presentes, de hecho, en el relato de la vivencia.

Estas constantes fricciones fueron provocando una situación de gran impotencia e insatisfacción en la Trabajadora Social, quién comenzó a darse cuenta de que luchar en soledad⁵ contra una estructura cultural y jerárquica establecida, la abocaría a una situación de burnout.

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

3. Conclusiones y recomendaciones

La sistematización de esta experiencia permite extraer importantes aprendizajes, aunque tales vivencias sean recordadas de manera ingrata y amarga. Más, si esa reflexión se produce en el seno de un grupo cualificado de trabajo, aplicando la metodología correspondiente, el resultado puede servir para contribuir en el esclarecimiento de las pruebas que demuestran la desvalorización institucional hacia la profesión de Trabajo Social en los servicios públicos de tratamiento de las adicciones, tal como sucede en este caso.

Este es el hallazgo más relevante que aporta este artículo, y se centra en los cuatro elementos nucleares de la dinámica de funcionamiento de los centros de tratamiento ambulatorio de las adicciones, respecto a la incorporación de la figura profesional del Trabajo Social: 1) esta figura ocupa el espacio físico marginal del centro de trabajo y comparativamente en peores condiciones de habitabilidad que el del resto del equipo; 2) en su figura se delegan todo tipo de tareas no cualificadas, auxiliares y de apoyo al resto del equipo biopsicosocial; 3) el rol del Trabajo Social no tiene un espacio profesional propio al frente de la intervención en el tratamiento de las adicciones; 4) se produce un uso inadecuado de poder (abuso) que desemboca en una situación de opresión hacia la figura profesional del Trabajo Social.

A través de esta experiencia se observa que la Trabajadora Social dispone de un espacio físico para ejercer su trabajo más parecido a un trastero-almacén, que a una consulta o despacho. Sin embargo, las dependencias del resto de profesionales del equipo cuentan con los elementos necesarios para llevar a cabo su labor.

También se muestra que en la figura de la Trabajadora Social se delegan todo tipo de tareas que requieren de una escasa cualificación profesional, por tanto, auxiliares y de apoyo al resto, y se hace de manera repetida y sistemática, afectando a su dignidad profesional.

Se evidencia una subyugación del saber de la Trabajadora Social, que se manifiesta en las dificultades que experimenta para contar con un espacio profesional propio al frente de la intervención clínica en el tratamiento de las adicciones, ya que el proceso asistencial está definido por el personal que se alza como competente: la Psicología y la Medicina.

Se detecta un desequilibrio de poder en las relaciones que se establecen entre las personas que conforman el equipo biopsicosocial, que culmina en una situación de opresión hacia la figura de la Trabajadora Social. Esto se evidencia a través de la negación, cuestionamiento y críticas sistemáticas hacia sus propuestas y opiniones en las sesiones clínicas. Cuando este tipo de invalidación es frecuente, y dirigida hacia una misma persona, se convierte en abusiva, y las reacciones frente a ella facilitan varios tipos de respuesta por parte de quién lo sufre: la auto-anulación y sumisión para evitar conflictos, el enfrentamiento abierto con la persona en cuestión o frente a todo el equipo, o incluso el aislamiento profesional, circunstancias todas ellas que culminan en desgaste y sufrimiento.

notas ⁵ Hay una frase en internet, de la que desconozco su autoría, que dice que “*el amor propio no resuelve las opresiones sistémicas*”. Esta frase da que pensar, ya que muchas personas responsabilizan al profesional que sufre estas situaciones -no a las instituciones- por no saber ponerse en su sitio a tiempo. Esto también le ocurrió a la protagonista del relato.

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

La fuerza de asociación de las cuatro pruebas indiciarias señaladas, sitúan a la profesión de Trabajo Social en los estratos inferiores dentro del proceso asistencial definido en los centros de tratamiento ambulatorio de las adicciones. Tanto es así, que puede resultar muy complicado para este perfil profesional, desplegar estrategias de intervención integradoras y eficaces desde el punto de vista de la incorporación social. La adicción, como problema social, no se resuelve de manera unívoca en la consulta clínica de los profesionales, sino en el cambio de los condicionantes que impulsan ese tipo de comportamiento adictivo; por tanto, requiere del acompañamiento pedagógico y social oportuno para prevenir y promocionar la salud, desde el propio hábitat del sujeto.

A partir de estos hallazgos, todas las personas participantes en la sistematización han concluido con una serie de recomendaciones que involucran a todo el colectivo organizado de trabajadoras y trabajadores sociales, en tanto se trata de un problema endémico que les afecta directamente en este tipo de centros y servicios.

La mayor parte de estas recomendaciones involucran a los Colegios Oficiales de Trabajo Social, en tanto entidades de derecho público encargadas de velar por la defensa de este colectivo profesional.

Recomendación número 1: Ante la adversidad, quién empodera es el grupo. No se deberían vivir en soledad situaciones de opresión y desvalorización institucional de este tipo, ya que pueden generar sentimientos de indefensión, con una repercusión en el estado de salud de quién los padece. Por este motivo, los Colegios Profesionales deben adoptar una posición de fortaleza respecto a este tipo de problemáticas, y convertirse en auténticos espacios de referencia para sus personas colegia-

das, y de lucha frente a la discriminación de su colectivo.

Recomendación número 2: Formación en herramientas de autocuidado. Las experiencias de opresión no se deben prolongar demasiado en el tiempo, porque pueden dejar secuelas. Por este motivo, se considera necesario que los Colegios Oficiales provean a su colectivo de las herramientas de autocuidado necesarias para identificar situaciones de burnout, sus síntomas, así como las posibles estrategias de respuesta a desplegar como colectivo profesional, pero en el propio centro de trabajo. La formación, además, genera conciencia y permite prevenir situaciones similares en otros contextos.

Recomendación número 3: Suscribir el lema “si nos tocan a una, nos tocan a todas”. Enfrentarse en solitario no se considera una buena opción, sino más bien la antesala de una batalla perdida, tal como sucedió en esta experiencia, recordada por su protagonista como un absoluto fracaso del que ya sólo puede aprender e ilustrar a otros. Los Colegios Profesionales deben exigir a las instituciones la adopción de medidas para resolver estas situaciones de opresión, funcionando como mediadores entre la organización o institución de referencia, y la persona colegiada. Deben exigir, además, a la autoridad correspondiente dentro de esa organización, la adopción de medidas individuales, pero también colectivas, para resolver este tipo de problemas cuanto antes y de manera pacífica.

Recomendación número 4: Planificar la resiliencia ante la concurrencia de situaciones similares. Sería muy conveniente que quienes ejercen la profesión de Trabajo Social, pudieran contar con una guía colegial para identificar situaciones de

Critical reflection on the institutional devaluation of the social work profession in the treatment of addictions

desgaste, desvalorización o burnout. Esta guía debería contener una serie de consejos esenciales para planificar la resiliencia ante la concurrencia de situaciones negativas similares en el futuro, con soluciones planificadas de antemano y en grupo que ahorren estrés y malestar.

Recomendación número 5: Revisar las funciones de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones. Se considera perentorio realizar una revisión de las funciones asignadas a la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones en los servicios públicos, así como exigir que se contemple esta figura en la relación de puestos de trabajo en aquellos centros de tratamiento en los que no se cuenta con ella. Sería necesario actualizar las funciones, tomando en consideración las aportaciones teóricas más recientes en la materia, así como protocolos y procedimientos de intervención acordes al momento actual. Una buena idea, sería comenzar por la Administración Pública, y esta actividad puede ser iniciada por cada Colegio Profesional de Trabajo Social, desde el ámbito de la provincia o la comunidad autónoma, a través de un grupo de trabajo dispuesto a tal fin.

Recomendación número 6: Finalmente, se recomienda publicar esta experiencia para permitir a la comunidad profesional reflexionar sobre la concurrencia de experiencias similares, en este u otros ámbitos profesionales. Es necesario que la profesión de Trabajo Social se empodere de una vez por todas. Sólo visibilizando un problema, sobre todo cuando es estructural, se puede trabajar para solucionarlo. Se considera que esta experiencia - hecha pública- podría dar lugar a que las diferentes entidades colegiales de Trabajo Social trabajaran en una actualización y redefinición de las competencias básicas de este perfil

profesional en su interacción con otros, para evitar disputas de lindes.

4. Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento hacia aquellas personas que tienden la mano, y que alientan a recuperarse tras la vivencia de una situación difícil. El interés genuino y la sola expresión de la validación de los sentimientos, sin juicios, favorecen la transición de *oruga a mariposa*. Gracias a María del Mar Zaballos Acosta, por su humanidad profesional. Gracias a mi hijo Ander, por su llegada en el momento preciso. Gracias al grupo de personas que han colaborado en la sistematización de esta experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

Barreto, Melida Asunción (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, vol. 3, Nº 4, pp. 310-326.

Carmona, David, & Fernández, Ramón (2020). El concepto de profesional de referencia en los servicios sociales: Un análisis crítico desde múltiples criterios éticos, lógico-formales y metodológicos. *Encuentros*, 157.

Casanova, M.^a Mercedes del Rosario & Blandón, Eduardo José (2005). *Historia de la asistencia social en Europa*. Universidad de San Carlos de Guatemala. FACULTAD DE HUMANIDADES. DEPARTAMENTO DE POSTGRADO MAESTRÍA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Centro Virtual Cervantes (s/f). Refranero multilingüe. Recuperado 11/06/2022. <https://cvc.cervantes.es/lengua/refranero/ficha.aspx?Par=58928&Lng=0>

Cifuentes, M.^a Rocío & Pantoja, Gabriela Fernanda (2019). Sistematización de experiencias para construir saberes y conocimientos desde las prácticas: sustentos, orientaciones, desafíos. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*. N.º 28, 2019, págs. 1-9

Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones

Consejería de Igualdad, Conciliación Y Políticas Sociales (2016). *III Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (2016-2021)*. Junta de Andalucía. Sevilla. Recuperado 12/04/2022. <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>

Consejería de Salud (2010). *Ambiente Terapéutico en Salud Mental*. Junta de Andalucía. Recuperado 10/04/2022. <https://consaludmental.org/publicaciones/Ambienteterapeutico-saludmental.pdf>

De León, Cristina (2014). *¿Por qué la profesión de Trabajo Social está poco valorada en España?* Recuperado 31/04/2022. <https://itrabajosocial.com/por-que-trabajo-social-esta-poco-valorada-en-espana/>

Estrada, Irene Soledad y Palma, María de las Olas (2016). El Trabajo Social desde fuera. Perspectiva desde los estudiantes de otras titulaciones. En *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social*. Universidad de La Rioja.

García, Marta y Sotomayor, Eva (2017). El rol del profesional del Trabajo Social en una coyuntura de crisis: oportunidades de la adaptación a un contexto cambiante. *Trabajo Social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*, 7(12), 47-68.

Gallego, María (2019). *El papel del trabajador social en materia de drogodependencias*. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social.

Gil, Manuel (2013). Algunas anotaciones para dialogar sobre la historia del Trabajo Social en España. *Servicios Sociales y Política Social*. Vol. XXX. N°103. 135-153.

Jiménez, Gloria M. (2010). Perspectivas del Trabajo Social en Colombia. Una reflexión a partir del Trabajo Social laboral. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, N° 26. 66-85.

Lorente, Belén y Luxardo, Natalia (2018). Hacia una ciencia del Trabajo Social. Epistemologías, subalternidad y feminización. Cinta de Moebio: *Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*.

Miller, William y Rollnick, Stephen (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*. Grupo Planeta (GBS).

Raya, Esther. y Caparrós, Neus (2014) Del objeto de estudio para la intervención en Trabajo Social. *Revista Azarbe* N.º 3. 173-179. Murcia.

Rodríguez, José Luis (1986). *El espacio del trabajo. El País. Tribuna: temas de nuestra época*. Recuperado 11/06/2022. https://elpais.com/diario/1986/06/21/opinion/519688810_850215.html

Salcedo, Damián (2001). *Autonomía y bienestar. La ética del trabajo social*. Editorial Comares.

SIIS Centro de Documentación y Estudios (2014). *Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio*. Donostia-San Sebastián. Fundación Careaga Eguía.

Sixto-Costoya, Andrea & Olivari, Álvaro. (2018) Educación social y trabajo social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26. 141-148.

Laborateca (2018). *¿Qué hacer si te modifican las condiciones de trabajo (salario, horario, funciones, etc)?* Ignacio Solsona. Recuperado 10/01/2023 <https://youtu.be/VakzXMu5N4>

Soler, Wilfredo, et al. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 33. 55-68. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.