

ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA

Monográfico

Psicología de la Intervención Social



El sentimiento de soledad desde un punto de vista intergeneracional.

...el estudio del envejecimiento, aquel que se centra en los **procesos de pérdidas**, con una concepción patologizada que pone de relieve la enfermedad y la pérdida, tanto de funciones como de capacidades, y el que entiende el envejecimiento como un proceso en donde hay un amplio margen para el desarrollo personal, satisfacción vital y vida en plenitud.

La Psicología de la Intervención Social y su aplicación en los programas europeos de tratamiento de adicciones.

... Parece necesario analizar la adecuación de los actuales programas de tratamiento de adicciones en Europa a las necesidades sociosanitarias y de la Psicología de la Intervención Social de los subgrupos definidos ...

ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental
Monográfico. Diciembre 2020

Director: **Redacción y administración:**

Manuel Mariano Vera Martínez

Ilustre Colegio Oficial de Psicología de
Andalucía Oriental

Directores asociados:

Jorge Jiménez Rodríguez

C/ San Isidro, 23 - 18005 Granada

María Ascensión López Galán

Tel: 958 535 148

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Psicología de
Andalucía Oriental (COPAO)

Fax: 958 267 674

Web: www.copao.com

Email: copao@cop.es

CONSEJO EDITORIAL

Manuel Aleixandre Rico. Universidad de Granada

Julián Almaraz Carretero. Universidad de Málaga

Gualberto Buela Casal. Universidad de Granada

Rosario Carcas Castilla. Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón

José A. Carroblés Isabel. Universidad Autónoma de Madrid

Fernando Chacón Fuentes. Universidad Complutense de Madrid

Francisco Cruz Quintana. Universidad de Granada

Jesús de la Fuente Arias. Universidad de Almería

José R. Fernández Hermida. Universidad de Oviedo

María Benigna García Fernández. Universidad de Granada

Juan García García. Universidad de Almería

Pablo García Túnez. Coord. de Salud Mental. Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Juan Godoy García. Universidad de Granada

Débora Godoy Izquierdo. Universidad de Granada

Fernando Justicia Justicia. Universidad de Granada

Francisco Labrador Encina. Universidad Complutense de Madrid

Alfonso Luque Lozano. Universidad de Oviedo

Antonio Maldonado López. Universidad de Granada

Elvira Mendoza Lara. Universidad de Granada

Miguel Pérez García. Universidad de Granada

Nieves Pérez Marfil. Universidad de Granada

Jacobo Reyes Martos. Universidad de Jaén

Ramona Rubio Herrera. Universidad de Granada

Francisca Ruiz Moreno. Universidad de Málaga.

Francisco Santolaya Ochando. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología

Javier Urra Portillo. Universidad Complutense de Madrid

Jaime Vila Castelar. Universidad de Granada

Manuel Vilches Nieto. Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Impreso en España

Encuentros en Psicología se distribuye gratuitamente a los
colegiados del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de
Andalucía Oriental.

Disponible en: <https://bit.ly/3nUFDE1>

ISSN 2603-7378

Imagen portada: David Carmona Barrales.

Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse o transmitirse de ninguna forma ni por ningún medio, sea éste eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización por parte de los editores.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

4	Editorial.
6	Sobre el abuso y uso inadecuado del término psicosocial.
12	La Psicología de la Intervención Social: retos y propuestas en la encrucijada.
21	La Psicología de la Intervención Social y su aplicación en los programas europeos de tratamiento de adicciones.
29	Propuestas de los Colegios Profesionales de Psicología de Andalucía para el abordaje psicológico desde la Psicología de la Intervención Social a raíz de la crisis por COVID-19.
36	Aportaciones del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental a la Comisión de Trabajo Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP).
40	Prevención del daño psicológico en menores expuestos a procesos de separación.
47	Planificación Estratégica en Servicios Sociales Comunitarios: Una necesidad histórica de incorporar datos de investigación científica.
92	El papel profesional de la psicología en una residencia para personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas.
95	Los grupos de empoderamiento de mujeres como herramienta de intervención social.
103	Zonas desfavorecidas y trastorno traumático del desarrollo. Impacto de la adversidad temprana vivida en la transmisión intergeneracional de la exclusión social.
111	Convención de los derechos del niño y psicología.
114	Enriquecimiento individual durante el COVID-19: Gratitud y compasión como correlatos del crecimiento personal.
126	El programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección: los equipos de tratamiento familiar.
137	Estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género: un objetivo para la intervención psicosocial.
147	El sentimiento de soledad desde un punto de vista intergeneracional.
157	El concepto de profesional de referencia en los servicios sociales: Un análisis crítico desde múltiples criterios éticos, lógico-formales y metodológicos.
188	Reacciones ante el Acoso Sexual: Influencia del Género, Sexismo y Mitos.

JUNTA DE GOBIERNO

DECANO	D. Manuel Mariano Vera Martínez
VICEDECANA PRIMERA, Y DE MÁLAGA	Dª Francisca Ruiz Moreno
VICEDECANO DE ALMERÍA	D. Alfonso Ibáñez Bonilla
VICEDECANO DE GRANADA	D. Manuel Vilches Nieto
VICEDECANA DE JAÉN	Dª Rocío Cobo Gutiérrez
SECRETARIO	D. José Luis Pérez Cobo
VICESECRETARIA	Dª Beatriz González Segura
TESORERA	Dª Matilde Cambil Contreras
VOCALES	D. Manuel Aleixandre Rico D. Manuel Vergara Blázquez

VOCALES DELEGADOS DE SECCIONES	D. Francisco Esteve Hurtado D. Víctor Padial González D. Jorge Jiménez Rodríguez D. Miguel Pérez García Dª Rocío Cobo Gutiérrez D. Pedro Díaz Piña D. Manuel Vilches Nieto Dª Asunción Tárrago Ruiz Dª Isabel Vega Betoret Dª Carmen María Rull Galdeano Dª Susana Barragán Sánchez D. Alfonso Ibáñez Bonilla
-----------------------------------	--

Se acaba un año y con el todas las experiencias relacionadas con la COVID-19, tema estrella que asola a la humanidad. Para nuestro colectivo ha sido un año de muchos sentimientos encontrados, por un lado ha sido la profesión revelación. Por otro, no hay un reflejo en las actitudes de las administraciones públicas. No ha habido una relación de reciprocidad, mientras que nosotros nos hemos dejado el pellejo en beneficio de nuestros conciudadanos y conciudadanas, incluso hemos aireado nuestras diferencias de pareceres con respecto a esto, la administración no ha estado, de nuevo, a la altura de las circunstancias.

Pero saquemos una lectura positiva de todo esto, hemos demostrado nuevamente la solidaridad de la psicología y se ha puesto de relieve, creo que con más fuerza e intensidad que nunca, de cuan importante es la psicología para el bienestar de los seres humanos. Buen exponente de todo esto ha sido el trabajo de compañeros y compañeras de la intervención social en el comité de crisis que, ex profeso, se organizó en el Colegio para atender y coordinar la ayuda solidaria que por parte de muchos de nuestros compañeros y compañeras se solicitó al COPAO y que una vez más la Junta de Gobierno no podía dejar de atender.

Este monográfico sobre la Psicología de la Intervención Social, es el exponente de toda una fuerza de la psicología española, que ha sido y es una especialización de la psicología de mucho prestigio, que tuvo hace unos años una visibilidad especial y con la que los y las profesionales de la psicología subíamos en categoría en este campo, pero que en un momento la Psicología en la Intervención Social empezó a perder fuerza, pero sólo la justificación de la presencia inexcusable de la psicología en los servicios sociales impidió su enfraquecimiento y en el presente se hace cada vez más justificada nuestra presencia.

A lo largo de las tres últimas décadas los profesionales de la Psicología de la Intervención Social se han ido consolidando como figuras relevantes en la mejora del bienestar de las personas, grupos y comunidades, así como en la resolución de problemas sociales. Por el amplio espectro que cubre la disciplina psicológica, los ámbitos de actuación han sido muy diversos, ampliándose constantemente para atender las continuas situaciones emergentes que se van generando.

No podemos olvidar, ya no sólo este vasto espectro de temas de los que la psicología de la intervención social se ocupa sino el gran número de profesionales que se dedican a la intervención social, siendo en número una de las especialidades de la psicología más importantes, sin olvidar la trascendencia social y el de sus actuaciones profesionales en la evaluación, diagnóstico e intervención psicológicas.

Por último, he de destacar la misión de esta especialidad como una de las preferidas de la psicología por cuanto se ocupa de la promoción del bienestar psicológico y social de personas, grupos y comunidades, especialmente de aquellas que se encuentran en una situación de desventaja, a través de cambios que conduzcan a una sociedad más justa, estableciendo redes e interacciones sociales que faciliten su empoderamiento, usando modelos, metodologías y técnicas propias de la Psicología, influyendo en las políticas sociales y formando parte de los procesos que generan el cambio normativo, la mejora de su calidad de vida, una sociedad inclusiva, la reducción de las desigualdades y el cambio social. Todo esto mediante estrategias proactivas y preventivas que dinamizan y favorecen la participación de personas y comunidades, y que tienen en cuenta la diversidad humana. No creo que se le pueda pedir más a una especialidad.

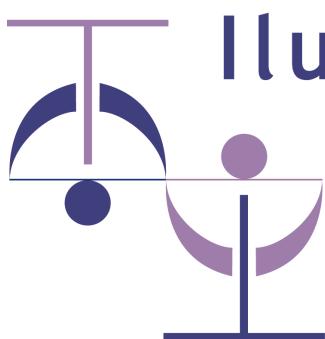


Cuando estoy acabando de escribir este editorial me llega la confirmación de que en la reunión del Consejo Andaluz de Servicios Sociales, donde nuestro compañero David Carmona, vocal de Intervención Social de nuestro Colegio representa a los dos colegios de Andalucía, la Consejera acaba de reafirmar que la atención psicológica en los servicios sociales comunitarios es una prestación garantizada en el Catálogo de Prestaciones de los Servicios Sociales de Andalucía. Así que enhorabuena a

la profesión por este logro que ha sido el fruto de nuestra colaboración con la Consejería.

Ya sólo me queda felicitaros la Navidad deseándonos que el año próximo nos depare una situación de esperanza y con ella la prosperidad y la felicidad que todas y todos necesitamos. Recibid un fuerte abrazo

Manuel Mariano Vera Martínez
Decano



**Ilustre Colegio Oficial
de Psicología
DE ANDALUCÍA ORIENTAL**

Sobre el abuso y uso inadecuado del término psicosocial

David Carmona Barrales. Colegiado nº AO04269.

Vocal de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO.

Miembro de la Junta Directiva de la División Nacional de Psicología de la Intervención Social del Consejo de la Psicología. Psicólogo de los Servicios Sociales Comunitarios de Armilla (Granada)

Resumen

El término psicosocial es ampliamente utilizado por diferentes disciplinas profesionales al margen de la de la Psicología. Su frecuencia y variedad de uso se ha extendido tanto que se ha convertido en un constructo muy difuso y difícil de definir. En este artículo se postula que el uso del término *psicosocial* tiene muchas más desventajas que beneficios para el ámbito profesional y académico de la Psicología, por lo que se aconseja el distanciamiento del mismo y la restricción de su uso a contextos y contenidos en los que sea adecuadamente matizado. Para ello se usan diferentes tipos de argumentaciones y revisiones terminológicas.

Palabras clave: Social, Psicosocial, Psicología Social, Psicología de la Intervención Social, interdisciplinar.

Abstract

The concept *psychosocial* is widely used in different professional disciplines apart from Psychology. Its frequency and variety of use has been extended so long than it has been transformed in a construct very confuse and difficult to define. In this article, it's expressed than the use of concept *psychosocial* has got more disadvantages than benefits for professional and academic contexts of Psychology, the reason why it's recommended the distance and restriction of its use only for contexts and contents proper for the specification. For it, different types of arguments and terminological revision have been used.

Keywords: Social, Psychosocial, Social Psychology, Psychology of Social Intervention, interdisciplinar.

Sobre el término psicosocial

La palabra *psicosocial* no se encuentra incluida en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Se trata de un adjetivo cuyo significado originario y más compartido versa sobre la conducta humana en su aspecto social o relacionado con ella. Pese a ello, se trata de una expresión muy frecuentemente utilizada y cuya semántica contiene multitud de variaciones en función del contexto o ámbito en el que se utilice.

La importancia del lenguaje, de las palabras que se usen para definir constructos, es indudable. El lenguaje media la relación entre el individuo y su ambiente social y natural, es convencional en la medida que está determinado por variables idiosincráticas, económicas, políticas, geográficas y culturales, entre otras, que definen y transforman los significados de las prácticas lingüísticas (Hernández y Sandoval, 2003).

Morfológicamente hablando, la palabra *psicosocial* puede ser considerada, o bien una palabra compuesta, o bien una palabra derivada. Mediante la composición lingüística se formularía por adición de una raíz culta (*psico-*) y de lo que se considera un patrimonial (*social*). Sin embargo, teniendo en cuenta su origen semántico, lo más razonable es considerarla como una palabra derivada, considerando *psico-* no como raíz culta, sino como prefijo culto. Esta distinción es importante, pues si consideramos que *psicosocial* es una palabra derivada, de la palabra *psicología*, estamos descartando que su significado original tenga que ver con la interrelación o fusión de varias disciplinas, y su utilización en tales contextos sería inadecuada.

La utilización del adjetivo *psicosocial* se encuentra ampliamente extendida, tanto que, si se realiza una entrada del término en el motor de búsqueda de Google obtenemos casi 8 millones de resultados y más de 32 millones si introducimos el término en inglés. En realidad, resulta muy difícil encontrar documentos que versen sobre lo psicológico y lo social, que no contengan este término. Parece como si una gran variedad de disciplinas profesionales trabajase con variables y contextos *psicosociales*. Es un término con el que se dice todo y no se dice nada, y quizás, a nivel pragmático, el término puede haber muerto de éxito, pues no nos proporciona una adecuada claridad metodológica y epistemológica.

En este artículo se ofrece un punto de vista sobre el uso del término *psicosocial* desde la óptica de la Psicología, como ciencia que se encarga del estudio del comportamiento humano, y partiendo de la premisa de que, en la *ineludible interrelación entre lo psicológico y social*, que define el sistema de contingencias, *lo social es el sistema de relaciones como tal, mientras que lo psicológico es el vínculo que estos sistemas sociales tienen como prácticas y normas llevadas a cabo por personas con otras personas* (Ballesteros, López y Novoa, 2003).

Sobre el abuso y uso inadecuado del término

Existen en la literatura una gran variedad de definiciones del término *psicosocial*, que a su vez distan unas de otras de manera significativa, de hecho, resulta complejo elegir una o varias definiciones que sean representativas del mismo. Se trata un término que ha mutado enormemente a lo largo de los años, fundamentalmente en dos direcciones; por una parte, definiciones centradas en la interrelación del constructo de lo psicológico con el de lo social o lo sociológico; y por otra, definiciones que se centran en el abordaje interdisciplinar del conocimiento de lo humano en su contexto social. Siendo la segunda de las direcciones la que mayor número de problemas ha supuesto y supone para el colectivo profesional de la psicología.

Pero, ¿por qué usar el término *psicosocial* para definir cuestiones que ya están definidas por otros términos? Aun usando este término de una manera relativamente apropiada, ocurre que si nos movemos en el campo de la producción teórica, la definición del término *psicosocial*, se va a acercar mucho a la definición clásica de Psicología Social de Allport, citada en diferentes manuales de Psicología Social, tanto de otros países como de España, y que se define como el “*intento de comprender y explicar cómo el pensamiento, el sentimiento y la conducta de las personas individuales resultan influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas*” (Morales-Domínguez, Moya-Morales, Gaviria-Stewart y Cuadrado-Guirado, 2007, p. 6). Si en cambio, nos movemos más por el campo de la intervención, la definición del término *psicosocial* se va a acercar a la acertada definición que López-Cábanas, Cembranos y Casellas de la Psicología de la Intervención Social; “*conjunto de saberes y prácticas fundamentadas en la ciencia del comportamiento humano que se aplican a las interacciones de personas*”

grupos, organizaciones, comunidades, poblaciones específicas o la sociedad en general, con la finalidad de conseguir su empoderamiento, la mejora de su calidad de vida, una sociedad inclusiva, la reducción de las desigualdades y el cambio social. Todo esto mediante estrategias proactivas y preventivas que dinamizan y favorecen la participación de personas y comunidades y tienen en cuenta la diversidad humana" (López-Cabanas, Cembranos-Díaz y Casellas-López, 2017).

¿Estamos a tiempo y tenemos los recursos suficientes como para reconceptualizar y volver a contextualizar el término? La postura que se defiende aquí es la de que no es posible y ofrecemos algunos argumentos sobre ello. Parece que lo más oportuno sería distanciarse del término, procurando usar lo menos posible la palabra psicosocial y matizándola toda vez que sea usada.

Al margen del análisis del contenido en lo tocante a los problemas sobre lo confuso y disperso del significado del término psicosocial, conviene tener en cuenta también el uso de este término en su propio contexto, lo que se conoce como análisis del discurso. El análisis del discurso consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa (Íñiguez y Antaki, 1994). Desde el punto de vista del contextualismo funcional se asume la importancia del entorno en el que las personas interactúan directamente, pero en un sentido pragmático, esto es: cada interacción tiene una función, y de ahí que la verdad dependería del contexto y de la función. Así, por ejemplo, la función del uso del término psicosocial en el contexto de equipos interdisciplinares viene siendo la de realizar una reserva profesional del colectivo de la Psicología y del Trabajo Social, pero la perversión del término viene dada, cuando por algún motivo se encuentra

ausente el o la profesional de la psicología en las valoraciones, intervenciones o emisión de informes psicológicos, o cuando, aun no estando ausente, en el informe no se deja claro qué parte es producto de cada profesional. En otros ámbitos, como el de Salud, cuando no son profesionales de la psicología quienes utilizan el término, la función de su uso puede ser más perversa y tiene que ver más con la atribución de competencias que no le son propias mediante el uso de un adjetivo que, como es difuso y poco concreto a nivel profesional, se maneja en una gran variedad de disciplinas profesionales.

La generalización y uso excesivo del término psicosocial, tanto en una gran variedad de ámbitos como desde una gran cantidad de disciplinas ajena a la Psicología, no sólo ha provocado que proliferen situaciones como las descritas, sino que cada vez son más frecuentes los escenarios de intervención profesional en los que se usa sin que medien profesionales de la psicología. Así, es habitual que esto ocurra en el ámbito de la valoración de riesgos laborales, donde suelen usarse instrumentos estandarizados que incluyen términos como los de riesgos psicosociales, y sin embargo en muchos casos no manejados e interpretados por profesionales de la Psicología. También ocurre con relativa frecuencia en situaciones en las que se realizan valoraciones de riesgo en contexto de infancia. Y son muy comunes las utilizaciones de este término por parte del colectivo profesional de Trabajo Social, sobre todo en el ámbito de Salud. A título de ejemplo, comentamos aquí el caso de los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria (GRUSE) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que son desarrollados por profesionales del trabajo social, en cuyo argumentario¹ son definidos como "actividad de promoción de salud, destinada a fomentar los activos en salud mental de la población general, así como de grupos vulnerables. ... donde además se abordan los determinantes socio-culturales y psicosociales que, con frecuencia, condicionan síntomas de malestar",

y en su *Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE)*² se usa de forma abusiva el término *psicosocial* para simular intervenciones psicológicas en ausencia de profesionales de nuestra disciplina en estos programas.

La intervención *psicosocial* ha sido definida como *una actividad dirigida a la solución de problemáticas sociales, que privilegia la participación de los intervenidos con los intervenientes en la construcción de cambio social y emancipación* (Alvis-Rizzo, 2009). La mayoría de las definiciones comparten con la anterior los aspectos de la participación, el cambio social y la emancipación, sin embargo, al igual que ocurre en esta definición no aclaran aspectos relativos a la praxis y la epistemología. A la hora de la intervención, el término *psicosocial* se ha convertido en algo tan impreciso, que cuando se usa entre profesionales de la psicología, sabemos hacia dónde mirar, pero no tenemos muy claro de qué estamos hablando, lo cual dificulta la elección indicada de formas y tecnologías de trabajo. Desde el enfoque antropológico del materialismo cultural de Marvin Harris, se considera que los sistemas socioculturales tienen un patrón universal con un esquema dividido en tres estructuras de conducta; la *infraestructura*, que tiene que ver con el modo de producción y el de reproducción, como las formas y tecnologías de trabajo; la *estructura*, relacionada con la economía doméstica y la economía política; y la *superestructura*, de la que forman parte los procesos simbólicos y lingüísticos (Ceballos-Melguizo y Cabeza-Herrera, 2013). Para Harris y su principio del determinismo infraestructural, las formas y tecnologías de trabajo condicionan la estructura, así como los pensamientos y las ideas de los sistemas socioculturales, ocurriendo que *las innovaciones de tipo adaptativo* (esto es, que *incrementan la eficiencia de la producción y la reproducción*) tienen grandes posibilidades de ser seleccionadas, incluso aunque se dé una *incompatibilidad* pronunciada (contradicción)

entre ellas y aspectos preexistentes de los sectores estructural y simbólico-ideacional. (...) En cambio, las innovaciones de tipo estructural o simbólico-ideacional serán probablemente desechadas si se produce una *incompatibilidad profunda* entre ellas y la *infraestructura* (Harris, 2000). Este modelo de Harris nos da pistas del porqué del uso tan generalizado del término *psicosocial*, pues con su manejo como forma de trabajo, al menos en sus orígenes, se incrementó la eficiencia de la producción de intervenciones y teorizaciones sobre la conducta humana en su aspecto social o relacionado con ella. Y en esta lógica de que *lo material condiciona las ideas*, o lo que es lo mismo, las formas de producción condicionan la estructura y la superestructura, el uso masivo del término *psicosocial*, en tanto a forma de trabajo o tecnología, puede estar condicionando peligrosamente la epistemología relativa al espacio de relación entre lo psicológico y lo social.

En un estudio en el que buscaba identificar y descubrir los discursos acerca de lo *psicosocial* como adjetivo en Colombia, se analizaron 98 documentos provenientes del Estado, organizaciones no gubernamentales, así como documentos teóricos sobre lo *psicosocial*, se encontró que el uso de la palabra *psicosocial* como un adjetivo “*intercambiable*”, configura expresiones ambiguas y poco claras para el entendimiento de la noción, creando un efecto redundante en su comprensión (Vázquez-Campos y Molina-Valencia, 2018), por lo que concluyen sus autores que se necesita mayor claridad conceptual acerca de lo *psicosocial*.

El término *psicosocial* no supone un acercamiento al ámbito metodológico, ni científico de ninguna disciplina, por lo que desde un punto de vista epistemológico, su uso nos parece desaconsejable.

La intervención psicológica con personas, grupos o comunidades viene condicionada de partida por la elección entre dos grandes

enfoques, el enfoque de déficit y el de vulnerabilidad. El *enfoque de déficit* se centra en las carencias que presentan las personas o las comunidades, comparándolas con medias o estándares predefinidos, o bien comparando la situación de las personas antes y después de vivencias particulares o acontecimientos globales relevantes a nivel social o de salud (como en el caso de una pandemia). El *enfoque de vulnerabilidad*, se centra en aquellas cuestiones que provocan que las personas, los grupos o las comunidades se encuentren en situaciones de desventaja, así como aquellos recursos o capacidades de los que disponen para hacer frente a estos factores de vulnerabilidad, por lo que podríamos denominarlo también *enfoque de potencialidad*. No vamos a entrar aquí en las razones por las que el enfoque de déficit sigue siendo utilizado en más ámbitos de los que nos gustaría, pero sí en decir que pocas veces este enfoque cubre la media establecida de necesidades y, si bien en algunos casos se logra dotar de lo que se ha perdido, esto puede ser sólo a corto plazo, al no tener en cuenta las potencialidades, es decir, la capacidad de las personas y las comunidades para ser protagonistas de su propio cambio. La experiencia nos dice que el resultado habitual de un modelo de déficit es la generación de un círculo vicioso de cronicidad. Si trabajamos con un modelo de vulnerabilidad y potencialidad, como es aconsejable, los objetivos y los indicadores de evaluación de la intervención, obviamente se van a centrar en ambos aspectos. Y si las intervenciones que consideramos que van a tener mejores resultados son las que se centren en aspectos de vulnerabilidad y potencialidad, resultará difícil diseñar indicadores para medir su eficacia y eficiencia utilizando términos tan difusos como el de *psicosocial*, ya que se ve altamente comprometida su validez de constructo.

Conclusiones

Con todo, la dimensión psicológica del término ha perdido identidad y operatividad, por lo que desde nuestro punto de vista, en la manera de lo posible se debe evitar el mismo,

usándolo en escritos, siempre y cuando sea matizado, y sustituirlo, siempre que se pueda, por términos más acordes al ámbito de conocimiento de la Psicología. En este sentido y a título de ejemplo, se sugiere como una buena práctica la de sustituir el “factores psicosociales” por el de “factores psicológicos en el contexto social”. También a título de ejemplo, sugerimos algunas otras posibilidades de sustitución (figura 1):



Figura 1. *Elaboración propia; Sugerencias ejemplo para sustituir el término psicosocial por otro más apropiado.*

Referencias bibliográficas

- Ballesteros, B.P., López, W. & Novoa, M. (2003). Análisis del comportamiento en los temas sociales: Una propuesta para la cultura de paz. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 35 (pp. 299-316).
- Ceballos-Melguizo, R. y Cabeza-Herrera, O.J. (2013). El Principio del Determinismo en el Materialismo Cultural. *Revista Temas*, nº 7 (pp. 263-273).
- Harris, M. (2000). Teorías de la cultura en la época posmoderna. Barcelona: Editorial Crítica (pp. 142-143).
- Hernández, A. & Sandoval, M. (2003). La actividad simbólica humana: Una revisión de las tendencias contemporáneas en el comportamiento verbal. *Acta Colombiana de Psicología*, nº 10 (pp. 73-87).

Íñiguez, L., & Antaki, C. (1994). Análisis del Discurso en Psicología Social. *Boletín de Psicología*. Nº 44 (pp. 57-75).

López-Cabanas, M., Cembranos-Díaz, F. & Casellas-López, L. (2017). Situación de la Psicología de la Intervención Social (PISoc) en la Comunidad de Madrid. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*.

Morales-Domínguez, J.F., Moya-Morales, M. Gaviria-Stewart, E. & Cuadrado-Guirado, I. (2007). Psicología Social. Madrid: McGraw-Hill. (p. 6).

Pérez-Gil, J.A., Chacón-Moscoso, S. & Moreno-Rodríguez, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, Vol. 12, Supl. nº 2, (pp. 442-446).

Vázquez-Campos, J.H. & Molina-Valencia, N. (2018). Los usos tautológicos de lo psicosocial en los procesos de intervención en Colombia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, Vol. 14, Nº 2 (pp. 309-320).

Argumentario de los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria (GRUSE). Recuperado el 25 de octubre de 2020 de http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/158/GRUSE_ARGUMENTARIO_v2.pdf

Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). Recuperado el 25 de octubre de 2020 de http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/484/pdf/GRUSE_MANUAL.pdf

Definición de Psicología de la Intervención Social

COPAO

La Psicología de la Intervención Social es un conjunto de saberes y prácticas fundamentadas en la ciencia del comportamiento humano que se aplican a las interacciones entre personas, grupos, organizaciones, comunidades, poblaciones específicas o la sociedad en general, con la finalidad de conseguir su empoderamiento, la mejora de su calidad de vida, una sociedad inclusiva, la reducción de las desigualdades y el cambio social. Todo esto mediante estrategias proactivas y preventivas que dinamizan y favorecen la participación de personas y comunidades y tienen en cuenta la diversidad humana.

López-Cabanas, Cembranos-Díaz y Casellas-López, 2017

La Psicología de la Intervención Social: retos y propuestas en la encrucijada. Social Intervention Psychology: challenges and proposals in the crossroad

Antonio Molina Fernández. Colegiado nº AO04474.

Miembro de la Sección de la Sección Profesional Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.
Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial; Universidad Complutense de Madrid/UCM.

Resumen

La Psicología de la Intervención Social se encuentra en una situación compleja, tanto dentro de la Psicología como en relación a las otras disciplinas implicadas en la intervención social con personas vulnerables. En el presente artículo se revisan los conceptos, los modelos y las diferentes problemáticas vinculadas a la Psicología de la Intervención Social. Como conclusiones, es necesario situar esta línea estratégica en el punto de relevancia que tiene para la Psicología; y el papel de los profesionales de la Psicología de la Intervención social debería ser más activo en dichos programas, especialmente en la intervención con grupos en riesgo, en la educación para la salud, prevención y detección precoz/intervención temprana de situaciones de riesgo psicológico mediado por factores sociales, en la detección e intervención eficaz sobre problemas sociosanitarios, en la integración sociolaboral y la desigualdad en el acceso y uso de los servicios disponibles por diferentes causas (interseccionalidad).

Conceptos clave: Psicología de la intervención social, factores psicosociales.

Abstract: The Psychology of Social Intervention is in a complex situation, either in its relation with into the activities of Psychology or related with other disciplines integrated in social intervention. In the present paper they have been reviewed the concepts, models and different problems connected with Psychology of Social Intervention. As conclusions, it seems to be necessary to place this strategic line in the point of relevance it has got for the Psychology; and the roles of Psychology of Social Intervention professionals must be more active in these programmes, especially in intervention with groups in risk, in Health education, prevention and early detection of psychosocial risk situations, in detection and efficient intervention in social and health problems, in social and work integration, in inequality of access and use of feasible services for different causes (intersectionality).

Key-words: Psychology of social intervention, psychosocial factors.

Al hablar de "Psicología de la Intervención social" se suele referir a algún tipo de intervención multidisciplinar en los que se pueden relacionar actividades y modelos teóricos y prácticos procedentes de la Psicología

Clínica y la Psicología Social, además de la Antropología, la Sociología, la Pedagogía Social, la Medicina (en los últimos años, especialmente la Psiquiatría infanto-juvenil) y el Trabajo Social, entre otras (López Cabanas, Cembranos, y

Casellas Lopez, 2017). El papel de la Psicología de la intervención social puede ser destacado en actuaciones en materia de promoción de la salud comunitaria (Gurung, 2010), intervención directa con grupos de riesgo, integración social, desarrollo de redes de apoyo social (Uchino, 2004) y en cualquier tipo de tratamiento y prevención desde un enfoque multifactorial. Su contribución puede ser decisiva en la detección precoz, la intervención temprana, el abordaje inicial, la derivación a recursos especializados (o atención desde él si su labor está en uno de ellos), la integración sociolaboral y en la coordinación y seguimiento desde los distintos equipos sociales y de salud, siempre desde la comunicación continua con la persona usuaria, teniendo en cuenta las necesidades individuales y favoreciendo el desarrollo de cada paciente (Herrera Arce, Betolaza López de Gámiz, Murua Navarro, Martínez y Jiménez-Lerma, 2003). John O'Brien aplicó los principios de normalización a la intervención psicosocial y la valorización del rol social al diseño de servicios a las personas, procurando que estos servicios alcancen «cinco logros esenciales» (O'Brien, 2003):

1. Presencia en la comunidad, es decir que sean servicios accesibles y que se encuentren próximos a la población.
2. Elección, lo que implica ofrecer a las personas la opción de elegir el tipo de intervención que recibirá, permitiendo que puedan participar en los procesos de toma de decisiones que les afectan (como por ejemplo en el caso de una persona que no dispone de lugar de residencia fijo, se le permita elegir que modalidad de alojamiento ofrecido por los servicios sociales se adecúa mejor a sus características).
3. Competencia (experiencia de adquirir nuevas habilidades y participar en actividades significativas con el apoyo necesario). (Aujoulat, d'Hoore y Deccache, 2007).

4. Respeto, que en relación a este tema implica no ser tratado como un ciudadano de segunda clase, sino como un ciudadano de pleno derecho que hace un uso racional de los recursos públicos o privados destinados a mejorar la calidad de vida de la población.
5. Participación comunitaria, que lleva asociada el estrechamiento de vínculos con miembros de la comunidad, vecinos y conocidos (Bovaird, 2007).

A partir de estos principios, O'Brien diseñó su modelo de Planificación centrada en la Persona/PCP, cuyo objetivo es la integración plena de todo individuo en sociedad y evitar el individualismo en la acción social. Se utiliza esta metodología de trabajo y la participación de los diferentes profesionales para *“favorecer el seguimiento de la persona usuaria y de la coordinación entre ambas redes y otros recursos comunitarios para favorecer el abordaje integral, agilizar las intervenciones de ambas redes y facilitar la accesibilidad a los protocolos de actuación conjunta”* (Molina, Salgado, Montero y González Riera, 2015). Este esquema global permite teóricamente las adaptaciones a las características de los diferentes grupos de riesgo, conocimientos y experiencias en diferentes áreas de acción (en muchos casos interrelacionadas como los servicios sociales, la atención a familias y adolescentes, las drogodependencias, la delincuencia y la exclusión social) y con distintos roles: un mismo profesional podía ser (en diferentes etapas de su vida) director/a de un centro, responsable de la atención inicial, la persona que hiciera las entrevistas de evaluación y diagnóstico, responsable del diseño y la implementación de los programas así como evaluador/a de los procesos y los resultados (Garau Salas, 1995).

La Psicología de la Intervención Social, en ocasiones muy identificada con Servicios Sociales, puede ser desarrollada en diferentes

ámbitos públicos, privados y/o en el Tercer sector de Acción Social (Herrera Gómez y Ayuso Sánchez, 2009). El panorama ha ido variando poco a poco, mediante la suma de una serie de motivos (unos propios, otros ajenos) que han desembocado en una situación complicada para la participación de las/os psicólogas/os en la Intervención Social. Algunos de los motivos que han repercutido son:

- La proliferación de estudios adaptados a las necesidades de los programas: Educación Social, Trabajo Social, Integración Social... así como la incorporación en la intervención social de disciplinas que originariamente no estaban directamente orientadas para ello, como la Pedagogía social y la Psicopedagogía. Sobre el intrusismo de "coaching social" sería necesario reflexionar con mucha contundencia sobre qué es aceptable y serio en formación y aplicación del "coaching" y lo que no se puede tolerar, especialmente por la proliferación de "Xcoach" y pseudoformaciones sobre el tema.
- La posición de la Psicología Social dentro de las corrientes prioritarias de la Psicología, en muchos casos con postulados más cercanos a la Sociología y la Antropología Social que a los actuales dogmas de la Psicología. Las corrientes cognitivo-conductual y Terapias de Tercera Generación, con su combinación de "Individualismo Normativo+Modificación ambiental" ha limitado seriamente la participación de los investigadores procedentes de la Psicología para estudiar la estructura, los sistemas sociales, los roles y características de cada contexto social...
- La "sanitarización" del trabajo del psicólogo/a y la presión de la Psicología Clínica sobre el resto de disciplinas. En realidad, el reduccionismo biológico ha provocado que la Psicología Clínica mimetice algunos de los supuestos de la Psiquiatría, limitando el papel del psicólogo a un rol de psicólogo/a clínico/sanitario.

- La Investigación Social en Psicología se ha convertido en minoritaria frente a los numerosos estudios en Neurociencia, Psicofarmacología y en Psicología Clínica. Se ha visto agravada por la priorización en la Ciencia oficial y las revistas de impacto de estudios cuantitativos, con muestreo aleatorio, lo que es muy complejo cuando no imposible en estudios con muestras *ex post facto* o con estudios de tipo cualitativo, como suele ocurrir en la investigación en Psicología de la Intervención Social. Se confía en que nuevas corrientes como la Neuropsicología Social, los estudios sobre Emociones Sociales, Juicios Morales y Toma de Decisiones, Neuropsicología del Género...vuelvan a situar los análisis sociales en el foco de la actividad. También es factible una recuperación de una metodología cualitativa, más estructurada y sistemática, que permite profundizar en aspectos que los estudios estadísticos no han conseguido alcanzar (Creswell, 2014).

Ámbitos de intervención tradicionales

La Psicología de la Intervención Social ha sido vinculada de manera exclusiva con los servicios sociales, identificándose los ámbitos de acción de manera frecuente. Por tanto, se ha asumido que la Psicología de la Intervención Social actúa con menores, familias, adicciones, discapacidad o inmigración, casi siempre desde el ámbito de los servicios sociales (López Cabanas, Cembranos, y Casellas Lopez, 2017). Siendo cierta esta afirmación, parece necesario matizar algunos aspectos de la misma:

- Dicha acción dentro de los servicios sociales se produce como componentes de equipo multidisciplinares, no pudiendo limitarse la acción únicamente al ámbito de la intervención social.
- Dicha acción se puede producir fuera de los servicios sociales en todos los dispositivos donde se actúa con personas que

presentan riesgos o evidencias de exclusión, desigualdad o problemática con su vivencia psicosocial.

El enfoque actual de la Psicología de la Intervención Social está basado en los Derechos Humanos Fundamentales: todas las personas deben ser consideradas como sujetos de derechos, la sociedad como sujeto de responsabilidades y el Estado y las Instituciones como sujeto de obligaciones. La Psicología de la Intervención Social, además, debe contextualizar dicha acción: por ejemplo, el concepto "pobre" o "persona empobrecida" se genera en un contexto social concreto con una realidad específica. Por tanto, no es el mismo baremo de Pobreza el que se utiliza en Europa (evaluado con el indicador *At Risk of Poverty and Exclusion/AROPE* del *Esurostat*) que el significado que se le pueda dar en otros contextos sociales. Este enfoque Multidimensional de los Derechos Humanos Fundamentales en la prevención y solución de los problemas sociales es fundamental para poder comprender la Psicología de la Intervención Social. En este ejemplo, su acción se refiere a las consecuencias psicosociales de la pobreza como proceso que no permite vivir una vida digna y acceso a los recursos que el contexto exige. Un/a niño/a que no tiene acceso a un ordenador para las clases en el caso del confinamiento es, por tanto, una persona con carencia material severa que le puede suponer una serie de consecuencias psicosociales que deben ser corregidas.

Actualmente se encuentran diversos perfiles de personas con problemas relacionados con la integración social, el trauma y la enfermedad mental (cuyo abordaje para la población general sigue pareciendo ineficaz e insuficiente según los informantes), el estigma de dicha enfermedad mental y/o de la exclusión social (que sigue siendo muy fuerte en nuestras sociedades), el cuidado de los niños y las habilidades/competencias parentales... Existen programas en el marco europeo que ya están

trabajando con estos problemas de manera integrada, como las acciones que utilizan el "Modelo CHIME: Marco de elementos de apoyo psicosocial para la recuperación personal" (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams y Slade, 2011), como sucede en la región de Flandes en Bélgica, donde se realizan en colaboración con la Universidad de Gante (MacGregor, 2012; Vanderplasschen, Vandevelde y Brockaerst, 2014). Este modelo se basa en el apoyo social percibido y el aprovechamiento que hacen las personas de los recursos y capacidades disponibles. CHIME es el acrónimo de los diferentes recursos que contempla en modelo:

Connectedness (Conexión y redes de apoyo social)

Hope (Esperanza/Motivaciones)

Identity (Identidad social y personal)

Meaning (Significado que le da la persona a esta red de apoyo social).

Empowerment (Empoderamiento/competencias personales y sociales).

En otras ciudades europeas ya están utilizando modelos similares, tanto en promoción de salud y la reducción de situaciones de riesgo (como por enfermedad mental severa o por consumos de drogas y problemas asociados, especialmente delincuencia y emergencias sociosanitarias) como para mejorar en la convivencia y la participación ciudadana (Best, Bliuc, Iqbal, Upton y Hodgkins, 2017).

Otro ámbito en el que parece adecuado reflexionar es sobre la coordinación entre el sistema sanitario (especialmente los tratamientos farmacológicos, incluyendo sustitutivos, y los protocolos médicos) y el resto de servicios que participan en la intervención social para las personas que entran en el circuito atencional (Bumbarger, y Campbell, 2011). Dicha coordinación, que se percibe como muy beneficiosa y que mejora claramente la eficiencia de las redes y servicios, necesita de perfiles profesionales que estén habituados a trabajar en

la multidisciplinariedad. Este papel lo pueden desempeñar perfectamente los y las profesionales de la Psicología de la Intervención Social, por conocimientos y por idoneidad.

La crisis del COVID y la Psicología de la Intervención Aocial: apuestas de futuro inmediato

El siglo XXI está poniendo a prueba la Psicología en general y la Psicología de la Intervención Social en particular. La ampliación de las distancias socioeconómicas y de acceso a recursos, la dificultad para resolver problemas sociales como la integración de las personas migrantes, la violencia contra la mujer, la pobreza en los entornos urbanos de los países ricos y los menores con problemas de conducta y apoyo social suponen desafíos que están resultando difíciles de resolver. La ausencia de estrategias a medio y largo plazo y la escasez de recursos humanos y materiales también está dificultando enormemente estos procesos de resolución de los problemas sociales.

Esta situación se muestra como especialmente preocupante y agravada por la crisis sanitaria y socioeconómica que surge como secuela de la pandemia del COVID19. Además de la deriva sanitaria que se ha generado, existe un enorme problema de desigualdad frente a la enfermedad, especialmente en los grandes núcleos urbanos. La complejidad de las grandes ciudades, la limitación de sus respuestas y las carencias materiales severas que se encuentran sus habitantes impide un abordaje completo de la situación sanitaria y de las consecuencias sociales que aparecen de manera contigua y contingente. Para una correcta actuación frente a una emergencia sanitaria como esta, se contemplan como necesarios tres componentes:

1. Buena gobernanza sanitaria (políticas fiscales sobre productos nocivos, políticas medioambientales, etc.);

2. Educación sanitaria;
3. Ciudades saludables.

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora o intervención sobre un problema de la salud ha de basarse necesariamente en estos requisitos. La forma más natural y efectiva de llevar a cabo estas acciones es a través de la participación activa de los individuos y de la comunidad como un elemento estratégico fundamental. No es posible la promoción de la salud sin la participación comunitaria (Cofiño, Aviño, Benedé, Botello, Cubillo, Morgan, Paredes-Carbonell y Hernán, 2016). Los ciudadanos y los grupos aprenden a participar en un proceso que requiere unos ciertos instrumentos y canales que lo hagan viable, y siempre sobre la base de la posibilidad de tomar decisiones y la capacidad de influencia. En este proceso de incorporación a la toma de decisiones, las personas y los grupos adquieren autonomía y capacidad para actuar y mejorar su situación (Rodríguez y Neip, 2008). Cuando hablamos de promover la participación comunitaria tenemos que pensar en un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tiene que ver con sus intereses y necesidades, entre otras la de salud (Cassettia, Paredes-Carbonell, López Ruiz, García y Salamanca Bautista, 2018). La participación es un proceso, tanto individual como colectivo, en el que los ciudadanos «aprenden a participar». La participación comunitaria es un proceso que no se suele dar de forma espontánea y que habitualmente precisa un «impulso» externo. Tal y como dice la declaración de Ottawa sobre Promoción de Salud (1986):

“Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y

su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes. Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.” (WHO, 1986).

Por tanto, no podemos considerar que nos encontramos ante un problema novedoso, pero sí que nos encontramos ante una situación nueva y no deseada, con una ausencia de entrenamiento del contexto social en su responsabilidad ante los problemas sanitarios, una carencia de habilidades y toma de decisiones y serias limitaciones de recursos (Rodríguez y Neip, 2008). Dentro de este escenario, la Psicología de la Intervención Social tiene el compromiso y la capacidad de generar preguntas y respuestas sobre la situación, no siempre deseadas pero casi siempre necesarias. Además, la situación demanda una respuesta asistencial completa y adecuada ante la enorme cantidad de personas

que se encuentran en situación de indefensión frente a las consecuencias psicosociales de la pandemia (Blanco-Donoso, Garrosa, Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrera y Moreno-Jiménez, 2020). Reducir los riesgos derivados de la pobreza, las consecuencias de la experiencia de carencia de recursos en fases tempranas de desarrollo y limitar el tiempo de necesidad de recursos asistenciales (Rodríguez y Neip, 2008) son compromisos de la Psicología de la Intervención Social en época de crisis. Y, en muchos casos, son necesidades complementarias a la de una adecuada salud mental para todas las personas (Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003) y una atención especial y adaptada a las necesidades de las personas que presentan factores psicosociales de mayor vulnerabilidad. Si no se produce, solo las personas que cuentan con recursos podrán recibir dichas atenciones, suponiendo una nueva desventaja para el resto de población que sufre las secuelas de la crisis COVID 19 con mayor virulencia (Blanco-Donoso, Garrosa, Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrera y Moreno-Jiménez, 2020), y no sólo desde el punto de vista del desarrollo de la enfermedad (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020).

¿Redención o rendición?

Con la reaparición de la Intervención Social en el mundo de la Psicología oficial, especialmente con la División de Psicología de la Intervención Social (PISoc) se abre una nueva posibilidad para todos los que se consideran profesionales que trabajan sobre “problemas sociales”. Si se consigue que esta división sea fuerte y significativa (al menos con la misma significación con la que la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación/ANECA considera esta área como una de las cuatro fundamentales de la Psicología), se podrá debatir, rebatir y argumentar desde la perspectiva social esos resultados reduccionistas que desde la Genética, la Psiquiatría y la Farmacología se están dando para explicar, de una manera absolutamente determinista,

por qué hay personas que no pueden evitar tener un problema biopsicosocial. Olvidándose, en muchos casos, de que cualquier problema de Salud, según la OMS, es un desequilibrio biopsicosocial y la mera presencia o ausencia de enfermedad.

Se necesita redefinir los objetivos de la Psicología de la Intervención Social de personas con problemas y riesgos psicosociales, no únicamente con un enfoque clínico o sanitario de enfermedad mental, fomentando el uso de estrategias más basadas en acción multifactorial que permitan desarrollar un papel más activo a las personas beneficiarias de los programas (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020), como la Planificación Centrada en la Persona (O'Brien y O'Brien, 2003) o el modelo del "Marco de Poder, Amenaza y Significado/PAS" (Johnstone y Boyle, 2018).

Lo que no se nos puede olvidar, y lo hemos perdido de vista en muchas ocasiones, es que trabajar en Psicología de la Intervención Social implica trabajar ni con pacientes ni con clientes, aunque tengan trastornos y enfermedades y paguen: trabajar con personas, que es mucho más difícil, mucho más estimulante y mucho más rico que todo lo anterior. Y permite aprender, cada día y todos los días, de todas y cada una de las personas con las que contactamos cada día. Rehumanización (Cañas, 2003).

Si seguimos aprendiendo, igual todavía nos queda mucha guerra que dar. Aunque, lamentablemente, parece ser que en estos últimos años esta batalla se ha perdido. Pero quedan más batallas por las que pelear por la dignidad del ejercicio profesional de la Psicología, de la Intervención Social y de cualquier rama de actuación. Ojalá muchas más.

Referencias bibliográficas

- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008>
- Best, D., Bliuc, A.-M., Iqbal, M., Upton, K., & Hodgkins, S. (2018). Mapping social identity change in online networks of addiction recovery. *Addiction Research & Theory*, 26(3), 163–173. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1347258>.
- Blanco-Donoso, L. M., Garrosa, E., Moreno-Jiménez, J., Gálvez-Herrera, M. y Moreno-Jiménez, B. (2020). Occupational psychosocial risks of health professionals in the face of the crisis produced by the COVID-19: From the identification of these risks to immediate action. *International Journal of Nursing Studies Advances*, Volume 2, 2020, 100003, ISSN 2666-142X, <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100003>.
- Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, 67(5), 846–860. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00773>.
- Boyle, M. y Johnstone, L. (2014). Alternatives to psychiatric diagnosis. *The Lancet Psychiatry*. 1. 10.1016/S2215-0366(14)70359-1.
- Bumbarger, B. y Campbell, E (2011). A state agency-university partnership for translational research and the dissemination of evidence-based prevention and intervention. *Administration and Policy Mental Health*. 2012 Jul; 39 (4):268-77.
- Cañas, J.L. (2003). Antropología de las adicciones. Madrid: Ed. Dykinson.

Cassettia, V., Paredes-Carbonell, J.J., López Ruiz, V., García, A. y Salamanca Bautista, P. (2018). Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Salud comunitaria y administración local*, Vol. 32. Núm. S1, páginas 41-47.

Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C.B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. *Informe SESPAS 2016*. Vol. 30. Núm. S1, páginas 93-98.

Creswell, J.W. (2014). Chapter One: The selection of a research approach. In: Creswell, J.W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE (pp.3-23).

Garau Salas, J. (1995). El rol del psicólogo de la Intervención Social. *Papeles del Psicólogo*, nº 63.

Gurung, R.A.R. (2010). Health Psychology: A Cultural Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 122-122.

Herrera Gómez, M. y Ayuso Sánchez, L. (2009). Las asociaciones sociales, una realidad a la búsqueda de conceptualización y visualización. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, n.º 126, 2009, pp. 39-70

Herrera Arce, A., Betolaza López de Gámiz, E., Murua Navarro, F., Martínez, H. y Jiménez-Lerma, J.M. (2003). Enfermería en adicciones: el modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones

funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastornos adictivos*; 5:58---74.

Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: *British Psychological Society*.

Leamy, M., Bird, V., Boutilier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bj.p.bp.110.083733>

López Cabanas, M., Cembranos, F. y Casellas Lopez, L. (2017). *Situación de la Psicología de la Intervención Social (PISoc) en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

MacGregor, S. (2012). *Addiction recovery: A movement for social change and personal growth in the UK*, by David Best, Brighton. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(4), 351–352. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.692594>

Molina Fernández, A.J., González Riera, J., Montero Bancalero, F. y Gómez-Salgado, J. (2015). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enferm Clin.*

Molina, A., Saiz, J., Gil, F., Cuenca, M. L., & Goldsby, T. (2020). *Psychosocial Intervention in European Addictive Behaviour Recovery Programmes: A Qualitative Study*. *Healthcare*, 8(3), 268. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030268>

O'Brien, J. y O'Brien, C.L., eds. (2003). *A little book about person centred planning*, Canada: Inclusion Press.

Rodríguez, J. y Neip, M.C. (2008). Manual de psicología social de la salud. Madrid: Síntesis. Cap. 1. *Psicología Social de la Salud.*

Sánchez, E., Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18, 17-33.

Uchino, B. (2004). Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships. New Haven, CT: Yale University Press.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandevelde, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–22. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>

WHO (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: WHO press.

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES

Los/las profesionales de la Psicología que trabajan en los Centros de Protección de Menores, desarrollan una labor fundamental en la evolución de los/las menores, destinada a acompañar a estos en su desarrollo personal, emocional,... hasta su mayoría de edad.



Escenarios en los que se interviene:

- Menores sin previsión del retorno al hogar familiar.
 - Menores con problemas de conducta y emocionales.
 - Menores con problemas de salud mental.
 - Menores extranjeros/as no acompañados/as.
 - Menores extranjeros/as acompañados/as con negligencia en el hogar y modelos educativos inadecuados.
 - Menores infractores/as con medidas de protección.

De qué forma se interviene:

- Elaboración de informes donde se valora la situación del/de la menor y su entorno.
 - Implementando programas, que respondan a las necesidades y problemáticas que presentan los/as menores acogidos.
 - Participando en la elaboración y evaluación de los instrumentos de la acción educativa de los/as menores.
 - Realizando tratamientos psicoterapéuticos de acuerdo a las necesidades de cada menor y determinando su situación psicosocial.
 - Explorando, diagnosticando y valorando los aspectos de su personalidad, inteligencia y aptitudes.
 - Acompañando a la persona menor de edad en su desarrollo personal.
 - Elaboración y ejecución de programas de intervención tanto individual como grupal con los menores.
 - Ofreciendo apoyo psicológico a la familia, en los casos en los que sea viable el retorno de menores a la misma, maximizando las garantías de éxito de la salida del centro.
 - Participar en el proceso de adaptación en una familia colaboradora o de acogida y valorarlo desde su rol de profesional, ofreciendo el apoyo psicológico necesario.
 - Valorar los permisos y visitas, las relaciones personales de cada menor y la propuesta, en su caso, de la modificación de los mismos en función de su seguimiento.
 - Servir de puente entre otros profesionales que intervengan con la persona menor.



Sección de
Psicología de la Intervención Social
del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

La Psicología de la Intervención Social y su aplicación en los programas europeos de tratamiento de adicciones.

The Psychology of Social Intervention in European addictive behaviours treatment programmes

Antonio Molina Fernández. Colegiado nº AO04474.

Miembro de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.
Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial; Universidad Complutense de Madrid/UCM.

Resumen

En este artículo se ha analizado la participación de la Psicología de la Intervención Social en diferentes programas europeos de intervención con personas que presentan problemas de adicciones y su adecuación con las necesidades de los grupos de especial vulnerabilidad. Se ha realizado una revisión crítica de artículos y publicaciones para determinar el estado de la cuestión. Las principales conclusiones son: es necesario aumentar la relevancia de la Psicología de la Intervención Social en los programas de intervención en adicciones; se debe evaluar y revisar la adecuación de dichos programa a las características psicosociales de los diferentes grupos de riesgo (excepto a los consumidores de opiáceos); el papel de los profesionales de la psicología de la intervención social debería ser más activo en dichos programas, especialmente en la intervención con jóvenes (en la educación para la salud, prevención y detección precoz/intervención temprana) y con mujeres (en la detección e intervención eficaz sobre problemas sociosanitarios, la integración sociolaboral y la desigualdad en acceso y uso de los servicios disponibles por causas de género).

Conceptos clave: Conductas adictivas, subgrupos de riesgo, Psicología de la Intervención Social, factores psicosociales, redes de tratamiento.

Abstract: In this study it has been assessed the participation of Psychology of Social intervention in different addictive behaviours European treatment programmes and the adequacy of it with the needs of people in treatment, especially in groups with especial vulnerability. It has been done a critical review of papers and report to determinate the state of the topic. Main conclusions are: it's necessary to increase the relevance of Psychology of Social intervention in addictive behaviours treatment programmes; the adequacy of these programs to the psychosocial characteristics of the different risk groups (except opioid consumers) should be validated and revisited; the role of Psychology of Social intervention professionals should be more active in such programs, especially in the intervention with young people (in health education, prevention and early detection/intervention) and with women (in the detection and effective intervention on socio-health problems, social and laboral reintegration and inequality in access and use of services available due to gender).

Key-words: Addictive behaviours, subgroups of risk, Psychology of Social intervention, psychosocial factors, treatment network.

Introducción

En la intervención con personas que presentan problemas relacionados como las conductas adictivas, se suelen utilizar enfoques integrales, basados en el modelo biopsicosocial y con la participación de equipos multidisciplinares aplicando protocolos y planes de acción comunes (Molina, Salgado, Montero y González Riera, 2015). Es frecuente que la “Psicología de la Intervención Social” se presente asociada a algún tipo de trabajo interdisciplinar en el que se pueden relacionar actividades y modelos teóricos y prácticos procedentes de la Psicología Clínica y la Psicología Social, además de la Antropología, la Sociología, la Pedagogía Social, la Medicina (en los últimos años, especialmente la Psiquiatría infanto-juvenil) y el Trabajo Social, entre otras (López Cabanas, Cembranos y Casellas López, 2017). El papel de la Psicología de la Intervención Social puede ser destacado en actuaciones en materia de promoción de la salud comunitaria (Gurung, 2010), intervención directa con grupos de riesgo, integración social, desarrollo de redes de apoyo social (Uchino, 2014) y en cualquier tipo de tratamiento y prevención en drogodependencias y adicciones desde un enfoque multifactorial. Su contribución puede ser decisiva en la detección precoz, la intervención temprana, el abordaje inicial, la derivación a recursos especializados (o atención desde él si su labor está en uno de ellos), la integración sociolaboral y en la coordinación y seguimiento desde los distintos equipos sociales y de salud, siempre desde la interacción continua con la persona usuaria, teniendo en cuenta las necesidades individuales y favoreciendo el desarrollo de cada persona (Herrera Arce, Betolaza López de Gámiz, Murua Navarro, Martínez y Jiménez-Lerma, 2003). Se utiliza esta metodología de trabajo y la participación de los diferentes profesionales para “favorecer el seguimiento de la persona usuaria y de la coordinación entre ambas redes y otros recursos comunitarios para favorecer el abordaje integral del paciente,

agilizar las intervenciones de ambas redes y facilitar la accesibilidad a los protocolos de actuación conjunta” (Molina, Salgado, Montero y González Riera, 2015).

Este esquema global permite teóricamente las adaptaciones a las características de los diferentes grupos de riesgo. Tal y como dice el EMCDDA “algunos subgrupos de la población presentan problemas, necesidades o vulnerabilidades especiales relacionados con las drogas, que requieren intervenciones específicas” (EMCDDA, 2017). En este apartado, se analizan los problemas relacionados con las drogas y la forma de responder a ellos eficazmente (Milkman, y Wanberg, 2012) desde la perspectiva de determinados grupos de personas que pueden verse especialmente afectados (EMCDDA, 2017). Atendiendo a este análisis, se han desarrollado centros y servicios adaptados para responder mejor a las necesidades de los grupos siguientes (EMCDDA, 2017):

- Personas mayores con problemas sociosanitarios y con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo;
- Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas;
- Jóvenes vulnerables que presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton y Degenhardt, 2016); y
- Familias de personas con problemas relacionados con las conductas adictivas (Becerra y Cortés, 2010).

Los programas de intervención en adicciones se dividen fundamentalmente en programas de Reducción del Daño y programas basados en Recuperación (ver figura 1). Parece necesario analizar la adecuación de los actuales programas de tratamiento de adicciones en Europa a las necesidades sociosanitarias y de la Psicología de la Intervención Social de los subgrupos definidos por el EMCDDA (EMCDDA, 2014;

2017). Especialmente, el papel de la Psicología de la Intervención Social dentro de los equipos multidisciplinares de tratamiento (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020).

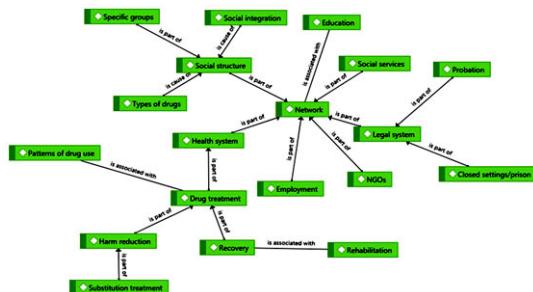


Figura 1: Red de Tratamiento

Personas mayores con problemas socio-sanitarios y con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo

Las personas en tratamiento por consumo de opioides o policonsumo son el perfil para el que resultan más adecuados los programas, incluyendo tanto los programas de reducción del daño como los basados en recuperación, situación que se ha mantenido estable tras la epidemia de heroína que afectó toda Europa en las décadas de los 80 y 90 (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020). Los estudios indican que para este perfil hay programas suficientes y eficientes, con participación de perfiles sociosanitarios y psicosociales de manera habitual y cuyo funcionamiento está validado y contrastado (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020). En los programas para este grupo de personas, hay aspectos que se abordan con mucha intensidad y eficacia, como las conductas de autocuidado, los hábitos de comportamiento, el análisis cognitivo-conductual de la adicción y la prevención de recaídas (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton y Degenhardt, 2016). En cambio, existen otros aspectos que se consideran no integrados en los programas, como el alojamiento, el apoyo social y la integración sociolaboral (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y

Goldsby, 2020). Como principales problemas, se identifican el estigma social y las dificultades de integración completa, especialmente inserción laboral (Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman y Lindgren, 2016). Y estos problemas se identifican de manera conjunta y no lineal, no pudiéndose separar un aspecto del otro (Singer, 2009).

Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas

Se detecta una gran carencia en la atención a las mujeres con problemas de adicciones en la red europea (Meneses, 2007; Hansen, 2018; Martínez, 2018). La necesidad de que los programas sean pensados en clave de género para ser más eficaces y la sensibilidad parece clara, pero no hay disponibilidad suficiente de intervenciones específicas con enfoque de género (Zohala, 2016), ni en el ámbito sociosanitario ni en la intervención social y psicológica (Hansen, 2018). Sobre la capacitación de los profesionales, se indica la necesidad de formación en perspectiva de género tanto en el diseño y ejecución de los tratamientos como en la atención a las mujeres que asisten a los centros sociosanitarios y no reproducir estereotipos y mandatos de género en la intervención (Hansen, 2018).

A esta situación se añade la complejidad de que los perfiles de mujeres con problemas de adicciones son diversos, se escapan de la identidad social existente del "perfil" único y homogéneo. Estos perfiles pueden incluir patrones normalizados de conducta, responsabilidades familiares que se llevan a cabo, empleo habitual y uso de drogas legales de manera regular combinados con alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión. Esta situación lleva a cronificar los problemas y contribuye a su invisibilización. Sobre la accesibilidad de los tratamientos y la reducción de los riesgos sociosanitarios y psicosociales, es importante aumentar la visibilidad de los

programas para favorecer el conocimiento de los mismos por parte de las mujeres que pueden estar en situaciones más vulnerables, y tener en cuenta las barreras de acceso (Meneses, 2007), como el miedo a las consecuencias judiciales en cuanto a la custodia de los/las hijos/as (Martínez, 2018).

Dentro de los programas se propone detectar y trabajar con mayor profundidad los problemas psicosociales relacionados con las conductas adictivas en las mujeres, especialmente la violencia de género en el ámbito de la pareja y violencia sexual (Martínez, 2018). Muchas de estas mujeres se encuentran en situación de indefensión, con lo que cualquier intervención necesita incluir respuestas a estas problemáticas añadidas, si pretenden ser eficaces (Hansen, 2018).

Sobre las carencias que presentan los tratamientos para mujeres, el acceso a alojamiento cuando es necesario y la reintegración socio-laboral son considerados carencias globales a nivel europeo (Hansen, 2018). También los problemas con el apoyo social percibido y las colaboraciones entre organizaciones públicas, las redes de atención públicas (salud mental, violencia y adicciones) y privadas son considerados aspectos necesarios de ser revisados por estos programas que se basan en empoderamiento y competencias personales y sociales (Martínez, 2018). Se asume que el bajo número de beneficiarias en los programas de tratamiento afecta en la adecuación de dichos programas (Meneses, 2007).

Se agradece que la perspectiva de género se sitúe en una posición central cuando se discute actualmente sobre la idoneidad de los tratamientos (Zohala, 2016). Parece adecuada una mayor adecuación de programas e intervenciones concretas, sobre todo por los profesionales que presentan mayor contacto directo con las personas en tratamiento.

Jóvenes vulnerables que presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo

Sobre los jóvenes que actualmente presentan problemas relacionados con las adicciones, hay un consenso global: la atención es inadecuada, no adaptada a los patrones de consumo y las problemáticas y psicosociales del siglo XXI y los programas no son espacios eficaces (Milkman, y Wanberg, 2012) para dicha intervención sin estas adecuaciones (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton y Degenhardt, 2016). Como acciones prioritarias frente a este consumo problemático, el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías propone las siguientes (EMCDDA, 2010; 2017):

- Intervenciones preventivas, indicadas y selectivas, orientadas a intervenir de forma temprana con el fin de evitar que los jóvenes vulnerables se inicien en el consumo de drogas y lleguen a un consumo habitual problemático (Vázquez, Muñoz, Juárez y Ariza, 2018).
- Cuestionarios breves de cribado para detectar los problemas de consumo de drogas ilegales en adolescentes en entornos de atención primaria pueden resultar útiles.
- Enfoques de salud electrónica para el cribado y las intervenciones breves, que parecen medios prometedores de llegar a los jóvenes vulnerables que están familiarizados con los teléfonos móviles e internet y se muestran reacios a acudir a los servicios sanitarios.
- Servicios de tratamiento para los jóvenes que han desarrollado problemas de drogodependencia graves, que necesitan enfoques de tratamiento adecuados, por ejemplo, terapia familiar multidimensional.

El problema principal, según los estudios, es que el cambio en los patrones de consumo

y los aspectos prioritarios en el contexto social no ha estado relacionado con un cambio en la estrategia de abordaje de los programas de prevención e intervención temprana (Vázquez, Muñoz, Juárez y Ariza, 2018). Especialmente grave parece la escasa adaptación de los programas para jóvenes que presentan conductas de riesgo y que no dejan de ser funcionales, en la frontera de lo que se puede considerar una adicción y que no encuentran programas adecuados a sus perfiles y necesidades (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton y Degenhardt, 2016). Se indica que han existido propuestas de acción, más del tipo reactivo que del tipo prospectivo. De hecho, otro de los problemas contemplados es la reducida utilización de educación para la salud e intervención temprana para estos jóvenes, lo que agrava la severidad de los problemas y sus consecuencias (Vázquez, Muñoz, Juárez y Ariza, 2018). En el caso de los jóvenes, los estudios indican como necesario el abordaje coordinado e integral de todos los recursos y profesionales en programas adaptados, así como la inclusión en dichos programas de estrategias de apoyo social y de entrenamiento en manejo de contingencias de los grupos sociales de referencia, para mejorar el pronóstico y la eficacia de dichos programas (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton y Degenhardt, 2016).

Discusión

La evolución de los programas de tratamiento de adicciones para grupos específicos se evidencia como muy limitada y necesitada de mayor adecuación. Especialmente, se percibe como muy limitado el papel de la promoción y educación para la salud dentro de dichos programas (Gurung, 2010), así como la prevención de recaídas y la identificación temprana y eficaz de los aspectos diferenciales en los tratamientos (Milkman, y Wanberg, 2012), como debería suceder de manera generalizada con las mujeres y con los jóvenes

que comienzan a presentar problemas relacionados con las conductas adictivas (Bumbarger y Campbell, 2011). En el caso de la promoción de salud y de la educación para la salud (Gurung, 2010), es en el grupo de riesgo de los consumidores de opiáceos mayores de 40 años donde parece estar más claro el grado y tipo de intervención. Respecto al resto de perfiles, parece necesaria una adaptación sobre todo a las necesidades de las mujeres con problemas de adicciones (Hansen, 2018; Martínez, 2018). La evidencia, la práctica y numerosas líneas de trabajo indican la necesidad de cambiar la mirada en cuanto a la perspectiva de género como algo “adicional”, sino como algo transversal y necesario para crear programas más efectivos para hombres, mujeres, otras identidades de género y colectivos LGTBIQ (Hansen, 2018).

Además, se encuentran problemas relacionados con la integración social, el estigma de las adicciones que sigue siendo determinante para el ingreso y mantenimiento en un programa (Kulesza, Matsuda, Ramirez, Werntz, Teachman y Lindgren, 2016), el trauma y la enfermedad mental (cuyo abordaje para la población drogodependiente sigue pareciendo ineficaz e insuficiente), el cuidado de los niños y las habilidades/competencias parentales (Boyle y Johnstone, 2014). Existen programas que ya están trabajando con estos problemas de manera estandarizada, como los programas de la ciudad de Gante que utilizan el “Modelo CHIME: Marco de elementos de apoyo psicosocial para la recuperación personal” (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams y Slade, 2011), en colaboración con la Universidad de Gante (Best, 2012; Vanderplasschen, Vandevelde y Brockaerst, 2014). Este modelo se basa en el apoyo social percibido y el aprovechamiento que hacen las personas en tratamiento de los recursos y capacidades disponibles. CHIME es el acrónimo de los diferentes recursos que contempla el modelo:

- Connectedness (Conexión y redes de apoyo social).
- Hope (Esperanza/Motivaciones).
- Identity (Identidad social y personal).
- Meaning (Significado que le da la persona a esta red de apoyo social).
- Empowerment (Empoderamiento/comptencias personales y sociales).

En diversos programas europeos ya están utilizando estos modelos de promoción de salud e intervención comunitaria, tanto en la reducción de situaciones de riesgo por consumos de drogas y los problemas asociados (especialmente delincuencia y emergencias sociosanitarias), como para mejorar en la convivencia y la participación ciudadana (Best, Bliuc, Iqbal, Upton y Hodgkins, 2017).

En otro ámbito en el que parece adecuado reflexionar es sobre la coordinación entre el sistema sanitario (especialmente los tratamientos farmacológicos, incluyendo sustitutivos, y los protocolos médicos) y el resto de servicios que participan en la intervención social en conductas adictivas (Bumbarger, y Campbell, 2011). Dicha coordinación, que se percibe como muy beneficiosa y que mejora claramente la eficiencia de las redes y servicios, necesita de perfiles profesionales que estén habituados a trabajar en la multidisciplinariedad, como son los profesionales de la Psicología de la Intervención Social (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020).

Otro aspecto que se evidencia al revisar la evidencia es la necesidad de incluir estrategias de mejora continua, evaluación y propuestas de acción dentro de los programas de intervención en adicciones (Bumbarger y Campbell, 2011). Las investigaciones señalan dicha necesidad como un aspecto crucial para la adecuación

de los programas a los diferentes perfiles de riesgo. Si no se lleva a cabo, seguirá habiendo programas para consumidores de opiáceos que son altamente eficaces (a pesar de las leyendas existentes sobre ellos) y continuarán sin encontrar tratamientos adecuados otros perfiles de riesgo, como sucede con las mujeres y los jóvenes (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020).

Tabla 1. Principales dimensiones del tratamiento de adicciones.

Características sociodemográficas	Redes de tratamiento	Redes de apoyo social	Intervención
Género	Servicios de salud general	Familias	Sustancias/conductas adictivas
Edad	Servicios sociales	Redes sociales/amistades	Salud y calidad de vida
Nivel de estudios	Servicios de salud mental	Participación social	Estigma
Nivel socioeconómico	Programas de reducción del daño	Apoyo social percibido	Prevención de recaídas
	Programas basados en recuperación	Residencias/hogar/soportes	Capacidad de recuperación

Conclusiones

Los recursos de atención a las drogodependencias cuentan con equipos multidisciplinares, lo cual es una gran ventaja a la hora de dar un servicio integral a la recuperación, pero es necesario que los profesionales que intervienen con las personas que presentan problemas de consumo tengan formación complementaria sobre aspectos transversales, lo que ayuda a realizar una mejor detección del problema y diseñar intervenciones más eficaces y justas (Milkman, y Wanberg, 2012). El enfoque multidisciplinar aplicado a los programas basados en recuperación implica incluir perfiles de profesionales de la psicología de la intervención social en la coordinación, la formación y la acción directa (Molina, Saiz, Cuenca, Gil y Goldsby, 2020).

Se necesita redefinir los objetivos de la Psicología de la Intervención Social de personas con problemas de adicciones, fomentando el uso de estrategias más basadas en acción multifactorial que permitan desarrollar un papel más activo

a las personas beneficiarias de los programas, como la Planificación Centrada en la Persona (O'Brien y O'Brien, 2003) o el modelo del "Marco de Poder, Amenaza y Significado/PAS" (Johnstone y Boyle, 2018).

Una Psicología de la Intervención Social adecuada y adaptada a este ámbito de acción es básica para reducir estos problemas. Parece necesario adaptar los actuales programas a los diferentes perfiles de riesgo, además de evaluar las limitaciones que presentan los actuales programas sobre conductas adictivas para atender y entender debidamente las necesidades y problemas de dichas personas.

Referencias bibliográficas

- Becoña, E. y Cortes, M. (2010). La familia como agente de salud. *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Terapias centradas en la familia*. Madrid: Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
- Best, D. (2012) *Addiction Recovery: A movement for personal change and social growth in the UK*. Pavilion: Brighton.
- Best, D., Bliuc, A.M., Iqbal, M., Upton, K. y Hodgkins, S. (2017). Mapping social identity change in online networks of addiction recovery. *Addiction Research & Theory* 26 (3).
- Boyle, M. y Johnstone, L. (2014). Alternatives to psychiatric diagnosis. *The Lancet Psychiatry*. 1. 10.1016/S2215-0366(14)70359-1.
- Bumbarger, B. y Campbell, E (2011). A state agency-university partnership for translational research and the dissemination of evidence-based prevention and intervention. *Administration and Policy Mental Health*. 2012 Jul; 39 (4):268-77
- Creswell, J.W. (2014). Chapter One: The selection of a research approach. In: Creswell, J.W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE (pp.3-23).
- EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2010) PERK/ Prevention and Evaluation Resources Kit. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- EMCDDA (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Gurung, R.A.R. (2010). *Health Psychology: A Cultural Approach*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 122-122.
- Hansen, G. (2018). La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencia. *Revista Infonova*; (35) 35-49.
- Herrera Arce, A., Betolaza López de Gámiz, E., Murua Navarro, F., Martínez, H. y Jiménez-Lerma, J.M. (2003). Enfermería en adicciones: el modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastornos adictivos*; 5:58---74.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: *British Psychological Society*.

- Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J.J., Werntz, A.J., Teachman, B.A. y Lindgren, K.P. (2016). Towards greater understanding of addiction stigma: Intersectionality with race/ethnicity and gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 85–91.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011). Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- López Cabanas, M., Cembranos, F. y Casel-las López, L. (2017). Situación de la Psi-cología de la Intervención Social (PISoc) en la Comunidad de Madrid. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Meneses, C. (2007). Los obstáculos de acceso al tratamiento. En: Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la mujer; 2007.
- Martínez, P. (2018). Uso de drogas, adicciones y violencia, desde perspectiva de género. *Revista Infonova*. 2018; (35) 23-34.
- Milkman, H. y Wanberg, K. (2012). Pathways to Self-Discovery and Change: A Guide for Responsible Living. *The Participant's Workbook, Second Edition*. New York: SAGE.
- Molina Fernández, A.J., González Riera, J., Montero Bancalero, F. y Gómez-Salgado, J. (2015). La complejidad de la coordi-nación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enferm Clin*.
- Molina, A., Saiz, J., Gil, F., Cuenca, M. L., y Goldsby, T. (2020). Psychosocial Intervention in European Addictive Behaviour Recovery Programmes: A Qualitative Study. *Healthcare*, 8(3), 268. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030268>

- O'Brien, J. y O'Brien, C.L., eds., (2000). A little book about person centred planning, Canada: Inclusion Press.
- Singer, M. (2009). Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stockings, E., Hall, W., Lynskey, M., Morley, K., Reavley, N., Strang, J., Patton, G. y Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*; 3: 280–96.
- Uchino, B. (2014). Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships. New Haven, CT: Yale University Press.
- Vanderplasschen, W., Vandevelde, S. y Broekaert, E. (2014) Therapeutic Communities for Addictions in Europe. Available Evidence, Current Practices and Future Challenges for Recovery Oriented Treatment in Therapeutic Communities For Drug Addicts (EMCDDA Insights Publication), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal.
- Vázquez, N., Muñoz, L., Juárez, O. y Ariza, C. (2018) ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables? *Revista Española de Salud Pública*; 92:8 de octubre e201810070.
- Zolala, F. (2016). Pathways to addiction: a gender-based study on drug use in a triangular clinic and drop-in center, Kerman, Iran. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, vol. 5, No. 2.

Propuestas de los Colegios Profesionales de Psicología de Andalucía para el abordaje psicológico desde la Psicología de la Intervención Social a raíz de la crisis por COVID-19

Juan Sagristá Andrés. Colegiado nº AN00348.

Coordinador del Área de Psicología de la Intervención Social del COP de Andalucía Occidental.

David Carmona Barrales. Colegiado nº AO04269.

Vocal de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO.

Introducción

El contenido de este manuscrito fue remitido, de manera conjunta a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, con el objetivo de ofrecer, desde la óptica de los y las profesionales de la Psicología de la Intervención Social, algunas claves de cara a superar la situación de crisis social y psicológica sobrevenida por la pandemia COVID19, a la vez que pretende aportar algunos aspectos necesarios para mejorar la capacidad de nuestros entornos comunitarios para encajar futuras situaciones de crisis socio-sanitarias y estados de alarma.

Se trata de un documento que surge desde el contexto y la experiencia de los y las profesionales de la psicología que trabajan en el ámbito de los Servicios Sociales, que como tales somos conocedores/as de primera mano de los entornos de vulnerabilidad, de la vivencia de la crisis y de los recursos que existen, así como de los que debieran existir.

La posición estratégica de los Colegios Profesionales de Psicología, en cuanto al carácter representante de la profesión, nos ha permitido obtener una visión más global relativa a qué actuaciones han funcionado de manera

adecuada y cuáles son poco efectivas e incluso contraindicadas.

No se trata éste de un documento en el que se pretenda dictar a las administraciones cómo se deben realizar las cosas, sino de un informe técnico que suponga un aporte de valor y pueda resultar de utilidad a la Consejería de Igualdad, Bienestar Social y Conciliación de cara a solventar problemáticas actuales y futuras amenazas para el bienestar de la ciudadanía.

Es preciso destacar el extraordinario esfuerzo y dedicación del personal de los Servicios Sociales Comunitarios de nuestros municipios y de los centros de servicios sociales especializados (residencias de mayores, de discapacitados, de menores infractores, de reforma, de atención a las drogodependencias, etc.). No cabe duda que todo este trabajo y estas medidas han contribuido poderosamente a contener la pandemia, pero también han supuesto, para dichos colectivos y para la población general, una situación de alta exigencia y estrés emocional, de la que es fácil suponer se derivará un incremento de "problemas psicológicos" y dejará abiertas y planteadas nuevas demandas que no estaban contempladas previamente y que es necesario resolver.

Las situaciones de emergencia social perturban gravemente a las comunidades y a las personas que las conforman, desintegrandos los elementos de seguridad y confianza que existían, generando multitud de acontecimientos vitales estresantes, cuyo afrontamiento va a depender, tanto de las estructuras y recursos comunitarios preestablecidos, como de la capacidad de cada persona, desempeñando la psicología en ambos contextos un papel fundamental, tanto en la generación de estructuras resilientes, como en la recuperación de los espacios relationales y del bienestar emocional a través de modelos de afrontamiento activo y enfocado al problema.

El concepto normativo de Emergencia Social y los Servicios Sociales

Conviene hacer un breve recorrido a través de nuestra normativa andaluza en lo referente a la correlación entre el concepto de emergencia social y los Servicios Sociales:

La Ley de Servicios Sociales de Andalucía define el concepto de "emergencia social" en su artículo 35.2 como "la necesidad constatada, por los servicios sociales comunitarios u otras instancias de las Administraciones Públicas competentes, de atención inmediata a personas o grupos de personas por situaciones de crisis social, catástrofes, accidentes, etc". Asimismo, en el punto 3 del mismo artículo cita que "La atención de las urgencias y emergencias sociales deberá estar protocolizada en los dos niveles de atención, comunitario y especializado, para asegurar una respuesta rápida y eficaz". En el artículo 42.d) de la misma Ley, se incluye como prestaciones garantizada "La atención inmediata en situaciones de urgencia y emergencia social". El artículo 28 de la Ley, en relación a las funciones de los Servicios Sociales comunitarios (6º), recoge "La atención a situaciones de urgencia o emergencia social". Y por último, destacar que, en el último borrador del Catálogo de Prestaciones del Sistema Público

de Servicios Sociales de Andalucía (pendiente de su aprobación), se incluye la ficha 5.2 (figura 1) Atención a situaciones de emergencia social, como prestación garantizada, que "comprende un servicio de intervención psicológica ante situaciones de emergencia reconocidas por los propios Servicios Sociales Comunitarios u otras administraciones competentes, de atención inmediata a personas o grupos de personas por situación de crisis social, catástrofe, accidente, muerte violenta o atención a situaciones de duelo conflictivo".

Necesidad social básica a la que da respuesta	Protección e Integridad Personal
Denominación de la prestación	5.2. Atención a situaciones de emergencia social
Definición	Prestaciones destinadas a paliar contingencias extraordinarias que se pueden presentar a personas y familias y que deben ser atendidas con inmediatez. Comprende el servicio de intervención psicológica ante situaciones de emergencia reconocidas por los propios Servicios Sociales Comunitarios u otras Administraciones públicas competentes, de atención inmediata a personas o grupos de personas por situaciones de crisis social, catástrofe, accidente, muerte violenta o atención a situaciones de duelo conflictivo.
Naturaleza jurídica	Prestación garantizada
Tipo de prestación	Prestación de servicios
Población destinataria	Población general
Requisitos y procedimientos de acceso	Ninguno específico.
Plazo de concesión	Ninguno
Participación de las personas usuarias en su financiación	Exenta
Causas de suspensión o extinción	Ninguno
Administración Pública a quien compete su prestación	Local y Autonómica
Origen de la financiación	Local, Autonómica y Estatal
Tipo de gestión de la prestación	Directa
Titularidad del centro en el que se presta	Pública
Características de calidad	Manual de Estándares de Servicios Sociales Comunitarios
Ámbito funcional y territorial	
Nivel de atención	Nivel Primario de Servicios Sociales
Ambito territorial	Zona Básica de Servicios Sociales
Tipo de centro, entidad o dispositivo	Centro de Servicios Sociales Comunitarios
Modelo de provisión	
Organización	Local
Prescripción	Local
Resolución	Local y Autonómica
Ejecución	Local y Autonómica
Seguimiento	Local, Autonómica y Estatal
Evaluación	Local, Autonómica y Estatal
Normativa de referencia	Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía

Figura 1. Ficha 5.2 del último borrador del Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía; Atención a situaciones de emergencia social.

Análisis de la situación y principales aspectos a tener en cuenta

Los y las profesionales de la Psicología de la Intervención Social hemos estado en primera línea de acción durante la fase más crítica de la pandemia por coronavirus, lo seguimos estando ante la crisis social y económica generada, y lo estaremos en futuras crisis socio-sanitarias. En el transcurso de este trabajo diario,

los escenarios más comunes en los que se ha intensificado la problemática psicológica se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Escenarios de intensificación de problemáticas

Aumento de las situaciones de maltrato infantil en todas sus tipologías, con disminución de los factores de protección, de las redes de apoyo y la visibilización de estos/as menores.
Proliferación de las situaciones de violencia de género y de los problemas psicológicos causados por éstas, tanto en mujeres como en sus hijos/as.
Intensificación progresiva de la sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia de la crisis económica soportada, así como la afectación importante en áreas vitales (problemas relacionales, entorno familiar deteriorado,...).
Mayor cantidad de ideaciones e intentos de suicidio.
Aumento de la crispación social y deterioro de las relaciones convivenciales en la comunidad.
Pautas de comportamiento poco prosociales y de ausencia de colaboración social en aquellos casos en los que no se trabajan estos aspectos en el ámbito comunitario y desde la Psicología de la Intervención Social.
Proliferación de la sintomatología ansiosa y depresiva en personas con dependencia, así como aumento de la sobrecarga emocional de las personas cuidadoras.
Aumento de problemas psicológicos derivados de las situaciones de aislamiento y de soledad no deseada en personas mayores.
Proliferación de problemas adaptativos.
Intensificación de problemas relacionados con adicciones y el mantenimiento de hábitos de vida saludables.
Progresiva aparición de problemas psicológicos derivados de la estigmatización social.
Intensificación de la sintomatología en personas con problemas mentales crónicos que viven en la comunidad.
Aumento de problemas psicológicos relacionados con la convivencia y la violencia familiar e intergeneracional.
Crecimiento de los problemas de adecuación de las pautas de crianza y relacionales en el ámbito familiar.
Abundancia de problemas psicológicos relativos a la asimilación de la pérdida de seres queridos y el surgimiento de duelos complejos.
Acentuación de la sobrecarga psicológica laboral y Burnout en los/as profesionales de los Servicios Sociales.
Ampliación de los problemas psicológicos derivados del aislamiento social y relacional.
Situaciones de carencia de habilidades de comunicación y falta de red de apoyo social.
Puesta de manifiesto de mayores dificultades para comprender la situación y falta de adaptación a contextos cambiantes en los colectivos que ya eran de riesgo.

Al haber tenido la oportunidad de formar parte activa de este proceso de contención y rehabilitador, tanto en la fase crítica de la pandemia, como actualmente con sus efectos sociales y psicológicos, este colectivo de profesionales ha podido identificar los siguientes aspectos clave:

- La atención psicológica en el contexto de los Servicios Sociales ha sido esencial durante las fases más críticas de la pandemia, siendo fundamental en el proceso recuperador y de generación de resiliencia personal y comunitaria. Existe una necesidad urgente de dotación de profesionales de la psicología en los equipos base de los Servicios Sociales Comunitarios. Cualquier estrategia

de recuperación y/o de afrontamiento de futuras situaciones de crisis y emergencia social pasa por esta oportuna dotación de recursos humanos.

- En aquellos casos en los que existe la figura profesional de la psicología en el equipo base de Servicios Sociales Comunitarios, la ratio de personas con la que estos/as profesionales trabajan no es razonable y no permite un trabajo técnico con unos mínimos de calidad. Es necesaria la dotación de como mínimo un/a profesional de la psicología por cada Unidad de Trabajo Social, completándose esta ratio con adición de psicólogos/as en función de escenarios de mayor riesgo de exclusión o vulnerabilidad.
- Como consecuencia de la pandemia, se ha roto la percepción social de seguridad y estabilidad que hasta ahora teníamos en países como el nuestro. La población toma ahora contacto con emociones, con frecuencia negadas, de temor hacia lo desconocido, angustia, y ansiedad ante la incertidumbre. La repercusión que a medio-largo plazo ello va a tener, debe ser compensada con la específica actuación del campo de la Psicología de la Intervención Social por parte de las administraciones y el tercer sector.
- Las acciones de atención psicológica aisladas e improvisadas, sin criterios bien definidos ni estructurados, van a ser difícilmente evaluables y carecerán de evidencia científica, siendo menos efectivas y eficientes que acciones coordinadas y diseñadas previamente con criterios de validación.
- No contamos en Andalucía con una red de comunicación y coordinación de los y las profesionales de la psicología en el ámbito de Servicios Sociales, ni tampoco existe, en cuanto a las dimensiones psicológicas, estructuras y criterios de coordinación con los sistemas Educativo y de Salud.

- El sentido de la frase “la suma de las partes es mayor que el todo”, cobra un especial relevancia en la medida en la que hemos podido establecer algunos sistemas coordinados de atención psicológica y evaluar sus resultados.
- Los diferentes contextos generados por la crisis han puesto de relieve la importancia de las relaciones interpersonales, siendo ésta una dimensión donde la Psicología de la Intervención Social juega un papel central.
- Al margen de la atención psicológica directa, la Psicología de la Intervención Social aporta estrategias proactivas de empoderamiento inclusivo y de impulso en escenarios de población vulnerable, que van más allá del abordaje meramente asistencial.
- Las pandemia ha puesto aun más de manifiesto que las valoraciones de la situación de Dependencia son incompletas sin la dimensión psicológica, que debería incorporarse en el Proyecto Individual de Atención.

Propuestas de actuación

1. Coordinación

Es necesario el establecimiento de mecanismos de coordinación estables, que incluyan la presencia de la Psicología, a través de su representación colegial en los diferentes Comités Técnicos o Grupos de Trabajo para el abordaje de las consecuencias de la pandemia por COVID19 y creación de protocolos de actuación integrales de Emergencia Social. Consideramos que son indispensables las aportaciones que nuestra disciplina puede proporcionar en estos contextos de trabajo conjunto, elaborando materiales y documentos o asesorando en la toma de decisiones sobre el correcto abordaje de las consecuencias psicológicas de la pandemia. La coordinación interprofesional no sólo va a ser enriquecedora, sino que va a proporcionar criterios de validez y eficiencia.

Se necesita mejorar/incrementar la coordinación con los centros educativos, pero sobre todo es muy necesaria la creación de un mecanismo de coordinación estable entre los/as profesionales de la psicología de los servicios sociales y las unidades de salud mental. Este último es un aspecto que, hasta ahora, viene siendo muy bloqueante e inoperativo en cuanto a la atención de los problemas psicológicos, máxime por el hecho de que los/as profesionales de la psicología no están incorporados/as en los protocolos de coordinación sociosanitaria, siendo ésta una cuestión que debería ser solventada lo antes posible.

2. Diagnóstico y evaluación de las acciones

Para garantizar respuestas rápidas y eficaces en el contexto de emergencia social, es urgente la creación de un Comité Técnico que diseñe y coordine un plan de actuación que contenga, como mínimo, las siguientes cuestiones:

- Desarrollo de estudios de los fenómenos psicológicos asociados a las situaciones de emergencia social, atendiendo a los diferentes contextos de vulnerabilidad y riesgo.
- Desarrollo modelos predictivos sobre el riesgo de afectación psicológica, maltrato infantil, violencia de género, etc., ante una situación de emergencia social.
- Realización de estudios multidisciplinarios de identificación de amenazas y potencialidades de la población en los municipios, en especial en lo relacionado con el riesgo en infancia, diversidad funcional y personas mayores.
- Iniciar procesos participados de seguimiento y evaluación.
- Creación de una plataforma de coordinación y trabajo colaborativo online de los/as profesionales de los Servicios Sociales, tanto de

atención primaria como de los niveles especializados.

- Difusión de resultados y pautas de actuación coordinada.

3. Garantías de protección, normativa y derechos de la ciudadanía

- Que desde la Consejería de Igualdad, Bienestar Social y Conciliación se tomen las medidas oportunas para el desarrollo completo de los equipos interdisciplinares que atienden a las familias en el ámbito local.
- Que se utilice su capacidad inspectora y de seguimiento para el cumplimiento de la dotación de recursos humanos y técnicos en las Administraciones Locales, tal y como se indica en la Ley 9/2016.
- Que se pruebe de manera urgente el Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, con su correspondiente plan de dotación presupuestaria. En este sentido, las diferentes conversaciones y acuerdos que nuestros Colegios Profesionales han tenido con la Consejería han ido en la línea de incluir en el citado catálogo la “atención psicológica” como prestación garantizada, eliminando el término psicosocial del Catálogo, pues se trata de un adjetivo ambiguo que se presta a confusión operativa y funcional. Asimismo, se ofrece un modelo de ficha (tabla 2) para que, en su caso, fuese incluida en el Catálogo de Prestaciones.
- Es necesario encontrar un espacio de ajuste entre la autonomía local y la homogeneidad de las prácticas basadas en la evidencia que aportan coherencia y suman. Para ello, es indispensable la dotación de recursos para potenciar las potencialidades locales, a la vez que se les asesora y apoya en su capacidad de auto-organización.

Tabla 2. Modelo de ficha para la atención psicológica en el Catálogo de Prestaciones

Denominación de la prestación	Servicio de atención psicológica a personas y familias en los Servicios Sociales Comunitarios
Definición	Servicio de atención psicológica destinado a la reducción de las desigualdades sociales y las situaciones de riesgo o exclusión de las personas y las familias, ayudándoles a identificar y superar dificultades emocionales, relaciones, convivenciales y sociales que les impidan procesos de cambio en sus circunstancias vitales, en pos de su bienestar y empoderamiento tanto personal como familiar. Incluye la valoración del riesgo y del daño psicológico en menores, así como el tratamiento psicológico familiar para aquellos casos no acogidos a un recurso especializado en colaboración con el mismo, y asimismo conlleva la funcionalidad de facilitarles el acceso a recursos especializados De la misma forma, también se incluye la valoración y atención psicológica de personas adultas en situación de riesgo o exclusión, y en especial con personas mayores en situación de aislamiento o maltrato.
Naturaleza Jurídica	Prestación garantizada
Tipo de prestación	Prestación de servicios
Requisitos y procedimientos de acceso	Solicitud directa de la persona o familia a la persona profesional de referencia, derivación desde otros servicios o instituciones, o de oficio al amparo de los diferentes protocolos de actuación y normativa de aplicación.
Causas de la suspensión o extinción	No se establecen
Administración Pública a quien compete su prestación	Local
Origen de la financiación	Local y Autonómica
Tipo de gestión de la prestación	Directa
Titularidad del centro en el que se presta	Pública
Características de calidad	Manual de Estándares de Servicios Sociales Comunitarios
Ámbito funcional y territorial	
Nivel de atención	Nivel Primario de Servicios Sociales
Ámbito territorial	Zona Básica de Servicios Sociales
Tipo de centro, entidad o dispositivo	Centros de Servicios Sociales Comunitarios
Modelo de provisión	
Organización	Local
Prescripción	Local
Resolución	No procede
Ejecución	Local
Seguimiento	Local y Autonómica
Evaluación	Local y Autonómica
Normativa de Referencia	<ul style="list-style-type: none"> -Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. -Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. -Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor de Andalucía. -Decreto 210/2018, de 20 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (SIMIA). -Orden de 30 de julio de 2019, por la que se aprueba y publica el instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (VALÓRAME). -Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. -Decreto 23/2004, de 3 de febrero, por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores. -Decreto 203/2002, de 16 de julio, por el que se regula el sistema de financiación de los servicios sociales comunitarios en Andalucía. -Normativa que resulte de aplicación.

4. Puesta en marcha de iniciativas

- De forma general, se trata de la puesta en marcha programas de intervención y preventivos basados en la evidencia, es decir,

suficientemente contrastada su eficacia y eficiencia científica. En este sentido, en algunos casos ya se cuenta con iniciativas validadas que están funcionando, como el Programa PERSISTE (Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas con el fin de conseguir un efecto modulador esencial contra todas las repercusiones negativas asociadas a contextos de crisis como el que vivimos, en el amplio ámbito de la Intervención Social), en otros se trata de desarrollar y validar una gran variedad de iniciativas y programas que se vienen realizando en los municipios de las ocho provincias y que suponen buenas prácticas de empoderamiento y resiliencia comunitaria. Existen también en las distintas provincias andaluzas una gran cantidad de iniciativas desarrolladas desde el punto de vista psicológico, de las cuales reflejamos una muestra en la siguiente figura 2.

Figura 2. Ejemplos de programas que se desarrollan en los servicios sociales andaluces.

a de algunos programas desarrollados en los servicios sociales de andaluces desde el campo de la psicología
<p>gramas de intervención sobre el Duelo.</p> <p>gramas de buenas prácticas de círanza en parejas separadas.</p> <p>gramas de visibilización y reconocimiento de los derechos de la infancia.</p> <p>gramas de prevención del maltrato infantil.</p> <p>gramas de prevención del absentismo escolar.</p> <p>gramas y talleres de formación sobre el desarrollo evolutivo y psicológico para madres/padres.</p> <p>gramas de formación de padres/madres para reducir conductas perturbadoras infantiles.</p> <p>gramas de intervención para el fomento de la Resiliencia Infantil.</p> <p>gramas de dinamización social, fomento de la participación ciudadana y desarrollo comunitario.</p> <p>gramas de redes de intercambio de servicios (Bancos del tiempo).</p> <p>gramas de prevención de drogodependencias.</p> <p>gramas de empoderamiento y capacitación personal para mujeres en situación de vulnerabilidad social.</p> <p>gramas para la fomento de la convivencia intercultural.</p> <p>gramas de Integración psicológica para personas inmigrantes.</p> <p>gramas para la inclusión de las personas con discapacidad.</p> <p>gramas de fomento de autonomía personal e inclusión de personas dependientes en el ámbito comunitario.</p> <p>gramas de envejecimiento activo.</p> <p>gramas de prevención del maltrato y la exclusión de personas mayores.</p> <p>gramas de hábitos mentales saludables para personas mayores.</p> <p>gramas de experiencias intergeneracionales, entre infancia, adolescencia y personas mayores.</p>

- Utilización de los medios de comunicación y redes sociales para proporcionar información fiable, con asesoramiento psicológico, que reduzcan las situaciones estresantes y proporcionen pautas útiles.
- Establecer los mecanismos necesarios para crear un teléfono único de atención psicológica a la ciudadanía en casos de confinamiento o aislamiento coyuntural o por movilidad reducida, en coordinación con los sistemas

de salud mental, servicios sociales y los colegios profesionales de psicología.

- Programas de estimulación comunitaria para atención a las normas de protección y el autocuidado (respeto de la distancia y resto de medidas de seguridad).
- Especialmente necesario es el desarrollo de un plan integral de actuación en relación a las situaciones de riesgo y maltrato de personas mayores y compensación de la soledad no deseada. Es indispensable que se protocolicen y extiendan mecanismos de detección y comunicación de estas situaciones, así como las valoraciones del impacto psicológico de las mismas.

5. Recursos humanos y su organización con capacidad para hacer frente a las situaciones

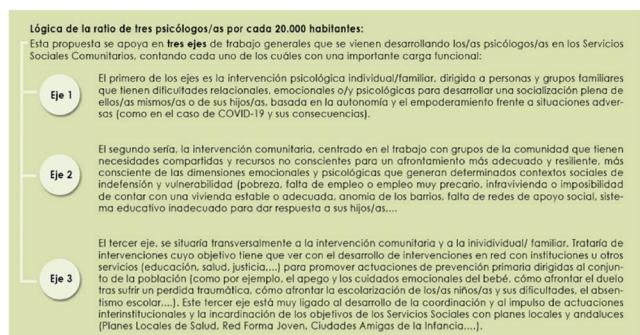
- Sin una óptima dotación de recursos humanos, sin equipos completos (figura 3) nada de lo anterior es realista. No podemos seguir trasladando a la ciudadanía el mensaje de que tenemos una amplia red de servicios sociales y de calidad, cuando en una gran cantidad de municipios no cuentan con profesionales de la psicología en la estructura de sus equipos básicos de atención primaria. Tampoco debemos confundir a la ciudadanía ofreciendo cifras de contratación de profesionales que corresponden a programas y no a la estructura de los citados equipos. Ya ha pasado mucho tiempo desde que la Ley 9/2016 establecía la configuración mínima de estos equipos, y en este sentido, nuestros colegios profesionales han sido muy flexibles y pacientes, lo seguimos siendo, pero la solución de esta condición prerrequisita es del todo necesaria para poder atender a la población en situaciones normalizadas y se torna ya inexcusable en situaciones de emergencia social, por lo que es urgente un plan de dotación presupuestaria progresiva.

Figura 2. Modelo de estructura de los equipos interdisciplinarios en los Servicios Sociales Comunitarios.



- En relación con el punto anterior, en los casos en los que sí se cuenta con profesionales de la psicología en Equipos Base de los Servicios Sociales Comunitarios nos encontramos con la problemática generalizada de una ratio poblacional por profesional de la psicología que no es en absoluto razonable; Una consideración más lógica en cuanto a poder atender con unos mínimos de calidad y no se vean comprometidos los derechos de las personas, a la vez que pensamos en aspectos funcionales y ejes de trabajo diferenciados dentro de la propia Psicología, sería la de tres psicólogos/as por cada 20.000 habitantes (lógica que desarrollamos en la figura 6), dotación que obviamente debe ser ampliada en función de contextos poblacionales de mayor vulnerabilidad y riesgo.

Figura 3. Lógica de la ratio de profesionales en los Servicios Sociales Comunitarios (Moliner, C., 2020).



- La adecuada organización competencial de los recursos humanos es también de vital importancia, debiéndose asegurar una adecuada formación y competencia profesional, en especial en lo referente a las valoraciones del impacto psicológico de las situaciones de maltrato sobre menores, así como garantizar que queden bien delimitados y diferenciados los objetivos competenciales de los Equipos de Tratamiento Familiar de los que tienen los Equipos Base.

- El hecho de que casos en los que la demanda de las personas en los Servicios Sociales Comunitarios tiene un carácter eminentemente psicológico, tengan que pasar primero por la valoración de un/a profesional del Trabajo Social a través del Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento, sobrepasa los límites competenciales de este colectivo profesional, proporciona victimización secundaria y carece de utilidad práctica. Es por ello que se necesita reorganizar los protocolos de actuación y estos casos pasen de manera directa al equipo base de atención primaria. Esta atención directa por profesionales de la psicología ya se ha estado practicando con buenos resultados durante la fase crítica de la pandemia. En este mismo sentido, lo lógico en casos con una demanda y orientación eminentemente psicológica, no tiene lógica que la persona profesional responsable sea un/a trabajador/a social, sino que lo correcto y funcional sería que lo fuese un/a profesional de la psicología.

- Finalmente, se deben tomar medidas para que nuestros servicios sociales especializados también cuenten con profesionales de la psicología, con dedicación exclusiva en cada uno de los recursos residenciales o de otra índole (de mayores, centros de participación activa, de discapacidad, de atención a drogodependientes, de menores, de personas sin hogar, de acogida de inmigrantes, casas de acogida, etc.), tanto de la red pública como de las entidades privadas de iniciativa social que cuenten con subvención pública.

Aportaciones del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental a la Comisión de Trabajo *Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación* de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP)

David Carmona Barrales. Colegiado nº AO04269.

Vocal de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO.

Miembro de la Junta Directiva de la División Nacional de Psicología de la Intervención Social del Consejo de la Psicología. Psicólogo de los Servicios Sociales Comunitarios de Armilla (Granada)

Los colegios profesionales de psicología de Andalucía han abierto una línea de colaboración con la FAMP para el abordaje de diferentes cuestiones de interés mutuo. En este sentido, se elabora este documento de propuestas de partida en relación al rediseño de los Servicios Sociales de Andalucía, mediante el que se pretende ofrecer algunos de nuestros puntos de vista como profesionales de la Psicología de la Intervención Social, aclarando que se trata de un boceto de inicio que debe ser trabajado con mayor profundidad.

Avanzando en el trabajo conjunto en el rediseño de los Servicios Sociales de Andalucía y hacia el cuarto pilar de bienestar en época de crisis.

1. Es necesario acotar y aclarar el ámbito de actuación de los Servicios Sociales Comunitarios.

Una primera necesidad urgente es la de aclarar y acotar el ámbito de actuación de los Servicios Sociales Comunitarios, teniendo en cuenta siempre su carácter universalista y el nuevo contexto post-COVID. En la actualidad

se usa mucho el término "redefinir" el objeto de intervención del sector Servicios Sociales, sin embargo, bajo nuestro punto de vista, nunca se ha llegado a un nivel de concreción suficiente como para que la ciudadanía sepa identificar bien qué son los Servicios Sociales, o como para que los/as propios/as profesionales de los mismos tengan medianamente claras sus competencias y funciones. Es por ello que más que "redefinir", nosotros/as preferimos hablar de concreción y acotación del objeto de atención, que son las necesidades de las personas en un contexto de interacción.

En este sentido, se da la paradoja de que en el campo de la Psicología de la Intervención Social se tiene relativamente claro cuáles son las funciones y competencias de los/as profesionales de esta disciplina, pero sin embargo, esto no es así a nivel de gestión de los Servicios Sociales, encontrándonos con un panorama demasiado heterogéneo en toda Andalucía en cuanto a lo que se hace y cómo se hace.

Una prueba del bajo nivel de concreción y la conceptualización difusa de los Servicios Sociales es que, si bien existen medios para

cuantificar y paliar las consecuencias desde el punto de vista económico (ingreso mínimo vital), laboral (ERTEs y programas económicos de ayuda a sectores más perjudicados: turismo, automoción, autónomos/as...), no ocurre lo mismo con las necesidades psicológicas y sociales en general.

Algunas medidas y orientaciones a considerar sobre esta cuestión son las siguientes:

- Crear un grupo de trabajo interdisciplinar liderado por la FAMP sobre el objeto de intervención de los Servicios Sociales.
- Diseño y realización de estudios sobre las necesidades y recursos, tanto sociales como psicológicos de los municipios, donde el conocimiento de la Psicología Social y Comunitaria resulta de mucha utilidad.
- Creación de bancos de conocimiento y de buenas prácticas con metodología MediaLab (laboratorios de conocimiento) y trabajo en red de los/as profesionales.
- Fomentar el concepto de "sistema local de servicios sociales", que incluye actores, acciones y estructuras del ámbito público, concertado y privado. Para ello es una herramienta útil sería la elaboración de planes estratégicos de Servicios Sociales municipales o provinciales, integrando una política de acción conjunta, entre entidades públicas, privadas y/o administraciones, ante situaciones de crisis sociales y sanitarias generalizadas.

2. Eliminar las concepciones asistenciales subsidiarias.

La atención a las necesidades básicas, aunque prioritaria, no puede convertirse en el único objetivo de atención por parte de las administraciones públicas, los efectos negativos que la pandemia ha provocado en la sociedad evidencian que los focos de interés deben de

ir más allá de la atención a aspectos económicos, sanitarios y laborales y que, incluso en las medidas que se adopten para atender estos aspectos, deben contemplarse las necesidades psicológicas y sociales intrínsecamente relacionadas con estas problemáticas.

Algunas medidas y orientaciones a considerar sobre esta cuestión:

- Mediante proyectos de intervención individuales/familiares no condicionados a prestaciones económicas para cubrir necesidades básicas, ya que en el momento en que se usan prestaciones condicionadas, se invalida la intervención psicológica y resulta muy difícil evaluar la eficacia de dichas intervenciones.
- Aclarando, en los proyectos de intervención, el objeto de la misma en términos de prevención y corrección de desajustes en la interacción de las personas, entendiendo esta interacción en sus dos dimensiones; el de la autonomía funcional para la vida diaria y el de la integración relacional familiar y comunitaria.

3. Apostando por una Psicología de Proximidad.

La psicología de proximidad la encontramos, o la deberíamos encontrar, en los municipios. En los distintos planes de contingencia y desescalada que las administraciones públicas están desarrollando, en general, se observa una desatención a las necesidades psicológicas de la población. Se contemplan medidas preventivas en cuanto a distancia social y de prevención sanitaria, se "definen" ratios en aulas, modalidades de trabajo presencial o de teletrabajo, medidas de conciliación... pero no se tiene en cuenta el impacto psicológico que la pandemia y la llamada "nueva normalidad" va a tener sobre las personas, especialmente sobre aquellas más vulnerables.

Algunas medidas y orientaciones a considerar sobre esta cuestión:

- Diseñando una red de atención de proximidad. Si bien durante la pandemia han proliferado servicios de atención telemática y se prevé que durante algún tiempo este tipo de recursos sean una constante, no puede obviarse que estos servicios, además de no tener en cuenta la brecha digital existente, presentan limitaciones en cuanto a la calidad y potencial de sus intervenciones. En un escenario en el que existe un elevado porcentaje de población que se ha "convertido" en usuaria de la red de servicios sociales como consecuencia de la pandemia, se entiende indispensible poder ofrecer una atención integral cercana y centrada en la persona, pues únicamente de ese modo podrá ofrecerse la atención necesaria, que posiblemente vaya más allá de las necesidades socioeconómicas o de la atención ante un momento de crisis generada por la situación de confinamiento que suelen ser las demandas planteadas, pero en cuyo trasfondo se evidencian necesidades y posibles secuelas de mayor alcance.
- Aprovechando las potencialidades que puede ofrecer la red de servicios sociales en Andalucía, como recurso municipal de proximidad, siempre y cuando logremos entender que la atención psicológica para compensar desigualdades es un derecho.
- Elaboración de un plan de abordaje de las secuelas emocionales que la crisis está generando y va a generar en toda la población y, especialmente, en aquellos escenarios de mayor vulnerabilidad.

4. Avanzando en modelos de actuación y competenciales con la Psicología Social y Comunitaria.

Es necesario desarrollar en profundidad un modelo de trabajo basado en la interacción, en

el que se trabaje en la dirección de la autonomía funcional para la vida diaria, entendida en sus dimensiones físicas y psicológicas, así como con el entorno relacional familiar y comunitario.

Algunas medidas y orientaciones a considerar sobre esta cuestión:

- Desarrollando programas preventivos desde la psicología social comunitaria que permitan adecuar los recursos de apoyo a las necesidades concretas de la población. Este enfoque supone en el ámbito de la Administración Local, y especialmente en los municipios más pequeños, cierto cambio de perspectiva sobre el concepto de SS.SS.CC. que prima en la actualidad, principalmente de carácter generalista y asistencial, complementado con programas de atención a sectores específicos: infancia, mujer, dependencia... Se requeriría una revisión general y apostar por un modelo real de atención, intervención y tratamiento interdisciplinar que permita desarrollar la Ley de SS.SS. de Andalucía adecuadamente y no continuar manteniendo equipos básicos precarios, con una evidente desproporción en los perfiles profesionales que limita significativamente las posibilidades de atención a los derechos y necesidades de la población.
- Estableciendo protocolos de coordinación interinstitucional e intersectorial ágiles y realistas. El estado de alarma ha puesto en evidencia la necesidad de rentabilizar los recursos existentes: evitar duplicidades o ámbitos "exclusivos" de actuación, generar sinergias en la atención a necesidades transversales y entender que los distintos marcos competenciales no tienen por qué excluir vías conjuntas de actuación, son objetivos que las distintas administraciones públicas deberían asumir.
- Desarrollar programas específicos de capacitación en competencias, tanto para profesionales como para la población que se atiende. La competencia de las personas para adaptarse

a su entorno va a depender de los recursos de proximidad disponibles, de la actitud y de la disposición para la interacción con el entorno, de modo que puedan satisfacer sus necesidades y convertirse en protagonistas de su bienestar.

- Diseñar programas formativos que fomenten y aclaren las competencias de los y las profesionales de servicios sociales, potenciando el carácter investigador e innovador mediante *i-skills* y *soft-skills*.

5. Avanzando en el concepto de equidad en la base del enfoque de derechos y deberes de la ciudadanía.

Igualdad de género, interculturalidad, diversidad sexual,..., son ejes que han sido muy resquebrajados con la pandemia, por lo que es imprescindible diseñar las actuaciones priorizando estas variables. El aumento observado en situaciones de violencia de género, intrafamiliar y hacia menores permite deducir un incremento de las necesidades de atención por problemas psicológicos. Según determina ANAR, hasta un 76.7% de las y los 11682 menores que han realizado peticiones de ayuda desde el inicio del estado de alarma, presentarán problemas psicológicos durante el proceso de desescalada. A esto hay que sumar la doble discriminación de las mujeres con discapacidad por género y situación de discapacidad. Incluyendo mujeres

rurales mayores con enfermedades crónicas, que además son cuidadoras, sin olvidarnos de la invisible y precaria situación laboral de las Auxiliares de Ayuda a Domicilio, que siendo una profesión feminizada y minusvalorada, han estado expuestas al riesgo de contagio por estar en primera línea desde el primer momento. Pero también se han incrementado las situaciones de vulnerabilidad en otros escenarios que tienen que ver con la interculturalidad y la diversidad sexual.

Algunas medidas y orientaciones a considerar sobre esta cuestión:

- Diseño de programas relativos a migración e interculturalidad fundados en modelos basados en la evidencia.
- Potenciar las medidas de atención psicológica y protección a mujeres víctimas de violencia de género.
- Desarrollar programas de protección comunitaria para prevenir la violencia de género, en los que se fomente la integración y participación ciudadana.
- Desarrollo de estrategias comunitarias para compensar el impacto diferencial de la pandemia sobre hombres y mujeres, con mayor carga en éstas en todos los ámbitos.



Prevención del daño psicológico en menores expuestos a procesos de separación

Ángel David Cortés Pendón*. Colegiado nº AO0896.

Mª Purificación Faciaben Alonso* Colegiada nº AO0808.
Ester López Roldán*. Colegiada nº AO04358.

Fátima Garrido Garrido** Colegiada nº AO08950.

Marta Martín Balle***

Rosa Rodríguez Bailón****

*Psicólogos/as de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Granada y miembros de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.

**Psicóloga del Centro de Orientación y Atención Social a Personas Sin Hogar (COASPSH) del Ayuntamiento de Granada.

***Psicóloga y Máster en Psicología de la Intervención Social por la Universidad de Granada.

****Catedrática del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Granada.

Resumen

La separación es un evento estresante que puede generar consecuencias psicológicas negativas en los integrantes de la familia y, en especial, en los/as menores. Se ha constatado que no es la separación en sí misma la que provoca estos efectos sino una gestión conflictiva de ésta por lo que la intervención psicosocial puede utilizar herramientas para prevenir y paliarla. El presente trabajo realizado por profesionales de la psicología de los centros de servicios sociales comunitarios del Ayuntamiento de Granada con el apoyo de la Universidad de Granada analiza los conflictos que dan origen a la separación, las consecuencias de éstos y las estrategias para evitarlos a partir del discurso de 31 participantes en 6 grupos de discusión con la finalidad de ser útil para lograr una posterior intervención social comunitaria basada en la evidencia.

Abstract:

Separation is a stressful event that can lead to negative psychological consequences for family members and especially minors. It has

been found that it is not the separation itself that causes these effects but conflicting management of it, so psychosocial intervention can use tools to prevent and alleviate it. The present work carried out by professionals of the psychology of the community social service centers of the City of Granada with the support of the University of Granada analyzes the conflicts that give rise to the separation, the consequences of these and the strategies to avoid them from the discourse of 31 participants in 6 discussion groups in order to be useful to achieve a subsequent community social intervention based on evidence.

Palabras clave: separaciones conflictivas, intervención comunitaria, grupos de discusión, servicios sociales comunitarios, reducción daño psicológico en menores.

Las separaciones de parejas son cada vez más recurrentes en la actualidad y son también frecuentes los casos de niñas, niños y adolescentes que muestran dificultades a nivel psicológico como consecuencia de ellas (Weaver, 2015). La pareja es una fuente importante de apoyo

social, apoyo emocional e ingresos económicos (van Scheppingen y Leopold, 2019), por lo que su ruptura puede provocar cambios en el bienestar subjetivo en el conjunto de personas que integran la familia, especialmente cuando la separación se convierte en una fuente de estrés (Hornor, 2015). Si las personas progenitoras no logran un contexto adecuado para la convivencia y el desarrollo social y afectivo de sus hijas e hijos, la familia puede convertirse en un contexto hostil para crecer.

Por estos motivos, la ruptura de pareja puede tener serias consecuencias en el bienestar psicológico de los y las menores, que pueden llegar a mantenerse a largo plazo.

El presente trabajo tiene como objetivo detectar aquellas habilidades y estrategias que las personas que han tenido una separación/divorcio han puesto en marcha para evitar tener una relación conflictiva y así prevenir un daño psicológico en sus hijos e hijas.

Partimos de la idea clave de que descubrir estrategias de afrontamiento que han sido eficaces para las personas que han pasado por una situación estresante, como lo es una separación, puede ayudar a otras que estén pasando por realidades afines y nos permite como profesionales desarrollar instrumentos de intervención más adaptados a las necesidades de las personas.

Fortalecimiento comunitario de competencias personales

En el año 2015 se edita por parte del Ayuntamiento de Granada la guía elaborada por el equipo de profesionales de la Psicología de Servicios Sociales “¿Qué podemos hacer para que los cambios no nos superen?”. En este trabajo, desde una conceptualización del estrés psicosocial como un factor de vulnerabilidad y/o riesgo para el desarrollo disfuncional de las familias y/o personas, estimulamos la puesta en marcha

de diferentes estrategias de afrontamiento activo para resolverlas con eficacia.

La evaluación positiva de la misma (comunicación presentada en la XX Escuela de Verano de Servicios Sociales de Almuñécar, 2016) nos motivó a seguir avanzando en ofrecer instrumentos prácticos de apoyo a la ciudadanía ante situaciones vitales de cambio.

Entre las temáticas que se abordaban en esta primera guía, se consideró que una de las más relevantes en nuestra práctica profesional con familias era las separaciones de pareja, y su impacto en los y las menores a cargo. Motivo por el que se decide comenzar este proyecto.

Consideramos que incorporar el enfoque comunitario en nuestra práctica profesional ayuda a lograr resultados e impactos más potentes y duraderos, en la medida en que se consiguen en y con el entorno relacional cotidiano de las personas (Fantova, 2014).

De esta manera, asentada en uno de los pilares básicos de la psicología comunitaria, la participación de la comunidad, iniciamos la tarea de crear un instrumento de ayuda que estuviera basado en la experiencia de personas que han superado de manera exitosa una situación estresante, en este caso las separaciones de pareja. El estrés, además de ser un factor de riesgo para el bienestar, puede llegar a ser también una experiencia transformadora y de empoderamiento personal y familiar (Kabat Zinn, 2016).

Consecuencias en el bienestar psicológico de los hijos/as de parejas separadas

El gran cambio vital que supone la separación en las relaciones entre hijos e hijas con sus progenitores se acompaña en ocasiones de una elevada ansiedad, especialmente cuando la ruptura es inesperada (Vallejo, Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2004). Además, pueden

aparecer numerosos problemas tanto internalizantes-síntomas ansiosos y depresivos, retraiamiento social y somatizaciones- como externalizantes-conductas agresivas o disruptivas, desobediencia, baja tolerancia a la frustración o un pobre control de impulsos- tanto en niños y niñas de corta edad como en adolescentes (Braga y Flores-Mendoza, 2018). Se ha constatado que estas consecuencias se pueden prolongar desde el momento de la separación y durante toda la infancia y adolescencia (Weaver, 2015).

Algunas otras de las consecuencias psicológicas derivadas de la situación de separación también pueden ser perdurables en el tiempo. Entre éstas destacan dificultades de confianza en las demás personas, problemas de autoestima, temor a no ser capaz de establecer una relación de pareja y/o de no poder acceder a una familia estable o problemas en la esfera de la sexualidad (Roizblatt, 2013). Además, estas dificultades también pueden estar relacionadas con peores habilidades interpersonales y mayor presencia de conflictividad en las relaciones de pareja (Vallejo, Sánchez-Barranco y Sánchez- Barranco, 2004).

El conflicto interparental, la clave de los desajustes

La evidencia sugiere que no es la separación en sí misma la que lleva a las consecuencias negativas en los hijos y las hijas, sino más bien la gestión que se haga de ésta. Los conflictos entre progenitores tienen un impacto importante en la seguridad emocional de los y las menores (Cosgaya et al., 2008) y el que más daño a nivel psicológico puede provocar (Roizblatt, 2013).

Todos estos resultados cobran importancia si se tiene en cuenta que se estima que un tercio de las parejas separadas con descendencia tienen como factor común la parentalidad competitiva o conflictiva (Martinón et al., 2007).

El conflicto interparental, una forma de maltrato infantil

En el instrumento para la Valoración de la Gravedad de las Situaciones de Riesgo, Desprotección y Desamparo de la Infancia y Adolescencia de Andalucía "Valórame" (Orden del 30 de julio de 2019, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía) se considera una *tipología de Maltrato Psicológico/Emocional* la instrumentalización del menor en los conflictos entre las figuras parentales.

La mayoría de estos conflictos se enmarcan en los procesos de separación, y posicionan a los y las menores en una situación de riesgo si no son gestionados de manera adecuada por sus progenitores.

Se considera que esta situación de maltrato aparece cuando las figuras parentales y maritales utilizan activamente al niño, niña o adolescente para dañarse mutuamente y/o alejarle definitivamente de la otra figura relacional. Incluye también los casos en que la utilización se produce únicamente por parte de una de las figuras parentales, la otra parte quiere defender sus intereses, y los mecanismos/recursos judiciales puestos en marcha no resuelven el problema e incluso empeora. Esta situación perturba la capacidad y disposición del niño, niña o adolescente para establecer o mantener una relación adecuada y positiva con una o ambas figuras parentales.

Tal y como se expone en el Instrumento Valórame (pág. 84), la gravedad de esta tipología se determina en función de la intensidad del comportamiento conflictivo de las figuras parentales; y su impacto en el niño, niña o adolescente y en la calidad de su relación con las figuras parentales

Metodología proyecto comunitario

El presente proyecto se ha llevado a cabo en Granada capital por 4 profesionales de la Psicología de los Centros de Servicios Socia-

les Comunitarios de Genil, Albaicín y Norte del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Granada.

Se aplicó una metodología participativa, activa y grupal, con el objetivo de que el conocimiento al que se llegara tuviera una base comunitaria. Se diseñó una metodología de investigación basada en el uso de grupos de discusión (Callejo, 2002).

Se organizaron 6 grupos de discusión (4 grupos de mujeres, 1 de hombres, 1 mixto) participando un total de 31 personas, las cuales pertenecían a diferentes niveles socioeconómicos y culturales para garantizar una mayor diversidad. Se utilizó un mismo guión de preguntas en cada grupo. Antes de empezar firmaban un consentimiento informado y una aceptación de que la sesión se grabaría en formato audio.

Los grupos estaban formados por 5-7 personas en base a una serie de criterios, siendo el más importante no haber tenido una relación conflictiva con sus exparejas de acuerdo a su punto de vista. Ninguna de las personas participantes reportó haber tenido experiencias de violencia de género en su relación de convivencia.

Resultados

El análisis de los resultados se ha realizado agrupando en diferentes categorías las respuestas de las personas participantes a cada pregunta.

Destacamos en este trabajo las categorías pertenecientes únicamente a las preguntas relacionadas con las estrategias utilizadas para salir/evitar de la conflictividad relacional. Se añaden algunos ejemplos de las respuestas literales para facilitar la claridad expositiva.

Las respuestas a estas preguntas se agruparon en 5 categorías:

- **Observar la tendencia a no evitar conflictos o provocarlos directamente**

Las personas participantes resaltan el que se hicieron conscientes de distintas señales que les hicieron entender que estaban intentando provocar conflictos o, por lo menos, no evitarlos.

“También buscar la culpa en la otra persona, sentir resentimiento y buscar tener tú la razón y que a la otra persona le salga mal, porque eso va a generar conflicto”.

- **Tomar conciencia de los cambios observables en ellos/as mismos/as y en sus hijos e hijas**

Una de las señales que se destacaban como indicadoras para detectar el comienzo de una separación conflictiva es observar un ejercicio empeorado de la paternidad o maternidad por el conflicto con la ex-pareja.

“Yo, como muy indicativo, tengo el cómo tratas a tu hijo/a personalmente después de un conflicto con tu expareja. Para mí es muy indicativo el verme no tratando de una manera adecuada a mi hijo a raíz de tener un conflicto con mi ex, aunque sea en la distancia, por teléfono, o sea que te has acordado de algo que hizo o dijo, o algo que he hecho yo y no me siento bien con ello. Es muy indicativo, si tú estás a solas con tu hijo, por ejemplo, que notes que no lo estás tratando bien, como se merece, por culpa de otra persona”.

- **Habilidades relativas a la gestión de la situación con hijos e hijas**

Destacamos un aspecto que nos resulta muy relevante, vinculado con la forma de abordar las cuestiones emocionales delante de los hijos e hijas.

“Yo durante un tiempo me mantenía como si estuviera bien, como si no hubiera pasado

nada y una vez me eché abajo y mi hijo me dijo que llorara todas las veces que lo necesitara, igual que él lloraba cuando sentía que quería estar con su padre y estaba conmigo o cuando estando con él quería estar conmigo. Y eso como que nos unió, todos pasamos ese proceso de duelo."

- **Habilidades que tienen que ver con la relación con la ex-pareja priorizando que no haya conflictos**

Son muchas las habilidades que se ponen en marcha en un proceso de separación para que pueda resultar armonioso. Destacamos el valor de la escucha y el esfuerzo por ponerse en el lugar la otra persona a la hora de tomar decisiones comunes.

"Me está ayudando a gestionarlo mejor ponerme en su lugar y ver qué es importante para él".

- **Habilidades relacionadas con la propia gestión de la separación.**

Una de las estrategias más repetida en todos los grupos fue buscar ayuda psicológica, considerándose una gran fuente de apoyo tanto para la gestión del duelo como para adoptar herramientas para llevar la separación de forma no conflictiva y sentirse mejor consigo mismo o misma.

"A mí me dio seguridad, me ayudó a afrontar aquello, porque el terreno que tenía era difícil, me estabilizó, fue una ayuda, te dan una mano y te dicen "venga, yo te acompañó".

Conclusiones

A través de las experiencias que han compartido las personas participantes en los grupos de discusión, podemos señalar que existen características comunes que pueden llevar a

una gestión adecuada de la separación. Esta gestión adecuada actuaría como factor de protección en los hijos e hijas a la hora de presentar dificultades asociadas al proceso de separación de sus progenitores y progenitoras.

Lo más llamativo ha sido encontrarnos con mujeres y hombres que se han ido haciendo a la par que el proceso, se han ido moldeando por las contingencias.

El mensaje por tanto es esperanzador y así lo queremos trasmisir, dado que según hemos podido comprobar, no hay que ser especial o estar dotado de habilidades previas para poder alcanzar una separación ajustada a las necesidades de la infancia. Teniendo claro el objetivo tantas veces referido en los diferentes grupos de aunque nos separemos como parejas seguimos siendo padres y formamos una familia el proceso va a permitir, no sin esfuerzo y dolor muchas veces, desarrollar un abanico de conductas flexibles que nos permita afrontar con eficacia una situación que nos va a acompañar de por vida.

Discusión

Como se ha visto, tener una separación no conflictiva cuando hay hijos e hijas menores es posible, pero requiere por parte de los progenitores un proceso activo orientado hacia esa dirección. No es un asunto fácil, pero es posible.

Las metodologías participativas de investigación social son un recurso muy valioso para el desempeño de nuestro rol como profesionales de la psicología de la intervención social en el contexto de los servicios sociales comunitarios. Es una forma rigurosa y eficaz de generar conocimiento haciendo partícipe a la propia población como protagonistas que son, lo que nos permite una comprensión más acertada de situaciones tan complejas como los procesos de separación.

El hecho de que las conclusiones vengan de personas que están pasando por el mismo proceso le da una mayor validez y utilidad a las mismas y facilita que se puedan producir procesos de reflexión e imitación. Esta perspectiva comunitaria de personas que ayudan a otras personas creemos que puede marcar una línea de trabajo a seguir.

A continuación, sería útil desarrollar la forma de hacer esta información pública a través de un formato sencillo y cercano que permita ayudar a las personas que están en procesos de separación.

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a todas las personas participantes, hombres y mujeres, que de una manera generosa y humilde han compartido su experiencia sin saber que son personas especiales por conseguir lo que están consiguiendo.

Al Colegio La Presentación de Granada por habernos cedido sus instalaciones y hacernos sentir como en casa.

Al Ayuntamiento de Granada por permitir que nos adentrásemos en esta aventura.

Referencias bibliográficas

Ayuntamiento de Granada (2015). *¿Qué podemos hacer para que los cambios no nos superen?* www.granada.org

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (Orden del 30 de julio de 2019). *Instrumento para la Valoración de la Gravedad de las Situaciones de Riesgo, Desprotección y Desamparo.*

Braga, L. S., & Flores-Mendoza, C. (2018). *Relación entre conductas externalizantes en la infancia y rasgos de personalidad en la*

vida adulta. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 5(3), 36-41.

Callejo Gallego, J. (2002). *Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación.* Revista española de salud pública, 76(5), 409-422.

Cosgaya, L., Nolte, M., Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., & Iraurgi, I. (2008). *Conflictos interparentales, relaciones padres-hijos e impacto emocional en los hijos.* Revista de Psicología Social, 23(1), 29-40.

Cortes Pendón, A.D. et al(2016). *"¿Qué podemos hacer para que los cambios no nos superen? Evaluación de resultados".* Comunicación presentada en la XX Escuela de Verano Servicios Sociales. Diputación de Granada.

Fantova, F.(2014). *Enfoque comunitario e Innovación Social.* Artículo a partir de una Jornada de Trabajo con Proyecto Hombre Asturias.

Martínez-Pampliega, A., Aguado, V., Corral, S., Cormenzana, S., Merino, L., & Iriarte, L. (2015). *Protecting children after a divorce: Efficacy of egokitzén—an intervention program for parents on children's adjustment.* Journal of Child and Family Studies, 24(12), 3782-3792. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-015-0186-7>

Martinón, J. M., Fariña, F., Corras, T., Seijo, D., Souto, A., & Novo, M. (2017). *Impacto de la ruptura de los progenitores en el estado de salud física de los hijos.* European Journal of Education and Psychology, 10(1), 9-14.

Kabat Zinn, J (2016). *Vivir con Plenitud las crisis.* (edición en castellano) Ed. Kairós

Roizblatt, A. (2013). *Divorcio y familia : antes, durante y después*. Santiago de Chile: RIL editores.

Sandler, I., Gunn, H., Mazza, G., Jenn-YunTein, Wolchik, S., Berkel, C., Porter, M. (2018). *Effects of a program to promote high quality parenting by divorced and separated fathers*. *Prevention Science*, 19(4), 538-548. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-017-0841-x>

Vallejo, R., Sánchez-Barranco, F., & Sánchez-Barranco, P. (2004). Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 92, 91-110.

Scheppingen, M. A., & Leopold, T. (2019). *Trajectories of life satisfaction before, upon, and after divorce: Evidence from a new matching approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1-12. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000270>

Weaver, J. M., & Schofield, T. J. (2015). *Mediation and moderation of divorce effects on children's behavior problems*. *Journal of Family Psychology*, 29(1), 39-48. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000043>

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

INTITUCIONES COLABORADORAS DE INTERMEDIACIÓN FAMILIAR (ICIFs)

La profesión de la psicología en las ICIFs tiene un papel fundamental en los Servicios de Apoyo al Acogimiento Familiar de Menores. En concierto social con la Junta de Andalucía, las ICIFs tienen encomendadas diferentes actuaciones relacionadas con el acogimiento de menores.



Escenarios en los que se interviene:

Menores en situación de desamparo que conviven con una familia acogedora, ya sea con su familia extensa, ya sea con una familia ajena.

Familias aspirantes a ser familias acogedoras mientras se estudia su idoneidad.

Familias acogedoras tanto extensas como ajenas.

Familias biológicas con las que menores tienen regulado un régimen de contactos.

De qué forma se interviene:

Con la valoración de idoneidad de las familias aspirantes mediante entrevistas semiestructuradas, visita al domicilio y la administración del instrumento CUIDA.

La valoración y diagnóstico de las necesidades de menores mediante entrevistas abiertas; juego; dibujo; pruebas como SENA (Sistema de evaluación de niños y adolescentes) y K-BIT.

La intervención terapéutica con menores siguiendo una metodología ecléctica con predominio de técnicas lúdicas.

La intervención con familias acogedoras mediante psicoeducación y técnicas lúdicas.

La formación de las familias acogedoras mediante la impartición de talleres relacionados con su labor.

El apoyo y supervisión del acogimiento familiar a través de contacto telefónico, visitas domiciliarias, sesiones en la sede de la entidad, creación de grupos de autoayuda, creación de grupos de formación y apoyo para menores.

Sensibilizando a la población acerca de la realidad de la infancia en situación de desamparo y de la necesidad de Familias Acogedoras.



Sección de
Psicología de la Intervención Social
del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Martínez-Parra, M.C., Alcalde-Gallardo, A.B., & Gómez Martínez, A.J. (2020)

Planificación Estratégica en Servicios Sociales Comunitarios: Una necesidad histórica de incorporar datos de investigación científica

Ramón Dengra Molina. Colegiado nº AO01573.

Doctor en Psicología. Funcionario de Carrera y Asesor de Planificación, Evaluación e Intervención Psicosocial de la Diputación de Granada.

Resumen

A lo largo de este artículo se presenta un análisis de la necesidad y la obligatoriedad de la Planificación Estratégica en Servicios Sociales Comunitarios (SSC) para las instituciones responsables de su gestión, de los componentes necesarios para ello, con la necesaria incorporación de las aportaciones que se creen convenientes desde la ciencia del comportamiento (Psicología) y demás disciplinas sociales que intervienen en estos servicios.

Palabras clave: Servicios Sociales Comunitarios, Plan estratégico, Bases científicas, Evidencia científica, Familia-infancia-adolescencia, Dependencia, Pobreza e inclusión social, Recursos humanos.

“Cuando nos iniciamos en este camino, obstinados dirigentes y sus aún más obstinados asesores nos decían: «Mientras vosotros os permitís andar buscando evidencias, nosotros tenemos que ponernos manos a la obra y sacar el trabajo adelante», opinión que muchos sostienen aún ... Como se verá, el fracaso de las políticas y las causas de que la ayuda no tenga el efecto que debería tener radican a menudo en las llamadas «tres íes», es decir, ideología, ignorancia e inercia, por parte de expertos, de trabajadores del ámbito de la ayuda o de dirigentes y gestores locales». Repensar la pobreza. Un giro radical contra la desigualdad social. 2011. Abhijit V. Banerjee y Esther Duflo¹.

En el presente artículo presentamos un análisis de la necesidad, o incluso quizás podríamos decir obligatoriedad, de la Planificación Estratégica en Servicios Sociales Comunitarios

(SSC) para las instituciones responsables de su gestión, y de sus componentes necesarios, con la necesaria incorporación de las aportaciones que se creen convenientes desde la ciencia del comportamiento (Psicología) y demás disciplinas sociales que intervienen en estos servicios. Nuestra pretensión es la de servir como un referente más, de los ya disponibles^{2,3} o los publicados por Comunidades Autónomas o Diputaciones. El modelo que presentamos intenta hacer visible el acervo de conocimientos científicos publicados que están detrás de las intervenciones en SSC. Creemos que esta utilidad se hace necesaria para profesionales, ciudadanía, movimientos sociales, asociaciones y especialmente para las Corporaciones Locales.

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen el nivel básico de referencia para la prevención de situaciones de vulnerabilidad social, la valoración de las necesidades, la

planificación, la intervención, el seguimiento y la evaluación continua, así como la coordinación con otros agentes e instituciones presentes en el territorio, al objeto de articular la respuesta a las necesidades individuales, familiares, grupales y comunitarias de atención, relacionadas con el fomento de la igualdad, la participación y lucha contra la exclusión social, la atención a la infancia, adolescencia y a las familias y con el incremento de las soluciones cercanas en la atención a las personas dependientes.

El núcleo central del presente artículo es proporcionar elementos para una atención homogénea en todos los territorios en la prestación de servicios sociales, con coberturas de atención en programas y prestaciones adecuadas a las necesidades y demandas, con ratios de profesionales e inversión económica suficiente, y adaptados a las previsiones demográficas e incidencia-prevalencia de los problemas sociales.

El elemento básico que tenemos que tener en cuenta en un Plan estratégico de Servicios Sociales Comunitarios, es la coherencia con lo previsto en la Ley de Servicios Sociales (Ley 9/2016) y la ley vigente en cada momento. La arquitectura del Plan Estratégico que proponemos deberá de ser adaptada a la específica realidad del territorio y la institución donde se realice. Para facilitar la comprensión y la unidad interna proponemos el siguiente orden expositivo, que también podría servir como apartados en la redacción de un Plan Estratégico para los SSC:

1. Misión, visión y valores.
2. Líneas estratégicas en Intervención y Prevención de Servicios Sociales Comunitarios: Planificación centrada en las personas.
3. Líneas estratégicas en Planificación de Infraestructuras-Equipamientos, Recursos Humanos y Aplicación de Estándares de Calidad.
4. Análisis demográfico. Evidencia científica.

5. Diagnóstico de necesidades sociales, Análisis de prevalencia e incidencia (Pobreza y exclusión Social. Dependencia y población mayor. Infancia, adolescencia y familia).
6. Mapa de procesos y objetivos estratégicos; Memoria económica; Marco normativo y competencial.
7. Evaluación, coordinación y seguimiento del Plan (Cuestionarios de Evaluación y Seguimiento).
8. A modo de resumen y conclusiones.
9. Referencias bibliográficas.

1. Misión, visión y valores

Los Servicios Sociales Comunitarios, que comenzaron su andadura a partir de la Constitución del 78, han estado lastrados desde su origen por una falta de clarificación conceptual y concreción respecto a cuál es el objeto y objetivo de los mismos⁴. Esto ha sido así hasta inclusive los momentos actuales, dónde ante la pregunta a los/as profesionales que integran estos servicios sobre ¿cuál es el objeto de los servicios sociales? las respuestas solían ser amplias y generales, haciendo referencia tanto al conjunto de las políticas que debían procurar a la población un bienestar social, como a la forma de garantizarle su calidad de vida, cubrir sus necesidades sociales o satisfacer derechos sociales en general. Este hecho, la confusión del todo (políticas sociales) por la parte (actuaciones específicas realizadas por los servicios sociales comunitarios y no realizadas por ningún otro sistema de protección social), ha derivado en actuaciones para atender lo que otros sistemas de protección no llegan. La consecuencia ha sido que gran parte de la población desconoce la concreta finalidad de los mismos, simplemente los desconoce, conoce sólo una parte o tienen una imagen confusa y llena de prejuicios.

En la actualidad y analizando las demandas de la ciudadanía en los propios servicios, es posible clasificar las actuaciones en tres grandes bloques diferenciados⁴:

- a) Demandas relacionadas con la ausencia de ingresos o de recursos suficientes para vivir con los estándares mínimos de nuestra sociedad, referidos a distintos ámbitos básicos de la vida cotidiana: alimentación, vestido, vivienda con su equipamiento y suministros fundamentales, gastos complementarios a la escolarización de los y las menores, medicinas, etc. Es decir, demandas de apoyo a personas pobres, que pueden estar o no en situación de exclusión social.
- b) Demandas relacionadas con la atención a personas con la autonomía funcional reducida, en concreto las prestaciones recogidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- c) Demandas relacionadas con la infancia y la adolescencia vulnerables, en situación o riesgo de desprotección o conflicto social, así como con las familias de las que forman parte.

Con estos datos, con el análisis de demandas y con las encomiendas de gestión plasmadas en la legislación vigente, en las denominadas Leyes de Servicios Sociales de tercera generación, es posible concretar y plasmar la misión, visión y valores que tenemos como organización.

Una definición de la misión, visión y valores podría ser la que exponemos:

Misión

La misión de los Servicios Sociales Comunitarios consiste en garantizar el derecho universal de la ciudadanía al acceso a los servicios sociales en condiciones de igualdad y favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos. Implementando actuaciones de promoción, prevención e

intervención biopsicosocial y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza personal-relacional- y ayudas económicas para la mejora del bienestar social, en coordinación y cooperación con otros sistemas y políticas públicas complementarias.

Las intervenciones y las actuaciones de prevención y promoción estarán orientadas a los ejes estratégicos establecidos en las leyes de servicios sociales. En el caso de Andalucía podríamos establecerlos en los siguientes:

(a) Fomento de la igualdad, la participación y lucha contra la exclusión social.

(b) La atención a la Infancia-adolescencia y a las Familias. Atención en necesidades básicas y prevención del maltrato y el abuso infantil.

(c) Atención a las personas dependientes y sus familias junto con la promoción de la autonomía personal. Prestaciones contempladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y en su normativa de desarrollo.

(d) Atención y prevención de la violencia de género de acuerdo a la normativa vigente.

(e) Atención y prevención de los problemas sociales originados por la violencia en cualesquiera de sus formas, como sería violencia juvenil, violencia contra el entorno o violencia intrafamiliar.

La misión encomendada a los Servicios Sociales en la institución correspondiente se realizará ateniendo a las innovaciones científicas y técnicas derivadas de la investigación en la ciencia del comportamiento y ciencias sociales en general, sea en técnicas y programas de intervención, instrumentos de evaluación y valoración, análisis de necesidades sociales, datos de incidencia y prevalencia, instrumentos de planificación y de gestión, y aplicación de desarrollo normativo, acorde con la mejora

continua de la calidad. Todo ello se podría realizar mediante convenios de colaboración y contratos programas con las Universidades.

Visión

En relación a la visión, las Leyes de Servicios Sociales generalmente establecen, en la exposición de motivos y articulado, como elementos centrales: el derecho subjetivo a los servicios sociales, las prestaciones garantizadas y condicionadas, el despliegue del sistema mediante equipos interdisciplinares y un mapa de servicios sociales.

Para garantizar el ejercicio efectivo de ese derecho, se consolidarán los SSC como sistema universal, de responsabilidad pública, con la participación y colaboración de la iniciativa social y privada sobre la base, o no, de contratos programa. El acceso a las intervenciones, servicios y prestaciones económicas se deberá realizar con criterios de eficacia y eficiencia, aplicando criterios de mejora continua y estándares de calidad, sean normas ISO o basadas en el modelo EFQM. En Andalucía contamos con la Agencia de Calidad Sociosanitaria (ACSA)5. Los y las profesionales de intervención de los SSC (Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales) anualmente deberían pasar por cursos de formación presencial/on line, impartidos por profesorado universitario acordes a la misión y visión.

La detección de las nuevas necesidades sociales, y actualización de las antiguas, vendrá siempre dada por (1) la revisión de estudios científicos sobre la incidencia y la prevalencia de problemas que afecten a colectivos o personas individuales y sean susceptibles de atención por los SSC y (2) la realización de estudios de necesidades específicamente realizados por la institución correspondiente. Ésta dispondrá del personal adecuado y formado para garantizar la información sobre la incidencia y prevalencia de las actuales y nuevas necesidades sociales,

accediendo a las redes de información actuales, o a bases de datos científicas (Google Académico, Dialnet, Redalyc, SciELO, World Wide Science, Psicodoc y Psicoinfo, etc.).

Valores

Por último, de acuerdo con los principios superiores de libertad, justicia e igualdad, y considerando que la única vía aceptable para el progreso de la sociedad es aquella que permita asegurar una calidad de vida digna para todas las personas que viven y residen en el ámbito del territorio de la entidad correspondiente, los valores que configuran los Servicios Sociales Comunitarios, hacen referencia a los siguientes:

- Derecho subjetivo de toda la ciudadanía que los necesitan.
- Universalidad y disponibilidad en los territorios de referencia.
- Proximidad y descentralización para la ejecución de programas.
- Planificación estratégica centralizada desde equipos interdisciplinares y trabajo en equipo.
- Eficacia y eficiencia en la atención, capaces de anticiparse a las demandas del entorno, con una alta capacidad de detección e intervención precoz (prevención primaria y secundaria).
- Innovación en la prestación de servicios y programas, orientados hacia la calidad, en todos los niveles (primarios, secundarios y terciarios), así como en el sistema de acceso a los mismos.
- Integradores, solidarios y participativos, procurando permanentemente el desarrollo de la autonomía personal, la integración familiar, social y laboral.

2. Líneas estratégicas en intervención y prevención en los servicios sociales comunitarios: planificación centrada en las personas

Una vez concretadas de manera operativa la misión, visión y valores que tenemos como organización, hemos de avanzar en la definición de las líneas estratégicas que nos han de marcar las actuaciones y los grandes objetivos a los que tendremos que dar respuesta en un horizonte próximo de tiempo determinado (por ejemplo cuatro años o una legislatura política).

Sobre finales de los años 80 desde entornos centrados en la atención a las Personas con Discapacidad surgió la metodología de Intervención y Planificación de Servicios denominada Planificación Centrada en la Persona (PCP), concepto éste íntimamente relacionado con el concepto de calidad, calidad de vida y calidad en la prestación de servicios y programas. Esta metodología está basada en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra y todos/as tenemos distintos intereses, necesidades y también sueños, y, por tanto, la individualización debe ser y de hecho se trabaja para ello, el valor central de los servicios que prestan apoyos a las personas^{6,7}.

La Planificación Centrada en la Persona (PCP) ayuda a evitar que las personas, nuestros sujetos de atención e intervención, se vean privadas de la participación y del control de las intervenciones (programas de actuación) que reciben y que se conviertan en meras espectadoras y en consumidoras del cuidado que se les dispensa.

A día de hoy diferentes autores consideran la PCP como un elemento imprescindible para el desarrollo e implementación de políticas y programas de inclusión social dirigidas a colectivos en riesgo de exclusión, demostrándose su aplicación plena y su desarrollo en los Servicios Sociales Comunitarios, y siendo aplicada por Psicólogos/as y otros profesionales de la intervención social.

Por otro lado, contamos con el concepto de calidad de vida. Éste no es un concepto nuevo⁸, «Desde los años 90 se pueden rastrear más de 100 definiciones, más de 1.400 referencias sobre calidad de vida en la bibliografía,... Desde 1985 han aparecido más de 20.900 artículos con el término de calidad de vida en sus títulos ...» y esto, hace más de 15 años desde que Schalock, R. y Verdugo, M.A., hicieron esta referencia. Lo que realmente es nuevo, es el intento de usar este concepto como un principio organizador de los servicios, considerando como un derecho el bienestar físico y emocional, bienestar material, desarrollo personal (incluyendo la participación en la toma de decisiones), relaciones interpersonales e inclusión social.

Líneas estratégicas en intervención y prevención: Planificación Centrada en la Persona.

Las líneas estratégicas en intervención y prevención que seguidamente exponemos tienen como principio organizador y como principio guía de las mismas, la Planificación Centrada en la Persona, atendiendo las necesidades de bienestar físico, emocional, material, de desarrollo personal, relaciones interpersonales e inclusión social, y evaluando tanto la calidad objetiva en la prestación de programas, como la calidad subjetiva o satisfacción de los/as usuarios/as.

Si analizamos en la actualidad los tres grandes bloques de demanda de la ciudadanía a los servicios sociales relacionados, la visión-misión y valores de nuestra organización, encontramos que cuando analizamos los datos sobre pobreza y exclusión social y las necesidades económicas de la ciudadanía para cubrir necesidades básicas, es posible que como aventuran diferentes analistas e inclusive legislación en Servicios Sociales como la del País Vasco, la tendencia sobre la gestión de las Rentas Mínimas Garantizadas

(Rentas Mínimas de Inserción, Rentas Básicas) vaya en la dirección de ser gestionadas por los Servicios de Empleo (o Seguridad Social) para todos aquellos casos valorados como de alta empleabilidad. Si la situación cristalizara en este sentido dejaría a los SSC liberados de una gran sobrecarga de trabajo administrativo y burocrático que se redirigiría mayoritariamente hacia una verdadera intervención social interdisciplinar.

Cuando analizamos en el segundo gran bloque de demandas, las descritas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, hemos de repensar el papel de las Corporaciones Locales como meras, y acaso ¿necesarias?, tramitadoras burocráticas de los recursos más costosos del sistema de Atención a la Dependencia, Residencias o Centros de Estancia Diurnas.

Cuando analizamos la tercera gran categoría de demandas, las dedicadas a la Infancia y Familia, las actuaciones en una proporción elevada tienen un carácter reactivo, asistencialista y orientado a paliar las carencias.

Las líneas estratégicas, para el tiempo de validez de un Plan Estratégico, una vez descritos los grandes bloques de demanda relacionados la visión-misión y valores de nuestra organización, pueden centrarse en tres grandes apartados: actuaciones para la Inclusión social, Atención a la infancia, adolescencia y a sus familias y Promoción de la Autonomía personal y apoyo a la Dependencia. En todos y cada uno de ellos la presencia del/a Psicólogo/a especialista en Servicios Sociales es imprescindible:

- *El fomento de la igualdad, la participación y lucha contra la exclusión social.*

La necesidad de avanzar en los derechos de tercera generación y de superar el ciclo de desventajas acumuladas en determinados hogares y entornos sociales, nos lleva a seguir

promocionando la igualdad entre mujeres y hombres y a fomentar la cooperación social en la defensa de derechos y solución de problemas. Y a contrarrestar el riesgo de exclusión social, en colectivos de desempleados/as o empleados/as con tasas altas de temporalidad y precariedad, migrantes, minorías, que van quedando al margen de los procesos de socialización y del ámbito relacional, al acceso de recursos económicos y de vivienda, con dificultades además de acceso a la formación y al empleo estable.

- *La atención a la infancia, la adolescencia y a las familias.*

La atención a los/as menores y sus familias, con y sin dificultades sociales, ha de seguir evolucionado hacia la mejora de las condiciones de crianza, la educación parental y la prevención del maltrato en sus diferentes formas, especialmente en la población de 0-3 años. La tasa de riesgo de pobreza de los/as menores de 16 años se encuentra por encima de la media europea y se ha mantenido a pesar de las políticas de Inclusión social desarrolladas para hacer frente a este fenómeno.

Dentro de esta línea estratégica, se incorporarán programas para la prevención en las diferentes edades especialmente entre los 3-16 años, como pueden ser los siguientes: incrementar conductas deseadas de los/as hijos/as mediante el uso de la atención y las recompensas, la mejora de la comunicación, la disciplina efectiva, la educación en el no uso de sustancias, la resolución de problemas y el establecimiento de límites. Las sesiones para los/as jóvenes pretenderán que aprendan sistemas de comunicación efectiva, entiendan sus sentimientos, mejoren las habilidades sociales y de resolución de problemas, resistan la presión de los iguales hacia el consumo, comprendan las consecuencias del consumo de sustancias y cumplan las reglas de conducta que marcan los padres. Los elementos centrales de este eje constituirían la

incorporación de programas basados en la evidencia científica junto con la actualización y redefinición de los programas de apoyo a las familias.

- Incremento de las soluciones de proximidad en la atención a las personas dependientes.

La estructura poblacional de nuestro país presenta un ritmo de envejeciendo superior a la media europea. La explicación se deriva de la confluencia de la caída de la tasa de fecundidad, el aumento de la edad de las mujeres en el nacimiento del primer hijo y el aumento de la esperanza de vida. A su vez, estos cambios demográficos provocan, que las tasas de dependencia de la población sean cada vez más elevadas. En este eje estratégico se impulsará la atención a la dependencia, incluida la asignación de servicios, superando el carácter asistencial y mejorando la eficiencia en el gasto público, que se traduce en seguir apostando por el apoyo a los/as cuidadores/as, como soporte necesario para la permanencia de las personas dependientes en el seno familiar con los apoyos necesarios, incrementar los servicios de proximidad como la ayuda domiciliaria e incrementar los programas de prevención y promoción.

3. Líneas estratégicas en planificación de infraestructuras-equipamientos, recursos humanos y planificación de estándares de calidad.

En este apartado se desarrollan las líneas estratégicas que podrían componer otro pilar básico del plan: la planificación de recursos humanos, infraestructuras y equipamientos, y aplicación de estándares de calidad.

Sobre Planificación de Recursos Humanos⁹.

En este punto hablaremos del equipo profesional básico de Servicios Sociales Comunitarios, la estructura organizativa y las variables (y

su ponderación) que han de ser consideradas para el incremento y distribución de estos/as profesionales, contraponiendo los criterios de discrecionalidad/versus/arbitrariedad. Para ello realizaremos un análisis y la valoración de las cargas de trabajo en función de necesidades sociales.

Todos y cada uno de los Centros de SSC estarán compuesto como mínimo por un Equipo Básico de Servicios Sociales Comunitarios integrado por Trabajador/a Social, Educador/a Social y Psicólogo/a, para poder atender de manera adecuada las características de las demandas que se hacen a los mismos y las necesidades que tienen que atender. Es a partir de este mínimo de profesionales por Centro de Servicios Sociales Comunitarios dónde el incremento en tamaño y composición del equipo ha de ajustarse a las necesidades de atención de la población de referencia en el territorio.

En relación a la composición interdisciplinar, contemplando los datos que pasamos a exponer, tendríamos unas ratios mínimas de un/a Trabajador/a Social, un/a Psicólogo/a, un/a Educador/a y unas ratios medias orientativas de 6-8 Trabajadores/as Sociales, 1-2 Psicólogos/as, 2-3 Educadores/as, dependiendo de la ponderación de las variables de necesidades dentro de la población, y a las propias características de ésta, como veremos más adelante.

En el análisis de las variables de población, hemos de considerar muy especialmente la estructura municipal de las Comunidades Autónomas, número de municipios y municipios mayores o menores de veinte mil habitantes. Una buena planificación de los recursos humanos necesarios en los Servicios Sociales Comunitarios ha de tener también en consideración: (a) los/las profesionales incorporados/as en la red local a lo largo de estos años, desde su creación, y (b) la estructura organizativa que posibilite que los y las trabajadoras de base mantengan los objetivos de planificación autonómica e intervención de la entidad local. Salvo

la visualización de grandes discrepancias entre la “vieja estructura” y la nueva, los cambios siempre deberían ser realizados con la medida necesaria.

A nivel organizativo hemos de mantener los siguientes principios:

- Principio del objetivo de atención de acuerdo a la planificación estratégica de la comunidad autónoma y a la legislación vigente respecto a las necesidades a ser atendidas y la cobertura de programas y servicios.
- Principio de formación específica, dónde los profesionales de base han de ser apoyados por equipos especializados, o disponer de formación especializada en atención al maltrato infantil, formación especializada en dependencia y atención preventiva al mayor, extranjería, igualdad, etc. Y disponer de un equipo de coordinación o “staff técnico” con especialización en legislación, investigación y calidad. Este equipo de coordinación, siempre necesario, debería tener un aceptable coeficiente de encuadramiento (jefaturas-puestos singularizados/profesionales de base) entre 0,1 y 0,2, Sin considerar en esta horquilla el personal administrativo y técnico administrativo.
- Principio de coordinación, dónde todos y todas los y las profesionales trabajan en red para la consecución de objetivos.

Una vez que tenemos el equipo básico de profesionales, la tarea fundamental que han de resolver los Equipos Directivos de las Instituciones, es el encargo de determinar el número de profesionales idóneo para cada una de las divisiones territoriales que la institución cuenta (barrios/distritos y municipios/provincias). Esta distribución de profesionales (Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales y Psicólogos/as) ha de ser lo más racional posible a nivel intraterritorio, constituyendo esto uno de

los fundamentos y uno de los grandes objetivos de una planificación estratégica. Esto debería suponer un avance en la eficiencia tanto respecto de la atención a usuarios/as actuales y futuros, como en la intervención de los/las profesionales en los SSC. Las variables y principios que han de ser consideradas para la distribución sectorizada (provincializada, municipios y o distritos/barrios) de los y las profesionales son los siguientes: discrecionalidad/versus/arbitrariedad.

La actualización y adaptación de la distribución de recursos humanos en SSC debería ir adecuándose según las variaciones en el tiempo de la incidencia y la prevalencia de los diferentes problemas sociales en el territorio, sean distritos, barrios o municipios.

Para la evaluación/valoración y la asignación de efectivos en el ámbito determinado, generalmente incluiremos tanto (1) variables referentes a los efectivos de población a ser atendidos desde los Servicios Sociales Comunitarios, como (2) los factores de carga relativos al puesto (tareas -programas- y sus condiciones de realización -tiempos en desplazamientos y número de núcleos poblacionales -barrios/distritos y municipios/provincias- a ser atendidos).

Dentro de los factores de carga, el primer elemento a considerar en la distribución de profesionales es la “carga de trabajo”, entendiendo como tal el conjunto de requerimientos psicofísicos y técnicos a los que se ve sometido el/la trabajador/a a lo largo de su jornada laboral. La carga de trabajo es un concepto que representa el coste que supone para el componente humano el conseguir un determinado nivel de rendimiento en la atención de necesidades sociales. La definición de carga se centra tanto en el/la profesional como en la tarea (prestaciones y programas).

Uno de los métodos utilizados para la asignación o reasignación de efectivos es la

conformación de una “gran mesa técnica” donde participen todas las personas interesadas (Responsables políticos, Profesionales, Jefaturas y Direcciones de Centros de SSC y Sindicatos), de manera que entre todos califiquen, ponderen y acuerden las variables relacionadas con la población, tareas, programas, prestaciones y condiciones de su realización. Este método se caracteriza por su facilidad de uso, validez, fiabilidad y aceptación por parte de los/as interesados/as.

Los principios que hemos de tener en cuenta en la distribución efectiva de los profesionales son:

- Partir de la tipología y número de efectivos reales actuales incluidos profesionales de base y staff técnico.
- Incorporar de manera definitiva los y las profesionales cuyos puestos se encuentran descritos en la relación de puestos de trabajo de la organización.
- Todas las unidades territoriales han de contar con la atención directa de Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales y Psicólogos/as, garantizando la igualdad en las intervenciones profesionales, evitando la existencia de unidades territoriales de primera y de segunda.

La distribución de profesionales se realizará en base a las siguientes variables y su ponderación, basados en criterios discrecionales emanados de la “gran mesa técnica”.

Las variables ponderadas a ser tenidas en consideración para la distribución de profesionales son las siguientes:

- a) Población total.
- b) Población de menores (que engloba las necesidades de atención de cuidados

básicos, vivienda, prevención del maltrato y el abuso infantil y las tareas específicas relacionadas con el absentismo escolar). Estas intervenciones correlacionan altamente con las Ayudas Económicas e Intervenciones individualizadas con la infancia.

- c) Mayores de 65 años (que engloba las necesidades de atención relacionadas con la Dependencia <<actividades de la Vida Básicas, Instrumentales y Avanzadas>> y el envejecimiento activo). Estas intervenciones correlacionan también de manera muy elevada y positivamente con los Programas de Ayuda a Domicilio, la elaboración de PIAs y los Programas Comunitarios de Envejecimiento Activo (Memoria, Habilidades Interpersonales, Solución de problemas, Prevención del maltrato hacia y entre el mayor etc. etc., las propias de las actividades de prevención).
 - d) Inmigrantes que engloban atenciones específicas como la reagrupación familiar.
 - e) Población desempleada la cual está relacionada básicamente, y entre otras prestaciones, con las Rentas Mínimas de Inserción y Urgencia Social.
 - f) Dispersión geográfica que engloba número de “núcleos poblacionales” y puntos de información atendidos, y tiempos de desplazamiento. No es igual, la atención a poblaciones concentradas que la atención a poblaciones dispersas y con poca concentración poblacional, el número de profesionales es necesariamente mayor y por ende también el coste.
- La ponderación en base 100 de cada una de las variables, parte de que todas han de ser consideradas (y su ponderación, el peso que ha de tener cada una de ellas), es una decisión discrecional (pero no arbitraria) emanada de la “gran mesa técnica”.

Cuando todas y cada una de estas seis variables no son consideradas en su conjunto y/o el peso de cada una de ellas, no es igual para todas las unidades poblacionales, el mapa resultante de SSC caerá y partirá de la arbitrariedad.

Recordemos la sentencia del TC emitida el 5 de julio del 2004 recaída en el expediente 0090-2004-AA-TC sobre discrecionalidad y arbitrariedad:

"La actividad de la Administración se rige por el principio de legalidad, el cual admite la existencia de los actos reglados y los actos no reglados o discretionarios. Respecto a los actos no reglados o discretionarios, los entes administrativos gozan de libertad para decidir sobre un asunto concreto dado que la ley en sentido lato, no determina lo que deben hacer o, en su defensa, cómo deben hacerlo. En puridad, se trata de una herramienta jurídica destinada a que el ente administrativo pueda realizar una gestión concordante con las necesidades de cada momento.

La discrecionalidad es una facultad derivada del mismo Derecho, nunca de la mera voluntad humana, pues el hecho de que exista la libertad de decisión, no implica, que ésta deba de actuar de un modo arbitrario, al contrario, al regirse bajo el principio de legalidad, el cual justifica la existencia de actos no reglados como explicamos antes (pues no todo está estipulado en la norma), es totalmente concordante con el Derecho, pues la calidad interpretativa del ente administrativo responde también a los criterios valorativos intrínsecos a su función. No puede entenderse la discrecionalidad fuera del principio de legalidad, pues cuando así se hace se convierte en un medio favorecedor de la desigualdad y la injusticia, pues es en la potestad discrecional donde la ley se expresa como un límite relacionado con el fin, la competencia y el procedimiento".

Análisis metodológico y de datos para conformar una propuesta razonada y justificada del peso de cada una de estas cinco variables, para la distribución justa y equitativa de los y las profesionales de los Centros de Servicios Sociales (Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales y Psicólogos/as):

Los datos base, "datos duros", que han de contemplarse y ser ponderados: población total, población de menores y mayores de 65 años, población de inmigrantes, pueden ser extraídos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (Andalucía pueblo a pueblo. Consejería de Economía, Hacienda y Administración Pública); Los datos sobre población desempleada, por ejemplo, media interanual, de enero a diciembre, pueden ser extraídos del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Junto a estas cinco variables, hemos de considerar como sexta variable, los tiempos de desplazamiento mensual de los trabajadores/as que actúa a modo de corrección positiva de las cargas de trabajo, de manera (1) que el valor de la carga individual de trabajo se incrementa considerando que el tiempo de desplazamiento se dedicase a la atención y (2) a igual carga de trabajo, ésta se incrementa en función del número de puntos de atención/información.

La carga de trabajo absoluta de cada profesional (Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a) es el resultado de la suma de la población -total, menores, mayores, inmigrantes y desempleados- susceptible de ser atendida desde los SSC, calculada en porcentaje respecto al total. La carga de trabajo ponderada de cada profesional resulta de multiplicar cada una de las cargas de trabajo absolutas por la ponderación dada a cada una de las variables poblacionales.

Así, para Trabajadores/as Sociales la ponderación podría ser la siguiente: - Menores de 16 años un 15%, - Mayores de 65 años 20%, - Población total 50%, - Inmigrantes 2%, - Paro 11%. La rectificación respecto a puntos de información y desplazamientos supone un 2%.

En el caso de Educadores/as Sociales: - Menores de 16 años un 25%, - Mayores de 65 años 10%, - Población total 50%, - Inmigrantes 2%, - Paro 11%. - La rectificación respecto a puntos de información y desplazamientos supone igualmente un 2%.

En los/las Psicólogos/as: - Menores de 16 años un 20%, - Mayores de 65 años 15%, - Población total 50%, - Inmigrantes 2%, - Paro 13%.

Estos criterios de ponderación discrecionales en todo caso, pero basados en el análisis y valoración técnica interdisciplinar (Trabajadores/as Sociales, Educadores/as, Psicólogos/as, Directores y Directoras de CSSC y Asesores/as Técnicos/as de Servicios Sociales) permiten evitar la arbitrariedad en la asignación de los efectivos profesionales, arbitrariedades en la distribución de las cargas de trabajo y arbitrariedades en las condiciones de trabajo de los diferentes profesionales.

Análisis DAFO mediante la técnica de grupo nominal de las necesidades y demandas planteadas por los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios.

Es posible realizar dentro de los análisis preliminares para la elaboración del Plan estratégico un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Oportunidades y Fortalezas) mediante grupo nominal, en el que participen los profesionales de SSC (Trabajadores/as Sociales, Educadores/as, Psicólogos/as y Personal Administrativo).

La técnica de grupo nominal posibilita ordenar las demandas/necesidades a través de

un proceso y participación por igual de todos los miembros. Los/as participantes puntuarán las diferentes propuestas, seleccionando cinco de ellas por cada apartado, puntuándolas mediante escala Likert de 1 a 10.

Entre las «amenazas» se puede encontrar: El Incremento de la demanda de intervenciones asociada posiblemente a una debilidad financiera y presupuestaria. Debilidad de las políticas (programas) de apoyo a la familia e infancia, una mayor gravedad de las situaciones de desestructuración familiar.

Como «fortalezas y oportunidades» suele encontrarse: La capacidad profesional e interdisciplinariedad, implicación y conocimiento de los/as profesionales de su territorio, y una cada vez mayor exigencia ciudadana y social.

Las «demandas» se encuentran relacionadas con la estabilidad laboral, la necesidad de recursos y la homogeneización de procedimientos, mejora en la comunicación interna o estrategias en la difusión de buenas prácticas y análisis de casos.

Planificación y mejora de Infraestructuras y Equipamientos.

El Decreto 187/2018, de 2 de octubre de la Junta de Andalucía, aprueba el Reglamento de Comunicación, Autorización y Acreditación Administrativas en el ámbito de los Servicios Sociales, y del Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales (BOJA nº 200, 16 de octubre de 2018). Con anterioridad al mismo fueron aprobados el Decreto 87/1996 al que el anterior deroga y la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales.

Es de suma relevancia para plantear los objetivos estratégicos en este apartado (a) realizar un análisis exhaustivo del Decreto 187/2018 y

(b) revisar el estado en el que se encuentran todos los Centros de Servicios Comunitarios y los «Puntos de información» que se dispongan o prevean (Autorización administrativa y Acreditación administrativa).

La posibilidad de sanción con apercibimiento a tenor del RGPD (Reglamento Unión Europea 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE -Reglamento General de Protección de Datos-) por mantener en Servicios Sociales despachos compartidos entre diferentes profesionales (Trabajadores/as Sociales, Educadores/as y Psicólogos/as) hemos también de tenerla presente, recordemos que la entrada en vigor del RGPD comenzaba a partir del 25 de mayo 2018.

Administración Electrónica en el Sector Público: Servicios Sociales Comunitarios

Dos leyes promulgadas en 2015, han venido también a modernizar las Administraciones Públicas y deberán constituir un nuevo marco de actuación, de gestión interna, de relación de éstas con la ciudadanía y de la propia relación entre administraciones. Los Servicios Sociales Comunitarios, dado su contacto muy directo con la ciudadanía, también deberán de adaptarse e incorporar las nuevas innovaciones, algunas de las cuales están en funcionamiento desde al 2 de octubre de 2018 (La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

Podemos resumir las principales novedades de ambas leyes en relación con la Administración electrónica y su aplicación a los SSC, en los siguientes apartados:

- a) Comunicaciones por vía electrónica en las relaciones de los interesados con las Administraciones Públicas.
- b) Utilización de medios electrónicos en la tramitación de procedimientos administrativos. Registro Electrónico General, Archivo Electrónico Único de la Institución para con los documentos que correspondan a procedimientos finalizados, Expedientes electrónicos que contengan los documentos, pruebas, dictámenes, informes, acuerdos, y notificaciones.
- c) Las notificaciones se practicarán, con carácter preferente, mediante la vía electrónica.

Planificación y Estándares de Calidad¹⁰

11, 12, 13, 14, 15

La calidad total no es patrimonio de la industria, ni de las organizaciones lucrativas, ni de las empresas de gran tamaño -de hecho, desde la versión 2003 del modelo europeo de Excelencia, EFQM, son la PYMES las empresas que obtienen mejores resultados-. Los modelos de Calidad, aplicados en nuestro contexto, a los Servicios Sociales Comunitarios, ayudan a conseguir nuestros objetivos, a dar valor a lo que es importante para las personas, a responder a la misión encomendada y descubrir cómo podemos mejorar la atención a las personas con más vulnerabilidad y sus familias; ayudan también a generar confianza e ilusión de futuro a las personas usuarias, sus familias, a los/as trabajadores/as y voluntariado, como a la administración pública y la sociedad en general.

Disponemos de diferentes modelos para acercarse a la calidad (definición, evaluación e implementación):

- Guías de estándares de calidad, formulados por la propia institución u organismo (criterios para la concertación de plazas, planes

y actuaciones de centro, indicadores de evaluación de calidad para residencias).

- Manuales de buenas prácticas o códigos de comportamiento que nos indican o nos dan las directrices sobre cómo actuar en los diferentes servicios (Manuales de buenas prácticas de FEAPS: calidad de gestión. Calidad de vida. Ética).
- Normas de calidad. Las normas ISO 9001:2000 son de aplicabilidad a cualesquiera organizaciones que hagan cosas para sus clientes o grupos de interés. Son complementarias al Modelo EFQM. La certificación de calidad AENOR, genera confianza tanto a nivel externo como interno.

Uno de los más utilizados es el modelo de Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management) con sus clásicos nueve criterios agrupados en agentes facilitadores y resultados (figura 1).

Figura 1: Modelo Europeo sobre Calidad (EFQM).



El modelo EFQM al igual que las normas ISO no dotan a la organización de la misión, visión (metas últimas) ni valores; tampoco lo hacen de los contenidos procesuales (instrumentos de evaluación, técnicas y tecnología de evaluación, programas con o sin evidencia científica), esto ha de extraerse de una conceptualización actualizada y publicada en el vasto campo de los Servicios Sociales. Lo que sí permite el

EFQM a diferencia de las normas ISO, es que determina en qué medida se engarzan las actividades de la organización con la misión, valores, visión y estrategia, además posibilita que los/as trabajadores se adhieran fácilmente a su implantación, al evidenciarse rápidamente las mejoras.

Hemos de reconocer y aceptar como punto de partida que tanto en el tema de implementación de instrumentos de evaluación, técnicas y tecnología de evaluación, aplicación de programas con evidencia científica y aplicación estandarizada de modelos de calidad, estamos ahora y de manera muy generalizada, comenzando. En palabras de un conocido responsable técnico, -consultor y político (Fernando Fantova): «Tenemos que distinguir nuestro fin y nuestro valor añadido. Y reconocer que como servicios sociales profesionales basados en el conocimiento científico y técnico apenas estamos posicionados socialmente».

Podríamos quizás plantear en nuestras organizaciones un objetivo general triple consistente (1) en el aseguramiento de la calidad, desarrollando y aplicando los estándares de calidad para Servicios Sociales de la Agencia de Calidad Sociosanitaria de Andalucía (ACSA) por ejemplo, (2) atender como principio organizador de todas las intervenciones, la Planificación Centrada en la Persona, (3) generalizar la aplicación de instrumentos de evaluación validados y el empleo de intervenciones técnicas basadas en la evidencia científica.

4. Análisis demográfico. evidencia científica.

Es común entre los expertos y los profesionales de SSC considerar la evolución sociodemográfica en la redacción de un Plan Estratégico, no siéndolo tanto la inclusión de un apartado dedicado a la evidencia científica de los programas llevados a cabo en el presente y quizás lo más importante en el futuro.

Realidad social en España: Análisis demográfico.

El mantenimiento, o incluso incremento, de las situaciones de riesgo o exclusión social, la precarización del laboral, la debilidad de las políticas de apoyo a la infancia y familia en conjunción con las situaciones de desestructuración familiar, la violencia de género y los problemas relacionados con la infancia y adolescencia como los principales retos a ser abordados desde los Servicios Sociales de Base o Comunitarios.

Los datos de la realidad social en nuestro país podemos obtenerlos en distintas fuentes de información, de manera independiente o mediante la combinación de varias de ellas para alcanzar este objetivo (tabla 1).

Tabla 1: Fuentes de datos de la realidad social.

Instituto Nacional de Estadística (INE): Demografía y población. Mercado Laboral Encuesta de Población Activa. Nivel y condiciones de vida (IPC). Sociedad. https://www.ine.es
Servicio Público de Empleo Estatal (Estadísticas: Estadísticas por municipios, paro registrado y contratos). https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/estadisticas.html
Encuesta del Población Activa (INE). https://www.ine.es/dynys/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultIDatos&idp=1254735976595
AEPN-España. La European Anti Poverty Network – EAPN (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social). https://www.eapn.es/estadodepobreza/
Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada). Se constituyó en 1965, con el impulso de Cáritas Española para conocer de forma objetiva la situación social de España. Sobre Integración social. https://www.foessa.es/encuestas-sobre-integracion/
VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2019. https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf
Observatorio Social de la Caixa (Inclusión Social, Educación, Ciencia, y Cultura). https://observatoriosociallaicaixa.org/
Informe: Análisis de las necesidades sociales de la infancia 2020. https://observatoriosociallaicaixa.org/documents/22890/278382/INF_6_CAST_1INFANCIA_Mayo.pdf?safe9c94-45ef-d2cb-ec53-4b2c7fc9252
Plan de acción para la implementación de la agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible (2018). Gobierno de España. http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf
Banco Mundial (2017): Pobreza. Panorama general. https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview
Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA): Estadísticas de síntesis, de Indicadores, Estadísticas por temas, Históricas, Descarga de microdatos). http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia
Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA): Acceso a datos (Secciones Censales, Municipios, Provincias, Comunidades Autónomas,

Evidencia científica

Antes de describir Programas de intervención exitosos en el apartado sobre incidencia y prevalencia de los problemas sociales, realizaremos una descripción del concepto de evidencia científica y su aplicación en la práctica de los SSC. Posteriormente nos adentraremos, en cómo y dónde buscar los artículos científicos que nos den información del estado actual, y pasado, de las cuestiones relevantes para nuestra intervención y programas, a nivel psicosocial. Describiremos brevemente el campo de los denominados «buscadores de artículos científicos».

Práctica basada en la Evidencia (PBE)

El uso de evidencia en las ciencias se atribuye a la medicina tradicional china, en los tiempos del emperador Qianlong, cuando ya se señalaba el método “kaozheng” que representa la “búsqueda de evidencia práctica”, pero su desarrollo, como se conoce en la actualidad, se originó con la creación en 1976 de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), quienes fueron los primeros en generar y organizar los niveles de evidencia y los grados de recomendación para pacientes asintomáticos, indicando qué procedimientos eran los más adecuados y cuáles debían ser evitados¹⁶. Para la American Psychological Association (APA, 2005), el propósito de la Evidence Based Psychology Practice (EBPP) es el desarrollo de una práctica profesional en Psicología, incorporando criterios sustentados empíricamente a todos los niveles de acción: evaluación, intervención y la relación terapéutica. En concordancia con lo que señala el Código de Ética de la APA, tiene como colofón las Buenas Prácticas Profesionales, donde subyace una “ética del conocer” (Rovaletti, 2002)¹⁷.

El nivel o grado de evidencia clínica (e intervención social) es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación,

que ayuda a los profesionales de la salud (de la intervención social) a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de una estrategia de intervención primaria, secundaria o terciaria^{16,18}. No todos los conocimientos provenientes de los artículos científicos publicados, tienen el mismo impacto o valor sobre la toma de decisiones en materia de salud (o intervención social), siendo necesaria evaluar la calidad de la evidencia aportada. Algunos conceptos que se utilizan en la descripción de los diferentes niveles de evidencia son los siguientes:

- Se define como diseño de investigación los distintos tipos de estudios que, con sus características metodológicas propias, permiten llevar a cabo una investigación clínica-social.
- Como escenario, ámbito o entorno, al ambiente en el que se desarrolla la situación que se está evaluando; es decir: tratamiento (prevención terciaria), prevención (prevención primaria secundaria o terciaria), pronóstico e historia natural, diagnóstico diferencial, prevalencia, estudios económicos y análisis de decisión.
- Como niveles de evidencia, a herramientas, instrumentos y escalas que clasifican, jerarquizan y valoran la evidencia disponible, de forma tal que en base a su utilización se puedan emitir juicios de recomendación.

Los expertos (autores de clasificaciones sobre evidencia) mencionan y describen diferentes propuestas de jerarquización de la evidencia más utilizadas en la actualidad y grados de recomendación, solamente señalamos dos de ellas^{16,19} (tabla 2 y tabla 3).

Tabla 1: Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC). Canadian Task Force on Preventive Health Care

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención.
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cuantitativamente y cualitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la recomendación.

Para la clasificación del nivel de la evidencia conseguida en nuestros campos de la intervención, SSC, los criterios adaptados, propuestos por Chambliss, pueden ser y han sido utilizados. En ellos se distingue entre tratamientos bien establecidos y tratamientos probablemente eficaces según los siguientes criterios: (a) Tratamientos bien establecidos y (b) Tratamientos probablemente eficaces.

Tabla 2: Niveles de evidencia de CEBM (2009). Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM)

(a) Tratamientos bien establecidos	
I	Al menos dos buenos diseños experimentales entregrupos que demuestren su eficacia en una o más de las siguientes direcciones:
Ia	Sus resultados son superiores (estadísticamente) a un grupo que utilice fármacos placebo, a un grupo placebo psicológico (o grupos be-friendly) o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo).
Ib	Equivalentes a un tratamiento ya establecido en experimentos con suficiente poder estadístico. (N ≥ 30; Kazdin y Bass, 1989).
II	Si no se cumple el punto I puede valer una serie importante de diseños experimentales de caso único (N ≥ 9) que demuestren su eficacia. Estos experimentos deben haber: a. Usado diseños experimentales adecuados. b. Comparado la intervención con otro tratamiento como en el punto I.a.
	Criterios adicionales o complementarios para I o II
III	Los experimentos (la intervención) deben ser desarrollados utilizando diseños experimentales de manual.
IV	Las características de las muestras de participantes deben estar claramente especificadas.
V	Los efectos deben de haber sido demostrados por al menos dos investigadores/as o equipos de investigación independientes.
(b) Tratamientos probablemente eficaces	
I	Dos experimentos que muestren que el tratamiento es (estadísticamente significativo) superior a grupo control (lista de espera). No se requieren el uso obligado de manuales, especificación de la muestra, ni la participación de investigadores independientes.
II	O bien un diseño experimental entre grupos con clara especificación de las características del grupo, uso de manual/es y demostración de su eficacia por cualquiera de las siguientes dos posibilidades:
IIa	Sus resultados son superiores a un grupo que utilice fármacos placebo, a un grupo placebo psicológico (o grupos be-friendly) o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo).
IIb	Equivalentes a un tratamiento ya establecido en experimentos con suficiente poder estadístico (N ≥ 30; Kazdin y Bass, 1989).
	O bien una pequeña serie de experimentos utilizando diseños de caso único (N ≥ 30) con clara especificación de las características del grupo, uso de manuales, diseño experimental adecuado y comparación de la intervención con grupos placebos (farmacológico o psicológico) u otros tratamientos.

Que las Prácticas Basadas en Evidencia (PBE) son una necesidad es algo que comienza también a tener relevancia política. Por ejemplo, el servicio de prensa de la Universidad de Alicante informa, julio 2018, del convenio entre el Rector de la Universidad, el alcalde de Alicante y la vicepresidenta del Consell y Consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, para impulsar buenas prácticas con evidencia científica, en lo que va a ser el futuro de los servicios sociales²¹.

Las actuaciones basadas en la PBE es el primer paso para mejorar las intervenciones en Servicios Sociales Comunitarios. No obstante, también hemos de evitar sesgos²⁰ en las propias intervenciones, en el caso de querer pasar de la intervención a la investigación: en la Planificación (Utilización de protocolos rigurosos. Definición clara, precisa y concisa de objetivos. Empleo de información relacionada a la investigación obtenida a partir de Intervenciones Basadas en la Evidencia). Al Comienzo de la Intervención (Determinar, tener conciencia, de posibles sesgos de muestreo y evitar los evitables. Previsión de abandonos y minimización de pérdidas de seguimiento. Asignación aleatoria de los grupos en estudio. Enmarcamiento de las mediciones. Utilización de instrumentos de medición válidos y confiables. Entrenamiento/formación de los/as investigadores/as). Desarrollo e investigación (Detección de incoherencias en las mediciones. Corrección estadística de los sesgos. Interpretación de resultados en función de los sesgos cometidos).

Los estudios apuntan sobre “la importancia de formar de manera específica en habilidades para la PBE en psicología ya que se ha visto que la probabilidad de que se adopten este tipo de prácticas se relaciona con una formación específica para ello (Horn, et al., 2007), así como con una mayor experiencia en el uso de este tipo de práctica (Hamill y Wiener, 2018)”, Jiménez, Vargas y Martínez²².

Buscadores de artículos científicos.

La intervención, las Intervenciones Basadas en la Evidencia Científica y la investigación en Psicología y, en otras ciencias sociales (Trabajo Social, Educación Social) y de la salud, supone una cantidad muy notable de producción científica, tanto de artículos como de libros. Suponiendo esto, su rápido “envejecimiento” dado el carácter acumulativo de la ciencia. Esta característica de incremento acumulativo del conocimiento científico hace necesario una “puesta al día” en el trabajo de los/las profesionales, tanto más quizá cuando se encuentran más alejados de la finalización de sus estudios profesionales.

Justificar la prevalencia de un determinado problema social, identificar los programas exitosos, o más exitosos, y sus componentes principales, deberían ser la base para la formulación de las intervenciones, la redacción de programas, la prevención y el establecimiento de Planes Estratégicos en Servicios Sociales Comunitarios.

Para ayudar a los y las profesionales en esta tarea, sabiendo que son muchísimos los artículos técnicos-científicos que llegan a publicarse en revistas académicas, para encontrar los resultados relevantes y separar el grano de la paja, aparecen los buscadores técnicos-científicos online. Existen diferentes y muy relevantes buscadores técnicos-científicos online que nos permiten acceder fácilmente a la información (motores de búsqueda). Esto nos permite evitar tener que pasar por la experiencia de filtrar y encontrar contenidos irrelevantes en buscadores generalistas, como por ejemplo Google, que nos obliga en el peor de los casos a redactar e inclusive implementar programas desde la absoluta discrecionalidad técnica o política. Algunos de los buscadores científico-técnicos especializados que pueden ser recomendados son; Google Académico, Dialnet, SciELO y TESEO (tabla 4).

Tabla 4: Algunos buscadores técnicos recomendados:

Nombre del buscador	Descripción	Link
Google Académico	La búsqueda en el Google habitual de artículos científicos relacionados con los SSC no es nada recomendable pues: Google indexa infinidad de sitios web sin tener en cuenta la veracidad de los contenidos y muestra los resultados de las búsquedas en función no de nuestros intereses (sino de otros). Google dispone por ello de un específico buscador científico el Google académico, también denominado Google Scholar.	https://scholar.google.es
Dialnet	Uno de los buscadores especializados más conocidos en España. La base de datos de Dialnet contiene, sobre todo, publicaciones académicas en castellano relacionadas con las humanidades y las ciencias sociales en general.	https://dialnet.unirioja.es/
SciELO	Originariamente, este buscador especializado fue creado para dar respuesta a las dificultades de distribución de contenidos académicos en los países pobres de Latinoamérica y el Caribe, aunque hoy en día la red colaborativa en la que se fundamenta ha traspasado esas fronteras. La web tiene una versión en castellano, en inglés y en portugués, y es una de las más conocidas de este tipo en América Latina.	https://scielo.org/es/
TESEO	Base de datos de Tesis Doctorales en España.	https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.dojsessionid=461A041AC801E24DE893EA8D16A7DEB4
Otros buscadores recomendables	PsycNET (ciencias del comportamiento), Psicodoc, Psicoinfo y Redalyc.	

5. Diagnóstico de necesidades sociales: prevalencia e incidencia

Este apartado es quizás el núcleo central de un Plan estratégico, en tanto que se abordan las necesidades de la población a ser atendidas: Incidencia y prevalencia. Es a su vez y generalmente tratado, pero quizá no con la profundidad necesaria, en los Planes Estratégicos. Aquí describiremos: problemas asociados a la infancia-adolescencia y familia, población mayor dependiente y pobreza exclusión social.

Pobreza, inclusión social, desempleo: Rentas Mínimas de Inserción-Urgencia y Emergencia Social

Inclusión Social/Empleo-Desempleo

En el marco del trabajo comunitario un objetivo fundamental es la inclusión social, fenómeno caracterizado por su multidimensionalidad:

desempleo, analfabetismo, escasa formación, pobreza o ingresos insuficientes para satisfacer necesidades básicas, imposibilidad de acceso a una vivienda digna, problemas de infravivienda, inadecuación de hábitos y normas familiares, soledad y debilidad de redes sociales de apoyo, presencia de adicciones en algún miembro de la familia, o problemas de delincuencia, son algunos de los factores que inciden en las situaciones de marginación, y sobre las que es necesario intervenir desde los servicios sociales comunitarios.

Los datos de FOESSA 2017 junto con otros datos posteriores, en España, indican la debilidad del empleo, tanto cualitativa como cuantitativa, hace que las personas pierdan cada vez más la capacidad de maniobrar en el mercado de trabajo (elección, control del tiempo, carrera profesional,...), lo provoca la existencia de trabajadoras y trabajadores pobres, normalizando así la precariedad. Además, constata que el 70% de los hogares no están notando los efectos de la recuperación económica, y que en los hogares bajo el umbral de la pobreza esa proporción se dispara al 90%. En suma, el VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en Andalucía estimó en 697.000 los hogares (2.1 millones de personas) que se encuentran en exclusión social, de los cuales se encuentran en situación de exclusión social severa 334.000 hogares (1.1 millones de personas), concentrándose dichas situaciones de exclusión social principalmente en el eje económico (93%).

Otro de los grandes informadores de la situación de pobreza es la Encuesta de Condiciones de Vida. Según la realizada en 2016 en España la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (índicador AROPE) asciende a 27.9%, las personas en riesgo de pobreza al 22.3%, con carencia material severa al 5.8% y viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo al 14.9%. Todos estos porcentajes son considerablemente superiores en Andalucía, el 41.7%, el 35.4%, el 7.1% y el 23.5% respectivamente, lo que nos indica que la situación de exclusión social y pobreza en la comunidad autónoma de Andalucía está más acentuada que en otras áreas geográficas del país.

Actuaciones: Rentas Mínimas de Inserción

En la Estrategia Europa 2020, la Comisión Europea se plantea el objetivo de reducir en 20.000.000 el número de personas en situación de pobreza y exclusión social para el año 2020, utilizando, para este fin, mejor los fondos de la Unión Europea para dar apoyo a la inclusión social y combatir la discriminación y avanzar hacia la innovación social para encontrar soluciones inteligentes en la Europa que surge de la crisis, especialmente de cara a un apoyo social más eficaz. Esto implica la necesidad de poner en marcha programas, más allá de la garantía de ingresos, planteando la coordinación de políticas sociales, educativas, de empleo, vivienda y salud entre otras.

La Estrategia 2030 para España y Andalucía sobre Desarrollo Sostenible, respecto al objetivo uno dedicado a la pobreza y la exclusión social por la ONU, incide (a) en la necesidad de implementar actuaciones hacia los/as desempleados/as en tanto sufren un alto riesgo de exclusión estimado en un 50%, en el caso de los desempleados de larga duración el porcentaje asciende al 55%, y en los ocupados con empleos irregulares el riesgo aumenta hasta el 57%. Es importante incidir en “la cronificación del desempleo” asociada a la numerosa cuota de desempleados de larga o muy larga duración, en la alta tasa de paro juvenil y en la insuficiente protección frente al desempleo. También aborda (b) la necesidad de reducir uno de los tres indicadores de la tasa AROPE, el denominado “privación material severa”, que en España se sitúa en el 5,8%, año 2016.

Desagregando los tres componentes del indicador AROPE (Riesgo de pobreza y/o Exclusión social):

«Se considera que existe privación material severa cuando hay carencia de al menos cuatro conceptos de los nueve siguientes: 1. No puede permitirse ir de vacaciones al menos

una semana al año. 2. No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días. 3. No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. 4. No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros). 5. Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses. 6. No puede permitirse disponer de un automóvil. 7. No puede permitirse disponer de teléfono. 8. No puede permitirse disponer de un televisor. 9. No puede permitirse disponer de una lavadora».

El artículo 148.1.20 de la Constitución Española establece que compete a las Comunidades Autónomas, la gestión y la planificación de la asistencia social (Servicios Sociales), razón por la que las Rentas Mínimas de Inserción corresponden íntegramente, tanto su diseño, como su gestión y financiación, a los gobiernos autonómicos.

Referente a las Estrategias de intervención sobre la pobreza y la exclusión social

La pobreza y exclusión social, exigen respuestas interinstitucionales coordinadas e integrales que incidan en las causas estructurales y minimicen los factores de riesgo, para permitir así una mayor eficacia de las intervenciones realizadas desde las diferentes administraciones (Locales, Ayuntamientos y Diputaciones; Autonómicas y Estatal), así como actuaciones de cercanía, centradas en la persona, realizadas por los/as profesionales de los SSC.

Consideramos muy relevantes para las intervenciones de los SSC en este campo los últimos desarrollos e investigaciones en psicología (Psicología Económica o Economía del comportamiento) que nos dotan de un amplio corpus de tecnología en nuestras intervenciones sobre pobreza y exclusión social.

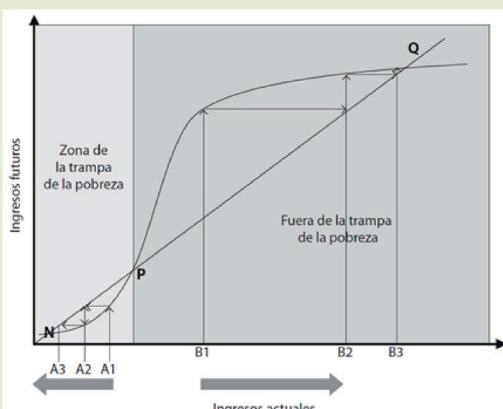
Los Nobeles de economía, en los últimos años, reconocen las aportaciones prácticas a la intervención que también han de ser útiles en nuestras intervenciones: en el año 2002 Daniel Kahneman²³, psicólogo, que sienta las bases de la toma de decisiones y en el año 2019 Banerjee, Abhijit; Duflo, Esther y Kremer, Michael ganan el premio Nobel de Economía por sus estudios sobre la reducción de la pobreza y problemas asociados como el absentismo escolar y la salud. Hacen especialmente hincapié en el diseño de investigaciones puntuales y específicas para resolver problemas concretos bien definidos, aplicando estrategias basadas en la evidencia científica. En todos estos casos anteriores, las investigaciones sobre la pobreza basadas en la economía del comportamiento, nos indican que no es suficiente con aportar recursos económicos, debemos conocer y analizar mejor los contextos locales, y la influencia de factores emocionales^{24, 25}, -afrontamiento del estrés-,

de privación y los relacionados con la indefensión aprendida, el locus de control y la autoeficacia. Todos ellos factores psicológicos.

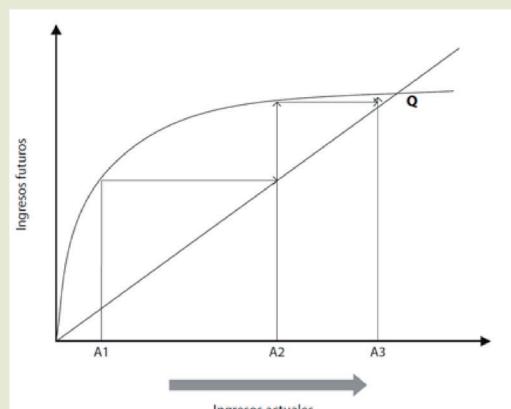
No es fácil, como hemos visto, salir de la pobreza (de la exclusión social), al incidir en interacción las condiciones materiales y las comportamentales; pero es el deseo más que la realidad experimentada (cronificación de los casos) que nos hace pensar que es posible salir de la trampa de la pobreza. Se habla de trampa de la pobreza¹ cuando "el margen existente para que crezca la renta (o la riqueza) a una tasa muy rápida esté limitada para quienes tienen muy poco que invertir, mientras que, por otra parte, crecerá rápidamente para quienes puedan invertir un poco más. Sensus contrario, si el potencial de crecimiento rápido es elevado entre los pobres, pero disminuye al irse haciendo ricos, no habrá trampa de la pobreza" (figura 2).

Figura 2: Gráficas que representan la trampa de la pobreza

Gráficas que representan la trampa de la pobreza



gráfica 1



gráfica 2

La **gráfica 1** refleja la situación típica de caída en la trampa de la pobreza: desde el punto A1 se pasa a A2, de ahí a A3 y así sucesivamente. Para quienes empiezan fuera de la zona de la trampa de la pobreza, la **gráfica 2**, los ingresos futuros serán superiores a los actuales.

Datos disponibles sobre instrumentos de evaluación en inclusión. Herramientas para la evaluación/valoración

La investigación de los procesos de exclusión e incorporación social y la intervención operativa con programas y prestaciones, presenta desde el punto de vista empírico una doble dificultad: por un lado, se trata de medir una realidad compleja, multidimensional, dinámica y multiprofesional; y, por otro lado, afrontar un concepto cargado de connotaciones ideológicas, que inciden directamente en las intervenciones a ser planteadas.

La cuestión central y fundamental es definir qué fenómeno identificamos bajo la denominación de "exclusión social" y qué le diferencia de otros problemas sociales. Es cierto que se ha avanzado, generándose instrumentos que contemplan Índices de Pobreza Multidimensionales (IPM) como los reseñados en los enlaces señalados anteriormente. Es necesario, y más después de 30 de la implantación de los SSC, contar y/o elaborar un instrumento que permita estudiar los procesos de exclusión y de incorporación social, que contribuya además a visibilizar los logros de los programas de intervención. Es preciso generar herramientas (o incorporar herramientas ya utilizadas) que posibiliten el diagnóstico y la evaluación de la intervención, y que puedan servir al mismo tiempo como instrumentos de planificación social y distribución de los recursos sociales, económicos y profesionales.

No obstante, dicho lo anterior, es prioritario (1) contar con herramientas de fácil uso por los SSC para valorar ingresos, empleo, vivienda, educación o salud y (2) valorar las capacidades psicológicas, psicosociales, individuales y comunitarias adaptadas a los diferentes contextos socioculturales. Una de estas herramientas de fácil aplicación por los/as profesionales de SSC es la aportada por la investigadora Esther Raya Díez^{26,27} (tabla 5). Un instrumento validado que

pondera los ámbitos necesarios en la evaluación de la pobreza y la inclusión respecto a su gravedad. Una alternativa también muy acertada es la del Gobierno Vasco²⁸.

Tabla 5: Escala de Ponderación de los Ámbitos Vitales. Fuente Raya Díez, Esther 2010.

ÁMBITOS	GRAVE	MODERADA	LEVE
INGRESOS	6	4	2
EMPLEO	6	4	2
VIVIENDA	6	4	2
EDUCACIÓN	6	4	2
SALUD	3	2	1
INTEGRACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR	3	2	1
RELACIONES SOCIALES	3	2	1

Atención a la población mayor y a la población dependiente:

El envejecimiento constituye un fenómeno de la población y de la persona. Como fenómeno de la población expresa el éxito de la humanidad, dado que representa el resultado de los descubrimientos humanos y de los avances en higiene, nutrición, tecnología médica y conquistas sociales, entre otros (WHO²⁹, 2002).

Los datos acumulados durante los últimos decenios (procedentes de investigaciones longitudinales y transversales) confirman la importancia de las condiciones sociales y psicológicas como predictoras de la longevidad y de la calidad de vida. Por ejemplo, la capacidad cognitiva, la valoración subjetiva de la salud, sentirse útil y la participación en actividades son los mejores predictores de longevidad.

Uno de los objetivos más importantes del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, consiste en que las personas mayores continúen participando en los asuntos familiares, sociales, económicos, culturales y cívicos, esto es, que sigan siendo activos.

La OMS (2002) ha definido el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece,... (que permita) que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida y participen conforme a sus necesidades, deseos y capacidades".

Son tres las recomendaciones internacionales sobre las actuaciones psicosociales y comportamentales a ser implementadas:

Actuación prioritaria 1: El desarrollo para un mundo que envejece. Los determinantes psicológicos, sociales y comportamentales del envejecimiento activo y productivo.

Actuación prioritaria 2: Fomentar la salud comunitaria y el bienestar de las personas mayores.

Actuación prioritaria 3: Asegurar ambientes facilitadores y funcionales. Asegurar unas interacciones persona/entorno lo más adecuadas posible.

Conseguir cumplir estas directivas o recomendaciones requieren: sistemas de evaluación y programas específicos de intervención desde los SSC implementados especialmente desde la Ciencia del Comportamiento.

Incidencia y prevalencia de los diferentes problemas en la población mayor.

Las referencias en este apartado, provienen en gran medida de la Tesis Doctoral³⁰ y otros artículos-colaboraciones del autor^{31,32,33}. Haremos una breve descripción de las necesidades, incidencia y prevalencia, de diferentes problemas en la población mayor:

- En nuestro país la prevalencia de la demencia se sitúa en torno al 13% en los mayores

de 65 años, y un 6,2% en los mayores de 60 años en entornos rurales; aunque con importantes variaciones en función de los estudios desde un 5,4% al 14,9% con edades superiores a 64 años.

- Aunque la mayor prevalencia de la depresión se sitúa antes de los 65 años, se estima una prevalencia de la misma en el medio comunitario entre el 5% y el 6%, pudiendo llegar la sintomatología depresiva a un 54,4%. • En las personas mayores, la satisfacción en la vida desde una valoración global, está asociada con numerosos factores (percepción de la salud, nivel económico, soledad, percepción de apoyo e institucionalización o no) e incluso existen diferencias asociadas al sexo:

- Una vida feliz favorece la longevidad. El efecto más notable sobre la longevidad se observa en la satisfacción por la salud y el envejecimiento, la evaluación de los ingresos y el valor subjetivo de la vida en la vejez. Los efectos descritos son más fuertes para los hombres que para las mujeres.

- Las mujeres en residencias muestran mayores puntuaciones en depresión y menores en satisfacción con la vida que las que se encuentran en el medio comunitario y asisten Centros de Día-Hogares o Club de Mayores.

- La autopercepción de sentirse solo es otro de los indicadores más decisivos en los niveles de satisfacción con la vida en las personas mayores.

- Las variables de personalidad como el optimismo y el pensamiento positivo se encuentran asociadas con la satisfacción en la vida y la presencia de menos síntomas físicos en diferentes grupos de población, también en la vejez.

- La salud es una de las principales fuentes de preocupación de las personas mayores (Medina y Carbonell, 2004), ésta se identifica con la capacidad para desenvolverse de manera autónoma en la realización de las tareas de la vida diaria. Por el contrario, la mala salud relaciona con la pérdida de energías y con limitaciones para cumplir las expectativas de rol y la realización de Actividades de la Vida Diaria. La autovaloración de la salud o salud percibida es una de las medidas de la salud más sencillas y de las más utilizadas. La investigación señala cómo la salud percibida es un excelente predictor de la "Salud Objetiva", atendiendo al número de enfermedades y el nivel de conservación funcional de las personas mayores (OMS, 1987). Es por ello que resulta muy aconsejable de ser evaluada por el/la Psicólogo/a en los programas como la Ayuda Domiciliaria.

Un aspecto sumamente importante relacionado con la salud es la valoración que desde los Servicios Sociales Comunitarios deberíamos hacer periódicamente a los/as cuidadores/as informales, especialmente y con casi "obligatoriedad" en los casos de ayuda complementaria, o inexistencia de Ayuda a Domicilio. El papel de la sobrecarga del/la cuidador/a y las consecuencias del apoyo informal en la atención social y sanitaria a la dependencia, también en nuestro país, está suficientemente documentada:

- El cuidado hecho por los cuidadores familiares en el domicilio, constituyen la casi totalidad de los cuidados de salud realizados en nuestra sociedad, llegando al 82 %, frente al 12 % de los ofertados por el Sistema Social en forma de cuidados formales, siendo tradicional en épocas anteriores a la Ley de dependencia, que la familia cuidadora no recibiera ningún tipo de ayuda para realizarlo.
- Existe relación entre el cuidado, carga excesiva, con exacerbaciones de los conflictos familiares.

- Los problemas laborales de los cuidadores/as son otra consecuencia negativa común del cuidado.
- El apoyo social y las habilidades de afrontamiento ("coping") son las dos variables moduladoras o modificadoras, en positivo, del estrés del cuidador/a.
- El ámbito de la vejez es dónde más atención se está prestando al análisis de redes naturales de apoyo, y sus implicaciones para la calidad de vida y la salud. Una de las teorías más divulgadas entre los gerontólogos sociales es la atribución de parte de los efectos del envejecimiento a la pérdida progresiva de relaciones sociales. Siendo las características de la Red Social (número de miembros, proximidad, frecuencia de contactos etc.), las que proporciona oportunidades para que se produzca Apoyo Social (sea instrumental, emocional o información) y éste, mediante vías psicológicas (locus de control, autoestima, capacidad de adaptación etc.), comportamientos saludables (ejercicio físico, contacto con el sistema sanitarios, etc.) y vías fisiológicas (sistema inmune, reactividad cardiovascular, etc.), producen los efectos sobre la salud, dependencia y riesgo de mortalidad.
- Apoyo social, dependencia y riesgo de mortalidad. El contacto frecuente con diferentes redes sociales -una vida activa y con sensación de protagonismo- protege ante la discapacidad y la dependencia, aunque este efecto parece que disminuye a partir de los 80 años. El contacto con miembros de la familia, con amigos y la participación social se encuentra asociada con una menor mortalidad. En el estudio Envejecer en Leganés, se puso de manifiesto la asociación entre las relaciones sociales (diversidad de la red social, participación en actividades comunitarias, disponibilidad de confidente) y la reducción del riesgo de mortalidad.

- Apoyo social, satisfacción en la vida, sintomatología depresiva y deterioro cognitivo. Las redes naturales de apoyo están directamente relacionadas con la satisfacción vital, en general la evidencia indica que es la calidad del apoyo recibido, subjetivamente valorado, el indicador más claro relacionado con la satisfacción vital, el bienestar y la calidad de vida que la cantidad de apoyo recibido.
- El apoyo familiar suele emplearse para superar crisis vitales, mientras que el procedente de las amistades facilita la integración social. La participación en programas/“cursos” de entrenamiento sobre habilidades sociales y solución de problemas, junto con el incremento de la red social y las interacciones sociales que de estos se derivan, traen consigo un decremento tanto en depresiones moderadas como severas. Los principales determinantes de una elevada sintomatología depresiva en las personas mayores son una mala situación económica o social, la mala salud y la discapacidad y, escasos recursos sociales, incluyendo bajo apoyo social.

El aislamiento social es un factor de riesgo para la demencia, y trabajos de investigación realizados en los últimos años han sugerido que las relaciones sociales y las redes sociales protegen la función cognitiva.

- Apoyo social: características de la red social. Se ha encontrado que especialmente a partir de los 70 años las redes sociales de los mayores son más pequeñas que en la población general, no estando claro que esto se traduzca en un decremento del apoyo social percibido. Las fuentes de apoyo más importantes para los mayores son los familiares, amigos y vecinos, mucho más que las fuentes de apoyo de tipo formal. En España la investigación indica que existe una variabilidad muy amplia en el tamaño de la red

social en los mayores, con una media de 9,33 sujetos, siendo la red más amplia en los hombres y va decreciendo a partir de los 70 años.

- El director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia refiere, en la presentación de las jornadas internacionales sobre violencia contra personas mayores celebradas en Valencia el 18/19 de septiembre de 2003, que el maltrato a las personas mayores en España ha crecido un 110% desde el año 1995 al 2001.

Este porcentaje se eleva al 472% en el mismo periodo si se habla del maltrato infligido a las personas mayores por sus propios hijos e hijas (Estadísticas sobre violencia en el ámbito familiar, mayores. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia). Los datos estimados de incidencia de maltrato en la población mayor de Estados Unidos son de un 4,1%, aunque se puede afirmar que en el ámbito internacional los conocimientos de tipo epidemiológico son limitados.

En Europa, en países como Noruega o Finlandia, se estima que un 1-3% de la población mayor de 65 años que vive en su domicilio es maltratada por sus parientes. Según el National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS), sobre 15 Estados de EE.UU, la incidencia era de un 1-2% de la población mayor de 60 años, variando los datos entre el 4%-10%.

A nivel nacional, los datos hallados sobre la incidencia/prevalencia oscilan entre el 8,57%, un 4,7% -en una población de mayores que recibía ayuda domiciliaria- y el 11,9% tomando como base la Sospecha de Maltrato -SMA-.

Es necesario hablar por la relevancia para los SSC, uno de los principales programas de intervención, por la inversión de recursos económicos, del maltrato dentro del Programa de Ayuda a Domicilio.

Los estudios en la primera década de este siglo en nuestro país situaban la prevalencia de sospecha de maltrato (SMA) en el 11,9%. En cuanto a la tipología, casos de maltrato se distribuyeron en: físicos un 23%, psicológicos un 76,9%, sexual un 3,8%, negligencias-abandonos un 23%. Un 34% presentaba más de un tipo.

Los casos confirmados nos dan prevalencias del 4,7%; respecto a las tipologías el orden y relevancia indican un 68% Negligencia, un 10% Maltrato físico, un 31%, Psicológico, un 17% Económico y el 1% Sexual.

En este último caso el 21% de los casos de negligencia en el cuidado físico es sufrido por varones y el 79% es sufrido por mujeres. En el maltrato físico la gran mayoría de los casos (90%) se refiere a mujeres. También entre los casos de malos tratos de carácter psicológico y emocional se encuentran mayoritariamente las mujeres (91%), así como entre los de abuso (94%). En el 55% de los casos, los malos tratos han sido perpetrados por hijos e hijas biológicos y políticos, en el 12% de los casos por el cónyuge, en el 7% por hermanos o hermanas, y en el 25% por otras personas.

- Son numerosas las investigaciones que muestran la importancia y la utilidad de disponer de procedimientos de evaluación simples y rápidos para identificar a las personas mayores en situación de riesgo de caída. Las caídas en estudios a nivel internacional, en países de nuestro entorno, se estima que un 33% de las personas mayores entre 55 y 75 años sufre al menos una caída, dónde un 22% sufre una sola caída y un 11% varias. Se consideran marcadores específicos en la predicción de las mismas: Caídas previas, incontinencia urinaria, problemas visuales y uso de benzodiazepinas.
- Directamente relacionado con el riesgo de caídas se encuentra la adaptación funcional

del hogar, la encuesta sobre "Condiciones de vida de las personas mayores" (CIS e IMSERSO, 2006) nos muestra que: Un 68,9% disponen de cuarto de baño con bañera, frente a un 52,6% que disponen de cuarto de baño con plato de ducha. Un 23,8% manifiesta tener dificultades para utilizar la bañera -entrar y moverse dentro-, frente un 10,5% para utilizar el plato de ducha -entrar y moverse dentro-. Un 28,7% manifiesta tener dificultades para caminar por la acera o por la calle debido a obras o mal estado frente a un 64% que manifiesta no tener problemas.

Sobre los instrumentos de evaluación/valoración de las personas mayores aplicables por los y las profesionales de Servicios Sociales Comunitarios.

La medición es un factor fundamental para la atención de la persona mayor dependiente, no obstante, aunque no existen acuerdos mayoritariamente aceptados sobre (1) la identificación de los factores importantes a ser medidos y (2) las técnicas o instrumentos empleados, éstas serían las áreas fundamentalmente a ser valoradas desde los Servicios Sociales Comunitarios:

- Salud física (subjetiva o percibida).
- Habilidades para cuidarse de sí mismo y del entorno (AVD-b y AVD- i).
- Funcionamiento afectivo (depresión y ansiedad), Funcionamiento intelectual o mental (memoria, demencia).
- Funcionamiento social (Apoyo social objetivo y percibido, Habilidades sociales, Maltrato hacia el mayor).
- Entorno físico-arquitectónico dónde reside el mayor.

Los programas de intervención son numerosos y de eficacia constatada y los instrumentos de evaluación-valoración también, algunas de ellas son las siguientes:

- En Habilidades para cuidarse a sí mismo. (1) La escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria del Philadelphia Geriatric Center (Índice de Lawton) y (2) el Índice de Barthel para Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Funcionamiento intelectual o mental/Funcionamiento afectivo. (1) Mini - Examen Cognoscitivo, como instrumento de muestreo (screening) para detectar la demencia y (2) Escala de Depresión Geriátrica -GDS-.
- Funcionamiento social y satisfacción personal con la vida. (1) Escala de Satisfacción de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC.
- Salud física (subjetiva o percibida). (1) Salud percibida. Cuestionario SF_36 Health Survey. (2) Sobrecarga de la/del cuidadora/or. Escala Zarit.
- Funcionamiento social. (1) Escala Duke-UNC para la valoración del Apoyo social y (2) Cuestionario Apgar-familiar para la valoración de las relaciones familiares.
- Evaluación de la Sospecha de malos tratos hacia la persona mayor. (1) Cuestionario de Medición Sospecha de Malos Tratos al mayor (CSMA). Editado por la Canadian Task Force (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination) y la American Medical Association.
- Evaluación de la funcionalidad y adaptación del hogar. Cuestionario Evaluación del Entorno Físico y Arquitectónico (CEEFA). Nos permite evaluar la existencia de (a) barreras arquitectónicas internas –en el hogar- (escaleras para desplazarse entre salón-comedor-cocina-dormitorio-cuarto de baño), (b) barreras arquitectónicas externas –fuera del hogar- (barreras arquitectónicas en el portal de la casa, disponibilidad de ascensor en el

caso de residir en un piso, zona aislada) y (c) disponibilidad de servicios básicos (agua, luz, bañera, ducha, cocina, frigorífico, teléfono, calefacción central).

Atendiendo a estos datos, e inclusive la legislación vigente, y partiendo de la realidad actual en los Centros de SSC la necesidad de incorporar un/a Psicólogo/a más al Equipo de Centro de Servicios Sociales Comunitarios más que una necesidad, es una obligada necesidad.

La ley de Servicios Sociales de Andalucía, Ley 9/2016, de 27 de diciembre, en su Artículo 6. "Titulares del derecho a los servicios sociales" en su apartado e.3. establece que "Para el acceso a las prestaciones y servicios sociales enmarcados en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se estará a lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en su Artículo 15. Catálogo de servicios, indica "1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo: a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal".

Catorce años después de la aprobación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia quizá se haga necesario un análisis de la misma, una mejora en profundidad.

Analizaremos en detalle dos apartados técnicos en esta necesaria reforma: (1) está relacionado con la asignación ineficaz e ineficiente, de los usuarios/as a los diferentes recursos del sistema: Residencias, Centros de Estancia diurna; Ayuda en el domicilio y Cuidados

por Cuidadoras/es informales, el otro (2) la necesaria mejora en los instrumentos de toma de decisiones y las duplicidades en el proceso actualmente.

Como podemos observar, no entramos en el simple análisis incrementalista del gasto presupuestario, dado que el incremento en números absolutos de la población mayor crecerá a un mayor ritmo que el número de mayores dependientes³⁴.

Para la primera parte del análisis^{35a y b} partiremos de la Resolución de 25 de julio de 2013, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad sobre evaluación de los resultados de aplicación de la Ley. Los datos son muy reveladores de las prácticas en evaluación-intervención-toma de decisiones, que pueden explicar, en parte, las necesidades actuales de atención.

Los datos que aportados de manera resumida se encuentran publicados en: (a) El BOE 184 del viernes 2 de agosto de 2013, Resolución del 25 de julio de 2013 y (b) en la Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en su reunión de 10 de julio de 2012.

- La primera consideración a ser analizada es el número, y %, de personas dependientes estimadas en todos los estudios previos a la implantación de la Ley de Dependencia en 2006 y el número de casos considerados (evaluados) como dependientes. Se toma como base la estimación realizada del total de personas en situación de dependencia un 2,6253% (1.173.761 personas). Las personas beneficiarias en el Sistemas Nacional de Atención a la Dependencia a 1 de enero de 2013, eran 1.268.876, una cifra “ligeramente” superior a las previstas

en las estimaciones de 2007 que señalaban 1.173.764 personas. Los porcentajes valorados según grado fueron: en Grado III (31,27%), Grado II (36,12%) y Grado I (32,61%).

- La segunda consideración a ser analizada y debatida es el número, y el porcentaje, de personas dependientes según los grados de dependencia (especialmente el Grado III, el más grave o nivel de dependencia más alto) y el número de casos por grado considerados (evaluados) como dependientes. Las personas beneficiarias de Grado III se incrementaron en 225,896, un 109,70%.
- La tercera consideración a ser analizada es la diferencia presupuestaria entre la inversión prevista y la inversión real. En el periodo acumulado 2007-2011, sumando todos los créditos incluidas las cuotas de la Seguridad Social de los cuidadores/as familiares, se gastaron 2.724,663 millones de euros más sobre lo previsto, un 42,02% más.
- La cuarta consideración es poner los datos anteriores en relación a la situación en otros países de nuestro entorno. Un estudio publicado en la Revista Española de Salud Pública³³ en 2009, se indica cómo la aplicación del baremo para medir la dependencia en Alemania, Francia y España, en una misma población, obtienen resultados distintos. Dónde, el baremo más generoso es el español, además en Francia se excluye a las personas de menos de 60 años del Sistema de atención y no existe el Grado I.

En estos países los indicadores sociosanitarios, como la esperanza de vida, son semejantes a los de España, o incluso los datos españoles son un poco más favorables.

En Alemania y Austria las personas valoradas en Grado III (las de mayor necesidad de intensidad de cuidados) son un 11,90 % y un

15,66 %, respectivamente. Mientras que en España este porcentaje, a 1 de enero de 2013, se eleva al 31,27 % duplicando prácticamente las previsiones del Libro Blanco y la proyección efectuada en el año 2007.

También en el Grado I (personas con menor intensidad de cuidados) se presentan diferencias, en España suponen un 32,61 % del total mientras que en Alemania son un 56,10 % y en Austria un 52,96 %.

De lo ocurrido en nuestro país y de los datos de países de nuestro entorno, podemos extraer diferentes hipótesis:

(a) ¿fueron las previsiones en el número de casos, porcentaje y presupuesto implementando las que pudieron fallar? o

(b) ¿fueron las evaluaciones, algo permisivas, las responsables? En este caso el incremento innecesario de las personas atendidas en Residencias, con supuestas evaluaciones superiores en grado colapsarán/han colapsado el sistema:

- Al utilizarse servicios mucho más caros que por ejemplo una ayuda domiciliaria, - Estas personas al tener una dependencia mucho más baja de la valorada, permanecerán mucho más tiempo en el entorno residencial, elevando el gasto y - Las plazas Residenciales se ven ocupadas mientras que usuarios/as que necesitan estos servicios no pueden acceder a ellos.

(c) También, son posibles explicaciones intermedias entre ambos extremos.

Una posible solución al desajuste (en la evaluación y en lo económico) sería que (1) las administraciones competentes deberían publicar los datos del Sistema de Atención a la Dependencia cruzando variables (número de mayores atendidos según grado de dependencia I, II o III por servicio sea este residencias,

ayuda a domicilio, centros de estancia diurna, cuidadores/as familiares y prestación vinculada el servicio), algo que no es habitual en el Estado ni en las Comunidades Autónomas, donde las tablas son publicadas de manera independiente. Si en el horizonte de cada cuatro o cinco años se publicase un informe similar al del 2013, el propio sistema se autorregularía.

Una posible segunda solución al problema (2) está relacionada con la utilización de instrumentos de evaluación validados (no exclusivamente el baremo de dependencia) y algoritmos informatizados, que una vez realizada la valoración nos indiquen o nos probabilicen el servicio idóneo para atender al mayor dependiente. También es necesario plantearse la eficacia y la eficiencia de un proceso redundante en la evaluación, para valorar la dependencia, stricto sensu, y para la toma de decisiones.

Disponemos en la actualidad de una batería amplia de instrumentos, fiables y válidos, para la valoración integral de la persona mayor (tabla 6).

Tabla 6: Instrumentos para la valoración de la persona mayor.

Mini Examen Cognoscitivo MEC	- Medición deterioro cognitivo. La fiabilidad, inter jueces y la validez concurrente son aceptables. Este instrumento es utilizado ampliamente en los servicios para mayores de nuestro país. En la versión adaptada a la población anciana española por Lobo, se ha obtenido la sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 83,9%.
Baremo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.	Medición Actividades Vida Diaria Básicas. Muy buena correlación con el Índice de Barthel (Medición Actividades Vida Diaria Básicas), el Índice de Lawton (Medición Actividades Vida Diaria Instrumentales).
Duke - unc - II	Medición Apoyo Social. Consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala y las dos subescalas (apoyo confidencial y efectivo) de 0,91 y 0,86 y 0,87, respectivamente.
Apgar familiar	Relaciones Familiares. Presenta un alfa de Cronbach de 0,84.
SF - 36 y Valoración riesgo de caídas	Medición Salud. El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España del SF-36 Health Survey. El 96% de las escalas que componen el mismo superaron el estándar de fiabilidad 0,7 (z de Cronbach).
GDS	Medición Depresión. Referente a la validez predictiva, presenta una sensibilidad del 95% y una especificidad del 95% para un punto de corte superior a 11 puntos.
PGC de Lawton	Medición Satisfacción en la vida. Coeficiente alpha de Cronbach = 0,80. Validez, la correlación entre jueces expertos se sitúa entre 0,43 y 0,53.
Escala Zarit	Medición Sobrecarga del cuidador/a. Coeficiente alpha de Cronbach = 0,80. Importancia para decidir actuaciones o no sobre cuidadoras/es informales.
Cuestionario CSMA	Medición Sospecha de malos tratos al mayor. Cuestionario sobre sospecha de maltrato, editado por la Canadian Task Force (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination y la American Medical Association, que señala la importancia de visitas muy periódicas de los profesionales de SSC como modo de prevención.

Con la información de estos cuestionarios Dengra30 aplicó un modelo matemático, que mediante regresión logística, al introducir los datos de los mismos en un ordenador (con un programa instalado de evaluación para tal efecto) nos muestra cual es en término de probabilidad la mejor atención o Servicio/s. Este proceder incrementa la satisfacción de los usuarios/as y reduce significativamente los costes de gestión.

El modelo construido³⁰ conlleva un potente análisis estadístico, análisis multivariado y bivariado: MANOVA, ANOVA, ANCOVA y Análisis de Contingencias; Análisis de Cluster para conocer su agrupación y orden de importancia, Análisis Discriminantes Descriptivos. No obstante, y es necesario resaltarlo, se hace necesario contar con una adecuada valoración interdisciplinar, incorporando necesariamente profesionales de la psicología.

Otro elemento a ser considerado es la realización de la evaluación y toma de decisiones en un solo acto en el tiempo, desde los Centros de Valoración y Orientación Discapacidad (CVO) o bien podría realizarse la evaluación y toma de decisiones en un solo acto en el tiempo, con equipos interdisciplinares desde los Centros de Servicios Sociales Comunitarios.

Por último, un solo apunte sobre el principal programa de los SSC, la ayuda a domicilio. Este programa necesita, haciendo referencia nuevamente a la incidencia y prevalencia de los diferentes problemas en la población mayor, una potente evaluación e incremento en la calidad del servicio prestada: tareas realizadas, horarios de atención y tiempo de atención, calidad percibida, etc., siendo recomendable la utilización de las normas ISO por su detalle y concreción.

Infancia, adolescencia y familia: Prevención del maltrato infantil.

La actuación en el ámbito de infancia, familia y adolescencia representa una de las áreas fundamentales de intervención desde los Servicios Sociales Comunitarios, siendo la protección infantil (maltrato a la infancia y su prevención) la centralidad de nuestra atención, véase la Ley 1/1998, de 20 de abril, del menor de Andalucía.

Conceptualización y definición del maltrato a la infancia:

En nuestro país varias iniciativas trabajaron en la década de los 80, para sensibilizar a la opinión pública, profesionales, políticos y figuras representativas de la sociedad sobre la existencia del maltrato a la infancia, así como de la necesidad de profundizar en el conocimiento de la dimensión, factores favorecedores y consecuencias del mismo. Los estudios primeros para determinar la frecuencia de los malos tratos se realizaron en Cataluña, Andalucía, Guipúzcoa, Castilla y León y Valencia.

Se entiende por maltrato infantil: la “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”. La clasificación del mismo está en función del momento en el que se produce el maltrato, los perpetradores del mismo y de las acciones concretas que son realizadas³⁶.

El consenso actual generalmente acepta que sólo atendemos/detectamos un mínimo de casos, apareciendo entonces el de nominado iceberg de los malos tratos.

Las actuaciones en este campo exigen la colaboración interinstitucional de todas las Administraciones Públicas, tanto la Administración General del Estado, como de la Autonómica y la Local, además de otros agentes sociales implicados en los derechos de la infancia, tales como la

Plataforma de Organizaciones de Infancia (POI) (II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 -II PENIA-).

Los SSC deberán atender diferentes áreas con diferentes niveles en su prevalencia e incidencia: desestructuración familiar, falta de habilidades parentales para responder a las necesidades de hijos e hijas, carencia de las redes sociales y familiares, precariedad económica, maltrato y abuso infantil físico y psíquico, explotación laboral, falta de escolarización y absentismo, retraso y abandono escolar son algunas de ellas. En este ámbito es emergente la necesidad de dar respuestas válidas, coordinadas, integrales y eficaces a problemas socioeducativos y de orientación e inserción socio-laboral de jóvenes y adolescentes.

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, recomendaba en sus observaciones finales a España en 2010, que: "- Se redoble los esfuerzos por prestar la asistencia adecuada a los padres y tutores legales en el ejercicio de sus responsabilidades relacionadas con la crianza, en particular a los de familias en situaciones de crisis debido a la pobreza, la falta de vivienda adecuada o la separación. -Se vele por que se satisfagan las necesidades de todos los niños y que adopte todas las medidas necesarias para asegurar que ningún grupo de niños viva por debajo del umbral de la pobreza. - Que refuerce el sistema de prestaciones familiares y por hijo, para apoyar a los padres y los niños en general, y que preste apoyo adicional a las familias monoparentales, las que tienen muchos hijos y aquellos cuyos padres están desempleados".

La investigación que lleva por título "La Infancia en España: problemas y soluciones 2017"³⁷, coordinada por un equipo de 34 investigadores y en la que han participado 238 expertos de diferentes disciplinas, procedentes de 24 universidades, diversas administraciones públicas y un centenar de

organizaciones sociales, establece un orden de mayor a menor importancia los 27 problemas más importantes que presenta la infancia en España, (Tabla 7):

Tabla 7: Orden de importancia de los problemas de la infancia en España

1. La crisis económica	10. Las inadecuadas respuestas de los servicios sociales	19. La publicidad agresiva y la necesidad de consumo
2. La pobreza integral	11. El maltrato	20. La desigualdad social en función de la comunidad autónoma en la que se resida
3. El sistema educativo	12. El inadecuado uso de los recursos de protección	21. Dificultades en las familias monoparentales
4. La falta de conciencia social y ciudadana	13. La exclusión en los programas y en la agenda política	22. La escasa optimización de los recursos sociales
5. La desprotección social	14. La falta de prevención	23. La falta de protocolos de atención
6. La falta de inversión en la familia	15. El incumplimiento de la CDN	24. El absentismo, fracaso y abandono escolar
7. La falta de participación	16. La mala nutrición	25. La incitación a la delincuencia
8. La ausencia del trabajo en red	17. Los trastornos	26. Las escasas escuelas de padres y madres
9. La inadecuada gestión de la diversidad cultural	18. El mal uso de los medios de comunicación y de las redes sociales	27. La escasa especialización de los profesionales

Podemos observar cómo la intervención/prevención desde los SSC es fundamental tanto mediante aportaciones económicas como desde la intervención - prevención en habilidades parentales relacionadas con maltrato, absentismo, cuidados, delincuencia y adicciones.

Decir también que los recursos sociales (los servicios sociales), según el 62,06% de los grupos de expertos participantes en la investigación, no ofrecen respuestas adecuadas a las necesidades que presentan las familias en torno al cuidado de los/as hijos/as.

La necesidad de incrementar el número de profesionales de la Psicología debería ser una prioridad en este campo.

Incidencia-prevalencia del maltrato hacia la infancia

El 4,25% de los menores en edades comprendidas entre los 8 y los 17 años ha sido maltratado en el ámbito familiar. Por tipologías encontramos el maltrato psicológico 2,35%, seguido del físico 2,24%, el abuso sexual 0,89% y, por último, la negligencia 0,78%.

El tipo de maltrato que más se reitera (el que, cuando se produce una vez, tiende a repetirse) es el abuso sexual 16,67%, seguido del maltrato psicológico 14,29%.

Las encuestas nacionales americanas sobre violencia familiar evidencian una tasa de incidencia anual de maltrato físico severo a los hijos cercana al 2% (en nuestro medio varios estudios estimándose una incidencia anual del 1,5% para todos los subtipos de maltrato).

Detección del maltrato infantil³⁶

Los datos disponibles, recogidos por las Comunidades Autónomas y los estudios realizados, nos indican la dispersión de los mismos (número total de expedientes).

No obstante, partiendo de esa misma dispersión hay concordancia respecto a las diferentes tipologías de maltrato y las situaciones sociales que rodean al mismo:

- El maltrato es más frecuente en chicas que en chicos.
- El maltrato se manifiesta con diferentes tipologías del mismo.
- El maltrato físico es más frecuente en menores de dos años y el abuso sexual es más frecuente entre 9 y 15 años.
- Entre los factores de riesgo se encuentran escasos recursos de apoyo; ser niño/a

prematura y con enfermedades frecuentes o hiperactividad; situaciones familiares de desempleo, desestructuración familiar, adicciones, vivienda inadecuada y bajo nivel educativo.

- Los estilos de crianza negligente o autoritario correlacionan más con la presencia de malos tratos que los estilos democráticos.
- Un factor de riesgo observado es la transmisión generacional del mismo, de esta manera los datos indican que entre un 20% - 30% de los menores maltratados serán a su vez maltratadores.

Es de suma importancia y relevancia en cuanto a la elaboración de programas de prevención e intervención hablar además de los factores asociados al riesgo de maltrato, enumerar factores protectores del mismo³⁸:

- Tener buena salud es un factor protector frente a la violencia en cuanto disminuye la probabilidad del maltrato.
- Poseer inteligencia alta, o presentar logros académicos positivos que desarrollen un alto sentido de autoeficacia, permite al niño víctima de violencia desarrollar un locus de control interno positivo que permita afianzar sentimientos de autoconfianza y autoconcepto positivo.
- Tener buena autoestima. La autoestima alta es un factor protector que contribuye a mejorar la salud y el comportamiento social positivo a través de su función como defensa de los impactos de las influencias negativas en la vida.
- Tener relaciones familiares positivas. Contar con una buena relación con al menos uno de los padres era un factor positivo que fomentaba la resiliencia.

- Tener una buena red de apoyo social. Apoyo y asistencia proporcionada por amigos, grupo de iguales, vecinos, y la familia extendida. El apoyo social obtenido de la familia y de los amigos se relaciona con mejor calidad de vida y niveles más bajos de presencia de violencia en la familia. En el caso de los padres maltratadores el apoyo social reduce los niveles de stress y sirve para que la familia se sienta conectada a la comunidad, de tal manera que se emplean estrategias y modelos educativos menos punitivos y por tanto no violentos.

Cuando se analizan los datos sobre las notificaciones de maltrato infantil³⁹ utilizando para ello los datos registrados por los servicios de protección a la infancia de las Comunidades Autónomas. La tasa de notificaciones del 0,17% se sitúan por debajo de la tasa esperada de maltrato infantil (1,5%) acorde con los modelos del "iceberg de los malos tratos". Podemos observar una altísima disparidad de los datos entre las Comunidades Autónomas. Disparidad o dispersión en los datos que debería ser analizada y conllevar actuaciones técnicas para corregida.

El maltrato y el acoso entre iguales, en las Aulas⁴⁰

El problema del acoso y el maltrato en los centros educativos es un fenómeno universal (ONU 2008). El maltrato y el acoso entre iguales en las aulas nos indica que su frecuencia en orden decreciente (teniendo en cuenta que la prevalencia informada varía entre agresores y víctimas) es la siguiente:

- agresiones verbales (insultar, poner mote, hablar mal de otro a sus espaldas) entre el 32% y el 36%; - exclusión social (ignorar, no dejar participar) entre el 10% y el 33%; - agresiones físicas indirectas (esconder, romper, robar cosas) entre el 11 y el 16%; - de amenazas y chantajes, entre el 4 y el 6%; - agresiones físicas

directas (pegar) entre el 4 y el 5%; - de acoso sexual con actos o comentarios, entre el 0,4% y el 0,9%. Finalmente, un 83% de los encuestados ha presenciado algún tipo de acoso o agresión. El cyberbullying o maltrato entre iguales a través de Internet o del móvil, un fenómeno en general poco estudiado, aceptándose entre un 5% de escolares y un 10-15%.

Entre los principales antecedentes familiares que suelen tener los agresores cabe destacar la ausencia de relación afectiva cálida y segura por parte de los padres, fuertes dificultades de éstos para enseñarle a respetar los límites, permisividad ante conductas antisociales y utilización en muchos casos del castigo físico.

Estos datos y porcentajes son lo suficientemente importantes como para tomar conciencia del problema y colaborar los SSC y los Servicios Educativos.

Otros problemas en la infancia y la adolescencia.

Según los datos de esta encuesta y de la encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (EDADES), las drogas más consumidas por estudiantes de 14-18 años (2010) son el alcohol, tabaco y cannabis. Especialmente significativo ha sido el descenso en el año 2010 del consumo de tabaco, algo que ya se inició en el año 2004. Así ese año, el 21,5% de los estudiantes fumaba diariamente y en 2010 la cifra se ha reducido al 12,3%.

El porcentaje de adolescentes de entre 14 y 17 años que declaran haber consumido alcohol en los últimos 30 días es del 63% (2010), levemente superior al dato de 2006 (58,0%). El número de los que declaran haber consumido cannabis es de 17,2%, porcentaje que disminuye hasta niveles de 1998. Especialmente positivas son las cifras respecto a quienes declaran haber consumido alguna vez en la vida cocaína o éxtasis, cuya evolución descendente

ha pasado de un 5,1% en 2008 a un 3,9% en 2010 y de 1,9% a 1,7% respectivamente desde 2008 a 2010.

Habilidades parentales, desestructuración familiar, e Intervención desde los SSC41.

Las recomendaciones realizadas por la Junta de Andalucía en el estudio "Evaluación del Riesgo Psicosocial en Familias Usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía" se dirigen tanto a los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios como a los Equipos de Tratamiento Familiar.

La primera actuación en las medidas preventivas, la encontramos en la consideración y delimitación de los factores de riesgo. Se entiende que existe éste cuando "En el ámbito de la protección infantil, la evaluación del riesgo se refiere al proceso dirigido a determinar la probabilidad de que una persona, en este caso una figura parental, cometa en el futuro un acto de maltrato / abandono hacia un niño, y que dicho acto provoque en éste un daño". Las habilidades parentales y las características de la familia son elementos que inciden en el riesgo:

- Como perfil psicosocial de las personas que ejercían malos tratos: clase social y nivel educativo bajo o muy bajo, alto nivel de desempleo, maternidad previa a los 20 años, un intervalo muy reducido de años entre uno y otro hermano y altos niveles de alcoholismo (De Paúl, 1988a).

- Familias socialmente aisladas; que cuentan con padres más afectados por estrés y desajustes psicológicos; las relaciones padres-hijos se caracterizan por la hostilidad, indiferencia, negligencia y rechazo; los niños tienen problemas externalizados (impulsividad, hiperactividad, desobediencia, agresividad, falta de control...) o internalizados (pasividad,

apatía, retraimiento social, sentimientos deprimidos...). (Gracia y Musitu, 1993).

- Las familias donde se ejercía el maltrato se caracteriza por: problemas de desempleo 76% o dificultades económicas graves 67%, viviendas precarias 50%, hacinamiento 46%. En cuanto a las relaciones entre los miembros de la familia, más del 50% de las familias contaban con desavenencias conyugales (Jiménez et al., 1995).
- Los factores familiares asociados implican: Conducta violenta y desorganización doméstica, dificultades económicas, toxicomanías, desempleo, prostitución, fallecido uno o ambos padres, (Fernández del Valle et al., 1999).

Los modelos explicativos⁴² del maltrato son numerosos en función de las variables que son consideradas en su análisis: Modelo ecológico de Belsky. Modelo transaccional de Cicchetti y Rizley. Modelo de los dos componentes de Vasta. Modelo transaccional de Wolfe. Teoría de Milner del procesamiento de la información social. Teoría del estrés y del afrontamiento de Hillson y Kuiper.

Estos modelos nos indican pautas concretas y complementarias de actuación:

- Estilo interactivo y prácticas de crianza (conducta indisciplinada e inconsciente y disciplina punitiva, uso del castigo como método disciplinario, son las características más relevantes en cuanto al estilo interactivo y a las prácticas de crianza o habilidades parentales de estas familias).
- La edad del niño/a (los niños/as de menor edad sufren más maltrato); Deficiencias en el estado físico del mismo/a (discapacidad y mala salud física en general) y Conducta (conductas disruptivas, aunque no se saben si son causa o consecuencia).

- Una alta proporción de estas variables acompañada de factores predisponentes (ausencia de habilidades sociales, historia de maltrato, estrés, problemas económicos y desempleo, experiencias de maltrato en la infancia...) incrementan la probabilidad de conducta abusiva.

Implican estos modelos que los poderes públicos, en el marco de sus competencias propias o delegadas, deberían disponer de los recursos comunitarios con los que apoyar a las familias a aportar buenos tratos a su descendencia (programas de habilidades parentales), y recursos materiales para cubrir necesidades básicas y la protección de los derechos, junto y en colaboración con los servicios educativos y sanitarios. Desde estos modelos, la prevención primaria iría en el sentido de las campañas para favorecer una adecuada parentabilidad en conjunción con la posibilidad de acceder a programas específicos de habilidades parentales y la prevención secundaria hacia familias donde los padres y madres no aportan el cuidado necesario a sus hijos/as, en este caso se debería:

a) Evaluar y aportar recursos terapéuticos y habilidades parentales para generar cambios cualitativos y cuantitativos en las competencias de estas figuras. b) Cubrir las necesidades terapéuticas y educativas singulares de los niños, consecuencia de las incompetencias de sus padres y de los factores socioeconómicos y culturales que han favorecido tales malos tratos y, c) Favorecer y proteger los recursos resilientes de los niños, los padres y los profesionales.

Una vez descritos los modelos explicativos del maltrato y la incidencia prevalencia del mismo, los problemas relacionados con la infancia y familia, la detección en las diferentes CCAA y su dispersión en cuanto a la disparidad de datos, centraremos el análisis en la estructura organizativa, en nuestro caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía⁴¹.

Especificamente respecto al Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía en relación a la infancia, hemos de considerar el SIVA, el SECORE y los ETF. Hemos de decir que (a) no todas las Corporaciones Locales de Andalucía tienen estos equipos y (b) la ratio de los mismos por número de población infantil está por definir tal como señala la Ley 9/2016 de Servicios Sociales de Andalucía.

- El SIVA (Servicio de Información Valoración y Asesoramiento. Equipo compuesto por 1 Trabajador Social) responde a la necesidad y al derecho que tienen la ciudadanía de estar informada, y supone el primer nivel de atención de los Servicios Sociales Comunitarios. Proporciona a la ciudadanía, grupos o entidades la información y asesoramiento técnico necesarios en orden a posibilitar su acceso a los recursos sociales existentes, orientando y analizando las demandas sociales planteadas.

- El Servicio de Convivencia y Reinserción (SECORE. Equipo compuesto por 1 Trabajador Social; 1-2 Educadores Sociales y 1 Psicólogo) se define como conjunto de actuaciones dirigidas a posibilitar las condiciones personales y sociales para la convivencia, participación e integración de los individuos en la vida social, con especial atención a las acciones de carácter preventivo. Asimismo, trata de recobrar la vinculación efectiva y activa de los individuos y grupos en su entorno cuando ésta se haya deteriorado o perdido.

- Los ETF (Equipo Tratamiento Familiar compuesto por 1 Trabajador/a Social; 1 Educador/a Social y 1 Psicólogo/a), creados en el año 2000, tienen como finalidad principal preservar los derechos y el desarrollo integral de aquellos menores en situación de riesgo por circunstancias de dificultad familiar, evitando la separación de la familia, mediante un tratamiento e intervención específica e integradora que permita la

adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de desventaja social que pueda afectar directa o indirectamente el desarrollo de niño/as.

- Los Servicios de Protección de Menores (SPM) según el artículo 18.2 de la citada ley 1/1998, de 20 de abril de derechos y atención del menor señala que compete a la Administración de la Junta de Andalucía: "...el ejercicio de las funciones de protección de menores que implican separación del menor de su medio familiar". Originariamente fueron concebidos estos equipos para diferentes ratios de población y, diferentes objetivos relacionados con el nivel de riesgo y niveles de actuación profesional.

Otro de los resultados importantes que nos apunta hacia la transformación que ha de producirse, es la necesidad de (1) incorporar de manera sistemática instrumentos de valoración y toma de decisiones fiables y válidos de manera generalizada y homogénea e (2) incorporar programas de prevención secundaria y terciaria (intervención) con evidencia científica. Los autores, lo expresan de la manera siguiente: "... En los Servicios Sociales en general, y de la intervención con las familias usuarias en particular, se caracteriza por realizar importantes esfuerzos e inversiones de tiempo y recursos en la atención y tratamiento, dejando en un segundo plano los aspectos evaluativos y de investigación. Baste como ejemplo revisar los documentos organizacionales de las Administraciones de protección social para ver como proliferan planes, programas y proyectos, pero que dedican un limitado espacio a la evaluación de los programas o servicios que desarrollan o a la descripción rigurosa de la población objeto de intervención". El efecto de todo esto es el mantenimiento de los programas que no son evaluados. El efecto que produce el efecto bajo^{43,44}: Los programas evaluados con resultados positivos, pero con efectos no muy altos serán abandonados, permaneciendo en el tiempo los programas que no son evaluados.

Es necesario por tanto tomar decisiones sobre (1) los instrumentos de evaluación-valoración para la toma de decisiones y (2) Trabajar en la aplicación de programas de intervención y prevención basados en la evidencia científica. Existen diferentes instrumentos recomendados por diferentes autores (tabla 8)

Tabla 8: Algunos instrumentos recomendados por diferentes autores: Programas de intervención en infancia, adolescencia y familia con evidencia científica constatada.

Instrumento	Descripción
<i>Escala HOME</i>	Caldwells, B. and R. Bradley. Traducción al castellano por: Moreno, M.C., Palacios, J. y González 1992 (Universidad de Sevilla). Evalúa la calidad del ambiente familiar que se suministra al niño a través de un observador externo que realiza la entrevista en dicho hogar. Instrumento para diferentes edades: bebés (0-2 años), preescolar (3-6 años), escolar (6-10 años) y adolescentes (10-12 a 18).
<i>Escalas de Bienestar Infantil de Magura y Moses</i>	Traducido y validado por De Paúl y Arrubabarrena (1999).
<i>El Inventario de Abuso Potencial CAPI</i>	Child Abuse Potential Inventory de Milner, traducido y validado por De Paúl y Arrubabarrena (1999).
<i>Perfil de Riesgo Psicosocial de la Familia</i>	Surgido a raíz de la investigación dirigido por María José Rodrigo en la Universidad de la Laguna.
<i>Escala de Clima Social en la familia. FES</i>	Moos y otros, 1989. Adaptación TEA, 1984.
<i>APGAR familiar</i>	Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas.
<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>	Achenbach (1979), aplicable entre los 4 y 16 años, es uno de los instrumentos familiares designados para obtener datos relativos a problemas emocionales y conductuales de los niños, así como competencias.
<i>Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)</i>	Goodman (1977) y versión de seguimiento, para padres y profesores. Es un breve screening de detección conductual para niños de 3 a 16 años de edad. En España, se ha empleado inclusive en la Encuesta Nacional de Salud.
<i>VALÓRAME</i>	Orden de 30 de julio de 2019, por la que se aprueba y publica el instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (VALÓRAME). En este Orden se abordan conceptualmente las situaciones de desprotección y maltrato, el procedimiento de evaluación, la toma de decisiones, la elaboración de informes y las actuaciones de los equipos interdisciplinares: Servicios Sociales Comunitarios, Equipos de Tratamiento Familiar y Servicios de Protección de Menores en función de los resultados de la valoración.

Programas de intervención en infancia, adolescencia y familia con evidencia científica constatada

Las razones por las que se viene apostando por la prevención y el trabajo familiar frente a la institucionalización de los y las menores son múltiples:

- Legales, Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos, la atención al menor junto a la

legislación específica en Andalucía, (Decreto 494/2015 Y Ley 9/2016 de Servicios Sociales), y lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada a General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.

- Técnicas o científicas, la diferente capacidad de los centros para proveer de la estimulación, afectos y estimulación necesaria para el desarrollo de los niños y niñas frente a las familias apoyadas desde los SSC.
- Económicas, resulta más rentable invertir en la superación de problemas familiares que mantener la plaza en un centro de acogida para un/a menor.
- Políticas y éticas, apoyar a los individuos y los grupos a que superen problemas por sus propios medios es políticamente de justicia social y éticamente más respetuoso con su autonomía e independencia que la de adoptar la tutela de sus hijos maltratados.

En este marco hemos de situar la mejora en los programas de intervención con la infancia, adolescencia y familia.

El entrenamiento de padres y madres^{45, 46, 47, 48, 49, 50} (las escuelas de padres - madres) podría conceptualizarse en el contexto de los SSC como una forma dónde padres y madres aprenden a cambiar aspectos relevantes de la interacción padres/madres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y reducir/eliminar los comportamientos desadaptativos.

Estos programas se centran (a) en la enseñanza de estrategias para el manejo de problemas del comportamiento y (b) la enseñanza de habilidades parentales, básicamente mediante la utilización de técnicas de modificación de la conducta, mejorando la calidad de la relación padres/madres-hijos/hijas. Se

ha observado mejores resultados en la intervención grupal frente al formato individual.

Los Programas de Entrenamiento a Padres-Madres (sean grupales o individualizados) tienen diferentes efectos altos, medios o bajos en función del problema abordado. Entre los programas con un efecto alto se encuentran los destinados a resolver problemas de conducta, conductas agresivas verbales y físicas. También entre los programas con un efecto alto están los que inciden en las prácticas de crianza, estilo de crianza disfuncional.

La American Phychological Association (APA) utiliza el criterio denominado como tratamientos bien establecidos, en el cual se podrían incluir:

Los programas de tratamiento a padres que inciden en los trastornos de conducta como el programa Parent Management Training y The Oregon Model, el programa 1,2,3 Magic Parenting Program e Incredible Years. En cuanto a los programas para padres que presentan dificultades en crianza de los/las hijos/as, los programas Home Start, e Incredible Years.

En España dos de estos programas han sido puestos en funcionamiento y podrían implementarse con garantías, quizá de manera generalizada:

- El Programa de competencia Familiar, Adaptación española del Strengthening Families Program (SPF) (Demarsh y Kumpfer, 1985; Kumpfer y Whiteside, 2004, 2007), realizada por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) dirigido por la Dra. Carmen Orte, catedrática de universidad del departamento de pedagogía y didácticas específicas de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Este programa está dirigido a la prevención del consumo de drogas, conductas antisociales y otros problemas de conducta en los/as niños/as.

- Los Programas SafeCare e Incredible Years. El primero es un programa de intervención en el domicilio para familias negligentes o en riesgo de negligencia con niños/as menores de 5 años. El segundo es un programa terapéutico grupal para familias con niños/as entre 4 y 8 años con problemas de comportamiento cuyos padres tienen dificultades significativas para su manejo. La adaptación de estos programas se ha realizado por investigadores de la Universidad del País Vasco, Joaquín de Paul Ochotorena (Catedrático Psicología de la Universidad del País Vasco), Ignacia Arruabarrena Madariaga (Doctora en Psicología de la Universidad del País Vasco).

Estos programas de intervención, hemos de decir que inclusive pueden quizá mejorar en sus resultados con la incorporación de las denominadas terapias de tercera generación (como es la Terapia de Aceptación y Compromiso).^{51, 52}

6. Mapa de procesos y objetivos estratégicos; memoria económica; marco normativo y competencial

Durante el análisis expositivo de este modelo (aproximación) de Plan Estratégico hemos intentado conformar el contenido en referencia a los Servicios Sociales Comunitarios, delimitando los programas, y la necesidad de avanzar en su adaptación a los nuevos avances en la tecnología de intervención, evaluación y seguimiento, en esta mejora técnico-científica basada en la evidencia científica es siempre necesaria.

Una vez descrito la (1) misión, visión y valores; (2) líneas estratégicas en intervención y prevención Servicios Sociales Comunitarios: Planificación centrada en las personas; (3) líneas estratégicas en planificación de infraestructuras-Equipamientos, recursos humanos y aplicación de estándares de calidad; (4) análisis demográfico. Evidencia científica y (5)

Diagnóstico de necesidades sociales, Análisis de prevalencia e incidencia (Pobreza y exclusión Social. Dependencia y población mayor. Infancia, adolescencia y familia); nos centraríamos en lo habitual de los Planes Estratégicos el Mapa de procesos y objetivos estratégicos; Memoria económica; Marco normativo y competencial, incorporando numerosos principios de Manuales de Buenas Prácticas^{3, 53, 54} y una revisión de lo establecido en otros tantos Planes Estratégicos de Servicios Sociales^{55, 56, 57}

La metodología para su elaboración una vez realizado un borrador aproximativo del mismo por una persona y/o grupo reducido de expertos/as-profesionales a iniciativa de la institución correspondiente, deberá proseguirse (1) con el análisis crítico y en profundidad de la totalidad de los/as implicados/as en el mismo (2) con la búsqueda de consenso y en su caso incorporación de aportaciones y (3) con el visto bueno de los y las responsables políticos de la Institución.

La metodología conllevará una calendarización de elaboración y difusión del Plan Estratégico.:

1. Elaboración de borradores y Texto definitivo (de fecha__ – a fecha__).
2. Análisis crítico y en profundidad (de fecha__ – a fecha__).
3. Aprobación por el órgano de la institución que corresponda (de fecha__ – a fecha__).
4. Presentación pública (de fecha__ – a fecha__).

Mapa de procesos.

- a) Procesos Estratégicos; Disponibilidad Plan de Calidad: Indicadores Cuadro de mando, Recursos humanos, Mapa de Profesionales, Ratio de efectivos; Mejora

continua-Formación; Comunicación interna y externa; Perspectiva-transversalidad de género; Coordinación interinstitucional-cooperación interinstitucional; Otros.

- b) Procesos Clave; Programas de atención a la dependencia, autonomía personal y acción comunitaria: Promoción del envejecimiento activo y saludable y Ayuda a Domicilio; Programas de intervención y prevención con la infancia-adolescencia y familia; Programas de inclusión social y prevención de la exclusión; Otros.
- c) Procesos Soporte; Infraestructuras y equipamientos; Instrumentos de evaluación y valoración. Protocolos; Documentación de apoyo: normativa y reglamentos; Administración Electrónica; Presupuesto; Otros.

Objetivos estratégicos.

Estos objetivos serán redactados de manera específica y concreta para cada uno de los procesos identificados sean Estratégicos, Clave o de Soporte.

La redacción de estos objetivos puede ser más o menos operativa: En las redacciones menos operativas se hace necesario incluir actividades y /o indicadores. Cuando la definición del objetivo es muy operativa, su propia redacción incluye indicador y actividad.

Memoria económica.

En este apartado nuestro propósito consiste en analizar la inversión económica en Servicios Sociales Comunitarios por nuestra institución (utilizamos expresamente inversión en el sentido no presupuestario. Para muchos/as profesionales y usuarios/as de estos servicios, el dinero empleado para atender necesidades sociales es una inversión y no un gasto) en los años pasados en relación a la duración de nuestro Plan Estratégico:

(1) Una descripción presupuestaria de los años por ejemplo 2016, 2017 y 2018, 2019 contemplando Créditos iniciales (CI), Créditos Definitivos (CD) y Obligaciones reconocidas o gasto final realizado (OR) y,

(2) Previsión estimada a nivel presupuestario, para responder al Plan estratégico de Servicios Sociales, Comunitarios en un futuro 2021-2022-2023 y 2024.

Para ambos casos (1) y (2) deberíamos contemplar los siguientes Capítulos presupuestarios de "gasto": Capítulo I (personal). Capítulo II (Gastos de bienes corrientes y prestación de servicios). Capítulo IV (Transferencias corrientes, Subvenciones a otras instituciones). Capítulo VI (Inversiones reales) y Capítulo VII (Transferencias de capital). También deberemos hacer los comentarios pertinentes para poner en valor nuestro incremento de las inversiones realizadas en las actuaciones sociales y la ejecución en su totalidad (¿o no?) de los presupuestos anteriores al Plan Estratégico.

Específicamente en el apartado (2) se tendría que describir los incrementos presupuestarios más relevantes. A modo de ejemplo:

(a) Cuantías necesarias en transferencias corrientes para realizar la Modernización Estratégica de los Servicios Sociales Comunitarios, tanto en la mejora técnica (formación de los profesionales e instrumentos de valoración) como en la implementación de nuevos programas comunitarios e individualizados, e

(b) Incremento presupuestario dirigido a la Inclusión social y Promoción de la Autonomía personal. Incluir en todo caso un "programa estrella", dado que su implementación se hace necesaria tanto por la demanda ciudadana que (hemos valorado) como de los estudios que se disponen al respecto (realizados por la institución o procedentes de investigación científico-técnica).

(c) En el caso de incorporar personal, Capítulo I, ponerlo en relación a la mejora de cobertura de los diferentes servicios y prestaciones y, la atención de nuevas necesidades sociales para lo cual es extraordinariamente importante reseñar la incidencia–prevalencia de las mismas en nuestro territorio.

Marco normativo y competencial

El Plan Estratégico que se elabore habrá de hacer referencia a la legislación que define las competencias de nuestra institución en materia de Servicios Sociales (Servicios Sociales Comunitarios) y a la normativa sectorial correspondiente: Legislación Estatal; Legislación Autonómica; Legislación de Servicios Sociales; Legislación sobre inclusión social y vulnerabilidad social; Legislación sobre autonomía personal y atención a la dependencia; Legislación sobre personas mayores; Legislación sobre personas con discapacidad; Legislación sobre familia; Legislación sobre infancia y adolescencia/protección de menores; Legislación sobre inmigración/asilo/extranjería. Legislación sobre mujer/igualdad; Legislación sobre voluntariado; Otras.

7. Evaluación, coordinación y seguimiento del plan.

La Evaluación planteada dentro de este modelo de Plan Estratégico en Servicios Sociales Comunitarios pretende cumplir con las siguientes funciones:

- Ser un instrumento de aprendizaje para mejorar el mismo, para mejorar proyectos y programas de intervención implementados por los SSC.
- Dotar a la organización de datos concretos y fiables sobre los procesos de intervención, adecuándolos gradualmente a la evidencia científica y a las necesidades de la población objeto de nuestras intervenciones.

- Servir como elemento para certificar técnicamente las intervenciones y dar a conocer nuestra misión.

La Evaluación, Coordinación y Seguimiento del Plan Estratégico conlleva diferentes niveles de actuación y/u Órganos responsables: (1) Los decididos por la normativa interna de la institución responsable de la Aprobación del Plan, incluidos los Instrumentos y Acciones de valoración del mismo. Y (2) Órganos Técnicos (por ejemplo, Jefaturas de Evaluación de Programas, de Calidad o similares). Serán responsables del seguimiento del plan, y la pasación de Instrumentos de evaluación.

Referente a los instrumentos de evaluación específica del Plan estratégico, deberíamos de disponer básicamente de dos de ellos^{58, 59}:

(1). El primero de ellos, que podríamos denominar Cuestionario para la Evaluación del Plan Estratégico, aborda el grado de consecución de los Objetivos estratégicos que se hayan propuesto. Esto se realizaría a través de una evaluación inicial y una final. Este cuestionario será cumplimentado por todos/as los/as profesionales afectados por el Plan Estratégico. Un modelo de cuestionario tipo Liker que parta de una puntuación mínima de 5-6, dado que la amplia trayectoria de nuestros servicios determina este punto de partida, y un máximo de diez. Incluir una categoría de respuesta “no sabe-no contesta” posibilita que pueda ser marcada cuando no se dispone de elementos para valorar.

(2). El segundo de ellos, Instrumento de Evaluación sobre Aceptación y Compromiso con el Plan Estratégico, desde una perspectiva en positivo, se pretende medir, para poder actuar, diferentes dimensiones que pueden ayudarnos a implementar satisfactoriamente, con las aportaciones de los/as profesionales, el Plan estratégico. Estas dimensiones hacen referencia a la visión y misión, liderazgo-

jefaturas, comunicación, capacitación, recursos y estructura organizacional. Este segundo cuestionario también será cumplimentado por todos/as los/as profesionales implicados, por todas las categorías profesionales y todos los grupos. Es un cuestionario tipo Liker, se compone de cuatro categorías desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Complementario a la medición de la aceptación y compromiso con el Plan estratégico, desde los órganos técnicos se puede plantear la valoración específica de la Reticencia al Cambio (RaC), mediante la "Escala de Resistencia al Cambio RTC-11", un instrumento breve de 11 ítems con validación específica para nuestro país.

La Resistencia al Cambio se puede definir como un posicionamiento para impedir, entorpecer o evitar el cambio en la organización. Este cambio es percibido como aversivo, originando diferentes respuestas de evitación o "contra control", sea mediante comportamientos concretos o actitudinalmente. La RaC es un fenómeno ampliamente aceptado por las organizaciones, que puede afectar a la eficiencia y eficacia de las mismas en la consecución de su misión y visión estratégica, llegando inclusive a que los/las profesionales implicados/as se resistan incluso si los cambios están en línea con sus propios intereses.

(3). La Matriz para el análisis de los/as interesados/as (stakeholders) está contemplada en los instrumentos anteriores de evaluación, en tanto que nos permite dar participación a todos y cada uno de los grupos profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios (SSC). La opinión y valoración del Plan por los/as actores políticos se realizará en jornadas específicas. Las personas, grupos o entidades beneficiarios/as de los programas de SSC conllevarán evaluaciones diseñadas para conocer su grado de satisfacción e idoneidad de los mismos.

Plan de trabajo calendarizado en la elaboración y difusión del Plan Estratégico:

1. Elaboración de borradores y borrador definitivo (de fecha__ a fecha__).
2. Análisis en profundidad por los Profesionales de los Centros de SSC (de fecha__ a fecha__).
3. Aprobación por los Órganos correspondientes de la institución SSC (de fecha__ a fecha__).

8. A modo de resumen y conclusiones

Presentamos este modelo de Plan Estratégico con la pretensión de servir como referente para los profesionales, la ciudadanía, movimientos sociales y asociacionismo en general, en la prestación de Servicios Sociales Comunitarios.

Este Plan Estratégico de Servicios Sociales Comunitarios (SSC), representa la continuidad en el esfuerzo que los SSC vienen realizando a lo largo de varios años (decenios), creando la arquitectura del sistema. Ahora y en el futuro, hemos de estar Centrados en las Personas, garantizando el acceso y la atención a las prestaciones, la promoción de individuos y los grupos, garantizando programas y servicios que las Leyes de Servicios Sociales de tercera generación nos encomiendan.

Los SSC que comenzaron su andadura a partir de la Constitución del 78 han estado lastrados desde su origen por una cierta falta de clarificación conceptual y concreción respecto a cuál es el objeto y objetivo de los mismos. Con la descripción e incorporación de una misión y visión actualizadas (basadas en la definición y concreción operativa de programas; la incorporación derechos sociales subjetivos y prestaciones garantizadas; junto con la prevención y promoción de personas y grupos, implementadas por equipos interdisciplinarios), y el papel

relevante de la ciencia de la conducta (Psicología) posibilitan en gran parte que éstos se hagan realidad. Los valores de Universalidad, Solidaridad, Integración e Inclusión y Participación se han mantenido en el tiempo.

En este Plan Estratégico hemos intentado incorporar la evidencia científica, la investigación y las innovaciones en técnicas de evaluación e intervención producidas por las Ciencias Sociales en estos últimos 25 años. La formación y el reciclaje de los y las profesionales, que integran los Centros de SSC, constituye un elemento fundamental para prestar servicios con calidad, con eficacia y eficiencia (eficacia de la cobertura). Ha de ser una constante la incorporación de la Universidad en función de la temática a ser abordada (Pobreza, Exclusión Social, Infancia y Prevención del Maltrato, Población Dependiente y Promoción de la Autonomía Personal) junto con la revisión y adaptación continua de intervenciones y procedimientos a través del acceso a redes de información científica más relevantes para nuestras actuaciones (Dialnet, Redalyc, SciELO, World Wide Science, Psicodoc y Psicoinfo).

Tres elementos básicos conforman este Plan Estratégico de Servicios Sociales, en coherencia con lo previsto en la Ley de Servicios Sociales (Ley 9/2016 o la vigente en cada caso):

- Un diagnóstico de necesidades sociales, análisis demográfico y descripción -análisis de prevalencia e incidencia- de los diferentes problemas sociales, que incluye un pronóstico de evolución para la asignación de recursos profesionales y económicos.
- Un pilar básico relacionado con las acciones de prevención e intervención en exclusión social y pobreza, infancia y protección a la familia (programas en competencia parental, habilidades sociales hijos/as, relaciones familiares), población mayor y población dependiente, violencia de género, violen-

cia en la infancia y adolescencia y, la información sobre las prestaciones de servicios sociales.

- Y otro pilar básico relacionado con la Planificación de recursos humanos, asignación y análisis de necesidades económicas y aplicación estándares de calidad, modelo EFQM (ACSA, Agencia Calidad Sociosanitaria Andalucía).

Por último, este Plan Estratégico tiene que constar tanto de una evaluación y de un seguimiento. Y tiene que incluir la correspondiente memoria económica, en la que se indique el incremento presupuestario del X%, media en Obligaciones Reconocidas de los últimos años, indicando lo que representaría en el periodo año a año (entorno de los Y millones de € anuales). Igualmente, debe incluir a que ámbito básicamente va dirigido ese incremento presupuestario. Por ejemplo, a Inclusión social, Promoción de la Autonomía personal-envejecimiento activo y Convenios con las Universidades Andaluzas para el reciclaje de profesionales e incorporación de evidencia científica y extensión/generalización de buenas prácticas en la intervención.

Referencias bibliográficas

- (5) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015): "Manual de estándares. Servicios de Información y Asesoramiento". Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- (33) Albarrán I., Alonso P. y Bolancé, C. (2009): Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. Revista Española Salud Pública; 83: 379-392.
- (1) Banerjee, A. V. y Duflo, E. (2012): "Repensar la pobreza. Un giro radical en la lucha

- contra la desigualdad global". Madrid: Santillana.
- (7) Benito Herráez, E., Alsinet Mora, C. y Maciá Antón, A. (2016): "La planificación centrada en la persona y su pertinencia práctica en los servicios sociales: opinión de los profesionales". <https://doi.org/10.5569/1134-7147.62.08>
- (58) Boada-Cuerva, M^g, Boada-Grau, J., Prizmic-Kuzmica, A. J., de Diego, N.G. y Vigil, A. (2018): " RTC-11: Adaptación de la Escala de Resistencia al Cambio en dos países (España y Argentina)". Anales de Psicología Vol.34 Nº.2.
- (37) Consejo Independiente de protección a la Infancia (2017): "La Infancia en España: Problemas y Soluciones. Informe de una investigación.". Consejo Independiente de Protección de la Infancia (CIPI), septiembre de 2017.
- (21) Convenio Universidad Alicante, Ayuntamiento de Alicante y Consell y Consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana (2018) para impulsar buenas prácticas con evidencia científica en Servicios Sociales: <https://web.ua.es/en/actualidad-universitaria/2018/julio18/16-22/la-ua-y-el-consell-investigaran-nuevos-modelos-de-intervencion-social-en-alicante-en-el-marco-de-un-proyecto-de-investigacion-para-mejorar-los-ervicios-sociales.html>
- (45) De Paúl, J. y Arruabarrena, I. (2015): "Implantación piloto de dos programas basados en la evidencia (SafeCare e Incredible Years) en los Servicios De Protección Infantil de Gipuzkoa (España)". *Psychosocial* 24. 104-120.
- (30) Dengra Molina, R., (2008): Ley de Autonomía personas y Atención a las Personas en Situación de dependencia. Modelo de Toma de decisiones para la Elección del Servicio Idóneo en Personas Mayores Dependientes. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- (9) Dengra Molina, R. (2016): "Criterios técnicos para la elaboración de un nuevo Mapa de Servicios Sociales en Andalucía". Seminario sobre la nueva Ley de los Servicios Sociales de Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz y Universidad Internacional de Andalucía.
- (31) Dengra, R., Durán, R. y Delgado, J.F. (1995): Trabajo interdisciplinar en personas con discapacidad. En M. Verdugo (comp.), *Manual de personas con discapacidad*. Madrid: Siglo XXI.
- (32) Dengra, R., Mérida, C., Cobos, A. y Gálvez, M.C. (2000): Variables biopsicosociales que inciden en la participación de los mayores en programas comunitarios. Intervención en habilidades interpersonales y resolución de problemas. Necesidad, factibilidad, utilidad. En R. Rubio (comp.), *Temas de Gerontología III*. Vicerrectorado de Extensión Universitaria y de Enseñanzas Propias.
- (28) Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2019): " Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión". Gobierno Vasco. <http://www.euskadi.eus/instrumentos-comunes-diagnostico-social-valoracion-exclusion/web01-a2gizar/es/>
- (2) Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública (2017): "Marco de Intervención de los y las Psicólogas de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz". Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- (52) Díaz de Neira, M., Vidal, C., González, S. y Gutiérrez, P. (2016): "Aportaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso al trabajo con madres y padres de niñas y niños atendidos en Salud Mental: Experiencias de la Intervención Grupal".

Revista de Psicoterapia. Vol. 27. Nº 104, pp. 149 – 165.

- (10) Fantova Azconaga, F. (2004): Gestión de calidad en los sistemas de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en www.fantova.net
- (11) Fantova Azaconaga, F. (2013): Calidad en los servicios sociales hoy y aquí: estrategia, innovación, comunidad. Conferencia Jornadas de Difusión de Buenas Prácticas y Calidad Servicios Sociales. Junio. Departamento de Políticas Sociales del Gobierno de Navarra, Fundación Tomás y Lidia Recari García y Fundación Navarra para la Excelencia.
- (3) Feria Moreno, A. (2017): Manual de elaboración de Planes Estratégicos de Políticas Públicas en la Junta de Andalucía. Edita: Instituto Andaluz de Administración Pública. www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica
- (44) Fernández-Ballesteros, R. (Editora) (1995): "Evaluación de programas. Guía práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud". Madrid. Síntesis.
- (53) Fundación Interarts (2012): "Guía de Planificación Estratégica".
<https://www.interarts.net/descargas/Gu%C3%A1A%20de%20planificaci%C3%B3n%20estrat%C3%A9gica.pdf>
- (24) Galindo, O. y Ardila, R. (2012): "Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida". Avances en Psicología Latinoamericana, 30 (2), pp. 381-407.
- (41) Garrido, M. y Grimaldi, V.M. (2012): "Evaluación del riesgo psicosocial en

familias usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía". Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta Andalucía.

- (12) Gómez Mateos, J. (2012): Evaluación de la Calidad en programas de Servicios Sociales. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- (51) Gómez, I., García, M.R., Hódar, J.C. y Martínez, M. (2012): "Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso". Análisis y Modificación de Conducta. 2012, Vol. 38, Nº 157-158, 39-58.
- (13) González Vadillo, J.L., Medina Tornero M.E, Redondo Hermosa E. y Verdugo Alonso, M.A. (2006): III Jornadas sobre la Calidad en los Centros de Servicios Sociales. Logroño, 28-29 noviembre. Gobierno de La Rioja.
- (39) Informes, estudios e investigación (2017): "Boletín de datos estadísticos de protección a la infancia". Boletín número 18. Datos 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- (22) Jiménez Pérez, A. L., Vargas Contreras, E. y Martínez, K. I. (2020): "Disposición a la práctica basada en la evidencia". Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. 2 Nº 3, pp. 328-337.
- (23) Kahneman, D. (2015): "Pensar rápido, pensar despacio". Madrid. Debate.
- (54) László Á. Kóczy y Hubert János Kiss (2017): "Hart and Holmström's Contributions to Contract Theory". Financial and Economic Review, Vol. 16 Issue 1., March, pp. 162–174.
- (17) Lilian, R., Daset, L. R., Cracco, C. (2013): "Psicología basada en la evidencia: algunas

cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática". *Ciencias Psicológicas* 2013; VII (2): 209-220.

- (46) López, F. (2014): " Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual". Editorial Síntesis. Madrid.
- (4) López-Cabanas, M. (2018): "Servicios Sociales Municipales. Necesidad de una refundación". *Papeles del Psicólogo*, vol. 39(2), pp. 89-95.
- (6) López Fraguas, M^ª A., Marín González, A. I. y De la Parte Herrero, J. M^ª (2004): "La planificación Centrada en la Persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación". *Siglo Cero*, vol. 35(2), pp. 45-55.
- (25) López, J. y García, A. (2012): "Pobreza y estrés desde la economía del comportamiento". *Revista ECORFAM*, Agosto, Vol.3 Nº. 7 – pp. 783-800.
- (47) Lozano-Rodríguez, I. y Valero-Aguayo L. (2017): " Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres". *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol. 4. Nº. 2 – pp. 85-91.
- (48) Llavona, M. L. y Xabier-Méndez, F. Cood. (2012): "Manual del Psicólogo de Familia. Un nuevo perfil profesional". Madrid. Pirámide.
- (20) Manterola, C. y Otzen, T. (2015): "Los sesgos en investigación clínica". *Int. J. Morphol.*, 33(3): 1156-1164.
- (19) Manterola, C., Asenjo-Lobos, C. y Otzen, T. (2014): "Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados

de recomendación de uso actual". *Rev. Chilena Infectol*; 31 (6) pp. 705-718.

- (14) Medina Tornero, M.E. (1999): "La implantación de la calidad en servicios sociales: desafío a la tradición". *Papeles del Psicólogo*, nº 79.
- (16) Mella Soussa, M., Zamora, P., Mella, M., Ballester, J.J. y Uceda, P. (2012): "Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación". *Rev. S. And. Traum. y Ort.*, 29(1/2): 59-72.
- (36) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006): "Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos". Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Depósito Legal: M.41.161.161.
- (38) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): "Maltrato infantil en la familia en España". Informes, estudios e investigación. NIPO en línea: 860-11-044-7. Depósito legal: M-46828-201.
- (35a) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): "Evaluación de Resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia". Aprobada por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en su reunión de 10 de julio de 2012.
- (35b) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013): Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, ... y evaluación anual correspondiente al ejercicio 2012 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre,

de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE 184 de 2 de agosto de 2013.

- (40) Montaño, M., Bartolomé, R., Parra, M. y Montaño, J.; (2010): "El problema del maltrato y el acoso entre iguales en las aulas". Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Nº 24, 2010.
- (42) Moreno, J.M. (2006) "Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil". Enseñanza e Investigación en Psicología, (julio-diciembre), año/vol. 11, nº 002, pp. 271-292.
- (18) Moriana, J. A y Martínez, V. A. (2011): "La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 16, Nº 2, pp. 81-100.
- (15) Ochando Ramírez, M. V. (2016): Calidad en Servicios Sociales Especializados. Tesis Doctoral. Universidad de Jaén.
- (49) Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A. y Pozo, R. (2015): El Programa de Competencia Familiar, Adaptación española del Strengthening Families Program (SPF). <https://competenciafamiliar.uib.es/>
- (55) Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2016-2019 (2015): https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/plan_programa_proyecto/09-plan-estrategico-de-servicios-sociales-2015-2018/

- (56) Plan Provincial de Servicios Sociales. Diputación de Sevilla 2003. Diputación de Sevilla. Área de Asuntos Sociales.
- (26) Raya Díez, E. (2010): "Aplicaciones de una herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social". Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social, ISSN1133-6552, Nº. 48, 2010, pp. 117-136.
- (27) Raya Díez, E. (2010): "Cuestionario para el diagnóstico de la Exclusión Social". Revista de Trabajo y Acción Social, ISSN 1133-6552, Nº. 48, págs. 117-136.
- (50) Robles, Z. y Romero, E. (2011): "Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia". Anales de Psicología, vol. 27, nº 1 (enero), 86-101.
- (43) Rossi, P. y Freeman, H. (1999): "Evaluación: Un enfoque sistemático para programas sociales". México. Trillas.
- (8) Schalock, L.R. y Verdugo. M.A. (2003). Calidad de Vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial.
- (43) Weiss, C.H. (1990): Investigación evaluativa, Trillas, México.
- (57) V Plan Provincial de Servicios Sociales Comunitarios 2004-2007. Para la Inclusión Social. Diputación de Almería. [http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/5CAB495449A226DC-C12582320039BC24/\\$file/5%20plan%20SSC_web%20-%20baja%20resol.pdf](http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/5CAB495449A226DC-C12582320039BC24/$file/5%20plan%20SSC_web%20-%20baja%20resol.pdf)

(29) World Health Organization (2002): Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO.

(34) Zunzunegui, M.º V. (2011): "Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional". Gaceta Sanitaria. 25(S):12-20.

(59) Zamorano, X. (2016): "Diseño y propuesta de un instrumento que evalúe la resistencia al cambio". Proyecto de campo para obtener el grado de maestría en Psicología Laboral y Organizacional. Universidad Monterrey, Nuevo León, México.

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

MENORES EXTRANJEROS/AS NO ACOMPAÑADOS/AS

Los/las profesionales de la Psicología que trabajan con Menores Extranjeros/as no acompañados/as, desarrollan una labor fundamental en su adaptación a nuestro ámbito social y el trabajo con el desapego que le produce el haber dejado sus familiares y su lugar de origen.



Escenarios en los que se interviene:

Menores extranjeros/as no acompañados/as. Los/as psicólogos/as intervienen principalmente con estos/as menores en Centros de Acogida Inmediata y de primera acogida, pasando posteriormente a centros específicos o residenciales básicos.

De qué forma se interviene:

- A través de la elaboración de informes y documentos donde se valora la situación del menor y de adaptación a su entorno.
- Explorando, diagnosticando y valorando los aspectos de su personalidad, inteligencia y aptitudes (p. ej. problemas de conducta, de alimentación, consumo de drogas,...).
- Acompañando a la persona menor de edad en su desarrollo personal.
- Elaboración y ejecución de programas de intervención tanto individual para el abordaje de los problemas de conducta o emocionales. (p. ej. elaboración del duelo por la lejanía de sus familias y de su país de origen).
- Servir de puente entre otros profesionales que intervengan con la persona menor (p. ej. psiquiatra, orientadores escolares,...).
- Coordinándose con mediadores interculturales para saber la realidad de estos menores.
- Preparándolos/as para la mayoría de edad y su salida a la sociedad de forma independiente.



Sección de
Psicología de la Intervención Social
del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

El papel profesional de la psicología en una residencia para personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas

Pedro Sánchez López. Colegiado nº AO01017.

Residencia para Personas con Discapacidad Psíquica Gravemente Afectadas Zaytum en Linares (Jaén) de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece un catálogo de servicios y prestaciones para la atención a las personas en situación de dependencia y en su artículo 25 contempla el Servicio de Atención Residencial. El Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y trasladados de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche define el Servicio de Atención Residencial como el conjunto de actuaciones que ofrece una atención integral y continuada de carácter personal, social y en su caso sanitario, que ajustará los servicios y programas de intervención a las necesidades de las personas en situación de dependencia, de acuerdo a su Programa Individual de Atención.

Por su parte, la Convención Internacional sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, garantiza a estas personas el ejercicio, en igualdad de condiciones, de los derechos ya reconocidos a todas las personas.

La persona profesional de la psicología en el ámbito de una residencia para personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas, es garante de derechos de las personas con discapacidad en lo que se refiere a su bienestar y salud psicológica, las relaciones

interpersonales, el desarrollo personal y su inclusión social, lo cual a su vez repercute también en su bienestar físico. Puesto que las personas con una discapacidad intelectual gravemente afectadas, presentan unas características individuales que deben ser tenidas en cuenta a la hora de la intervención, para ello se parte de dos grandes objetivos (Leturia-Arrazola, 2007):

- Mantener las capacidades, competencia funcional y social así como las relaciones sociales y familiares de las personas usuarias.
- Prevenir el deterioro físico, psíquico y/o funcional o la disminución de la interacción social de las personas usuarias.

La intervención con las personas con discapacidad en una residencia para personas gravemente afectadas requiere también de un abordaje interdisciplinar con una metodología de trabajo en equipo, donde la figura del profesional de la psicología es fundamental, conforme a las necesidades individuales valoradas y desarrolladas en el Plan Personal de Apoyos (PPA). El desarrollo de los diferentes programas estará a su vez supervisado y coordinado por la persona profesional de la psicología o por la de la medicina, todo ello en función de los objetivos específicos de los citados programas.

Las actuaciones se desarrollarán y programarán teniendo en cuenta varios niveles de intervención (nivel individual, grupal y familiar), siendo el programa de modificación de conducta el ámbito de actuación más directo y específico de la persona profesional de la psicología.

Las personas con discapacidad intelectual severa o profunda pueden manifestar trastornos neurológicos que se manifiestan, en su mayoría, por la aparición de conductas inadaptadas y disruptivas e igualmente por la ausencia o disminución de conductas funcionales adaptativas. Los programas de modificación de conducta están orientados a la extinción o disminución de conductas inadaptadas así como a la implementación de conductas más adaptadas. A la hora de modificar conductas inadecuadas o implementar conductas adecuadas no sólo debemos centrarnos en la propia persona que emite o no emite las conductas en sí, sino que igualmente debemos plantearnos y abordar el por qué las personas con discapacidad intelectual y/o trastornos mentales presentan con tanta frecuencia problemas de conducta, que en ocasiones son comportamientos que no entendemos y que nos muestran los aspectos menos deseables de la discapacidad (Nowell, R., Rueda, P., Salvador, L. y Forgas, E., 2003); en este sentido no focalizaremos el problema sólo en la persona con discapacidad que emite la conducta desadaptativa/disruptiva sino también en los servicios que interviene en la dinámica conductual, los cuales deben responder ante tal reto que les suponen estos comportamientos. Así pues, se ha de entender cuáles son las razones y condiciones que favorecen la aparición de la conducta y qué soportes o intervenciones debemos poner en marcha para reducir su frecuencia o impacto. Además, tenemos que tener presente que una determinada conducta será considerada o no problemática dependiendo de la interrelación entre lo que la persona hace, el lugar en que lo hace y cómo se interpreta o qué significado se le da a lo que hace. Al mismo tiempo las alteraciones

de la conducta son la expresión inespecífica de factores neurobiológicos, psicológicos y socio-ambientales (Nowell, R., Rueda, P., Salvador, L. y Forgas, E., 2003), de ahí la necesidad de un proceso integrativo. Si analizamos de forma independiente las causas que pueden estar favoreciendo la aparición de una determinada conducta, ya sean médicas, psiquiátricas, sociales o psicológicas, no nos daremos cuenta de cómo unas intervienen sobre las otras para precipitar y/o mantener la conducta como un problema.

Las conductas inadaptadas más comunes que se manifiestan se centran en: Comportamientos autolesivos, heteroagresividad, destrucción de objetos, conductas oposicionistas y negativistas, conductas de aislamiento y conductas disruptivas en general, estando la intervención de la persona profesional de la psicología muy marcada por estas cuestiones (tabla1).

Tabla 1 Intervención de la persona profesional de la psicología ante las conductas inadaptadas más comunes:	
Objetivos de intervención psicológica	Disminuir/eliminar la frecuencia de los episodios de auto y heteroagresividad. Atenuar las conductas negativistas y oposicionistas. Reducir/suprimir conductas disruptivas hacia compañeros y trabajadores. Disminuir/eliminar la frecuencia de los episodios de destrucción del material. Fomentar actitudes positivas en los usuarios.
La intervención conductual, abarca tres aspectos fundamentales:	a) La creación de nuevas conductas adaptativas. b) El aumento de la frecuencia en las conductas adaptativas ya existentes. c) La supresión o disminución de conductas inadaptadas.

En la intervención conductual el profesional de la psicología realizará previamente una valoración individual, sin perder la perspectiva de que la evaluación de la alteración conductual se realizará con un enfoque multimodal.

En función de la conducta y de las circunstancias que pueden estar presentes se utilizarán, si se considera preciso, distintos tipos de registros para establecer la línea base (análisis topográfico y análisis funcional) seguimientos y valoración de la técnica o paquete de técnicas empleadas.

De la evaluación de la alteración conductual se procederá a aplicar las técnicas que se considere procedente tras el análisis (tabla 2).

Tabla 2 Ejemplos de técnicas a utilizar tras el análisis de la alteración conductual:	
Aumentar la conducta	Economía de fichas Refuerzo positivo Principio de Premack Refuerzo negativo
Reducir o eliminar la conducta	Reforzamiento diferencial de tasa baja de conducta Extinción Tiempo fuera Saciedad Sobrecorrección Retirada de refuerzo Práctica positiva
Refuerzo de conductas incompatibles	Moldeamiento Modelado Encadenamiento
Otras técnicas	Relajación Distracción Control ambiental y estimular

Al margen de todo lo expuesto, en el contexto de una residencia para personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas, la persona profesional de la psicología, de manera general, ha de velar, por el bienestar emocional y la salud mental de la persona con discapacidad, lo cual da idea de la multiplicidad de situaciones y ámbitos funcionales adicionales.

Referencias bibliográficas

Cobo-Moñona et al. (s.f.). Protocolo de atención personalizada para personas con discapacidad usuarias de servicios residenciales y atención diurna. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Recuperado el día 3 de noviembre de 2020 de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_de_Atencion_personalizada_para_personas_con_discapacidad_usuarias_de_servicios_residenciales_y_de_atencion_diurna.pdf

Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros

de día y de noche (2010). BOJA nº 220, de 11/11/2010. Recuperado el día 3 de noviembre de 2020 de <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/220/d1.pdf>

García-García, E. (1990). La Integración Escolar: Aspectos Psicosociológicos. UNED.

Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008). BOE núm. 96, de 21/04/ 2008. Recuperado el día 3 de noviembre de 2020 de <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

Leturia-Arrazola, F. J. (2007). Experiencia en la intervención con personas mayores en situación de dependencia en la Fundación Matia. *Psychosocial Intervention* [online]. Vol.16, n.1, pp.107-124.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006). BOE núm. 299, de 15/12/2006. Recuperado el día 3 de noviembre de 2020 de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Nowell, R., Rueda, P., Salvador, L. y Forgas, E. (2003). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual - FEAPS. Recuperado el día 3 de noviembre de 2020 de https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_salud-mental.pdf

Vallés-Arandiga, A. (1988). Modificación de la conducta problemática del alumno. Madrid: Editorial Marfil.

Los grupos de empoderamiento de mujeres como herramienta de intervención social

María José Bojó Ballester. Colegiada nº GZ0365.

Psicóloga formadora en violencia de género y en escuelas de empoderamiento para mujeres.

Resumen

Este artículo pretende poner en valor las experiencias del trabajo de empoderamiento con mujeres, al comprobarse que son un espacio que posibilita y potencia aspectos relacionados con la salud física y psicológica, la prevención del maltrato y cuando lo hay, el acompañamiento en la reestructuración y el aprendizaje de nuevas formas de vínculo, y también como forma de generar una red comunitaria de apoyo social. Además de ser un instrumento que promueve un cambio social y la construcción de una sociedad más igualitaria.

Palabras clave: empoderamiento, salud, prevención, violencia, intervención comunitaria

Consideraciones previas

No siempre en el ámbito del ejercicio de la psicología se conoce qué se hace en los talleres para el empoderamiento de las mujeres, aunque cada vez más el empoderamiento como objetivo, enmarca la intervención de muchas y muchos psicólogos sea cual sea su ámbito de trabajo.

Incluir la categoría la perspectiva de género feminista en psicología implica incluir la variable género en todos los ámbitos de nuestra profesión de forma transversal, para poder entenderla cómo la socialización de género influye y determina comportamientos, procesos

psicológicos, la salud mental, etc. Ello ayudaría a diseñar intervenciones y estrategias que actuaran sobre las causas promoviendo un cambio personal y social (Álvarez, R. M.; Bojo, M.J.; Millán, R.; Cabrera, N.; Álvarez, M.; Madrid, A.M. (2016)¹.

Habría que aclarar brevemente qué se entiende por empoderamiento ya que es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de los años adquiriendo diferentes matices, desde los años 60 y 70, hasta que en la IV Conferencia Internacional de las Mujeres en Beijing (1995), toma ya plena vigencia al ser un objetivo estratégico clave para el desarrollo junto con el mainstreaming de género, y que compromete a todos los estados firmantes.

Se presenta como un proceso que promueve la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad, en puestos de toma de decisión y acceso al poder, algo fundamental para consolidar la igualdad, la justicia y la paz, quedando ligado definitivamente a partir de aquí a un tema de derechos humanos.

Así podemos decir que el empoderamiento de la mujer es un instrumento de transformación

¹ Álvarez, R. M.; Bojo, M.J.; Millán, R.; Cabrera, N.; Álvarez, M.; Madrid, A.M. (2016). *Manual de Recomendaciones de Buenas Prácticas*. Consejo General de la Psicología de España Grupo de Psicología e Igualdad de Género.

social, para conseguir el equilibrio e igualdad entre hombres y mujeres (Wieringa, 1997; Young, 1997)² Supone la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente poseen las mujeres, de sus derechos inquebrantables y de la posibilidad de ejercerlos.

A nivel personal, implica reconocer la propia autoridad, aumentar la autonomía, adquirir el control de la propia vida; definir la propia agenda, tomar decisiones, poder hacer elecciones; y revertir las relaciones de dominación. Y a nivel social, generar procesos colectivos, transformar las estructuras que reproducen las desigualdades, alcanzar un aumento de la participación de las mujeres en el acceso al control de recursos materiales, intelectuales e ideológicos, hasta llegar a una contribución en plenitud a la construcción de la sociedad.

El empoderamiento en la psicología

Una dimensión del empoderamiento es absolutamente psicológica, e implica generar cambios a nivel cognitivo conductual y emocional.

Constituye un objetivo y también es en sí una metodología de trabajo que enmarca una manera de hacer cualquier intervención.

Pero en estos momentos en que se está dando un uso excesivo del término, tal vez haya que reflexionar sobre la propia utilización que

2 Wieringa, S. (1997). *Una reflexión sobre el poder y la medición del empoderamiento de género del PNUD*. En M. León, *Poder y Empoderamiento de las Mujeres* (págs. 147-172). Bogotá: TM Editores.

Young, K. (1997). *El potencial transformador en las necesidades prácticas: Empoderamiento colectivo y proceso de planificación*. En M. León, *Poder y Empoderamiento de las Mujeres* (págs. 99-118). Bogotá: TM Editores.

estamos haciendo de este concepto desde la psicología.

El empoderamiento como proceso de recuperación de poder, siempre alude a colectivos socialmente discriminados y que ocupan posiciones en las que se les relega de derechos y oportunidades. Por tanto, se refiere a un proceso en el que se visibilizan las causas de la injusticia y la desigualdad, y se transforman en aras de una igualdad real.

Se empezó a aplicar en experiencias de educación popular con colectivos sin derechos, para hacerles conscientes de su situación, además de formarles y dotarles de herramientas (Freire, 1984)³.

Desde la Conferencia de Beijing, como se ha mencionado, se contempla como el proceso imprescindible que debe acompañar a la transformación de cualquier sociedad. Alude a un proceso que debe darse en las mujeres, que va de dentro a afuera, y que tiene dimensiones personales, relaciones y colectivas. Así pues, es un proceso individual y colectivo (Charlier, S. y Caubergs, L., 2007)⁴.

Implica una reflexión y revisión de las desigualdades (aspecto cognitivo), utilizando las claves teóricas que el feminismo aporta para analizar los procesos sociales; un desarrollo de habilidades y competencias, es decir capacitarse (aspecto conductual); y un aspecto fundamental de transformación de las posiciones de poder, de las relaciones de género, de los

3 Freire, P. (1984). *La educación como práctica de la libertad*. México, D.F: Siglo Veintiuno Editores.

4 Charlier, S. y Caubergs, L. (2007). "El proceso de empoderamiento de las mujeres: Guía metodológica". Coordinadoras de la investigación del grupo de trabajo: «Género e Indicadores» de la Comisión de Mujeres y Desarrollo.

roles y estereotipos de género y sus mandatos, de creencias sobre las relaciones, el amor, etc. (aspecto vivencial que implica lo emocional).

En Psicología, frecuentemente se está empleando el término asociado exclusivamente a la idea de “autonomía y capacitación”. También aparece utilizado en espacios terapéuticos donde el reparto de poder, los roles y relaciones de género no se cuestionan; en espacios mixtos donde la utilización del término puede invisibilizar de nuevo las brechas de género, incluso aunque nos refiramos a colectivos en situación de vulnerabilidad, el uso generalizado enmascara las diferencias de género y no sería aconsejable (me refiero sobre todo a nuestra práctica diaria con colectivos mixtos en situación de vulnerabilidad o discriminación).

En mi opinión no deberíamos emplear el término en aspectos y constructos que ya están definidos y “nombrados” mucho antes de que el término empoderamiento inundara las publicaciones. También hemos de revisar y diseñar metodologías que realmente posibiliten el empoderamiento, ya que cualquier intervención psicológica por el mero hecho de realizarse, no tiene por qué hacerlo, puede incluso reforzar estereotipos, creencias y relaciones de género.

Los grupos de empoderamiento: haciendo un poco de historia

La realización de estos cursos que promueven el empoderamiento tiene ya una larga historia. En un principio surgen alrededor de los años 70, tomando más fuerza en los 80, aunando dos líneas paralelas de reflexión y trabajo: el movimiento feminista en el que el trabajo en grupo es en sí, un instrumento metodológico fundamental, tanto para la reflexión, análisis y formulación teórica, como para la participación y movilización social. Y los grupos de autoconocimiento, y de reflexión sobre los derechos sexuales y la salud de las mujeres, ante todo sobre la salud mental (Nogueiras,

B., 2013)⁵, también con una clara orientación feminista y de derechos humanos.

A partir de los años 90 se empiezan a organizar encuentros sobre género y salud (Instituto de la Mujer 1999, 2000, 2012)⁶ de alguna forma suponen el resultado de los años previos en los grupos de autoconocimiento y reflexión. Se iniciaron las revisiones sobre las construcciones teóricas en salud, psiquiatría, psicología, y en general en todas las ciencias y conocimientos, desvelando los sesgos de género e incorporando nuevas claves feministas para un cambio de perspectiva en la comprensión de muchos fenómenos sociales, psicológicos, de salud, violencias, etc., así como definiendo una metodología de actuación que no sea ciega al género.

Los grupos de reflexión y autoconocimiento comenzaron a extenderse en asociaciones de mujeres y por iniciativa municipal, hasta hoy en día en que las áreas de igualdad municipales recogen el testigo de lo que las mismas mujeres ya hacíamos. Por ello, estos espacios se crearon las propias mujeres, desde abajo, desde dentro, y constituyen en sí un ejemplo de empoderamiento colectivo de conquista de espacios propios.

Si bien en todo el Estado hay profesionales que nos dedicamos a ello, es cierto que el ejemplo del País Vasco puede ser paradigmá-

5 Nogueiras, B. (2013). *Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España (1975-2013)*. Trabajo final del Máster Universitario de Estudios Feministas, Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.

6 Publicaciones del Instituto de la Mujer. Madrid.

<https://www.inmujer.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/DebateDocumentos/IIJornadasSaludmental.pdf>

tico. El porcentaje de municipios en los que se desarrollan estos cursos, es muy elevado, tanto, que se están creando "Escuelas de empoderamiento", Casas de mujeres y Redes de Escuelas (que comparten proyectos, reflexiones y experiencias), a lo largo de casi todo el territorio.

Efectivamente esto permite verdaderamente realizar actividades que tienen un impacto muy considerable en las mujeres, pero también en la sociedad, generando altos niveles de sensibilidad social y de cambio.

Estas Escuelas son espacios donde desarrollar un conocimiento crítico, que cuestione el modelo social patriarcal y al mismo tiempo que dote de herramientas y habilidades para el cambio (Pikaza, M., 2017)⁷. Pretenden promover la formación, el encuentro y debate, el establecimiento de relaciones de sororidad, potenciar liderazgos, impulsar su participación en el ámbito social y político, visibilizar las aportaciones de las mujeres en el municipio, etc. También son espacios de encuentro con los hombres que están revisando su propia construcción de la masculinidad, donde reflexionar sobre la conciliación, los cuidados, etc.

Mi participación en las escuelas es a través de la realización de talleres vivenciales para el empoderamiento personal y relacional, reflexionando sobre la identidad y subjetividad femenina, sobre la construcción de las relaciones afectivas, fomentando el autoconocimiento, la autoestima, la visibilidad de las creencias y aspectos normativos de género, promoviendo un análisis del contexto social y sus determinantes.

Aunque los contenidos de cada curso o taller sean diferentes, promover el empoderamiento

7 Pikaza, M. (2017). *Espacios propios para las mujeres y procesos de empoderamiento: escuelas de empoderamiento de Bizkaia*. Premio Emakunde 2017.

ramiento implica que vamos a poner el foco en la relación entre los contenidos trabajados, sus vivencias, con los factores estructurales y de género que reproducen las desigualdades. Desarrollando un conocimiento que permita comprender las vivencias tanto a nivel personal como grupal, y que posibilite pasar de lo individual a lo colectivo y por tanto político.

Impacto de los grupos: salud, relaciones igualitarias, redes de apoyo.

El trabajo en grupo con determinados colectivos siempre es una herramienta muy útil por el alto poder amplificador que ejerce en sí el grupo, ya sea terapéutico o psicoeducativo.

Los grupos de empoderamiento de mujeres constituyen un ejemplo de buena praxis de psicología de la intervención social, y además, también es uno de los valores y estrategias que enmarcan el trabajo en este campo (Sánchez et al., 2018)⁸.

La psicología de la intervención social parte de una comprensión de la persona y sus problemas psicológicos, desde una dimensión holística, integradora de los aspectos más individuales e internos a los sociales, poniendo en evidencia la relación entre todos estos factores. Tiene una finalidad de provocar cambios en las condiciones personales pero también sociales y en este sentido el empoderamiento es un marco de intervención para lograr estos mismos objetivos.

8 Sánchez Alías, A., Martínez García, M.F. (coordinadores), Piñero Cabanillas, R., Torres Fernández, J.A., Pérez Fernández, L.A., Eguzquiza Solís, I., Ollero Muñoz, A., Rovira Prats, J., Rodríguez Molino, M.A. (2018). *Reflexiones en torno a la Psicología de la Intervención Social y el Sistema de Servicios Sociales*. Ed. Consejo General de la Psicología de España.

En estos grupos de mujeres, los cambios son evidentes, aunque a menudo nos faltan investigaciones que avalen los resultados. Así, que a falta de terminar un informe sobre los resultados que observo, puedo adelantar algunos resultados relevantes.

La edad de las mujeres que asisten a las Escuelas oscila entre los 35 y 80 años, siendo la media de edad de unos 50 años. Se pueden observar diferencias en cuanto a cómo se vinculan con las escuelas, a su asistencia y sobre todo a cómo es su proceso. Mientras las más jóvenes participan en talleres puntuales eligiendo la temática que les interesa, las más mayores (a partir de 45 años aproximadamente) inician un recorrido vital de transformación que le lleva varios meses e incluso años. Estas diferencias que se observan, no tienen que ver tanto con la edad, como con las diferencias generacionales respecto la rigidez de la normativa de género en que se han socializado.

En este recorrido de cambio se aprecia un proceso con bastantes similitudes respecto a puntos importantes que constituyen ejes de trabajo, iniciándose primero una recuperación emocional (en casos en que se dan problemáticas personales o de salud importantes); pasando por el autocuidado, lo que promueve la capacidad de atender y priorizar sus necesidades; un fortalecimiento de la autoestima y una ampliación del espacio propio, que también pondrá en marcha un cambio en las posiciones de poder en las relaciones.

El proceso de empoderamiento no es homogéneo ni lineal, dándose contradicciones y áreas donde es más complejo generar cambios que en otras, por ejemplo el espacio familiar suele ser un sistema más rígido y los cambios en las relaciones son más lentos. Pero no por ello es menos valioso ya que hay que recordar que es un proceso interno-psicológico, relacional y social.

La salud es otro factor clave. Cuando se les pregunta por la motivación para venir, alrededor de un 45% acuden por encontrarse en un proceso emocional complejo: duelos, relaciones abusivas, separaciones, crisis personales, etc., y también por malestar consigo mismas (tal y cómo lo expresan ellas), ansiedad, síntomas depresivos.

La sintomatología que se observa es ante todo de ansiedad, malestares emocionales "vagos", de insatisfacción, dolencias físicas, cansancio, baja autoestima asociada a inseguridad y falta de proyectos propios y desmotivación. Las más jóvenes expresan sentirse muy ansiosas, a menudo enfadadas y con muchas contradicciones complejas de resolver entre sus deseos, las expectativas sociales y "normativas" que siguen afectándolas (la maternidad, las relaciones de pareja, la conciliación real de sus diferentes deseos...).

La depresión que observábamos hace unos años, como reflejo de estas condiciones de vida muy asociadas a la renuncia de proyectos personales y a una vida propia, está dando paso a generaciones de mujeres ahora cerca de 60-65 años, socializadas en modelos donde las mujeres hemos tenido mayor formación e independencia económica y desarrollo profesional, donde la ansiedad y frustración es más frecuente.

Este cúmulo de síntomas sabemos que, a menudo, guardan una estrecha relación con la socialización de género, las condiciones de vida y las posiciones de desigualdad, que generan vulnerabilidades y son factores de riesgo ante posibles abusos y violencias machistas (Martínez Benlloch, I., 2006; Távora, A., 2007)⁹.

9 Martínez Benlloch, I. (2006). *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género y salud. Universidad de Valencia.*

El feminismo permitió reconocer la relación entre "el malestar de las mujeres" (Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. 1991)¹⁰, las condiciones de vida y la posición que se ocupa, poniendo de relieve cómo determinados factores de género afectan a la salud física y psicológica de la mujer y de los hombres (los roles y estereotipos interiorizados, los mandatos, etc.). Esta socialización tiene efectos directos en la salud de las mujeres: falta de autoestima y valoración personal, frustraciones, sentimientos de no valía, de impotencia, cuando no de sumisión y dependencia, pautas comunicativas dañinas, expectativas puestas en el "otro" como vertebrador de la propia vida, exposición a violencias, etc. (Mas, J., Tesoro, A. y Sanz, A., 1993; García Calvente, M.M., Jiménez Rodrigo, M.L., Martínez Morante, E., 2010)¹¹.

También las contradicciones entre los deseos propios y las expectativas de género provocan culpabilidades que al compartirlas en grupo son más fáciles de entender y trascender.

Távora, A. (2007). *Subjetividades, subordinación y malestares de las mujeres*. Revista Mujer Salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. 2/2007.

10 Burín, M., Moncarz, E y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires. Paidós.

11 Mas, J., Tesoro, A. y Sanz, A. (1993). *Influencia de los factores sociales en la psicopatología de la mujer*. En J. Mas y A. Tesoro (coords.). *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

García Calvente, M.M., Jiménez Rodrigo, M.L., Martínez Morante, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud de Andalucía.

Aunque no todas las mujeres vienen por un motivo de salud, a la hora de señalar cambios casi el 90% indica que su estado de salud ha mejorado.

En este cambio, valoran claramente los aprendizajes que están realizando, e indican como pilares en la recuperación: la comprensión y autogestión de sus emociones y el aumento de su autoestima. También observan una mayor capacidad de tomar decisiones, de establecer su agenda y necesidades y otra manera de "explicarse a sí mismas", incorporando claves de género y feministas.

Respecto a las relaciones, la construcción del propio espacio conlleva una necesaria puesta de límites y resolución de los conflictos que aparezcan. Por eso cuando esto se afianza este aspecto, las mujeres empiezan a necesitar y demandar herramientas para desarrollar nuevas competencias.

Se observan cambios en la posición que ocupan en sus relaciones y en cómo establecen los vínculos, en particular los afectivos, aprenden a reconocer las relaciones de abuso y de poder. Por ello, los talleres de empoderamiento permiten prevenir las relaciones de violencia y a menudo desvelarlas, también son espacios básicos para comprender las causas de la violencia, conocer los aspectos estructurales y acompañar el proceso de recuperación desde un aspecto psicoformativo.

Los cambios en el modelo de relación son fundamentales si queremos construir una sociedad igualitaria, hay que transformar todo un aprendizaje relacional en el que reproducimos las posiciones de desigualdad, en todas las relaciones y particularmente en las afectivas, ya que las mujeres amamos renunciando a nuestras aspiraciones e incluso invisibilizándonos a favor del otro.

Estos grupos deben ser referentes de modelos relacionales igualitarios y de buen trato,

hemos de posibilitar esa experiencia vivencial, ya que no siempre se han tenido referencias de este tipo de relación (Sanz, F., 2016)¹².

Sabemos que éste es un cambio que requiere más tiempo, primero se inician los cambios en lo personal, en el “adentro” (empoderamiento personal), y más tarde se ven las consecuencias en lo relacional.

Requiere revisión y cambios de creencias y adquisición de habilidades y competencias, pero cuando se dan estos cambios, se mantienen en el tiempo y son la clave para transformar las relaciones de género y generar espacios relacionales igualitarios y saludables.

El último aspecto que quiero señalar es la capacidad de crear redes de apoyo entre las mujeres que asisten a las Escuelas, ya que más allá de las diferencias, se crean vínculos desde la complicidad y el reconocimiento de una situación común. Ello se expresa de múltiples formas, desde la movilización social ante situaciones de violencia o discriminación, hasta la creación de espacios solidarios y de ayuda mutua.

Esto último se ha constatado durante la pandemia, ya que de forma espontánea han aprovechado la red que posibilita las escuelas y han funcionado como apoyo, tanto a nivel emocional, de acompañamiento en situaciones de soledad, como de ayuda concreta en compras, etc.

Sabemos que una sociedad con redes comunitarias de reciprocidad y confianza, es una sociedad que promueve la salud, la equidad y el bienestar, además de generar sensibilización y comprensión hacia fenómenos sociales como las injusticias y las desigualdades.

12 Sanz, F. (2016). *El buen trato como proyecto de vida*. Kairós Barcelona.

Por todo ello, es importante que conozcan los resultados y la repercusión de estos grupos, tanto la población general, pero sobre todo los agentes del ámbito de la salud y los Servicios Sociales, órganos de gobierno municipal, etc., no sólo para promover su desarrollo, sino para maximizar la utilización de estos espacios, trabajando objetivos comunes, creando sinergias entre recursos y rentabilizando esfuerzos.

Creo que la inversión en experiencias de empoderamiento con mujeres, contribuye no sólo a su mejoría y desarrollo personal, incide también en el cambio en general en las relaciones, en las creencias que sostienen la desigualdad, promueve valores solidarios para toda la ciudadanía, y contribuye a la transformación social en pos de un mundo más justo e igualitario.

Referencias bibliográficas

Álvarez, R. M., Bojo, M.J., Millán, R., Cabrera, N., Álvarez, M. y Madrid, A.M. (2016). Manual de Recomendaciones de Buenas Prácticas. Consejo General de la Psicología de España. Grupo de Psicología e Igualdad de Género.

Bosch, E., Ferrer, V.A. (2019). El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja. De la “ceguera” de género a la investigación específica del mismo. *Anuario de psicología jurídica*, ISSN 1133-0740, Nº. 29, 2019. págs. 69-76.

Burin, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1991). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires. Paidós.

Charlier S. y Caubergs L. (2007). El proceso de empoderamiento de las mujeres: Guía metodológica. Coordinadoras de la investigación del grupo de trabajo: «Género e Indicadores» de la Comisión de Mujeres y Desarrollo.

Freire, P. (1984). *La educación como práctica de la libertad*. México, D.F: Siglo Veintiuno Editores.

García Calvente, M.M., Jiménez Rodrigo, M.L., Martínez Morante, E. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud de Andalucía.

Instituto de la Mujer, Madrid <https://www.inmujer.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/DebateDocumentos/IIJornadasSaludmental.pdf>

Martínez Benlloch, I. (2006). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género y salud. Universidad de Valencia.

Mas, J., Tesoro, A. y Sanz, A. (1993). Influencia de los factores sociales en la psicopatología de la mujer. En J. Mas y A. Tesoro (coords.). *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Nogueiras, B. (2013). Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España (1975-2013). Trabajo final del Máster Universitario de Estudios Feministas. Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid

Pikaza, M. (2017). Espacios propios para las mujeres y procesos de empoderamiento: escuelas de empoderamiento de Bizkaia. Premio Emakunde 2017.

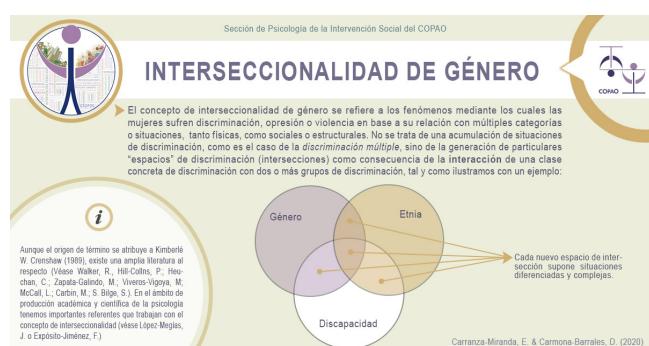
Sánchez Alías A., Martínez García M.F. (coordinadores), Piñero Cabanillas R., Torres Fernández J.A., Pérez Fernández L.A., Eguzquiza Solís I., Ollero Muñoz A., Rovira Prats J., Rodríguez Molino M.A. (2018). Reflexiones en torno a la Psicología de la Intervención Social y el Sistema de Servicios Sociales. Ed. Consejo General de la Psicología de España.

Távora, A. (2007). Subjetividades, subordinación y malestares de las mujeres. Revista Mujer Salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. 2/2007.

Sanz, F. (2016). *El buen trato como proyecto de vida*. Kairós Barcelona.

Wieringa, S. (1997). Una reflexión sobre el poder y la medición del empoderamiento de género del PNUD. En M. León, Poder y Empoderamiento de las Mujeres (págs. 147-172). Bogotá: TM Editores.

Young, K. (1997). El potencial transformador en las necesidades prácticas: Empoderamiento colectivo y proceso de planificación. En M. León, Poder y Empoderamiento de las Mujeres (págs. 99-118). Bogotá: TM Editores.



Zonas desfavorecidas y trastorno traumático del desarrollo. Impacto de la adversidad temprana vivida en la transmisión intergeneracional de la exclusión social

Jesús Gámiz Ruiz. Colegiado nº AO08865.

Miembro de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.
Psicólogo en el Plan Local de Zonas Desfavorecidas de Fuentevaqueros, Diputación de Granada.

Resumen

La Intervención en Zonas Desfavorecidas es una de las prioridades (actuales e históricas) de la intervención social, como refleja el desarrollo de la Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social (ERACIS), un fuerte esfuerzo administrativo a nivel europeo, autonómico y local para modificar las situaciones de vulnerabilidad, riesgo y exclusión social que se concentran en espacios geográficos delimitados.

Estas Zonas Desfavorecidas (anteriormente llamadas zonas de transformación social, barriadas, etc.) se caracterizan por la cronicidad de los elementos de exclusión que se replican por generaciones, expresándose con altos índices de analfabetismo y fracaso educativo, desempleo, adicciones, infravivienda, violencia y conflictividad social.

El presente artículo pretende ampliar la comprensión de la cronicidad de las situaciones de exclusión social en las zonas desfavorecidas desde los conocimientos actuales acerca del apego, la adversidad temprana y sus impactos en el desarrollo, proponiendo que la generalización de prácticas de crianza inconsistentes, insensibles y violentas en el entorno pueden

generar lo que se podría llamar como Zonas Traumatizadas.

Palabras clave: Zonas Desfavorecidas, Apego, Trastorno Traumático del Desarrollo, Zonas Traumatizadas

La concentración de las personas en exclusión en unos espacios geográficos delimitados ha sido objeto de interés y estudio por parte de las disciplinas de la intervención social, desarrollando distintos modelos descriptivos de las características de las zonas y las problemáticas existentes. Desde la Psicología de la Intervención Social se han descrito algunas de las variables predominantes en estos espacios (las dificultades para la gestión emocional y del conflicto, alta prevalencia de drogodependencias y trastornos de salud mental, presencia generalizada de conductas violentas), así como la transmisión generacional de los mismos a través del modelado y del propio entorno como agente de aculturación. En el presente artículo se pretende incorporar a este conocimiento reciente acerca de los efectos de la adversidad temprana en los sistemas neurológicos y de apego, desvelando cómo estos daños estructurales pueden ser determinantes para la resistencia al cambio con las intervenciones tradicionales.

Características psicológicas en las zonas desfavorecidas y adversidad temprana

Algunas de estas características existentes en las zonas (precariadad económica, precariadad en la vivienda, abuso de drogas, inestabilidad emocional, desorganización de la vida cotidiana, hacinamiento, conductas ilícitas, presencia de conductas violentas, violencia de género) actúan como potentes estresores para los adultos y van a influir en la crianza de los niños y niñas.

De esta manera vamos a encontrar en las Zonas Desfavorecidas niños y niñas expuestos a conductas violentas (de género, entre iguales, violencia sexual) desde las edades más tempranas, con figuras de cuidado inestables (tanto en lo emocional como en la permanencia de referentes de apego) e inconsistentes (con frágiles estructuras de normas y rutinas).

Estas variables en sus formas más graves generan situaciones que dan pie a la intervención de equipos especializados (Equipos de Tratamiento Familiar) o incluso en resoluciones de desamparo en las que la administración asume la tutela de los menores como medida de protección de los mismos.

Sin embargo, existen un gran número de familias en estas zonas donde los menores se mantienen expuestos a estas circunstancias sin que se valore la adopción de las medidas antes mencionadas. Estas familias son las usuarias más habituales de Escuelas-Hogar y de la mayoría de los Servicios de Infancia y Familia de los Servicios Sociales Comunitarios, con intervenciones orientadas a la prevención y en muchas ocasiones a la minimización del riesgo al que están expuestos estos niños y niñas.

En los últimos tiempos se ha avanzado en el conocimiento de cómo estas situaciones de maltrato y abandono por parte de los referentes de cuidado impactan de manera significativa

en el desarrollo de los niños y las niñas que viven esta adversidad temprana, el cual podría describirse en tres niveles:

Sistema de Apego: Explica cómo las experiencias en la primera infancia van a ser determinantes para la conformación del sistema afectivo del niño o la niña, mediado por la capacidad de las personas que se encargan del cuidado de proporcionarle un contexto seguro y sensible a sus necesidades. Este sistema afectivo se consolida a nivel cognitivo en unos Modelos Internos de Trabajo (MIT) junto con los que va a configurar su manera de relacionarse con el mundo y con los demás.

Así, una crianza en la que falten condiciones de seguridad (alimentación, vivienda) o con una respuesta inestable por parte de la figura de cuidado a las necesidades del niño o la niña va a generar una inseguridad de base que puede expresarse de manera más inhibida (Apego Evitativo), o de manera más ansiosa (Apego Ambivalente). En los casos donde es frecuente la violencia, el abuso sexual o la presencia de madres/padres/cuidadores atemorizantes o atemorizados podrá desarrollarse lo descrito como Apego Desorganizado, consolidando en el adulto una base afectiva inconsistente con incapacidad de contener su experiencia interna, sintomatología disociativa, así como predisposición a psicopatologías graves como el trastorno límite de la personalidad o la psicosis.

• **Neurodesarrollo:** en los últimos años se ha ampliado significativamente el conocimiento acerca del impacto de esta adversidad temprana en el desarrollo del cerebro, destacando el impacto en el sistema límbico (hipocampo, amígdala y núcleo accumbens) y sus conexiones con la corteza prefrontal para la regulación emocional. Así este daño emocional se traduce en un daño neurológico estructural que va a condicionar el funcionamiento del futuro adolescente y adulto.

De esta manera, menores que han estado expuestos a adversidad temprana van a presentar dificultades severas en el aprendizaje (daño en el hipocampo), dificultad para gestionar sus emociones (circuito límbico-prefrontal), así como para planificarse y mantener una conducta en un objetivo (prefrontal).

- **Comportamental:** estos daños en el sistema de apego y en el neurodesarrollo van a tener una clara expresión en la conducta, tanto en la infancia como en la adolescencia y en la adultez.

Durante la infancia y la adolescencia esta dificultad para regular sus experiencias internas va a provocar dificultades cognitivas para el aprendizaje (elevado fracaso escolar), conductas impulsivas o retraídas, conductas temerarias, de riesgo y/o desafiantes. Estos menores se caracterizan además por la dificultad para interiorizar las normas y mantener una tarea en el tiempo, siendo diagnosticados con frecuencia como TDAH, Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Disocial.

Si el daño persiste en el adulto va a expresarse en dificultad para mantener un puesto de trabajo, propensión a desarrollar adicciones, así como a implicarse en conductas violentas y/o delictivas.

El trastorno traumático del desarrollo

Bessel van der Kolk (2005) ha formulado la propuesta diagnóstica más aceptada para describir este daño bajo el concepto de Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD), descrito con los siguientes criterios:

- A. Exposición. El menor ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos a lo largo de un período de por lo menos un año comenzando en la infancia o adolescencia temprana, incluyendo:

A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal, y

A.2. Disrupciones significativas en los cuidados básicos como resultado de cambios repetidos de cuidador primario, separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de la activación (arousal), incluyendo por los menos dos de los siguientes ítems:

B.1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, enojo, vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos o inmovilización.

B.2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (perturbaciones persistentes en el sueño, alimentación y control esfinteriano; hiper o hipo-reactividad al tacto y a los sonidos; desorganización durante la transición entre rutinas).

B.3. Reconocimiento disminuido/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales [despersonalización, discontinuidad en los estados afectivos, embatamiento afectivo, analgesia física y dificultad para el reconocimiento de emociones].

B.4. Dificultad en la descripción de emociones y estados corporales [dificultad para describir estados internos o para comunicar necesidades tales como hambre o la evacuación y eliminación].

C. Desregulación Atencional y Conductual. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con el

mantenimiento de la atención, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

- C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro.
- C.2. Deterioro en la capacidad de auto protegerse, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones violentas [conductas sexuales de riesgo, descontrol impulsivo, subestimación del riesgo, dificultad para comprender las reglas, para planificar la conducta y anticipar las consecuencias].
- C.3. Intentos desajustados de auto-calma (movimientos rítmicos, masturbación compulsiva) [incluye consumo de sustancias].
- C.4. Auto-lesión habitual (intencional o automática) o reactiva [cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse].
- C.5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a uno objetivo [falta de curiosidad, dificultades para planificar o completar tareas, abulia].
- D. Desregulación del Self (sí mismo) y Relacional. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con su sentido de identidad personal e involucración en las relaciones, incluyendo por lo menos tres de los siguientes ítems:
- D.1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos (incluyendo una actitud temprana de cuidado hacia otros).
- D.2. Persistente sentido negativo de sí mismo, incluyendo odio hacia sí mismo,

impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.

- D.3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en las relaciones cercanas con adultos o pares [incluye expectativa de ser victimizado por otros].
- D.4. Reactividad física o agresión verbal [impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora] hacia pares, cuidadores u otros adultos.
- D.5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluyendo –pero sin limitarse a la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva en pares o adultos en busca de seguridad o reaseguro.
- D.6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática (empathic arousal) evidenciado por una falta de empatía o por intolerancia a, las expresiones de estrés de los otros, excesiva respuesta al distrés/perturbación de los otros.
- E. El niño o adolescente muestra al menos un síntoma de al menos de las tres categorías previas B, C y D.
- F. La duración de la alteración es de un mínimo de seis meses.
- G. Dificultades funcionales, la alteración del niño o adolescente provoca una disminución significativa de al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento:
- I. Escolar: bajo rendimiento, inasistencia, problemas disciplinarios, deserción, fallas para completar el grado/ciclo, conflictos con el personal escolar, trastornos de aprendizaje y dificultades intelectuales que no pueden ser

explicadas por trastorno neurológico u otros factores.

- II. Familiar: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego y búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física o emocionalmente a miembros de la familia, incumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.
- III. Grupo de Pares: aislamiento, afiliaciones desajustadas, conflicto físico o emocional persistente, involucración en violencia o actos inseguros, estilos de interacción o afiliación inadecuados para la edad.
- IV. Legal: arrestos/reincidencia, detención, condenas, cárcel, violación de libertad condicional o de otras órdenes legales, aumento en la gravedad de los delitos, delitos contra otras personas, desinterés por la ley o las convenciones morales estándar.
- V. Salud: Enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo los sistemas digestivos, neurológico (incluyendo síntomas conversivos y analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo, o sensorial, o dolores de cabeza severos (incluyendo migrañas) o dolor crónico o fatiga.
- VI. Vocacional: desinterés en el trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, sub- empleo en relación con las capacidades que posee, fallas en el logro de avances esperables.

Observando la sintomatología descrita, especialmente el último epígrafe sobre las dificultades funcionales, podemos encontrar un compendio de las dificultades que se encuen-

tran habitualmente en las zonas: bajo rendimiento escolar y trastornos de aprendizaje, conflictividad escolar y familiar, involucración en violencia y conductas de riesgo, delincuencia, desinterés en el trabajo/vocación, incapacidad para mantener empleos... entre otros.

Por los tanto, si aceptamos que en las zonas desfavorecidas son frecuentes las situaciones de crianza caracterizadas por inseguridad en la vivienda y la alimentación, desorganización de las rutinas, inestabilidad emocional de los adultos y exposición a la violencia, podemos entender que va ser frecuente la presencia de este daño traumático en los jóvenes y adultos de estas zonas.

Así el TTD podría ser un elemento clave para comprender la cronicidad de la situación de exclusión, ya que estos adultos van a ser las figuras de referencia de sus hijos, los cuales van a estar expuestos a la misma adversidad temprana y a los mismos daños, perpetuándose en lo que podrá considerarse como **Zonas Traumatizadas**.

Implicaciones para la práctica comunitaria

En función de este análisis, podemos entender que la adversidad temprana generalizada en Zonas Desfavorecidas puede ser un fuerte factor explicativo para comprender los comportamientos vinculados a la exclusión social que aparecen frecuentemente en estos contextos.

Este impacto traumático además va a perdurar en el tiempo si no recibe la atención adecuada, configurándose como un elemento clave para la cronicidad y el mantenimiento de la realidad de exclusión. En los últimos años se han desarrollado sólidos modelos de intervención en el TTD y adversidad temprana, entre las que destacamos el modelo A-R-C de Blaustein y Kinniburgh (2019) o aquí en España, el modelo de Traumaterapia Infantil Sistémica de Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan, con muchos

elementos en común (necesidad de contexto seguro, neurosecuencialidad, intervención con la persona y con el entorno...).

El traslado de estos modelos a la intervención social no es fácil ni directo, (éstos parten de un enfoque terapéutico). No obstante, podemos obtener varios aprendizajes que debemos incorporar desde la Psicología de la Intervención Social en el abordaje de las Zonas Desfavorecidas, entendiendo el daño y la herida que existe detrás de estos comportamientos que llevan a la exclusión. Vamos a señalar siete:

1. **CONTEXTO VITAL SEGURO:** La vivencia de trauma se activa cuando existe la percepción de que hay un peligro para la vida. Desgraciadamente, en nuestras zonas encontramos familias con carencias en necesidades básicas para la supervivencia, como son la alimentación o la vivienda. Asegurar la cobertura de estas necesidades debe ser un punto de partida, consolidando medidas de Ingreso Mínimo y asegurando la cobertura universal de las mismas.
2. **SEGURIDAD RELACIONAL. PERMANENCIA DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA:** El daño en el sistema de apego se genera en el vínculo primario y de la misma manera se expresa en la manera de establecer nuevos vínculos (evitativos, ansiosos o desorganizados). Es por esto que la primera y fundamental tarea de la intervención va a ser, de manera ineludible, generar una vinculación segura que permita plantear objetivos posteriores.

Esta premisa, común en cualquier proceso de cambio, se ve a menudo olvidada desde los recursos saturados y burocratizados, que centran la interacción con la persona usuaria en arreglar papeles o exigir compromisos. Una nueva humanización de los servicios, que ponga la Relación de Ayuda

y la Alianza con el usuario en primer término, podría facilitar la adherencia a las intervenciones y provocar cambios más estables.

3. **IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE PROCESO (NO PUNTUAL):** La relevancia del factor psicológico en el funcionamiento de las personas residentes en Zonas Desfavorecidas (desregulación fisiológica, afectiva y comportamental) va a exigir la presencia de profesionales de la psicología como referentes de este tipo de usuarios. Además, como anteriormente se recoge, estableciendo una relación estable y segura que le permita el acceso a posteriores objetivos (empleo, educación, conflictividad...) y que acompañe en las dificultades que previsiblemente van a aparecer.
4. **INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL APEGO:** Atendiendo a la inevitable preventión, la influencia de estas experiencias en los primeros meses nos exige una intervención precoz que comience desde el mismo embarazo y ponga las condiciones el desarrollo de un sistema sano de Apego.

En coordinación con los dispositivos de salud, deberá partir de la atención a las dificultades de padres, madres y cuidadores, porque solo desde cierta estabilidad emocional van a poder favorecer un apego seguro. Deberán incluir además aspectos claves para este desarrollo emocional saludable como la sintonización y la mentalización (P. Fonagy, 1999), así como las necesidades básicas de los menores.

Las actuaciones preventivas prenatales y en primera infancia han de mostrado longitudinalmente un fuerte impacto tanto en salud como en conflictividad, adicciones y uso de los recursos (V. Escudero, 2000).

5. **PSICOEDUCACIÓN SISTÉMICA:** Las dificultades de planificación, vinculación, mantenimiento de una tarea y de gestión del conflicto provocan que los ciudadanos de zonas no hagan un uso normalizado de los sistemas de protección sociales, no siendo capaz de sostener los requisitos burocráticos y entrando fácilmente en conflicto.

Por esto, es necesario un trabajo de psicoeducación para que los profesionales de los distintos ámbitos (educativo, sanitario, administrativo, de empleo...) conozcan la sintomatología que podemos esperar en personas que han vivido adversidad temprana y (al igual que se hace con otras dificultades sensoriales o motoras) adapten su intervención a las características especiales de estos usuarios.

6. **TUTORIAS DE RESILIENCIA-MENTORING:** Grandes referentes en el trabajo de niños y niñas tempranamente dañados, como Boris Cyrulnik y Jorge Barudy, señala la importancia de la presencia de Tutores de Resiliencia para el “renacer del desarrollo psicológico tras el trauma”. Estos serían adultos (grupos o acontecimientos) con los que se da un encuentro significativo, aportando un contexto afectivo y social en el que puedan lograr “sentirse querido incondicionalmente, crecer y sobreponerse”.

Así, más allá de meritorios modelos psicoterapéuticos especializados (como el del Programa Orión de la Junta de Andalucía y la Asociación ÍMERIS), desde el enfoque comunitario contamos con el modelo de Mentoría Social como un canal que, desde la participación ciudadana, podemos promover este tipo de relaciones con los menores (y por qué no, adultos) de estas Zonas.

7. **INVESTIGACIÓN.** Esta comprensión de las Zonas Desfavorecidas (o al menos parte de estas) como Zonas Traumatizadas abre un

campo para conocer con evidencia esta realidad, siendo necesario el desarrollo de evidencias para consolidar este conocimiento.

Así, a nivel descriptivo es relevante conocer el impacto de la adversidad temprana en los adultos, se abren interesantes vías de investigación acerca de la presencia de experiencias traumatógenas y su vinculación a manifestaciones adultas del Trastorno Traumático del Desarrollo, como son Trastornos del Apego (Entrevista de Apego Adulto), Síntomas Disociativos, Trastornos Mentales Graves o dificultades generales de autorregulación.

Desde la mirada de la atención temprana, la detección de síntomas compatibles con el Trastorno Traumático del Desarrollo en menores podría permitirnos articular adaptaciones psicosociales del entorno (escuela, salud, familia) que permitan su desarrollo integrado y la reparación del daño emocional.

Por último, las intervenciones puestas en marcha también deben ser objeto de investigación para conocer su eficacia y consolidar evidencias. Modelos descritos como el de la Intervención Temprana, Terapia de Mentalización o Mentoría Social deben probar sus efectos, teniendo en cuenta en todo momento que la reparación de un trauma relacional es un proceso que requiere evaluaciones longitudinales para poder ver la consolidación del efecto de la intervención.

Referencias bibliográficas

- Baca-García, M.A., Belda-Grindley, C. & Morell Parrera, J. M. (2015). Niños niñas y adolescentes con trauma en el desarrollo. Manual de la promoción de la resiliencia infantil y adolescente, coord. por Rodríguez Muñoz, M. de la F.; Morell-Parera, J. M. y Fresnedo, J.

Baita, S. (2012). Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 4. Num. 1.

Blaustein, M. & Kristine M. (2019). Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. En *How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. New York.

Cyrulnik, Boris. (2005). *Los Patitos Feos. La Resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa. Barcelona.

Escudero, V. (2020). *Guía práctica para la intervención familiar*. 2ª edición ampliada. Junta de Castilla y León Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.

Fonagy, P. (1999). *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*. En *Aperturas Psicoanalíticas* nº 3.

Van der Kolk, B. A. (2005). *Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.

Van der Kolk, B. A. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta*. Ed. Eleftheria, Barcelona.

Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. *Intervención en Zonas Desfavorecidas (ERACIS)* (2018). Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía.

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Se trata de profesionales de la Psicología que trabajan en la Administración Pública, en concreto las Entidades Locales (Ayuntamientos y Diputaciones), que son quienes tienen las competencias en materia de Servicios Sociales Comunitarios. Forma parte del Equipo Interdisciplinar Básico de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, que son la puerta de entrada de la ciudadanía a los programas, recursos y prestaciones básicas de servicios sociales.



Escenarios en los que se interviene:

Puede prestar atención psicológica a toda la ciudadanía, aunque con especial prioridad a la Infancia, Adolescencia y Familia en situaciones de riesgo, vulnerabilidad y dificultad social. Interviene en aquellas situaciones en las que se sospecha que puede existir una situación de maltrato infantil, asegurando la protección y el interés superior de los y las menores. Asimismo aborda la dinámica familiar, los posibles desajustes convivenciales y las dificultades de adaptación que puedan existir. También interviene con diferentes escenarios de riesgo relativos a personas mayores, personas con diversidad funcional, discriminación y violencia de género, minorías étnicas e inmigrantes, entre otras. Aborda situaciones de exclusión social, situaciones de posible maltrato a personas mayores, detección de la violencia de género, situaciones de soledad y/o aislamiento social. En suma, cualquier problemática social.



Sección de
Psicología de la Intervención Social
del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

De qué forma se interviene:

Realiza una Evaluación y Diagnóstico de las situaciones individuales, familiares y grupales, así como el diseño e implementación de los diferentes Planes de Intervención. Interviene a través de la Atención directa en las diferentes problemáticas psicológicas y sociales que se le plantean. Realiza intervenciones tanto individuales como familiares, grupales y comunitarias. Utiliza herramientas como la entrevista, instrumentos legalmente establecidos como el Valórame (Instrumento para la Valoración de la Gravedad de las Situaciones de Riesgo, Desprotección y Desamparo de la Infancia y Adolescencia en Andalucía) y la Hoja de Notificación de posibles situaciones de Riesgo y Desamparo de la Infancia y Adolescencia, así como test y cuestionarios estandarizados de evaluación. Realiza informes psicológicos en relación a las diferentes personas con las que interviene, y mantiene coordinación con otras administraciones, entidades y recursos sociales para posibilitar un abordaje integral de la atención en el marco de la Psicología de la Intervención Social. Otra función muy importante es la de Dinamización mediante herramientas y estrategias propias de disciplina de la Psicología de la Intervención Social, por lo que planifica, diseña, desarrolla y evalúa proyectos grupales y comunitarios con finalidad preventiva, de promoción de bienestar psicológico y social, fortaleciendo competencias e incentivando la participación social.

Convención de los derechos del niño y psicología

Carmen María Valdivia Ruiz. Colegiada nº AO08861.

Miembro de la Sección Profesional de Intervención Social del COPAO en Almería.

Resumen

La Convención de los Derechos del Niño, a pesar de llevar vigente muchos años, no deja de ser un instrumento válido para la intervención de los y las profesionales que trabajan con la Infancia y Adolescencia. Aumentar su conocimiento implica aumentar también la sensibilidad en el enfoque de derechos y responsabilidades que debe impregnar la intervención de psicólogos y psicólogas tanto a nivel individual como familiar y/o comunitario.

Potenciar el derecho a la participación de la infancia y la adolescencia se convierte en esencial dado el propio reconocimiento que trasciende de la actual Ley de Servicios Sociales de Andalucía, promotora de la participación ciudadana.

Palabras clave: Derechos, participación, infancia, adolescencia.

Repercusiones de la CDN

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) es un documento que, a pesar de haberse firmado en 1989, sigue vigente en la actualidad. Sin embargo, aún existe un desconocimiento del alcance que tiene, no sólo en nuestra experiencia vital, sino también en el plano profesional.

La legislación de los países que la ratificaron tuvo que adaptarse a ese enfoque tanto de derechos como de responsabilidades de niños, niñas y adolescentes (NNA).

Como ejemplo, se puede citar el caso de España en materia de protección de menores. Tras la ratificación de la CDN por el Estado Español, se tuvo que adaptar la legislación a los derechos y responsabilidades reconocidas en la citada convención. Así, se plantean las bases de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor, que reformula la estructura del sistema de protección. Hasta ese momento, si un menor se encontraba en situación de desamparo, la Autoridad Judicial indicaba la adopción de medidas protectoras; en caso contrario, quedaba bajo la responsabilidad de los padres sin más valoración ni intervención.

A partir de ahí, aparece el concepto de Menor en Riesgo, creándose un sistema de protección a la infancia por vía administrativa (que comprende desde Servicios Sociales Comunitarios hasta el Servicio de Protección de Menores) para detectar, evaluar e intervenir con familias donde se valore que existen menores en riesgo.

Pero los derechos reconocidos pertenecen a diferentes áreas vitales. De las múltiples clasificaciones, una de las más utilizadas por los expertos a nivel internacional es la de las 3P:

- Derechos de provisión: los que generan el acceso a determinados bienes y servicios que garantizan las necesidades básicas así como promueven el desarrollo biopsicosocial (derecho a la salud, a la alimentación, a la educación,...).
- Derechos de protección: protección que abarca tanto a las acciones de otros

ciudadanos como a las actividades no adecuadas (trabajo, el acoso o la negligencia, entre otros).

- Participación: derecho a participar activamente y a ser tomado en consideración.

La aprobación de la CDN consiguió el reconocimiento de NNA como sujetos de derechos tras un largo camino social, cultural y político. No queda lejos la consideración de la infancia como un "objeto pasivo" que era cuidado por los adultos. De ahí se avanzó hacia el concepto de NNA como "objeto de derechos" (lo que llevaba el concepto de infancia vista desde su potencial de futuros adultos).

Actualmente, se promueve la consideración de la infancia como sujeto de derechos con personalidad propia, necesidades individuales y con derecho a tomar las decisiones que le atañen.

Pero el reto actual es conseguir que este concepto se interiorice, adoptando una actitud responsable hacia los Derechos de la Infancia. Así, se considera abordar este tema desde tres aspectos básicamente, tal y como recoge el Programa para la promoción de los derechos de la infancia que propone Unicef:

- Dimensión cognitiva o conceptual: facilita un mayor conocimiento y comprensión de los Derechos de la Infancia.
- Dimensión comportamental o estratégica a través del desarrollo de Habilidades que permitan la aplicación y la incorporación de los Derechos de la Infancia en la vida cotidiana.
- Dimensión emocional o actitudinal que pretende ayudar a valorar y predisponer al sujeto hacia el desarrollo de estos Derechos.

Como consecuencia, y valorando la dimensión de esta CDN, no podemos más que animar a que desde la disciplina de la Psicología

vayamos integrando de manera normalizada el cumplimiento de estos derechos tanto cuando se realice intervención individual o familiar, como en el desarrollo de intervenciones comunitarias.

Pero la intervención debe conllevar una perspectiva enriquecida por el propio espíritu de la CDN. Por ejemplo, no podemos quedarnos en asegurar el derecho a la educación en términos de escolarización, asistencia y aprendizaje de unas materias curriculares. La propia CDN insta a educar de un modo que los NNA conozcan dichos derechos y que sean capaces de ejercerlos, reclamarlos, respetarlos y defenderlos.

La infancia que era concebida sólo como un objeto de protección, pasa a ser considerada como un sujeto de derechos, que participa en la vida social con sus opiniones y sus aportaciones, integrándose como un miembro activo de la sociedad en situación de igualdad desde su capacidad.

La CDN debe ser un instrumento de promoción de la infancia, ya que permite que NNA:

- Conozcan sus derechos para generar auto-protección. Sabrán cómo y cuándo sus derechos se reconocen o se ignoran.
- Conozcan sus responsabilidades como facilitadoras de la auto-regulación, gestionando sus acciones y la interacción con otros miembros de la comunidad.
- Entiendan que todos los NNA tienen los mismos derechos, lo que promueve un clima de respeto a los derechos y necesidades de los otros.

Esta sensibilidad implica la innovación en muchos aspectos que, sin lugar a dudas, van a conllevar un impacto positivo en el desarrollo tanto individual como colectivo de nuestra comunidad. Introducir conceptos como "construir ciudadanía" basándonos en la garantía

de cumplimiento de todos los derechos desde el enfoque de un ejercicio responsable de los mismos generará indicadores de mejora en la calidad de vida de la sociedad.

La intervención comunitaria debe nutrirse de todos estos conceptos, entre otras cuestiones debido a que la actual Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía reconoce la Participación Social como principio básico de la intervención social, entendiendo el entorno comunitario como facilitador del desarrollo de la persona como individuo y como miembro activo de la comunidad.

La participación infantil implica que los menores de edad tienen derecho a ser consultados sobre las situaciones que les afecten así como que sus opiniones deben ser tenidas en cuenta. Esto no significa que los adultos pierdan autoridad frente a los niños ya que la participación supone una responsabilidad que debe ir aumentando conforme a la edad, siendo ésta importante para que los niños y jóvenes alcancen su madurez.

No sería posible que, dado que uno de los principales objetivos de la intervención es el de promover un entorno comunitario facilitador del desarrollo de la persona como individuo y como miembro activo de la comunidad, se plantee un modelo de trabajo que no tuviera en cuenta la opinión de sus miembros, no pudiendo obviar a NNA que forman parte de ella.

Pero este concepto de participación también cuenta ya con escalas que nos permiten valorar el tipo de actuación que estamos realizando, de entre las cuales destacamos la Escalera de Participación de Roger Hart (tabla 1), dado que es una de las más utilizadas.

Tabla 1: Escalera de Participación de Roger Hart

Escalera de la participación de Roger Hart	
Hart, R.A. (1992). Children's Participation, from Tokenism to Citizenship. UNICEF, Florence.	
Hart se ayuda de una escalera con 8 peldaños (niveles) para identificar cuando no y cuando si, se generan experiencias reales de participación infantil.	
Los criterios cualitativos que distinguen un nivel de otro son: el grado de implicación de los niños, niñas y adolescentes y la relación Adultos-infancia/adolescencia.	
1. Los tres primeros peldaños se corresponden con una participación ficticia, y son:	
1. La manipulación: Los niños, niñas y adolescentes desconocen o no comprenden el motivo de su participación. Esto ocurre porque los adultos usan la voz de los niños para comunicar mensajes que no les son propios.	
2. La decoración: Toman parte como figurantes en una encuestificación, sin haber sido oportunamente informados, ni involucrados en la planificación y organización de las actividades.	
3. La participación simbólica: Se da la oportunidad a los niños, niñas y adolescentes de expresarse, pero éstos no pueden elegir los temas sobre los que tienen que opinar, se trata además de declaraciones no vinculantes, sin gran incidencia posterior.	
A partir del cuarto escalón aparecen los "escalones participativos":	
4. Asignados, pero informados: Los niños, niñas y adolescentes toman parte porque se les ha informado, pero las decisiones sobre cómo y en qué pueden participar vienen de los adultos.	
5. Informados y consultados: Los adultos tienen en cuenta las opiniones infantiles para abordar actuaciones o proyectos. Estas actuaciones son llevadas por adultos.	
6. Iniciada por los adultos, y decisiones compartidas con los niños, niñas y adolescentes: Los mayores implican a los más jóvenes en la toma de decisiones sobre acciones y proyectos.	
7. Iniciada y emprendida por los niños, niñas y adolescentes: Estos proyectan y ejecutan.	
8. Iniciada por los niños, niñas y adolescentes pero éstos, optan por involucrar a los adultos.	

Referencias bibliográficas

Convención de los Derechos del Niño (2006). ONU. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 (1990). Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312>

Unicef, "Cree, Crece, Responsabilízate y Crea". Programa para la promoción de los Derechos de la Infancia (2017). UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/unicef-educacion-CREC-crece-responsabilizate-crea-programa-promocion-derechos-infancia.pdf>

Unicef, "Ciudades Amigas de la Infancia". <https://ciudadesamigas.org>

Hart, R.A. (1993). La Participación de los niños: de la participación simbólica a la participación auténtica. Ensayos Innocenti Nº 4, UNICEF.

Enriquecimiento individual durante el COVID-19: Gratitud y compasión como correlatos del crecimiento personal

Ana M. Beltrán Morillas.

Francisca Expósito Jiménez. Colegiada nº AO06426.

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Departamento de Psicología Social, Universidad de Granada, España.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación otorgada por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad para el proyecto de I+D+i "Nuevas formas de violencia de género: factores de riesgo y protectores para el bienestar psicosocial [PSI2017-84703-R (MINECO/AEI/FEDER/UE)]".

Declaración de Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

ORCID iDs

Ana M. Beltrán-Morillas <https://orcid.org/0000-0001-8950-1853>

Francisca Expósito <https://orcid.org/0000-0001-6157-4292>

Resumen

La Comisión Nacional de Salud ha clasificado el COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019) como una enfermedad tipo B altamente contagiosa que requiere medidas de control y prevención, y que ha causado graves consecuencias físicas y un impacto psicológico potencialmente significativo en todo el mundo. La literatura empírica ha documentado ciertas

variables psicológicas que se han observado relevantes al enfrentar experiencias de vida complejas, y que parecen asociarse con altos niveles de crecimiento personal, como son la gratitud y la compasión hacia los demás. En virtud de ello, mediante una metodología correlacional ($N = 392$ participantes españoles [Medad = 32.08, DT = 12.58]), se trató de examinar cómo la gratitud y la compasión se relacionaban con el crecimiento personal frente a la situación extraordinaria originada por la pandemia del COVID-19. Los resultados revelaron que la gratitud y la compasión se asociaron con un mayor crecimiento personal. Los resultados también evidenciaron que la gratitud se relacionó con un mayor crecimiento personal a través de la compasión. Se discuten estos hallazgos enfatizando en cómo las personas podrían beneficiarse de estos mecanismos psicológicos para intentar afrontar positivamente la situación del COVID-19, así como sus posibles implicaciones para la práctica terapéutica.

Palabras clave: compasión, COVID-19, crecimiento personal, gratitud, relaciones sociales

Enriquecimiento individual durante el COVID-19: Gratitud y compasión como correlatos del crecimiento personal

Generalmente, las personas tienden a percibir los sucesos negativos como vivencias significativas que favorecen su crecimiento personal

(e.g., Calhoun & Tedeschi, 1990; King & Miner, 2000; Park & Helgeson, 2006). Por ejemplo, un estudio cualitativo sobre diversas experiencias de duelo llevado a cabo por Calhoun y Tedeschi (1990) reveló que, más del 80% de las personas que participaron se identificaron como más sabias, maduras, fuertes, y capaces de afrontar otras crisis vitales. En la misma línea, una revisión teórico-empírica desarrollada por Linley y Joseph (2004) documentó que después de experimentar prácticamente cualquier acontecimiento negativo, las personas afectadas suelen percibir un alto porcentaje de resultados positivos como consecuencia de su experiencia de vida. Es decir, ante la adversidad, las personas parecen mantener la creencia de que “lo que no me mata me hace más fuerte”, considerándolo como un tipo de afrontamiento positivo (King & Miner, 2000). En este sentido, el crecimiento personal se ha precisado como una transformación intraindividual que puede ser afectiva, cognitiva o conductual, capaz de convertir al individuo en un organismo más completo y funcional (Prochaska & DiClemente, 2005).

Actualmente existe cierto consenso acerca de que los acontecimientos estresantes y traumáticos pueden fomentar el crecimiento personal y el cambio positivo (e.g., Joseph & Linley, 2006; Park & Helgeson, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). De acuerdo con el modelo funcional-descriptivo (Tedeschi & Calhoun, 2004), los sucesos traumáticos resultan en una devastación de la sinopsis anterior al trauma, desmoronando metas y objetivos personales, convicciones, y estrategias previamente adquiridas para la gestión del dolor emocional. Subsecuentemente, dicha ruptura de los esquemas pre-traumáticos parece implicar una acción introspectiva, mediante la cual los individuos tratan de dar sentido a lo sucedido y combatir su reacción emocional ante el episodio traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). Atendiendo a la pandemia del COVID-19, es fundamental señalar que la Comisión Nacional de Salud ha

calificado el COVID-19 como una enfermedad tipo B altamente contagiosa (Li et al., 2020), advirtiéndose como un suceso significativo que puede conllevar estrés postraumático (Liu et al., 2020); si bien no sólo causa consecuencias generalizadas a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social (e.g., desconcierto, incertidumbre, insomnio, miedo a transmitir el virus o ansiedad; Bo et al., 2020; Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Shahid et al., 2020). No obstante, pese a que esta enfermedad está incrementando el miedo y ocasionando una gran inseguridad sobre el futuro, también parece estar modificando las preferencias de las personas y afectando sobre los niveles de conciencia (Fiorillo & Gorwood, 2020; Li et al., 2020). Una indicación de ello podría observarse a partir del trabajo de Lau y cols. (2006), quienes a través de un estudio de corte correlacional realizado durante la pandemia SARS-CoV (síndrome respiratorio agudo grave asociado al coronavirus, de características similares a las del COVID-19; El Zowalaty & Järhult, 2020), revelaron que las personas documentaron cambios beneficiosos en su estilo de vida o resultados positivos como un mayor sentido de crecimiento personal, más allá de efectos nocivos para la salud mental (e.g., sensación de abandono, malestar, abatimiento o insomnio).

En un matiz diferente, se ha sugerido que recapacitar sobre las propias eventualidades de la vida y mostrar gratitud por ellas, es una forma común de lidiar con situaciones adversas (e.g., Coffman, 1996). En el sentido mundano, la gratitud se ha asociado con la sensación de que se ha recibido una ganancia personal debido a la bondad de otra persona, sin que esta ganancia haya sido intencionalmente buscada o merecida (Emmons & McCullough, 2003). Aún más, la gratitud parece fortalecer prácticamente todos los dominios de las experiencias humanas sin importar si proceden de la apreciación de la belleza del universo, de las acciones afables de los demás, o del reconocimiento de las cualidades que uno mismo adquiere en

la vida (Emmons & Stern, 2013), refiriéndose como "una emoción, una actitud, una virtud moral, un hábito, un rasgo de personalidad y una respuesta de afrontamiento" (Emmons et al., 2003, p. 327). En lo que concierne a este último aspecto, se ha encontrado que la gratitud se establece como una de las asociaciones más fuertes de la salud mental (e.g., Armenta et al., 2016; Emmons & Stern, 2013; McCullough et al., 2002), y juega un papel significativo en el camino hacia la superación o crecimiento personal tras vivenciar acontecimientos negativos, contribuyendo a la restitución de la actividad positiva diaria (e.g., soldados después de la guerra de Vietnam; Kashdan et al., 2006). Trabajos previos han demostrado en este sentido que, frente al estrés inducido por el trauma, las personas que manifiestan gratitud presentan una alta resiliencia, se recuperan rápidamente de la enfermedad, y disfrutan de un mayor bienestar físico (e.g., Armenta et al., 2016; Emmons & Stern, 2013). Del mismo modo, también se ha señalado que la gratitud se relaciona positivamente con el bienestar psicológico (McCullough et al., 2002), la generosidad y la cooperación (Emmons & Stern, 2013), con un sentido de conexión y con el desarrollo de recursos personales que impulsan el crecimiento en presencia de sucesos o enfermedades complejas (e.g., Armenta et al., 2016). Por ello, si bien hasta la fecha no se tiene conocimiento acerca de la asociación entre la gratitud y el crecimiento personal frente a una situación excepcional como la generada por la enfermedad del COVID-19 (e.g., miedo, ansiedad, desesperanza o incertidumbre; Bo et al., 2020; Huang et al., 2020; Li et al., 2020), no resultaría extraño esperar una relación positiva entre ambos constructos, dado se trata de un acontecimiento considerado como potencialmente significativo y traumático para la vida de las personas (e.g., Bo et al., 2020; Li et al., 2020).

De forma semejante, la compasión hacia los demás se ha precisado como un proceso relacional que se caracteriza por una profunda

sensibilidad al sufrimiento de los demás y un intenso deseo de disminuir ese dolor o malestar (e.g., Gilbert, 2014; Goetz et al., 2010). Es decir, para desarrollar la compasión hacia los demás es necesario ser consciente de su aflicción (Goetz et al., 2010; Neff & Dahm, 2015), suscitándose especialmente cuando se trata de personas frágiles o vulnerables (e.g., personas sin hogar o niños que sufren desnutrición; Oveis et al., 2010). En base a estos fundamentos, son varias las investigaciones que señalan que la compasión hacia los demás tiende a manifestarse en situaciones dolorosas y difíciles (Giovannoni, 2017; Neff & Pommier, 2013), asociándose con un mayor sentido de humanidad (Giovannoni, 2017; Hofmann et al., 2011), una mejora de la salud mental (Holt-Lunstad & Smith, 2012), y un incremento del sentido de crecimiento personal que parece resultar de mostrar apoyo y atención a los demás (Watson, 2018; Wayment et al., 2015). De ahí que, debido a la atención y plena conciencia de las necesidades e inquietudes de los demás, la compasión se haya asociado con una gran fortaleza psicológica (Neff & Seppala, 2017). En este punto, es necesario reconsiderar que la situación extraordinaria provocada por la pandemia del COVID-19 está causando aflicción en la población mundial, y afectando principalmente a las personas más vulnerables (i.e., personas con patologías previas y personas de la tercera edad; Shahid et al., 2020). Es por ello que, ser consciente en el momento actual de las necesidades y dificultades de los demás pudiera favorecer los sentimientos de compasión (i.e., sensibilidad y deseos de paliar el sufrimiento de los demás; Gilbert, 2014; Goetz et al., 2010), y resultar en un mayor sentido de crecimiento personal (Neff & Seppala, 2017). Así, cabría esperar que la compasión en estos tiempos de COVID-19 se asociase positivamente con el crecimiento personal.

En última instancia, aunque los estudios existentes hasta la fecha son limitados, la evidencia empírica ha revelado que la gratitud se

asocia positivamente con la compasión (Kim et al., 2018). Parece ser que la gratitud posibilita que las personas aprecien los sucesos vitales, suscitándose en ellas un aliciente para comprometerse con la sociedad, a fin de incrementar y compartir la afabilidad recibida (Emmons & Stern, 2013). En otras palabras, la gratitud se encontraría asociada con una sensación de conexión con la humanidad que procede de los actos de compasión, debido a que la vida tiende a percibirse como una red dilatada de interdependencia y reciprocidad que erige al ser humano (Barlett & DeSteno, 2006; Emmons & Stern, 2013). Así, el hecho de apreciar el recibimiento de bondad por parte de los demás, puede inducir a las personas a realizar actos de generosidad y desarrollar sentimientos de compasión por quienes necesitan ayuda, aún más bajo circunstancias difíciles (Barlett & DeSteno, 2006; Kim et al., 2018). Tomando en consideración lo acabado de reseñar, es posible conjeturar que la compasión podría actuar como un posible mediador de la relación entre la gratitud y el crecimiento personal. De forma precisa, y atendiendo a los efectos que está ocasionando la pandemia del COVID-19 (e.g., Bo et al., 2020; Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Shahid et al., 2020), pudiera ser que encontrarse agradecido o agradecida por las cualidades que se lucran en la vida, por la apreciación de lo bello de la naturaleza, o por las acciones afables de los demás (Emmons & Stern, 2013), se asocie con sentimientos de compasión hacia los demás, y en especial, hacia las personas más vulnerables (Oveis et al., 2010; Shahid et al., 2020). Consecuentemente, la compasión podría favorecer el sentido de humanidad (Giovannoni, 2017; Hofmann et al., 2011), y la atención plena de las necesidades de los demás, relacionándose en última instancia, con un mayor sentido de crecimiento personal (Watson, 2018; Wayment et al., 2015).

En vista de lo expuesto precedentemente, la presente investigación tuvo como objetivo fundamental aproximarse a un mayor entendimiento

sobre cómo la pandemia del COVID-19 podría estar influyendo en la experiencia humana, además de intentar contribuir al tratamiento terapéutico de las personas afligidas por la enfermedad. En particular, tratamos de indagar acerca del papel de la gratitud y la compasión hacia los demás en el sentido de crecimiento personal, esperándose que (a) la gratitud y la compasión se asociasen con un mayor crecimiento personal (Hipótesis 1); y (b) la gratitud se relacionase con un mayor crecimiento personal a través de la compasión (Hipótesis 2).

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo constituida por 416 participantes españoles de población general (98 hombres y 318 mujeres) de entre 18 y 69 años ($M = 31.63$, $DT = 12.56$). Mediante el programa G*Power (Faul et al., 2009), estimamos la necesidad de reclutar a 129 participantes para realizar un análisis de regresión lineal múltiple con cuatro variables predictoras (dos covariables y dos predictores), un tamaño del efecto medio de $f^2 = .15$, un nivel de significación de $\alpha = .05$, y una potencia de .95. El único criterio de inclusión establecido para participar en el estudio, fue que los y las participantes hubieran alcanzado la mayoría de edad (artículo 12, Constitución Española de 6 de diciembre de 1978). Veinticuatro participantes se eliminaron de los análisis porque no cumplieron el cuestionario en su totalidad. Por consiguiente, la muestra final estuvo conformada por 392 participantes españoles de población general (93 hombres y 299 mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 69 años ($M = 32.08$, $DT = 12.58$).

Procedimiento y Diseño

Sin recibir compensación económica, las y los participantes completaron voluntariamente un cuestionario online a través de la platafor-

ma de investigación LimeSurvey. El estudio fue divulgado en diferentes redes sociales como Twitter, Instagram o Facebook. Antes de comenzar el cuestionario, se informó a los y las participantes de que el propósito general del estudio radicaba en examinar “aspectos psicosociales que podrían verse afectados durante la pandemia del COVID-19”. Asimismo, también se les informó acerca del anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. De acuerdo con la Declaración de Helsinki, los y las participantes marcaron una casilla que declaraba su aceptación para participar en el estudio. La investigación se llevó a cabo tras recibir la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Granada.

Para proceder a la cumplimentación del cuestionario, se instruyó previamente a las y los participantes a que respondieran a las medidas de interés (gratitud, compasión y crecimiento personal), reparando en la situación de confinamiento ocasionada por el COVID-19.

Instrumentos

Cuestionario de Gratitud

El Cuestionario de Gratitud (Magallares et al., 2018) consta de cinco ítems que evalúan las diferencias individuales en la predisposición a percibir gratitud en la vida cotidiana (e.g., “Tengo muchísimo en la vida por lo que estar agradecido/a”). Los y las participantes respondieron a esta medida utilizando una escala tipo Likert de 7 puntos, que oscila de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Este instrumento ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas en su validación en el contexto español ($\alpha = .81$). Para la presente muestra, se obtuvo un coeficiente alfa de .81.

Escala de Compasión

La Escala de Compasión (Pommier et al., 2020) se conforma de 16 ítems divididos en

cuatro subescalas, que evalúan el sufrimiento o malestar habitual de la vida de los demás: atención plena (cuatro ítems; e.g., “Escucho con paciencia cuando la gente me cuenta sus problemas”); amabilidad (cuatro ítems; e.g., “Me gusta estar ahí para los demás en momentos de dificultad”); indiferencia (cuatro ítems; e.g., “Pienso poco en las preocupaciones de los demás”); y humanidad común (cuatro ítems; “Siento que el sufrimiento solo es una parte de la experiencia humana común”). De conformidad con los estándares habituales, se realizó un proceso de traducción y retrotraducción (inglés-español/español-inglés). Las respuestas a este instrumento se basan en una escala tipo Likert que oscila de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Esta medida ha evidenciado una consistencia interna que fluctúa entre .69 y .75 para la subescala de atención plena, entre .63 y .85 para la subescala de amabilidad, entre .67 y .84 para la subescala de indiferencia, entre .66 y .75 para la subescala de humanidad común, y entre .77 y .90 para la totalidad de la escala. En este estudio, se obtuvieron coeficientes alfa de .70 para la atención plena, de .69 para la amabilidad, de .64 para la indiferencia y de .53 para la humanidad común. Para la puntuación total de la escala, se obtuvo un coeficiente alfa de .79.

Escala de Bienestar Psicológico

Se empleó la subescala de crecimiento personal, perteneciente a la Escala de Bienestar Psicológico (Díaz et al., 2006). Esta subescala está constituida por cuatro ítems (e.g., “Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona”), y cuenta con un formato de respuesta tipo Likert, que oscila de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Esta subescala ha revelado adecuadas propiedades psicométricas en su validación en población española ($\alpha = .68$). En la presente muestra, se obtuvo un alfa de .75 para la subescala de crecimiento personal.

Características Sociodemográficas

Se recopilaron datos acerca del sexo y la edad de los y las participantes.

Estrategia de Análisis

Para poner a prueba las hipótesis de investigación, primeramente se realizó un análisis de regresión jerárquica con el fin de examinar la forma en que la gratitud y la compasión se asociaban con el crecimiento personal (ver Tabla 1). Subsecuentemente, para analizar si la compasión mediaba la relación entre la gratitud y el crecimiento personal, se ejecutó un análisis de mediación simple mediante el programa macro PROCESS (Hayes, 2013; Modelo 4; Figura 1). El sexo y la edad se incluyeron como covariables en los diferentes análisis.

Resultados

Gratitud y Compasión en el Crecimiento Personal

Con el objetivo de examinar la relación entre la gratitud y compasión en el crecimiento personal (Hipótesis 1), se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica en tres pasos. Las covariables concernientes al sexo (0 = hombres; 1 = mujeres) y la edad se introdujeron en el primer paso, la gratitud como predictor del crecimiento personal en el segundo paso, y la compasión en el tercer paso. Se estandarizaron todas las puntuaciones antes de llevar a cabo el correspondiente análisis. Como puede observarse en la Tabla 1, la gratitud fue un predictor significativo del crecimiento personal en el segundo modelo y mantuvo su poder predictivo en el tercer modelo, el cual incluyó todas las variables. Al mismo tiempo, la compasión fue predictiva del crecimiento personal en el tercer modelo, incrementando el nivel de varianza que explica el modelo final. Estos resultados apoyan la Hipótesis 1.

Tabla 1

	Crecimiento Personal	
	β	95% CI
Modelo 1	$F_{(2, 389)} = .52, R^2 = .003$	
Sexo ^a	.050	-.110, .333
Edad	.014	-.006, .009
Modelo 2	$F_{(1, 388)} = 79.94, R^2 = .173^{***}$	
Sexo	-.011	-.228, .180
Edad	-.020	-.008, .005
Gratitud	.418***	.056, .087
Modelo 3	$F_{(1, 387)} = 31.30, R^2 = .235^{***}$	
Sexo	-.020	-.241, .152
Edad	-.016	-.008, .005
Gratitud	.357***	.045, .077
Compasión	.257***	.462, .964

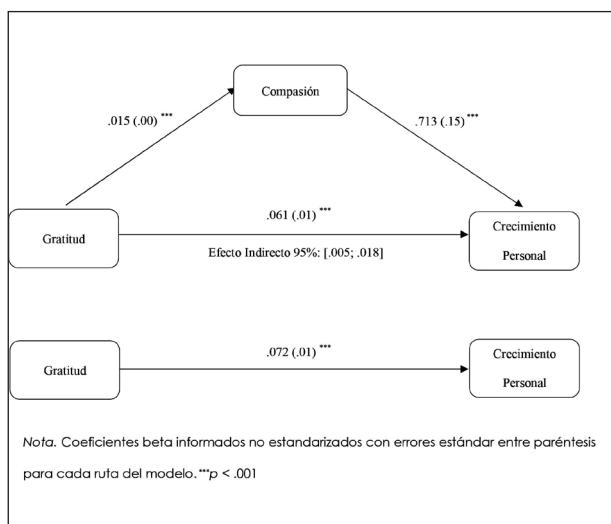
Análisis de Regresión Jerárquica de la Gratitud y la Compasión como Predictores del Crecimiento Personal

Nota. a 0 = hombres, 1 = mujeres. *** $p < .001$

El Papel Mediador de la Compasión Entre la Gratitud y el Crecimiento Personal

Para estudiar el efecto de la gratitud en el crecimiento personal a través de la compasión (Hipótesis 2), se ejecutó un modelo de mediación simple (Modelo 4 del programa macro PROCESS; Hayes, 2013). El sexo y la edad se introdujeron como covariables.

Las variables incluidas en el modelo predijeron el 23.5% de la varianza en la propensión a manifestar crecimiento personal. Tal y como se observa en la Figura 1, la gratitud se asoció indirectamente con un mayor crecimiento personal a través de sus efectos sobre el incremento de la compasión ($b = .010, SE = .00, IC 95\% [.005, .018]$). El efecto total de la gratitud en el crecimiento personal también resultó significativo ($b = .072, SE = .01, IC 95\% [.049, .094]$). Las covariables referentes al sexo y la edad no afectaron sobre el modelo de interés.

Figura 1

Modelo de Mediación Simple de la Relación entre la Gratitud y el Crecimiento Personal a través de la Compasión

Nota. Coeficientes beta informados no estandarizados con errores estándar entre paréntesis para cada ruta del modelo. *** $p < .001$

De manera adicional, se efectuó un análisis de mediación múltiple con las dimensiones de la compasión como mediadores potenciales (Modelo 4; Hayes, 2013). Los resultados revelaron que la atención plena (efecto indirecto: $b = .009$, $SE = .00$, IC 95% [.004, .017]) y la humanidad común (efecto indirecto: $b = .003$, $SE = .00$, IC 95% [.001, .010]) mediaron la relación entre la gratitud y el crecimiento personal (Figura 2).

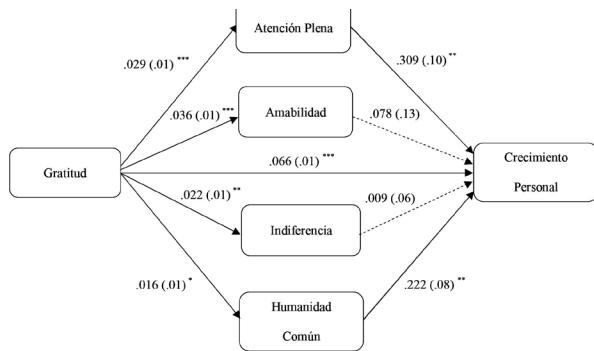
Estos hallazgos respaldan la Hipótesis 2.

Modelo de Mediación Múltiple de la Relación entre la Gratitud y el Crecimiento Personal a través de las Dimensiones de la Compasión

Nota. Coeficientes beta informados no estandarizados con errores estándar entre paréntesis para cada ruta del modelo. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .01$

Figura 2

Discusión



Esta investigación trató de examinar cómo diversos procesos psicosociales como la gratitud y la compasión hacia los demás se asociaban con el crecimiento personal en la era de la enfermedad del COVID-19, en un intento de aproximación al impacto de esta pandemia en la vida de las personas y coadyuvar en la orientación del enfoque terapéutico.

Los resultados revelaron que la gratitud y la compasión se relacionan con un mayor crecimiento personal. La gratitud favorece los cambios en la percepción de uno mismo y de los demás, y permite a las personas reevaluar su filosofía de vida (Emmons & Stern, 2013; Tedeschi et al., 1998). Principalmente bajo situaciones vitales complejas, se ha demostrado que las personas con altos niveles de gratitud suelen exhibir una mayor adaptabilidad y son más conscientes de sus capacidades (Tedeschi et al., 1998), además de hacer uso de un estilo de afrontamiento más positivo y manifestar un mayor sentido de crecimiento personal (e.g., Coffman, 1996; Calhoun & Tedeschi, 2006). De forma semejante, la compasión tiende a originarse fundamentalmente frente a sucesos vitales difíciles (Giovannoni, 2017; Neff & Pommier, 2013), y cuando las personas afectadas atienden a una naturaleza frágil o vulnerable (Oveis et al., 2010), lo que

parece acrecentar el sentido de crecimiento personal al proporcionar ayuda y cuidado a quienes lo necesitan (Watson, 2018; Wayment et al., 2015). Retomando las consecuencias psicológicas que la pandemia del COVID-19 está generando prácticamente a nivel mundial (e.g., estrés, negación, ira, o miedo; Bo et al., 2020; Ho et al., 2020), cabría la posibilidad de que las personas estuviesen reconsiderando el significado de la vida que, en última instancia, pareciera estar asociándose con un mayor sentido de superación o crecimiento personal frente a la adversidad de esta situación extraordinaria. Asimismo, la situación generada por la enfermedad del COVID-19 pudiera estar suscitando síntomas de aflicción e impotencia al advertir el sufrimiento y vulnerabilidad de las personas afectadas. Consecuentemente, esta preocupación por el bienestar de los demás podría fomentar sentimientos de compasión, y contribuir a que la realidad que estamos viviendo se perciba como una nueva oportunidad de crecimiento personal (Giovannoni, 2017). No obstante, nuestros hallazgos son preliminares, por lo que se requiere más investigación para poder aseverar tales suposiciones.

Los resultados también reflejaron que la gratitud se relacionó con una mayor compasión —y con las dimensiones concernientes a la atención plena y humanidad común—, asociándose a su vez, con un mayor crecimiento personal. Estos hallazgos pueden advertirse sugestivos dada la situación extraordinaria actual. De conformidad con trabajos anteriores (e.g., Calhoun & Tedeschi, 2006; Coffman, 1996; Lau et al., 2006), es posible que la experiencia vivenciada como consecuencia del COVID-19 estuviese favoreciendo la reflexión acerca de la vida, relaciones o valores, y fomentando el agradecimiento por lo que se adquiere o posee. Esta sensación de gratitud podría incrementar el sentimiento de compasión hacia quienes están sufriendo (Pommier et al., 2020) y, en última instancia, vincularse con un mayor sentido de crecimiento personal (Tedeschi et al., 1998). Particularmente,

la experimentación de gratitud parecería estar relacionada con niveles mesurados de conciencia sobre el malestar de los demás, y una mayor inclinación para escuchar y aliviar su sufrimiento (i.e., atención plena), así como con un sentido de conexión y la aceptación de que todas las personas padecen dificultades (i.e., humanidad común) (Pommier et al., 2020). En consecuencia, la compasión—atención plena y humanidad común—, parecería estar acrecentando la percepción de esta vivencia como significativa para el crecimiento personal. Trabajos futuros podrían tratar de replicar estos hallazgos para observar si esta asociación permanece una vez ha finalizado el periodo de confinamiento, y si la pandemia del COVID-19 está contribuyendo a que las personas se perciban más fuertes frente a la adversidad.

La presente investigación cuenta con una serie de limitaciones que deben ser tomadas en consideración. En primer lugar, dada la naturaleza correlacional del estudio, no pueden establecerse relaciones causales a partir de los resultados obtenidos. En cambio, sí proporcionan un punto de partida para poder profundizar en el fenómeno actual, además de posibilitar la observación del comportamiento de las personas en el momento presente (Stangor, 2011). Semejantemente, la investigación se focalizó en el contexto español. A este respecto, si bien es cierto que la gratitud, la compasión y el crecimiento personal pueden apreciarse como constructos generalizados, no resulta apropiado inferir que nuestros hallazgos puedan persistir en otros países occidentales o diferentes culturas (e.g., Elosúa, 2015; Goetz, et al., 2010; Robitschek, 2003). Investigaciones futuras podrían considerar el desarrollo de trabajos interculturales para estimar la generalidad de estos hallazgos entre el resto de la población. Del mismo modo, trabajos futuros podrían valorar el papel de otro tipo de variables esenciales en el establecimiento y sustento de las relaciones sociales, y que pudieran estar moderando estos hallazgos como el nivel de

empatía (Kim et al., 2018), la humildad (Krause & Hayward, 2015), o la conducta prosocial (Bartlett & DeSteno, 2006).

Conclusiones

En definitiva, esta investigación ofrece una aproximación acerca de algunos cambios psicosociales que podrían estar sucediéndose en las personas, como consecuencia de la situación potencialmente traumática originada por la pandemia del COVID-19 en la población mundial. Los principales resultados revelaron que la gratitud se asocia con mayores niveles de crecimiento personal a través del incremento de la compasión hacia los demás. Este hallazgo también podría ser relevante para la práctica terapéutica. En concreto, la gratitud regula y fortalece las relaciones sociales al repararse como una praxis de atención plena que favorece la experiencia de vinculación con la vida, demostrando múltiples beneficios para la salud mental y física. Este ejercicio de atención plena contribuye a que las personas estén conectadas con el propio sufrimiento y el de los demás, y puedan actuar consecuentemente con mayor compasión, facilitándose en las personas una serie de resultados positivos como la satisfacción con la vida, la felicidad o el crecimiento personal. Es por ello que la intervención podría estar orientada hacia el entrenamiento de la relación mente-cuerpo, pudiendo implementar actividades dirigidas a la apreciación de la vida diaria y la conciencia social, con el fin de mejorar la sensación de bienestar personal.

Referencias

- Armenta, C. N., Fritz, M. M., y Lyubomirsky, S. (2016). Functions of positive emotions: Gratitude as motivator of self-improvement and positive change. *Emotion Review*, 9, 183–190. doi: 10.1177/1754073916669596
- Barlett, M. Y., y DeSteno, D. (2006). Gratitude and prosocial behavior helping when it costs you. *Psychological Science*, 17, 319–325. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01705.x
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T.,..., Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*. Advanced online publication. doi: 10.1017/S0033291720000999
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. En L.G. Calhoun y R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp.1–23). Mahaw, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coffman, S. (1996). Parents' struggles to rebuild family life after Hurricane Andrew. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 353–367. doi: 10.3109/01612849609009406
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación Española de las escalas de Bienestar Psicológico [Spanish adaptation of the scales of Psychological Wellbeing]. *Psicothema*, 18, 572–577.
- El Zowalaty, M. E., & Järhult, J. D. (2020). From SARS to COVID-19: A previously unknown SARS-related coronavirus (SARS-CoV-2) of pandemic potential infecting humans - Call for a One Health approach. *One Health*, 9, 100124. doi: 10.1016/j.onehlt.2020.100124
- Elosúa, M. R. (2015). The influence of gratitude in physical, psychological, and spiritual well-being. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17,110–118. doi: 10.1080/19349637.2015.957610

Emmons, R. A., y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental research of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377–389. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.377

Emmons, R. A., McCullough, M. E., y Tsang, J. (2003). The assessment of gratitude. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 327–341). Washington, DC: American Psychological Association.

Emmons, R. A., y Stern, R. (2013). *Gratitude as a psychotherapeutic intervention*. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69, 846–855. doi: 10.1002/jclp.22020

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., y Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149

Fiorillo, A., y Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32, 1–2. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41. doi: 10.1111/bjcp.12043

Giovannoni, J. (2017). Perspectives: Compassion for others begins with loving-kindness toward self. *Journal of Research in Nursing*, 22, 173–178. doi: 10.1177/1744987116685635

Goetz, J. L., Keltner, D., y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351–374. doi: 10.1037/a0018807

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: A regression-based approach*. Nueva York, NY: The Guilford Press.

Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49, 155–160.

Hofmann, S. G., Grossman, P., y Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126–1132. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.003

Holt-Lunstad, J., y Smith, T. B. (2012). Social relationships and mortality. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 41–53. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00406.x

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395, 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5

Kashdan, T. B., Uswatte, G., y Julian, T. (2006). Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam War veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 177–199. doi: 10.1016/j.brat.2005.01.005

Kim, G. Y., Wang, D. C., y Hill, P. C. (2018). An investigation into the multifaceted relationship between gratitude, empathy, and compassion. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 2(1), 23–44.

King, L. A., y Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 220–230. doi: 10.1177/0146167200264008

Krause, N., y Hayward, R. D. (2015). Humility, compassion, and gratitude to God: Assessing the relationships among key religious virtues. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7, 192–204. doi: 10.1037/rel0000028

Joseph, S., y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.006

Lau, J. T. F., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E., y Wing, Y. K. (2006). Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *The Journal of Infection*, 53, 114–124. doi: 10.1016/j.jinf.2005.10.019

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., y Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 17, 2032. doi: 10.3390/ijerph17062032

Linley, P. A., y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21. doi: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e

Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921

Magallares, A., Recio, P., y Sanjuán, P. (2018). Factor structure of the Gratitude Questionnaire in a Spanish sample. *The Span-*

ish Journal of Psychology

, 21, e53. doi: 10.1017/sjp.2018.55

McCullough, M. E., Emmons, R. A., y Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112–127. doi: 10.1037/0022-3514.82.1.112

Neff, K. D., y Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. En B. D. Ostafin, M. D. Robinson, y B. P. Meier (Eds.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121–137). Nueva York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4939-2263-5_10

Neff, K. D., y Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 160–176. doi: 10.1080/15298868.2011.649546

Neff, K. D., y Seppala, E. (2017). Compassion, well-being, and the hypoegoic self. En K. W. Brown y M. R. Leary (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena* (pp. 189–203). Oxford University Press.

Oveis, C., Horberg, E. J., y Keltner, D. (2010). Compassion, pride, and social intuitions of self–other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 618–630. doi: 10.1037/a0017628

Park, C. L., y Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the Special Section: Growth following highly stressful live events-Current Status and further directions. *Journal of Consulting and Counseling Psychology*, 74, 791–796. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.791

Pommier, E., Neff, K. D., y Tóth-Király, I. (2020). The development and validation of the Com-

passion Scale. *Assessment*, 27(1), 21–39. doi: 10.1177/1073191119874108

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147–171). Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007

Robitschek, C. (2003). Validity of personal growth initiative scale scores with a Mexican American college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 496–502. doi: 10.1037/0022-0167.50.4.496

Shahid, Z., Kalaynamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R., ... Jain, R. (2020). Covid-19 and older adults: What we know. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68, 926–929. doi: 10.1111/jgs.16472

Shiota, M. N., Keltner, D., y John, O. P. (2006). Positive emotions differentially associated with Big Five personality and attachment style.

Journal of Positive Psychology, 1, 61–71. doi: 10.1080/17439760500510833

Stangor, C. (2011). *Research methods for the behavioral sciences*. Mountain View, CA: Cengage.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., y Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Post-traumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01

Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Louisville, CO: University Press of Colorado.

Wayment, H. A., Bauer, J. J., y Sylaska, K. (2015). The quiet ego scale: measuring the compassionate self-identity. *Journal of Happiness Studies*, 16, 999–1033. doi: 10.1007/s10902-014-9546-z

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR (ETF)

Son profesionales de la Psicología que trabajan en equipos interdisciplinares (con profesionales de la Educación Social y del Trabajo social) en las Entidades Locales de toda Andalucía. Están dentro del sistema de Protección a la Infancia y promueven el desarrollo integral de niñas y niños, evitando la separación de su familia y normalizando su situación o facilitando la reunificación familiar.



Escenarios en los que se interviene:

Los dos grandes tipos de escenarios de intervención son:
Situaciones de riesgo social, donde se actúa con la finalidad de preservar los derechos de la infancia y promover su desarrollo integral en su medio familiar, normalizando su situación.
Situaciones de reunificación familiar, donde se trabaja para posibilitar el retorno a la familia de origen, en aquellos casos en los que, tras la adopción de una medida de protección, se contempla la reunificación familiar como la alternativa prioritaria y más adecuada para los y las menores.
Aunque en ocasiones son familias con situaciones crónicas, se intervienen con familias de diferentes estratos sociales cuyo denominador común es la inadecuada atención a las necesidades de la infancia, que suelen presentar dificultades importantes que suponen la acumulación de factores de riesgo para la correcta atención de las necesidades de las y los menores. Sus intentos previos de superar estas dificultades no han tenido éxito siendo necesaria una intervención más específica y especializada.

De qué forma se interviene:

La principal referencia de la intervención de las y los profesionales de la Psicología en el ámbito de los ETF, debe ser la adecuada atención a las **necesidades de la infancia**. Para ello, es fundamental trabajar con padres y madres, para conocer elementos de la dinámica familiar y establecer, juzgando el adecuado desarrollo de sus hijos e hijas, para poder proporcionar prácticas parentales adecuadas.
Para ello, se trabaja con los y las menores, a fin de proporcionarles estrategias de afrontamiento para superar la situación de adversidad que les provocan el maltrato y las inconsistencias el comportamiento de sus madres y padres. Se trata en el fondo, de disminuir los factores de riesgo familiar, potenciando al máximo sus propias capacidades, de manera que se compensen adecuadamente esos déficits que lastran el desarrollo infantil.
Se utilizan herramientas de intervención que van desde la entrevista, instrumentos para la valoración de la gravedad de situaciones de riesgo y desamparo, con especial atención al **dano emocional y psicológico** e intervenciones terapéuticas para la modificación del comportamiento. Se trabaja en red de manera coordinada con otros ámbitos de desarrollo de las familias (educa, salud, barrio, etc.) realizando una valoración psicológica en el ámbito familiar, que luego se debe plasmar en los informes de equipo que se emiten.



Sección de
Psicología de la Intervención Social
del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Acuña-Rodríguez, S., Cobos-Gámez, A., & Martínez-Martínez, C. (2020)

El programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección: los equipos de tratamiento familiar

Antonia Cobos Gámez^{1,2}. Colegiada nº AO03146.

Carlos Martínez Martínez^{1,3,4}. Colegiado nº AO08868.

Emilio Moreno Durán¹. Colegiado nº AO08871.

¹ Psicóloga y Psicólogos de los Equipos de Tratamiento Familiar del Ayuntamiento de Granada.

² Coordinadora Provincial de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.

³ Miembro de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.

⁴ Vocal de la Asociación Plataforma de Profesionales de Tratamiento Familiar de Andalucía.

Resumen

En el presente artículo se describe el Programa de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo psicosocial o desprotección. Los Equipos de Tratamiento Familiar suponen un ámbito de actuación propio para la Psicología de la Intervención Social. Se hace un recorrido por su fundamentación legal y teórica así como por sus objetivos y por los programas que desarrolla.

Palabras clave: Protección al menor, Equipos de Tratamiento Familiar. Maltrato Infantil, Desprotección Infantil, preservación familiar.

Abstract

This article describes the Treatment Program for Families with child at psychosocial risk or suspected abuse and neglect. The Family Treatment Teams represent a specific field of action for the Psychology of Social Intervention. A review is made about its legal and theoretical basis as well as its goals and design of family preservation programs that they execute.

Keywords: Child Welfare, Family Treatment Teams, child maltreatment, child abuse or neglect, family preservation.

Introducción

Una visión actual de la infancia concibe a niñas, niños y adolescentes como sujetos proactivos, participativos y creativos, que pueden ser partícipes y protagonistas de su propio desarrollo, gracias a los procesos de interacción que mantienen con otras personas en los diver-

sos contextos en los que se despliega su experiencia vital (Casas, 1998; Garrido y Grimaldi, 2009).

La evolución hacia una mayor protección a la infancia va unida desde hace unos años a otra que apuesta por la promoción, la preventión y la preservación familiar, ya que no sólo

se supone que hay que proteger a la infancia de todas aquellas circunstancias que conlleven una vulneración de sus derechos y de sus necesidades de desarrollo, sino que existe el convencimiento de que es necesario mantener a los niños, niñas y adolescentes en un hogar familiar que responda a sus cuidados, atención y educación de manera responsable, y donde las competencias parentales se ejecuten desde un enfoque positivo y potenciador de acuerdo a las necesidades básicas para el desarrollo y bienestar de las/os menores como sujetos de derechos. Por ello, la protección a la infancia y la preservación familiar son en realidad dos caras de la misma moneda (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

La intervención profesional con la infancia ha sido fruto de múltiples influencias. Por una parte, del conocimiento científico las necesidades básicas de la infancia y la adolescencia así como de los factores protectores y los riesgos que les amenazan (López, 1995); por otro, el movimiento social de protección a la infancia que ha ido ganando fuerza hasta conseguir que múltiples organismos internacionales proclamen la condición de niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos. Finalmente, estos cambios científicos y sociales se han visto reflejados en diversas normativas desarrolladas tanto a nivel internacional, como nacional, autonómico y local para dar respuesta a las situaciones de riesgo y maltrato en la infancia (Álvarez, 2016). Así, los poderes públicos tratan de dar cobertura a este problema a través de las administraciones competentes de forma que estos mandatos legislativos contribuyan a que la protección y la prevención de la infancia se puedan llevar a cabo (Casares, 2017).

Desarrollo normativo

A nivel legislativo, hay dos normas que han resultado fundamentales en la posterior organización del Sistema de Atención Social a la Infancia en España. En primer lugar, la reforma del

Código Civil Español y Ley de Enjuiciamiento Civil en el año 1987 a través de la Ley 21 de 11 de noviembre, también conocida como ley de adopción, que designa las Entidades Públicas de las Comunidades Autónomas como las competentes en la atención a la infancia. Por otra parte, La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, introduce el concepto de "situación de riesgo" y la premisa de mantener a la persona menor de edad en su entorno, consagrando la necesidad de intervención no sólo en contextos de desamparo, sino también en situaciones de riesgo, priorizando algo que desde entonces es común al sistema: el esfuerzo para que las y los menores permanezcan en su ámbito de desarrollo: la familia. Esta ley, se convierte en la norma básica de referencia para el trabajo en el sector de familia e infancia (del Valle, 2018). Tal y como señala Molina-Facio (2012), "a partir de los elementos básicos planteados por las dos leyes mencionadas más arriba, cada Comunidad Autónoma ha ido diseñando la estructura particular de su Sistema de Protección Social a la Infancia".

De manera reciente, y dado el avance de las diferentes reformas legales en cada Comunidad Autónoma, se hizo necesaria la Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia mediante la Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio, y la Ley 26/2015, de 28 de julio, con importantes aportaciones como clarificación del concepto de interés superior del menor, y la declaración de las situaciones de riesgo como figura de protección (Moreno-Torres, 2015).

Las Administraciones Públicas han de velar para que las personas responsables de las y los menores cumplan las atribuciones de cuidado de éstas y éstos. Así mismo, han de actuar en colaboración con las familias para que desarrollen adecuadamente sus responsabilidades. Para ello, deberán facilitar servicios accesibles en las áreas que afecten al desarrollo de las y los menores e intervendrán

si tienen constancia de que estos deberes no se cumplieran adecuadamente, garantizando la asistencia necesaria para tal fin. Este mandato siempre lo ejercerán poniendo todos los medios para que las personas menores se desarrollen y vivan con su familia y si esto no fuese posible, y para salvaguardar el interés superior de las/os menores, se procedería a su separación temporal o total según las características o gravedad del caso.

El actual Sistema Público de Atención y Protección a la Infancia y la Familia en nuestra comunidad autónoma se articula en tres niveles de intervención (Casares, 2017).

- El primer nivel incorpora a los diversos sistemas que están en el territorio, como son los recursos de educación y de salud fundamentalmente, así como las organizaciones no gubernamentales, redes de apoyo y ciudadanía en general. Este primer nivel tiene competencias fundamentalmente en la detección de situaciones de riesgo o maltrato.
- El segundo nivel corresponde por sus competencias en materia de menores a los Servicios Sociales Comunitarios de los municipios o entes locales, que se han ido configurando como una red básica con equipos profesionales que abordan esta materia tanto a nivel de servicios básicos como a través de equipos especializados.
- El tercer nivel lo desarrollan los Servicios Sociales Especializados que son competencia de la Comunidad Autónoma, así como otros agentes tales como el Sistema Judicial y la propia Oficina de Defensor del Pueblo que tiene también atribuidas funciones de protección de la infancia.

Este abordaje de la intervención familiar ha cambiado mucho a lo largo de estos últimos años. Ha pasado de una intervención de marcado carácter asistencial en los años 80, here-

dera de la teoría del déficit instaurada en los años 50, a formas de intervención encaminadas hacia la promoción y la prevención de las situaciones detectadas de riesgo y maltrato de las y los menores. Según la intervención que desarrollan, las actuaciones se diferencian en tres tipos de programas: intervención en crisis, capacitación parental y complemento familiar (Arruabarrena, 2009). Así, actualmente, las intervenciones fundamentadas en la preservación y el fortalecimiento familiar se consideran claves para el abordaje del trabajo con las familias en riesgo psicosocial. Este cambio de enfoque ha producido una clara evolución en las actuaciones de atención e intervención con las familias (Rodrigo y cols., 2015).

En el ámbito local, que es el ámbito más próximo en el que se desarrolla la vida de la infancia y sus familias, es desde donde se responderá al principio rector de la Ley 1/1998 de los Derechos y Atención al Menor, que establece el mantenimiento de la persona menor en su medio familiar, incorporando todos los recursos y actuaciones necesarias para ello, salvo aquellas situaciones de extrema gravedad o que impliquen necesariamente una toma de medidas de separación de su núcleo familiar. El artículo 20 de la Ley 1/1998 de 20 de abril, de Derechos y Atención del Menor, señala que: "Las medidas de apoyo a la familia podrán ser de carácter técnico y económico". "El apoyo técnico consistirá en intervenciones de carácter social y terapéutico en favor del menor y su propia familia y tenderá a la prevención de situaciones de desarraigo familiar, así como a la reinserción del menor en ella".

El Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo o Desprotección.

Es en este contexto legal y normativo, donde surge el Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo o Desprotección, para abordar la intervención con las familias con menores en situación de riesgo.

Este programa se lleva a cabo a través de un convenio de colaboración de la Junta de Andalucía con las administraciones locales de nuestra Comunidad Autónoma y fue articulado en el año 2000 (previa experiencia piloto en 1998 en algunos municipios andaluces), integrándose en el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Andaluza, constituyen un nivel de intervención intermedia de actuación entre las Corporaciones Locales y la Comunidad Autónoma y se crean en nuestra Comunidad con la puesta en marcha del Programa de Intervención con Familias Desfavorecidas y en Situación de Riesgo Social.

Este programa se ha ido conformando en las sucesivas fases de su implantación mediante la publicación de varias órdenes reguladoras que han ido afinando las líneas básicas del programa, procedimientos, coberturas, distribución y funciones de los equipos técnicos, etc. hasta la aprobación del Decreto 495/2015 del 1 de diciembre por el que se regula y gestiona el Programa de Tratamiento Familiar con Familias con Menores, asegurándose la continuidad del mismo a través de una cobertura de financiación más estable, consolidándose así una experiencia de veinte años de andadura. Este programa es de carácter eminentemente preventivo, con criterios de atención personalizada y de proximidad teniendo, desde sus inicios, la finalidad de preservar los derechos de los niños, niñas y adolescentes y de promover su desarrollo integral, evitando la separación de la familia, normalizando su situación y ofreciendo una respuesta de actuación en materia de protección a la infancia en el propio medio.

El Programa consistirá en proporcionar a las familias con menores en situación de riesgo o desprotección un tratamiento específico e integrador que permita la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de riesgo o desprotección que pueda afectar directa o indirectamente al bienestar de los y las menores, con una doble finalidad:

- Preservar sus derechos y promover su desarrollo integral en su medio familiar, normalizando su situación.
- Posibilitar su retorno a la familia de origen, en aquellos casos en los que, tras la adopción de una medida de protección, se contempla la reunificación familiar como la alternativa prioritaria y más adecuada para los y las menores.

Para este fin, los Equipos de Tratamiento Familiar intervienen en contextos de desarrollo denominados en conflicto, que pueden ser "aquellos sistemas familiares que dificultan el desarrollo de sus miembros al no cubrir las necesidades básicas para su desarrollo, colocando a las/os menores en situación de desprotección" (Ayuntamiento de Sevilla, 2013). Se trata de contextos donde las dinámicas familiares generan una cronificación de la situación de riesgo moderado de las y los menores, en la que si no se interviene con un tratamiento familiar intensivo, puede derivar en una situación de maltrato o en las que ya la situación que se presenta es en sí de riesgo grave, hasta el punto que si no se realiza un tratamiento conllevaría la desprotección. Generalmente se trata de familias que cuentan con personas adultas cuidadoras con poca capacidad resolutiva y escasos recursos y habilidades personales, poco competentes en su función parental. Por otra parte, pueden ser adultas y adultos que no colaboren ni cooperen para la resolución de sus problemas y tengan poca o nula conciencia de ellos.

En estos casos se requiere un equipo de segundo nivel de especialización en familia e infancia. Para que éste intervenga es necesario que exista algún factor de pronóstico positivo en la situación familiar y una voluntariedad en el tratamiento, aunque a veces sea esta parcial y requiera un trabajo previo para ayudar a la familia a que tomen conciencia de que necesitan ayuda para modificar la situación de riesgo que presentan.

Familias destinatarias del programa

El Decreto 495/2015 (Junta de Andalucía, 2005) señala a las siguientes familias como beneficiarias del programa:

a) Familias en las que los Servicios Sociales Comunitarios han detectado carencias o dificultades en la atención de las necesidades que los y las menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, en las que tras la intervención realizada se concluye que no es necesaria la separación del medio familiar si bien, valorada la existencia de indicios de recuperabilidad, se necesita un tratamiento específico para obtener cambios significativos en la dinámica familiar y evitar la posible declaración de desamparo en caso de continuar las mismas circunstancias.

a) Familias derivadas por los Servicios de Protección de Menores, en las que tras la intervención realizada se concluye que no es necesaria la adopción de medida protectora, pero requieren un tratamiento específico para lograr cambios significativos y evitar el agravamiento de la situación y la posible declaración de desamparo.

b) Familias derivadas por los Servicios de Protección de Menores en las que, tras la declaración de desamparo, se valora que la reunificación familiar es posible al existir indicios de recuperabilidad en la familia y considerarse que la problemática familiar es susceptible de ser abordada con un tratamiento específico adecuado por parte del Equipo de Tratamiento Familiar.

c) Las familias beneficiarias del programa suelen presentar dificultades importantes (individuales, familiares o sociales) en diferentes etapas del ciclo vital de la familia que suponen la acumulación de factores de riesgo para la correcta atención de las necesidades de las y los menores, con poco apoyo social

y con prácticas parentales inadecuadas. Aunque en ocasiones suele tratarse de familias con situaciones crónicas, se interviene con familias de diferentes estratos sociales cuyo denominador común es la inadecuada atención a las necesidades de la infancia.

La intervención: El Programa de Riesgo Social y el Programa de Reunificación

Para el desarrollo de la doble finalidad del programa, se atiende a las familias desde dos programas claramente diferenciados en cuanto a su finalidad y objetivos: el Programa de Riesgo Social y el Programa de Reunificación.

1. El Programa de Riesgo social.

Esta modalidad de intervención de los ETF tiene como finalidad evitar la separación de la menor o la menor de su familia, preservando sus derechos y promoviendo su desarrollo integral. Sus objetivos son:

1. Mitigar los factores de riesgo para evitar la separación de las niñas y los niños de sus familias.
2. Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijas e hijos evitando cualquier conducta negligente o maltratante, garantizando su seguridad y su integridad básica.

Los motivos de inclusión en este programa son los siguientes:

- Que los Servicios Sociales Comunitarios hayan realizado una intervención previa y valoren que la familia presenta un grado de riesgo moderado y/o grave y persistan los indicadores mencionados, así como si se detecta una necesidad de tratamiento complementaria a la intervención realizada por los equipos de primer nivel. Por tanto, se trataría de familias que aún teniendo una

situación de riesgo con carencias y dificultades en la atención a las necesidades básicas de las y los menores a su cargo, la integridad física y/o psíquica no estaría amenazada, o la situación no alcanza la gravedad suficiente como para la adopción de una medida de protección de manera inmediata, siempre que se inicie una intervención con los progenitores o tutores para que puedan resolver las dificultades y problemáticas que les limitan para un adecuado ejercicio de la parentalidad que permita cubrir las necesidades básicas de las/os menores.

- Casos derivados por el Servicio de Protección de Menores para su incorporación en el programa debido a que no tienen suficientes indicios de que la situación familiar conlleve a una necesaria separación de las/os menores de su familia, valorándose la necesidad de la realización de un tratamiento familiar para su recuperabilidad.
- Casos donde aún se parte de un pronóstico favorable y de recuperabilidad de la familia y que lo que requiere es el diseño de un tratamiento y una intervención más especializada y más intensiva que refuerce los elementos positivos, la toma de conciencia de la situación y el abordaje de la problemática que evite la separación del entorno familiar.
- Casos que a pesar de tener un mal pronóstico, se ha valorado que hay que proporcionar a los progenitores todos los apoyos posibles para lograr su rehabilitación antes de proponer una medida de separación definitiva de las/os menores que tengan a su cargo.

En todos los casos se requeriría al menos una figura adulta con una mínima capacidad para ejercer las responsabilidades parentales y, por parte de esa figura o de la familia, según el caso, al menos una voluntariedad parcial. Si no está completamente instaurada esta voluntariedad para que puedan aceptar y asumir la

necesidad de una intervención, implicaría por parte del ETF un trabajo previo antes de planificar cualquier plan de intervención. Esta fase previa es muy importante, ya que la conciencia del problema es un primer escalón para posibilitar el cambio, puesto que la integridad de la persona menor puede verse en peligro si no se modifica la dinámica familiar. Así mismo, se requiere por parte de los progenitores la aceptación expresa de participación en el programa, para ello previamente han tenido que ser informados de manera clara de los motivos del tratamiento y de los objetivos del mismo, bien por parte de los ETF o de los servicios derivantes.

2. El Programa de Reunificación

Esta modalidad de intervención de los ETF tiene como finalidad la vuelta de las y los menores a su familia de origen cuando previamente se ha adoptado alguna medida de protección.

Los objetivos de esta modalidad de tratamiento son los siguientes:

1. Corregir en el menor tiempo posible las disfunciones de la dinámica familiar que dieron lugar a la necesidad de adoptar una medida de protección, para que el niño o niña se pueda integrar en su núcleo natural de convivencia cuanto antes, sin ninguna amenaza para su bienestar y desarrollo adecuado.
2. Facilitar la integración y la adaptación del niño y de la niña a su familia tras la separación ocasionada por la adopción de una medida protectora, proporcionando a las familias las habilidades y/o recursos técnicos necesarios para superar la situación de crisis que dio lugar a la declaración de la situación de desamparo.

En concreto, este programa incluye el trabajo con aquellas familias de menores con los

que el SPM ha tomado medidas de protección con carácter temporal o permanente, con la finalidad de la reintegración de la menor o el menor a su grupo original de convivencia y al objeto de que la familia de origen adquiera y/o mejore las competencias necesarias para garantizar el adecuado desarrollo físico, psíquico y social de las y los menores en su medio familiar.

Los criterios de inclusión para participar en este programa y poder realizar la reunificación familiar son los siguientes:

- Familias con menores sujetos a medida de protección (residencial o familiar) con un Plan Personalizado de Integración.
- Familias con indicios objetivables sobre posibilidades de rehabilitación familiar y compatibles con las necesidades de las y los menores.
- Presencia de, al menos, una figura adulta con capacidad parental.
- Que no existan experiencias previas de fracaso.
- Familias en las que las madres o padres no hayan renunciado a sus derechos ni a sus obligaciones en relación con las/os menores.

De forma general, ambos subprogramas están destinados a producir cambios en la dinámica familiar, mediante la adquisición de pautas rehabilitadoras, que eviten la separación familiar o hagan viable el retorno de la menor o el menor al núcleo de convivencia.

En cualquiera de los dos programas es necesario el diseño e implementación de un Proyecto de Intervención Familiar, que se convierta en un "Plan de Mejora" que conlleve la presencia de estrategias y técnicas propias de cada profesional del equipo para lograr objetivos comunes.

Es importante pues, desde un punto de vista metodológico, y con el objetivo de lograr una mayor implicación de la familia, además de promover un cambio en madres y padres a la hora de mejorar la atención y cuidados de sus hijas e hijos, tener presente una serie de consideraciones que fundamenten la utilidad del tratamiento. Utilizar la empatía, buscar la participación de madres y padres, mediante la contraprestación de recursos, informar y explicar "el porqué" de nuestra presencia, escuchar y respetar su idiosincrasia; asignar tareas directas y claras, proponer metas superables y graduables, devolver la información recabada para su reelaboración, comunicar nuestros sentimientos en momentos de bloqueo para empatizar, etc., son algunas de las herramientas que nos pueden servir para promover una mayor competencia parental y en consecuencia un mejor desarrollo madurativo y emocional en sus hijas e hijos.

Una vez realizada la evaluación del caso, es fundamental buscar la alianza con la familia, entendida ésta como el fruto y la confianza de sus miembros en su relación con los profesionales del Equipo de Tratamiento (Escudero, 2020). Cuando se crea una buena alianza terapéutica entre el equipo y la familia y menores, la adhesión al proceso de intervención será mayor y se amplia la probabilidad de generar mejoras, así como mitigar el nivel de gravedad y conseguir un aumento de los factores de protección asociados a toda la unidad familiar (Escudero y Friedlander, 2019).

Composición de los Equipos de Tratamiento Familiar

En Andalucía existen actualmente 147 Equipos de Tratamiento Familiar (ETF) que integran a 470 profesionales (Observatorio de la Infancia, 2019). Estos Equipos de Tratamiento Familiar están ubicados en los Servicios Sociales Municipales y suponen un segundo nivel de intervención especializada en la atención

a menores, adolescentes y familias en riesgo moderado y/o grave, ya que el primer nivel de atención correspondería a los Servicios Sociales Comunitarios.

La fundamentación teórica de este programa es ecológica-sistémica (Junta de Andalucía, 2007). Esta perspectiva guía los procesos de análisis, diagnóstico, intervención y evaluación de los ETF. Así mismo, los proyectos de tratamiento tienen un carácter integral: diagnóstico individual, planificación de actuaciones y supresión de factores de riesgo o desprotección en un proceso temporalizado no superior a 18 meses de intervención y con un compromiso activo de la familia en dicho proceso. Los ETF utilizan estrategias y técnicas de tratamiento adaptadas a las necesidades de las familias y sus menores, teniendo en cuenta sus etapas evolutivas, interviniendo desde un modelo competencial de las funciones parentales y desde un enfoque de parentalidad positiva.

Se trata de equipos interdisciplinares compuestos por un o una profesional de la psicología, un o una profesional de la educación social y un o una profesional de trabajo social, (aunque por razones de distribución de población, en algunos equipos la composición permite dos profesionales de la psicología). Su intervención tiene un carácter interdisciplinar, es decir, que aunque son profesionales diferenciados por su formación teórica y práctica, tienen un objetivo común y establecen una planificación conjunta, llegando a acuerdos y estrategias de intervención compartidas, desde una visión integral de la situación de los niños, las niñas y los adolescentes y de sus familias. Así mismo, los proyectos de tratamiento tienen un carácter integral: diagnóstico individual, planificación de actuaciones y supresión de factores de riesgo o desprotección en un proceso temporalizado.

Para favorecer esta interdisciplinariedad, es importante el compartir información, aunar

visiones acerca de la familia desde diferentes miradas, el uso de una terminología común, clarificar los roles de cada profesional, pero también analizar los de la familia, buscar espacios de grupo para la formación y puesta en común, además de la necesidad de supervisión, tanto interna como externa.

Así mismo, estos equipos establecen una permanente colaboración, coordinación y trabajo en red con otras instituciones, otros profesionales y con los diferentes agentes intervenientes en estos casos del Sistema Público de Protección de Menores, manteniendo en todo momento una corresponsabilidad compartida. Las actuaciones técnicas que se desarrollan se realizarán en el contexto familiar preservando la permanencia del niño, niña y/o adolescente en su propio medio.

El profesional de la Psicología de la Intervención Social en los Equipos de Tratamiento Familiar

En este marco interdisciplinar, las y los profesionales que integran estos equipos desarrollan su trabajo incorporando unas funciones comunes y otras específicas establecidas desde su especificidad profesional. En nuestro caso la o el profesional de la psicología se centra en el ámbito de las relaciones y de las vinculaciones afectivas dentro de la familia y en la evaluación del funcionamiento familiar de cada uno de los miembros de la misma. Sus funciones específicas principales son: (Junta de Andalucía, 2007)

- Asesoramiento relacional, ofreciendo opiniones a las y los profesionales del ETF y al resto de profesionales, entidades, grupos, etc. que intervienen con las familias que tiene derivadas el ETF.
- Evaluación psicológica de las y los menores, de las y los adultos y de la dinámica familiar (relaciones internas y externas, niveles de riesgo y posibles repercusiones, etc.).

- Detección de psicopatología para determinar la posible derivación a recursos de salud mental.
- Tratamiento terapéutico individual, familiar y grupal, sobre los aspectos relacionales contemplados en el proyecto de tratamiento familiar.
- Reestructuración de la dinámica familiar, modificación de pautas disfuncionales entre madres y padres-hijas e hijos- hermanas y hermanos.
- Intervención en crisis.
- Coordinación para el intercambio y derivaciones con profesionales de los recursos específicos relacionados con la salud mental.

Ambos programas tienen no sólo unos objetivos concretos, sino que tienen una temporalización para cada una de sus fases: desde la fase inicial, la fase de tratamiento y la fase de seguimiento y cierre de la intervención. Esta es una característica importante del funcionamiento del programa: que está limitado en tiempo determinado para la consecución de los objetivos previstos en el Plan de Intervención Familiar.

La valoración de las Situaciones de Riesgo en los Equipos de Tratamiento Familiar.

La protección a la infancia requiere de dos momentos básicos: la detección y notificación de las situaciones de maltrato. Una vez detectada la posible situación de maltrato infantil, se hacen necesarias herramientas de valoración de su nivel de gravedad para una adecuada toma de decisiones en materia de protección infantil (Arruabarrena y de Paul, 2011). Esta valoración del nivel de gravedad es una de las principales tareas que han de acometer los ETF teniendo en cuenta dos cuestiones fundamentales.

En primer lugar, los ETF deben analizar todas las circunstancias que rodean a la situación de maltrato y/o abandono; recogiendo para ello, en primer lugar, el número y tipo de factores e indicadores de riesgo, así como su nivel de gravedad leve, moderada o alto de riesgo, (Arruabarrena, de Paúl y Torres en 1993). En segundo lugar, los factores de protección existentes en relación a los diferentes contextos de desarrollo asociados a las madres y padres, al núcleo familiar, a las y los menores y al entorno. Por último, también deben recoger información de los factores asociados al pronóstico y recuperabilidad de la familia. Estas tres herramientas de valoración se encuentran recogidas en el Programas de Tratamiento a Familias con Menores en el manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar (Junta de Andalucía, 2007).

En segundo lugar, la evaluación realizada por los ETF debe valorar el daño que específicamente las circunstancias familiares han producido en las y los menores evaluadas y evaluados. Esta segunda cuestión es clave, a fin de poder valorar el impacto que está teniendo en las niñas y niños la no adecuada satisfacción de sus necesidades por parte de sus progenitores.

Para facilitar esta labor y al objeto de adaptarse a las modificaciones legislativas recientes en el Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, la Junta de Andalucía ha legislado en el ámbito de la protección a la infancia. Por una parte, el Decreto 2018/2018 de 20 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y la adolescencia en Andalucía (junto a la orden de 30 de julio de 2019, por la que se aprueba el formulario normalizado de la Hoja de Notificación de Posibles Situaciones de Riesgo y Desamparo de la Infancia y la Adolescencia), y la Orden de 30 de julio de 2019 por la que se aprueba y publica el Instrumento para la Valoración de la Gravedad de Situaciones de Riesgo, Desprotección

y Desamparo de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía: VALÓRAME (Molina y Martínez, 2016).

Estos cambios legislativos son de vital importancia para el desempeño de las tareas de protección a la infancia y a la adolescencia. Pero en el ámbito de la Psicología de la Intervención Social, suponen el refrendo claro del papel fundamental que psicólogas y psicólogos han de desempeñar en el sistema de protección a la infancia. La valoración del posible daño emocional de las y los menores por la no adecuada satisfacción de sus necesidades infantiles, es una tarea básica para la adecuada toma de decisiones en materia de protección.

Una adecuada formación, la aplicación de técnicas y procedimientos propios de la Psicología de la Intervención Social, así como una mirada comprensiva hacia la infancia deben ser medios para poder acometer adecuadamente la atención a la infancia en situación de riesgo.

Referencias bibliográficas

Álvarez, M.I. (2016). Consideraciones introductorias acerca del marco normativo de protección de la infancia y de la adolescencia. En: Principales modificaciones legislativas en el marco de protección de la infancia y de la adolescencia en España. Defensor del Pueblo Andaluz. Escandón Impresores: Sevilla.

Arruabarrena, M.I. y de Paul, J. (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los Servicios de Protección Infantil. *Psicothema* Vol. 23, nº 4, pp. 642-647.

Ayuntamiento de Sevilla (2013). Manual de intervención técnica individual-familiar con la infancia, la adolescencia y sus

contextos de desarrollo desde los servicios sociales municipales. Área de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación: Sevilla.

Casas, F. (1998). Infancia: perspectivas Psicosociales. Barcelona: Paidós.

Casares Ordóñez, R. (2017). La intervención desarrollada por los equipos de tratamiento familiar. Perfiles familiares atendidos y análisis de la implementación del programa. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.

Del Valle, J.F. (2018). La intervención del psicólogo en los servicios sociales de familia e infancia: evolución y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 39(2), pp. 104-112.

Decreto 494/2015, de 1 de diciembre. Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo y desprotección. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Sevilla, 9 de diciembre núm. 237, pp. 10-26.

Escudero, V. (2020). Guía práctica para la intervención familiar, 2^a edición ampliada. Junta de Castilla y León.

Escudero, V. y Friedlander, M.L. (2019). Alianza terapéutica con familia. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles. Herder: Barcelona.

Garrido, M. y Grimaldy, V. (2009). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del sistema público de los Servicios Sociales de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Junta de Andalucía (2007). Manual de Referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar. Dirección General de Infancia y

Familias. Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia. Disponible en web: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2862_d_MANUAL_EETTFF_NOVIEMBRE_2007.pdf

López, F. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil I. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Molina-Facio, A. (2012). Toma de decisiones profesionales en el Sistema de Protección a la Infancia. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía: Granada.

Molina-Facio, A. y Martínez, C. (2016). VALÓRAME. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía. Observatorio de la Infancia de Andalucía: Granada.

Moreno-Torres, J. (2015). Modificación del sistema de Protección a la Infancia a la Adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales. Málaga: Save the Children.

Observatorio de la Infancia de Andalucía (2019). Resúmenes de las ponencias del IV Encuentro de Equipos de Tratamiento Familiar: 'La intervención con familias en conflicto'. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación.

Rodrigo, M.J., Amorós, P., Hidalfo, M.V., Máiquez, M.L., Martín, J.C., Martínez, R.A. Y Ochaita, E. (2015). Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva: un recurso para apoyar la práctica profesional con familias. FEMP: Madrid.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). Preservación Familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias. Madrid: Pirámide.

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

RESIDENCIA DE PERSONAS GRAVEMENTE AFECTADAS

El papel de los/as profesionales de la Psicología en los centros residenciales para personas gravemente afectadas psíquicamente, es el de atender a las personas con discapacidad psíquica en relación a su bienestar emocional, desarrollo personal y social.

Escenarios en los que se interviene:

Con quién:

- Residentes y personas en estancia diurna.
- Familias.
- Profesionales de la residencia.

Situaciones:

- Actuaciones para mejorar/mantener la calidad de vida (emocional, cognitiva y social).
- Asesoramiento e informar a los familiares.
- Asesoramiento a los profesionales de atención directa.

De qué forma se interviene:

- Valorando los aspectos de personalidad, inteligencia, estado psíquico y aptitudes.
- Tratamiento psicológico individualizado o grupal, pautas de actuación conductual para mantener capacidades cognitivas, competencia funcional y social, prevenir el deterioro de las capacidades, y orientar a los/as profesionales de atención directa.
- Coordinando y participando en la elaboración del Plan Personal de Apoyos (PPA).
- Emitiendo informes en función al destinatario que lo solicita.
- Favoreciendo una buena relación entre la familia y el Centro.
- Asesorando a la familia en cuanto al propio bienestar del residente.
- Atención adaptada a cada persona, respetando sus diferencias culturales y personales, orientada a posibilidades de las personas, no a sus limitaciones.
- Con una metodología activa y participativa, y el uso de herramientas como la observación directa, la Escala San Martín, registros de conducta...



Sección de Psicología de la Intervención Social del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Sánchez-López, P. (2020)

Estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género: un objetivo para la intervención psicosocial

Carmen Fernández Fillol¹

Miguel Pérez García^{1, 2}. Colegiado nº AO04355.

Natalia Hidalgo Ruzzante^{1, 3}. Colegiada nº AO04065.

¹Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Universidad de Granada.

²Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada.

³Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada.

Resumen

La violencia de género es considerada un tipo de violencia interpersonal que se caracteriza por ser un patrón de comportamiento coercitivo dentro de la relación de pareja en el que una persona intenta controlar a otra mediante amenazas, actos de violencia física, sexual, verbal o psicológica. Como consecuencia de sufrir este tipo de violencia, las mujeres supervivientes corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud tanto psicológicos como físicos. Así, el Trastorno de estrés Postraumático (TEPT) es una de las consecuencias más graves de la violencia de género. Sin embargo, el diagnóstico TEPT no explica adecuadamente y en su totalidad el impacto negativo psicológico experimentado por las supervivientes de violencia de género. En este marco, proponemos el nuevo diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C; CIE 11, 2018) como explicativo de los síntomas presentes en estas mujeres, relacionados con las alteraciones en la auto-organización (desregulación afectiva, autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones). Aunque la literatura respecto al TEPT-C es escasa, los hallazgos en investigaciones recientes destacan las consecuencias sociales y el papel del apoyo social frente al desarrollo y mantenimiento de estos síntomas complejos. Resulta necesario contar con tratamientos eficaces centrados en el desarrollo de la regulación del afecto y las relaciones interpersonales,

Palabras Clave

Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, Violencia de Género, Supervivientes, Apoyo Social

Estrés postraumático complejo como marco desde el que articular la atención psicosocial en mujeres supervivientes de violencia de género

La violencia ejercida contra las mujeres por parte de su pareja o ex pareja es una forma de violencia interpersonal basada en el género, la cual representa una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo (Krug y otros en OMS, 2002). Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) destaca este tipo de violencia como un problema de salud internacional prioritario.

En este terreno, múltiples términos han sido empleados como sinónimos para nombrar este tipo de violencia específica. En el presente documento usaremos el término Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), similar en inglés a Intimate Partner Violence, haciendo referencia a un tipo de violencia contra las mujeres llevada a cabo por parte de sus parejas actuales o anteriores. En esta línea, la violencia de género se refiere a cualquier acto dentro de la relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual, incluyendo actos de violencia física, como bofetadas, golpes, patadas y palizas; violencia sexual, incluyendo sexo forzado y otras formas de coacción; abuso emocional (psicológico), como insultos, menoscabo y humillación constante; intimidación, amenazas de daño, amenazas de llevarse a los hijos o hijas; y el control del comportamiento, como el aislamiento de la familia y amistades, y vigilar sus movimientos, así como restringir el acceso a los recursos financieros, el empleo, la educación o la atención de la salud (OMS, 2012).

La consecuencia final más grave de dichos actos es el homicidio, cuyo número asciende al 38% del total de asesinatos de mujeres en todo el mundo (OMS, 2013). A su vez, este tipo de violencia tiene efectos nocivos a corto y a largo plazo que constituyen una amenaza para el

bienestar físico y mental, aumentando el riesgo de sufrir importantes problemas de salud (Ali, Mogren y Krantz, 2013; Lacey, McPherson, Samuel, Sears, y Head, 2013), que conducen a las víctimas de violencia de género a acudir con mayor frecuencia a los servicios sanitarios (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa y Martín-García, 2004). Así, a nivel físico, estas mujeres informan de una alta prevalencia de enfermedades circulatorias y cardíacas, dolor crónico, artritis, trastornos gastrointestinales, afecciones del sistema nervioso central, asma u otros problemas respiratorios, y dificultades de regulación de la respuesta inmune (Coker, Smith, y Fadden, 2005; Dillon, Hussain, Loxton, y Rahman, 2013; García-Linares, Sánchez-Lorente, Coe, y Martínez, 2004; Loxton, Dolja-Gore, Anderson, y Townsend, 2017; Nicoladis y Touhouliotis, 2006; Wong y Mellor, 2014).

En el terreno de la salud mental, las mujeres que sufren este tipo de violencia tienen, además, un mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, ideación autolítica y desórdenes de la personalidad (Coker, Smith, y Fadden, 2005; Dillon y otros, 2013; Loxton y otros, 2017; Wong y Mellor, 2014). Más recientemente, se ha mostrado que las mujeres supervivientes también presentan alteraciones cerebrales y neuropsicológicas a causa de la violencia de género (Daugherty, Verdejo-Román, Pérez-García e Hidalgo-Ruzzante, 2020; Jackson, Philip, Nuttall, y Diller, 2002; Stein, Kennedy, y Twamley, 2002; Twamley y otros., 2009; Valera y Berenbaum, 2003; Valera y Kucyi, 2016). Dichas alteraciones se han relacionado con los citados problemas de salud mental, funcionamiento cognitivo, dolor y alteración de la respuesta a sensaciones de amenaza (Fonzo y otros, 2010; Strigo y otros, 2010; Yueng-Ha Wong y otros, 2014). Estas consecuencias de la violencia son tan profundas que afectan a la autoestima y al funcionamiento de las mujeres supervivientes dentro de su comunidad (Krug y otros, en OMS, 2002).

Del mismo modo, se ha documentado una alta incidencia de trastornos mentales como consecuencia a la violencia sufrida. Entre ellos, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es considerado el problema mental más común que las mujeres supervivientes de violencia de género desarrollan tras sufrir esta experiencia (Nathanson, 2012; Pill y otros, 2017). El TEPT en esta población tiene un rango de prevalencia estimado del 31% al 84,4% y una prevalencia media ponderada del 63,8% (Golding, 1999; Kelly, 2010; Nathanson y otros, 2012; Nerøien y Schie 2008; Pico-Alfonso y otros, 2006). Ha sido identificado como la consecuencia más importante de la violencia de género en términos de recuperación y revictimización (McKee y Hilton, 2019; Perez, Johnson, Johnson y Walter, 2012).

La diversidad de sintomatología relacionada con el estrés postraumático que presentan las mujeres que han sufrido violencia de género ha sido también asociada con variables de personalidad. Así, las mujeres supervivientes con subtipos de patrones de personalidad internalizante (por ejemplo, alta emocionalidad negativa y baja emocionalidad positiva) y externalizante (por ejemplo, alta emocionalidad negativa y baja desinhibición), muestran un mayor número de síntomas de estrés postraumático (Carleton, Mulvogue y Duranceau, 2015). Es más, la experimentación de violencia de género de forma repetida y prolongada puede traer consigo la manifestación de una especial expresión de la sintomatología denominada Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), la cual incluye otros síntomas adicionales a los estudiados en los procesos clásicos de TEPT (Bailey et al., 2019).

Trastorno de Estrés Postraumático Complejo y Violencia

La definición actual de TEPT abarca síntomas de intrusión y reexperimentación, evitación, alteraciones del estado de ánimo y la

cognición, y actual sensación de amenaza tras una experiencia traumática (DSM-5, 2013). El tipo de evento traumático sufrido puede estar relacionado con la manifestación posterior y la gravedad de este trastorno de una manera u otra. Por ejemplo, los tipos de experiencias traumáticas que están asociados con un mayor riesgo de provocar este trastorno son aquellos que implican violencia interpersonal. Es decir, cuando una persona sufre un abuso, violación o ataque deliberado por otra persona o personas. Esto se da, por ejemplo, en situaciones traumáticas como la violación y otras formas de agresión sexual, violencia de género y secuestro (Kessler y otros, 2017). De esta manera, la violencia de género es una de las causas más frecuentes de trauma interpersonal que conducen al trastorno de estrés postraumático (Dutton y otros, 2006).

Tras acontecimientos como la Segunda Guerra Mundial, las personas expertas en traumas han considerado que los eventos traumáticos de naturaleza interpersonal y exposición continuada a lo largo del tiempo requieren una atención especial. Terr (1991) hizo una distinción entre eventos traumáticos de tipo I y tipo II. El tipo I se caracteriza por un solo evento traumático mientras que el tipo II son caracterizados por prolongados y múltiples eventos y traumas. Por lo tanto, mientras que los eventos de tipo I plantean un mayor riesgo para que la persona desarrolle los clásicos síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperarousal), los eventos traumáticos de tipo II, se asocian con una mayor variedad y complejidad de síntomas, añadidos a los clásicos que aparecen con el TEPT. Es decir, en casos como la violencia sexual, la violencia física, la violencia emocional, el abandono, el secuestro, esclavitud, el maltrato en la infancia, o las situaciones violentas que sufren las personas refugiadas, junto a los consecuentes síntomas clásicos de TEPT se encuentran otro conjunto de síntomas que afectan a la autoestima, el estado de ánimo, la regulación emocional o las relaciones sociales (Pill y otros, 2017).

Como consecuencia, la Organización Mundial de la Salud incluyó en la CIE-11 la categoría diagnóstica de TEPT Complejo (TEPT-C) (First, Reed, Hyman y Saxena, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2018), implicando un conjunto de síntomas que, en adición a los síntomas clásicos del TEPT, distinguiría el TEPT-C como categoría diagnóstica, estableciendo una diferenciación clara entre ambos, en función de la experiencia traumática y, especialmente, los síntomas manifestados. Por lo tanto, el TEPT-C es un diagnóstico más amplio que incluye necesariamente los tres síntomas principales del TEPT (reexperimentación del trauma, evitar los recuerdos traumáticos y un sentimiento persistente de amenaza que se manifiesta por una reacción de sobresalto exagerada y una hiper-vigilancia) así como un conjunto adicional de síntomas llamados síntomas de Alteración en la Auto-Organización, que a su vez se componen de desregulación afectiva, autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones. Por tanto, el TEPT-C es un diagnóstico más grave, pues las alteraciones y síntomas afectan a más áreas. Además, el deterioro funcional causado por el TEPT-C es más severo que el causado por el TEPT (Brewin y otros, 2017).

Efectos sociales del trauma prolongado en supervivientes

El riesgo de sufrir TEPT-C aumenta con la exposición a eventos traumáticos de carácter interpersonal y de los que es difícil o imposible escapar (Hyland y otros, 2018). Asimismo, la presencia del trastorno está, en última instancia, determinado por el perfil de los síntomas que se manifiestan (Kazlauskas y otros, 2018). Así, la alteración de las relaciones es una secuela destacable y definida como uno de los síntomas característicos de TEPT-C. En particular, se contempla que la persona que sufre este diagnóstico se puede sentir distante o aislada del resto, o le puede resultar difícil estar emocionalmente cercana respecto a los/as demás. En consecuencia, puede repercutir en su funcionamiento

cotidiano y en áreas como sus relaciones o su vida social, su capacidad para trabajar u otros aspectos importantes que implican interaccionar con otros. Por ejemplo, la crianza de hijos o hijas, el trabajo, el rendimiento académico u otras actividades importantes (Cloitre y otros, 2018).

En la misma línea, Simon y cols. (2019) llevaron a cabo un estudio exploratorio donde concluyen que las personas que sufren TEPT-C tienden a mostrar niveles más bajos de apoyo social percibido en comparación con personas que no presentan dicho trastorno, y en menor medida, en comparación con personas que sufren TEPT clásico. A su vez, afirman que las personas con niveles más bajos de apoyo social percibido informan significativamente de un mayor número de alteraciones en las relaciones. Este estudio es pionero en comparar por primera vez personas con TEPT o TEPT-C en relación al apoyo social percibido y afirmaron que las personas con TEPT-C obtuvieron una puntuación media más baja en apoyo social percibido en comparación con el grupo de personas que presentaban TEPT, lo que sugiere que el TEPT-C puede estar asociado con una tasa particularmente baja de niveles de apoyo social percibido.

Existen otros factores mencionados por la literatura científica que pueden estar relacionados con el apoyo social percibido y que han sido recientemente investigados. Entre ellos, encontramos el autoconcepto negativo. Así, la baja percepción de apoyo social encontrada en las personas que padecen TEPT-C podría estar relacionada, mantenida y agravada por un autoconcepto negativo, el cual implica sentirse menospreciado/a, abatido/a o sin valor como consecuencia de los sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso tras sufrir un trauma (Cloitre y otros, 2013). En esta línea, el estudio de Karatzias y otros (2018) muestra una fuerte asociación entre las cogniciones negativas sobre uno/a mismo/a, seguido del miedo al rechazo

o abandono interpersonal y la supresión expresiva medida a partir de los esfuerzos para ocultar, inhibir o reducir la expresión emocional y los síntomas de TEPT-C.

Algunos de los estudios sobre TEPT-C se centran en el origen de las dificultades en las relaciones sociales observadas en las personas con este diagnóstico. Por ejemplo, se ha observado en niños y niñas que han sufrido maltrato un sesgo de atención hacia los rostros con emociones negativas, como amenazantes y tristes, frente a rostros neutros o felices en procesos de preatención y atención (Bertó y cols., 2017). Estas peculiaridades en el procesamiento de la atención consecuentes al maltrato pueden tener repercusiones en su manera de relacionarse y debería considerarse como objetivos terapéuticos para nuevos enfoques de tratamiento en esta población.

La soledad y la ideación suicida también ha sido relacionada con el TEPT-C, siendo un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de volver a ser víctima y blanco de agresores, manteniendo y agravando la sintomatología presente de TEPT-C (Dagan y Yager, 2019). Esto puede aumentar la hipervigilancia y el riesgo de comportamientos imprudentes, así como impedir en algunos casos el avance en la terapia. Además, y unido a ello, personas con TEPT-C informan un sentimiento de incapacidad emocional para buscar ayuda o apoyo social.

En el terreno de la violencia de género, es prácticamente inexistente la investigación sobre el TEPT-C en mujeres supervivientes, a pesar de que estas mujeres están siendo sometidas a un tipo de violencia que tiene entre sus consecuencias más probables la manifestación del TEPT-C (Bailey et al., 2019; Kazlauskas et al., 2018). Algunos estudios evaluaron TEPT-C con anterioridad a la inclusión de la categoría diagnóstica en la CIE 11, encontrando sentimientos de vergüenza y culpa, pensamientos sobre la muerte y síntomas psicosomáticos, así como

riesgo de desregulación afectiva y conductual, que se explican mejor por el constructo TEPT-C en mujeres supervivientes (Leahy, 2007; Van der Kolk et al., 2005). Además, y unido a ello, se conoce que en el transcurso de las relaciones violentas las mujeres supervivientes sufren frecuentemente situaciones de aislamiento social a manos de su pareja/ ex pareja, como evitar que vea o hable con sus familiares o amistades, querer convencerlos de que está loca o intentar ponerlos en su contra, encerrarla en una habitación u otro espacio, o evitar que tenga acceso a un trabajo, dinero o recursos económicos (Ford-Gilboe y cols., 2016). Esta ruptura con las relaciones sociales y el aislamiento resulta una de las formas de violencia más comunes reconocida en la literatura sobre el estudio de violencia de género (Green y Kane, 2009; Letourneau y otros., 2013; Próspero y Bohra-Gupta, 2008; Reich y cols., 2015). Además de dicha prohibición de socializar en el momento en que la mujer es víctima, la capacidad de mantener o iniciar relaciones sociales con otras personas puede verse afectada con posterioridad, incluso habiendo salido de la situación de violencia, tal y como ocurre con otras víctimas de sucesos traumáticos interpersonales. Puede que se sientan distantes, tengan dificultades para sentirse cercanas a otras personas e incluso tiendan a evitar relacionarse con los demás por miedo a que eso les pueda hacer daño. Esta sensación generaría una clara dificultad para confiar y sentirse seguras y, a su vez, está comprobado que ese sentimiento contribuye a un mayor aislamiento social y percepción de soledad (Karatzias et al., 2017). Todo ello, además, provoca otras consecuencias sociales, como ciertos niveles de inadaptación en la vida diaria y en el funcionamiento cotidiano (Echeburúa, Amor, y Corral, 2002; Karatzias y cols. 2017).

Por consiguiente, la consideración de los rasgos característicos diferenciales entre TEPT y TEPT-C es necesaria, pues tiene importantes repercusiones sobre el tratamiento de las mujeres que han sufrido esta violencia.

Intervención sobre los síntomas complejos en mujeres supervivientes de violencia de género

En la historia de violencia presente en las mujeres supervivientes no existe un evento traumático con un comienzo y final claro, ni existe un único acontecimiento traumático, por lo que las intervenciones clásicas sobre el TEPT centradas en eventos discretos y claramente identificables no son aplicables a esta población (Pill et al., 2017). Así, se ha puesto de manifiesto que aquellas intervenciones dirigidas a la reducción del miedo y los síntomas de hiperactivación y cuyo objetivo es modificar las creencias desadaptativas sobre el miedo y la seguridad, no son adecuadas para aquellas mujeres que han sufrido violencia de género (Kwan, 2009). La intervención psicológica con las mujeres supervivientes de violencia de género debe trabajar la regulación emocional, la disociación y los problemas interpersonales. Pero además debe ocupar un lugar fundamental el trabajo sobre las consecuencias funcionales que se desprenden de ello, con una intervención destinada al fomento y mantenimiento de las relaciones sociales y la búsqueda de redes de apoyo social seguro.

En este sentido, resulta muy valioso contar con tratamientos eficaces centrados en el desarrollo de la regulación del afecto y las relaciones interpersonales, como es el caso del tratamiento conocido como Entrenamiento de Habilidades en la Regulación Afectiva e Interpersonal y Exposición Prolongada Modificada (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation plus Modified Prolonged Exposure; STAIR/MPE; Cloitre et al., 2002). Las mujeres supervivientes de violencia de género pueden beneficiarse de un trabajo sobre la adquisición y mejora del apoyo y cohesión social, la mejora de la comunicación de sentimientos como los sentimientos de angustia hacia otros, trabajar las habilidades interpersonales u otros componentes como el trabajo enfocado en la compasión, los cuales pueden beneficiar a las mujeres supervivientes que sufren TEPT-C (Karatzas et al., 2018).

Conclusiones

La violencia de género es un tipo de violencia interpersonal en la que existe un vínculo cercano entre la víctima y el agresor. El hecho de ser agredida por una persona de confianza, y no por una persona desconocida o con quien se tiene menos relación, provoca secuelas de mayor gravedad en las víctimas, y aumenta la probabilidad desarrollar y agravar los problemas de salud mental (Herman, 1992; Pill et al., 2017). Así, la mayoría de las mujeres que han experimentado este tipo de violencia y que cumplen los criterios para un diagnóstico de salud mental sufren TEPT, siendo ésta una de las consecuencias psicológicas más graves de la violencia de género. Sin embargo, el diagnóstico de TEPT no explica en su totalidad el impacto psicológico negativo experimentado por las supervivientes de violencia de género. En este marco, proponemos el nuevo diagnóstico de TEPT-C (CIE 11, 2018) como explicativo de los síntomas presentes en estas mujeres, tanto en lo referente a los problemas de regulación afectiva, como al autoconcepto negativo y a las dificultades para mantener relaciones con otras personas que se observan tras haber sido víctimas y supervivientes de violencia ejercida por la pareja o expareja. Dicho trastorno provoca multitud de consecuencias negativas en relación a la vida cotidiana, la empleabilidad, la adaptación social, el desenvolvimiento familiar y las relaciones sociales que merecen un papel central en la intervención psicológica con estas mujeres. Resulta de obligada necesidad trabajar de modo multidisciplinar, formando equipos de intervención que puedan dar respuesta a las complejas necesidades sociales de las mujeres supervivientes de esta violencia.

Referencias bibliográficas

- Ali, T. S., Mogren, I., & Krantz, G. (2013). Intimate partner violence and mental health effects: a population-based study among married women in Karachi, Pakistan. *International journal of behavioral medicine*, 20(1), 131-139.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Bailey, K., Kylee Trevillion, K., y Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 88-103. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007>.

Bertó, C., Ferrin, M., Barberá, M., Livianos, L., Rojo, L., & García-Blanco, A. (2017). Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of complex posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 73, 42-50.

Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(4), 182-188.

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Somasundaram, D. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15.

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., y Duranceau, S. (2015). PTSD personality subtypes in women exposed to intimate-partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 154-161. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000003>

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 20706.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective

and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1067.

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546.

Coker, A. L., Smith, P. H., & Fadden, M. K. (2005). Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *Journal of Women's Health*, 14(9), 829-838. doi:10.1089/jwh.2005.14.829

Dagan, Y., & Yager, J. (2019). Addressing loneliness in complex PTSD. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(6), 433-439.

Daugherty, J. C., Verdejo-Román, J., Pérez-García, M., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2020). Structural Brain Alterations in Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 0886260520959621.

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International journal of family medicine*, 2013.

Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of interpersonal violence*, 21(7), 955-968.

Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Shannon, M., & Corry, M. (2013). Trauma typology as a risk factor for aggression and self-harm in a complex PTSD population: The mediating role of alterations in self-perception. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(1), 56-68.

Echeburúa, E., Corral, P. D., & Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(1), 139-146.

First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82-90.

Fonzo, G. A., Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation LevelDependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with IntimatePartner Violence Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 68(5), 433-441. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.028>

Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., MacMillan, H. L., Scott-Storey, K., Mantler, T., ... & Perrin, N. (2016). Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)—Short Form (CASR-SF). *BMJ open*, 6(12), e012824.

Garcia-Linares, M. I., Sanchez-Lorente, S., Coe, C. L., & Martinez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 965-972.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*, 14(2), 99-132.

Green, D. L., & Kane, M. N. (2009). Does type of crime affect the stress and coping process? Implications of intimate partner violence. *Victims and Offenders*, 4(3), 249-264.

Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and behavioral Correlates. *Journal of traumatic stress*, 31 (2), 174-180.

Jackson, H., Philip, E., Nuttall, R. L., & Diller, L. (2004). Battered women and traumatic brain injury.

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187.

Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., ... & Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 177-185.

Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European journal of psychotraumatology*, 9 (1), 1414559.

Kelly, U. A. (2010). Symptoms of PTSD and major depression in Latinas who have experienced intimate partner violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(2), 119-127.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Florescu, S. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). World Report on Violence and Health. *World Health Organization*. Geneva: WHO Press.
- Kwan, P. (2009). Phase-Orientated Hypnotherapy for Complex PTSD in Battered Women: An Overview and Case Studies from Hong Kong. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 37(1).
- Lacey, K. K., McPherson, M. D., Samuel, P. S., Powell Sears, K., & Head, D. (2013). The impact of different types of intimate partner violence on the mental and physical health of women in different ethnic groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(2), 359-385.
- Leahy, K. L. (2007). *Complex posttraumatic stress symptoms among a community sample of battered women*. Michigan State University. Department of Psychology.
- Letourneau, N., Morris, C. Y., Stewart, M., Hughes, J., Critchley, K. A., & Secco, L. (2013). Social support needs identified by mothers affected by intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(14), 2873-2893.
- Loxton, D., Dolja-Gore, X., Anderson, A. E., & Townsend, N. (2017). Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *PLoS One*, 12(6), e0178138.
- McKee, S.A., y Hilton, N.Z. (2019). Co-occurring substance use, PTSD, and IPV victimization: Implications for female offender services. *Trauma Violence, & Abuse*, 20, 303-314.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Definición de Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V., & Rhatigan, D. L. (2012). The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner abuse*, 3(1), 59-75.
- Nerøien, A. I., & Schei, B. (2008). Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian journal of public health*, 36(2), 161-168.
- Nicolaidis, C., & Touhouliotis, V. (2006). Addressing intimate partner violence in primary care: Lessons from chronic illness management. *Violence and Victims*, 21(1), 101-115.
- Perez, S., Johnson, D. M., Johnson, N., y Walter, K. H. (2012). The role of PTSD and length of shelter stay in battered women's severity of re-abuse after leaving shelter. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21, 776-791. doi:10.1080/10926771.2012.702712
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celdrán-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of women's health*, 15(5), 599-611.
- Pill, N., Day, A., & Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence: A review of current knowledge. *Aggression and violent behavior*, 34, 178-184.
- Próspero, M., & Vohra-Gupta, S. (2008). The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 16(4), 376-390.
- Reich, C. M., Blackwell, N., Simmons, C. A., & Beck, J. G. (2015). Social problem solving

strategies and posttraumatic stress disorder in the aftermath of intimate partner violence. *Journal of anxiety disorders*, 32, 31-37.

Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1573129.

Stein, M. B., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 52(11), 1079-1088.

Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., ... & Stein, M. B. (2010). Neural correlates of altered pain response in women with post-traumatic stress disorder from intimate partner violence. *Biological psychiatry*, 68(5), 442-450.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148(1), 10-20. doi: 10.1176/ajp.148.1.10. PMID: 1824611.

Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., ... & Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 879-887.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the*

International Society for Traumatic Stress Studies

Studies

18(5), 389-399.

Valera, E., & Kucyi, A. (2017). Brain injury in women experiencing intimate partner violence: Neural mechanistic evidence of an "invisible" trauma. *Brain Imaging and Behavior*, 11(6), 1664-1677.

Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 797.

Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary nurse*, 46(2), 170-179.

World Health Organization, WHO. (2012). *Understanding and Addressing Violence Against Women*. World Health Organization. Geneva: WHO Press.

World Health Organization, WHO. (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Geneva: WHO.

Yueng-Ha Wong, J., Fong, D. Y. T., Lai, V., & Tiwari, A. (2014). Bridging intimate partner violence and the human brain: a literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 22-33.

El sentimiento de soledad desde un punto de vista intergeneracional

Laura M^a Gómez del Río. Colegiada nº AO08464.

Coordinadora de la Comisión de Psicología del Envejecimiento del COPAO en Jaén.

***M^a Aránzazu Brey Carrillo.** Colegiada nº AO09647.

***Mónica López Rodríguez.** Colegiada nº AO06220.

***Juan Miguel Martínez-Aranda.** Colegiado nº AO03903.

***Leonor Molina Molina.** Colegiada nº AO10597.

*Miembros de la Comisión de Psicología del Envejecimiento del COPAO en Jaén.

Resumen

El objetivo del presente trabajo, ha sido el de abordar el concepto que sobre la soledad tienen las personas mayores, y confrontarlo con el concepto que se tiene desde otros grupos de edad. Para ello, se ha utilizado una metodología cualitativa transversal, con una muestra a conveniencia, y con un trabajo de campo de recogida de testimonios y experiencias a través del uso de la aplicación de telefonía Whatsapp y medios escritos, encontrándose que el concepto sobre la soledad experimenta una evolución durante el ciclo vital. En este sentido, las personas más jóvenes entenderían la soledad, como soledad social, mientras que según va avanzando la edad, y sobre todo a partir de los 66 años, los testimonios se acercan más a la definición de soledad emocional, en donde se observa un tono negativo, de desasosiego, angustia, amargura y temor.

Palabras clave

Soledad, soledad emocional, soledad social, metodología cualitativa, envejecimiento.

Abstract

The objective of this work has been to address the concept that older people have about loneliness and confront it with the concept that is had from other age groups. To do this, a cross-sectional qualitative methodology has been used, with a convenience sample, and with a fieldwork to collect testimonies and experiences through the use of the WhatsApp telephone application and written media, finding that the concept of loneliness undergoes an evolution during the life cycle. In this sense, younger people would understand loneliness as social loneliness, while as age progresses and especially from 66 years of age, the testimonies come closer to the definition of emotional loneliness, where it is observed a negative tone of restlessness, anguish, bitterness and fear.

Keywords

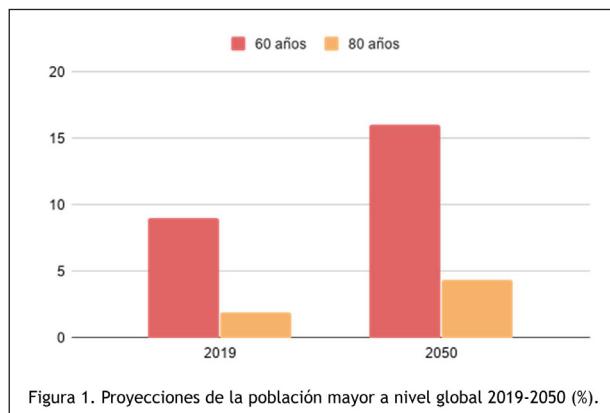
Loneliness, emotional loneliness, social loneliness, qualitative methodology, aging.

Introducción

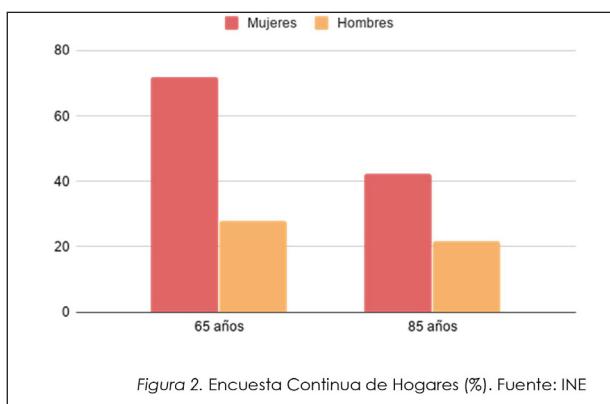
El envejecimiento, como fenómeno único, individual, universal e irreversible, que se produce a lo largo del ciclo vital, se ha abordado desde diferentes campos de estudio, como la biología, la psicología o la sociología (Alvarado y Salazar, 2014). Abordajes multidisciplinarios que ponen de manifiesto la complejidad del fenómeno de estudio, y donde la psicogerontología trata de estudiar, entender y explicar el proceso de envejecimiento, los cambios en el funcionamiento psicológico y del comportamiento que ocurren en el adulto mayor (Pérez, 2015). Podemos hablar de dos modelos en el estudio del envejecimiento, aquel que se centra en los **procesos de pérdidas**, con una concepción patologizada que pone de relieve la enfermedad y la pérdida, tanto de funciones como de capacidades, y el que entiende el envejecimiento como un proceso en donde hay un amplio margen para el desarrollo personal, satisfacción vital y vida en plenitud, que se basan en el **bienestar subjetivo** y que repercuten en una mayor calidad de vida, que Sarabia (2009) engloba dentro del concepto de envejecimiento exitoso.

El progresivo envejecimiento de la población es una realidad que se viene desarrollando en todos los países del mundo, fruto del descenso de los índices de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, todo un éxito de la humanidad, pero que constituye un reto importante a nivel social, laboral y económico. Según las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el año 2050, la población mundial mayor de 60 años supondrá un 16% de la población global frente al 9% actual. Por otra parte, la población mayor octogenaria pasará de 143 millones en 2019 (1,85%) a 426 millones para 2050 (4,39%) (ONU, 2019) (Ver Figura 1). La población mayor de 65 años en España, según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2019, suponen el 19,3% de la población total y las personas octogenarias el 6,1%. En cuanto a

las personas centenarias, son 16.303 las censadas, lo que subraya el fenómeno conocido como **envejecimiento del envejecimiento** (Pérez, Abellán, Aceituno y Fariñas, 2020). Asimismo, las proyecciones para la población española de 65 años o más sugieren que para 2068 alcanzará el 29,4%. La esperanza de vida sigue aumentando y se sitúa en 80,9 años para los hombres y en 86,2 años para las mujeres (INE, 2020). Las estimaciones para la población centenaria indican un aumento considerable para dentro de 15 años llegando a 46.366 personas (INE, 2018).



Por otra parte, según los datos extraídos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE, 2019, los **hogares españoles unipersonales** constituyen el 25,7%, de los que el 41,9% (2.009.100 de personas) tienen 65 años o más, y el 72% son mujeres. En relación a las personas de 85 años, el 42,3 % de las mujeres viven solas, frente al 21,8 % de los hombres (INE, 2020) (Ver Figura 2).



Estos datos ponen de manifiesto el aumento de la población mayor para los próximos años y en concreto, el aumento de los hogares unipersonales de personas mayores, la edad es por tanto un factor que aumenta la probabilidad de vivir en soledad. Así, casi la mitad de las personas que viven solas en España tienen 65 años o más (41%), y de entre éstas, la mayoría son mujeres, lo que evidencia una **feminización de la vejez** (32% más mujeres que hombres, Pérez et al., 2020), a pesar de la tendencia de uniformidad de la esperanza de vida.

Es por ello que existe un interés cada vez mayor por estudiar la soledad en las personas mayores, aunque todavía sea un campo de conocimiento poco explorado (López y Díaz, 2018).

En este artículo, desde la Comisión de Envejecimiento del COPAO de Jaén, pretendemos abordar el concepto del sentimiento de soledad, a través de los testimonios de personas de distintos rangos de edad, para comprobar si en función de la edad cambia la conceptualización de este término, y por otro lado, analizar la narrativa de las personas mayores entrevistadas en torno a la experiencia de la soledad.

Conceptualización y modelos teóricos sobre la soledad

En una aproximación inicial al concepto de soledad, encontramos, en el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), la acepción primera que considera el carácter social de la soledad, la carencia voluntaria o involuntaria de compañía, y una tercera acepción que la define como una experiencia negativa ante la ausencia, muerte o pérdida de alguien. La soledad es un sentimiento contexto-dependiente y multicausal, que puede experimentarse en cualquier momento del ciclo vital independientemente del nivel socioeconómico, de la edad o del sexo.

Los principales aportes al tema de la soledad fueron realizados por Weiss en 1974, desde una conceptualización multidimensional de la soledad desarrolla un modelo en donde diferenciaba entre soledad emocional y **soledad social**. La primera, relacionada con la Teoría del Apego de Bowlby (1972), se define como una respuesta subjetiva ante la falta de apego generalizada, de una relación intensa y relativamente perdurable con otra persona, cuya ausencia produciría problemas de ansiedad. Por otro lado, la **soledad social**, que estaría relacionada con la pérdida de roles y donde cobra especial importancia la integración social de la persona en la comunidad, es percibida y vivida con sentimientos de no pertenencia y exclusión de un grupo o red social (Bellegarde, 2017). Autores como Yáñez (2008) siguen esta concepción de la soledad, diferenciando, en su caso, entre soledad social, definida como la carencia de relaciones afiliativas que produce un sentimiento de marginalidad, sensación de no ser aceptado por otros, aislamiento y aburrimiento, se desea tener un lugar en un grupo de personas con las que compartir interés y preocupación, y soledad emocional, como la ausencia de relaciones de apego, especialmente significativa para la persona y que proporcionan una base segura asociada con una sensación de vacío y deseo de alguien especial con quien compartir la vida. López y Díaz (2018), igualmente abordan el sentimiento de soledad en personas mayores que han vivido desde estas dos dimensiones, soledad emocional y social, encontrando que la soledad emocional es mayor en personas que vivían en edad avanzada, experimentando soledad social por la ruptura con las redes sociales y el distanciamiento relacional.

Por otra parte, desde un abordaje cognitivo, se sugiere que la soledad es una respuesta psicológica de carácter negativo que se produce ante la discrepancia cognitiva entre las interacciones sociales esperadas (expectativas de relación social) y las interacciones sociales

reales (De Jong Gierveld, 1987; Peplau y Perlman, 1982, como se citó en Bellegarde, 2017). Existirían variables cognitivas mediadoras que modulan la interpretación del contacto social, de manera que a mayor discrepancia, mayor sentimiento de soledad. En su modelo de discrepancia cognitiva, De Jong Gierveld (1987), se consideran aspectos como las variables sociodemográficas, características de personalidad, la red social y evaluaciones subjetivas, como mediadores de los procesos cognitivos (Bellegarde, 2017).

La valoración de la soledad generalmente tiene una connotación negativa, si bien, desde los modelos existencialistas, (Moustakas, 1972), se considera la soledad como una experiencia positiva que favorece el desarrollo personal, la creatividad y la autorreflexión que nos conectaría con nosotros mismos, a la par que la experiencia que puede causar sufrimiento y que es consustancial al ser humano (Yanguas et al., 2018). En cuanto a la atribución causal de la soledad, Hauge y Kirkevold (2010) hallaron que las personas que no se sentían solas, consideraban que la soledad se debía a las características personales de quien la experimenta, y por otro lado, las personas que sí referían sentirse solas, atribuían su causalidad a la falta de oportunidades.

En cuanto al perfil de los adultos mayores que tienen un sentimiento de soledad más acuciado, Martínez-Aranda (2019) relaciona la soledad, en un estudio sobre la prevalencia de la soledad en las personas mayores en el entorno rural a partir de la Escala Este de Soledad Social II (Rubio, 2009), con ser mujer, vivir en el casco urbano (más población) frente a núcleos de población más pequeños en donde hay una red social más amplia, haber trabajado en la agricultura, tener un bajo nivel de estudios, manifestar una percepción de salud negativa, ser viudo/a o no tener pareja y tener progresivamente más edad, resultados similares a los encontrados por Rubio (2009).

Atendiendo a un rango de edad diferente al de los adultos mayores, Terrell-Deusch (1999), en un estudio sobre soledad en niños y adolescentes, distinguió entre la soledad, en relación con los padres, y la soledad en relación al grupo de pares. En el caso de la adolescencia, la soledad cobra especial importancia, ya que existe un progresivo reemplazo de las figuras primarias de apego por el grupo de iguales y se desarrollan expectativas de apoyo, lealtad e intimidad, de manera que el concepto de soledad estaría relacionado con la ausencia de éstas. Por otra parte, en un contexto de bullying, Morán et al. (2015), distingue dos dimensiones de la soledad entre niños y adolescentes, la soledad por rechazo de los iguales y la soledad por la separación de las figuras significativas. Para los adultos jóvenes, la soledad no solo implica sentirse solo físicamente, sino no poder mantener vínculos afectivos, no tener sentimientos de pertenencia o no sentirse reconocidos y acogidos, y los aspectos más estudiados han sido, entre otros, el divorcio, la soltería, la paternidad u otros acontecimientos vitales (Magdaleno-Hernández, 2013).

Objetivo y metodología

Con el presente estudio, se pretende abordar el concepto de soledad a través de las definiciones aportadas por personas de diferente edad. Para ello, se ha utilizado una metodología cualitativa transversal, con una muestra seleccionada de casos no probabilística y de conveniencia de 69 personas. Los criterios de inclusión que se han considerado han sido el ser hombre o mujer y tener más de 18 años. Se han establecido, asimismo, cuatro variables, la edad, con cuatro categorías según el rango (18-29, 30-49, 50-65 y de 66 años en adelante), el sexo (hombre y mujer), el tipo de soledad manifestada (emocional, social o mixta) y la polaridad de las opiniones (positiva, negativa o mixta) (Ver Figura 3).

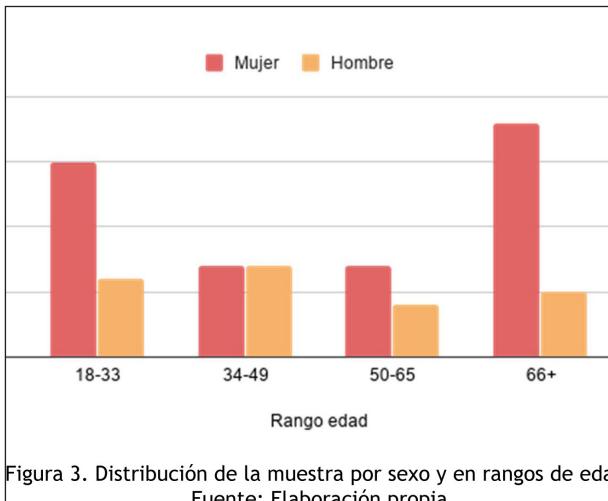


Figura 3. Distribución de la muestra por sexo y en rangos de edad
Fuente: Elaboración propia

Como puede apreciarse en esta figura, la muestra estaba conformada mayoritariamente por personas de sexo femenino (68,11%), lo que supone más del doble de la de sexo masculino (31,88%), especialmente en los rangos de edad de 18-33 años y de más de 66 años. Y, en cuanto a la representatividad por rangos de edad, son también estos rangos los que aportan más registros (Ver Figura 4).

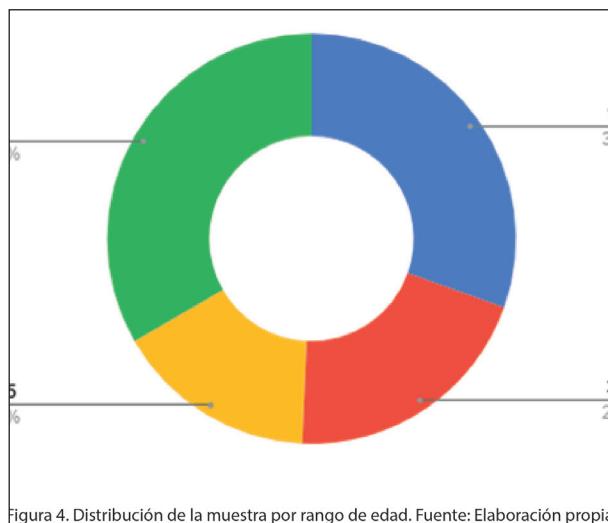


Figura 4. Distribución de la muestra por rango de edad. Fuente: Elaboración propia

Las personas entrevistadas han respondido a una encuesta de única pregunta, abierta y típica, **¿Qué significa para usted la soledad?**, que según Gómez (2016), requiere de un razonamiento y una explicación más o menos extendida para aclarar una opinión, siendo por

ello indicada en temas de cierta complejidad. Las respuestas, dentro del discurso y narrativa personal, se han recogido en dos tipos de formatos, por un lado, de forma oral mediante archivos de audio a través de la aplicación móvil Whatsapp y, por otro, a través del formato escrito directo. Este último ha sido utilizado, en su mayoría, por la muestra de mayor edad, y han sido elaborados por las mismas personas entrevistadas o bien transcritos por los autores. Los resultados esperados tienen que ver con una progresiva concepción emocional de la soledad, conforme se avanza en el ciclo vital, asociada a una valoración negativa de la misma.

Para realizar una descripción objetiva, sistemática, replicable y válida de los contenidos hallados en las respuestas recogidas en la muestra, se ha considerado como unidad de análisis cada uno de los registros obtenidos, el equivalente al total de la muestra. Atendiendo a las diferentes definiciones halladas en la literatura, en cada una de estas unidades, se ha analizado el tipo de soledad definido, esto es, **soledad emocional**, aquella en la que aparecen sentimientos de vacío, desasosiego, falta de apego o de relaciones afectivas, **soledad social**, donde se experimenta aislamiento, marginación o sentimientos de no pertenencia o red social insuficiente, y por último la **ategoría mixta**, en donde se definen tanto la soledad emocional como la social. Por otra parte, se analiza la **polaridad** de la experiencia de la soledad que puede ser **positiva**, con expresiones que tienen que ver con el autoconocimiento, la creatividad, el aprendizaje o la plenitud entre otras, **negativa** con enunciados como tristeza, algo muy malo y fea, o desagradable, o **mixta** cuando se recojan ambas.

Resultados

Atendiendo al objetivo que ha guiado el presente trabajo, el de conocer y abordar el concepto de soledad en personas de diferentes edades, se ha encontrado que las personas

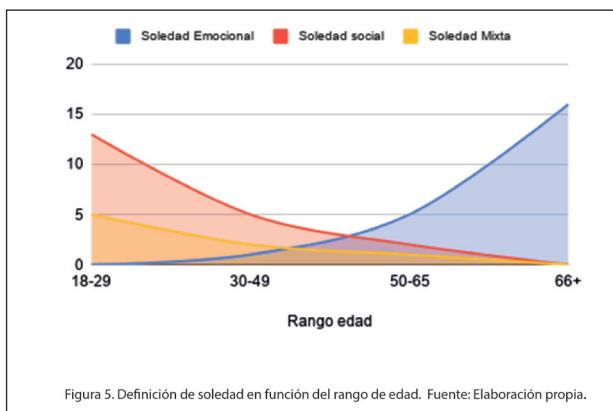
pertenecientes al rango de edad más joven (**18 a 29 años**), coinciden en su mayoría (más del 80%) en describir la soledad desde su concepción social, definida por la percepción de no pertenencia o de no encajar en un grupo, y de aislamiento social a pesar de estar acompañado (Mujer 18 años: "...puedes sentirte solo porque te han apartado de la sociedad o te han rechazado"; Hombre 18 años: "...es un sentimiento de vacío, de sentir que no encajas en ningún sitio"). Si bien algunos entrevistados han relacionado la soledad con trastornos del estado de ánimo, como ansiedad o depresión, y en este sentido la soledad es entendida como un sentimiento negativo, un 43% le confieren una valencia positiva en cuanto que la consideran una necesidad para favorecer el autocognocimiento y el crecimiento personal. (Mujer 18 años: "la soledad es necesaria y reconfortante"; Hombre 19 años: "...aceptes el hecho de estar solo para explorarte a ti mismo, reflexionar... cuestionarse...replantearte cosas..."; Mujer 33 años: "...es el momento de reencontrarse con uno mismo y poner en orden toda tu mente").

Por otra parte, en el tramo de edad comprendido entre **30 y 49 años**, se observa una mayor acercamiento a la definición de soledad en su vertiente social (26%), en donde se describen situaciones de sentimientos de no pertenencia (Hombre 34 años: "...es un sentimiento que incluso estando rodeado de gente puede sentirse solo porque no por mucha gente alrededor la soledad deja de existir"), aunque por otra parte también se describen situaciones de soledad emocional al no tener con quién compartir experiencias (Mujer 46 años: "...es tristeza, es no tener con quién compartir tu vida"). En cuanto a la valencia que se asocia al concepto de soledad, es llamativo, como elemento diferenciador, la presencia de las acepciones más amables del concepto. En este sentido, se hace alusión, en varias ocasiones, a la palabra paz, orden, tranquilidad o forma de refugio ante la presión de la responsabilidad del día a día (Hombre 39: "...la única forma

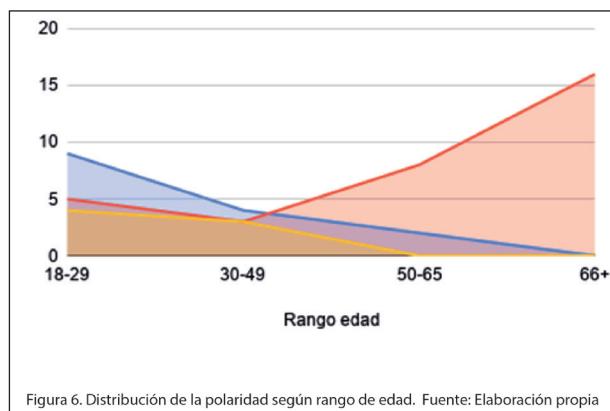
de hablar con uno mismo y la mejor forma de conocerse"). En la gran mayoría de las aportaciones se deja patente que entienden que su visión positiva es una condición temporal y elegida. Consideran que con el paso de la edad esa soledad se puede vivenciar de forma menos amable al ser impuesta por las circunstancias. También se considera como una forma de autoconocimiento y camino al empoderamiento y el aprendizaje, esta valoración positiva se corresponde con un 31%. Mientras que, por otra parte, también se hace referencia a otros aspectos menos agradables del término, como la falta de sentimiento de pertenencia o de compatibilidad, aunque no es tan marcado como en el caso de los más jóvenes (Hombre 34 años: "...es a lo que más miedo tengo, a que incluso estando rodeado de gente te sientas solo"; Mujer 41 años: "...es una maestra...algo parecido a la paz, un vacío tranquilizador, es como la calma").

En cuanto a las personas entrevistadas incluidas en el rango de edad de **50-65 años**, se observa una mayor presencia de connotaciones negativas del término soledad. En este sentido, el 72% de las respuestas analizadas presenta esta valencia, con la presencia de términos como tristeza, terrible, angustia, vacío o depresión (Mujer 50 años: "La soledad... puede ocasionar tristeza, angustia, ansiedad, vacío e incluso depresión, ya que es una mala consejera para la salud mental"; Mujer 54 años: "La soledad sería lo más terrible que me podía pasar. En un momento de soledad me hundiría en la miseria"; Hombre 53 años: "...es muy triste y doloroso vivir la soledad"). Aunque algunas personas definen la soledad desde una visión social (Mujer 60 años: "Aun estando acompañada me siento sola porque me ignoran, no me comprenden, no se tiene en cuenta mi opinión"), esta visión negativa y poco amable de la soledad, se corresponde con una definición mayoritaria expresada de la soledad en su concepción emocional, con un 45% de la muestra en este rango.

Finalmente, en el rango de edad que comprende las personas de **66 años o más**, se ha encontrado que un 80% de los registros definen la soledad como del tipo emocional (Ver Figura 5), (Hombre 84 años: "...es una cosa muy mala para las personas mayores porque no tienen en quién apoyarse para contarse sus penas"; Mujer 81 años: "La soledad me produce un miedo terrible porque creo que me puede pasar algo, cuando peor lo paso es por las noches"; Mujer 86 años: "Que es muy triste, tristeza").



Esta interpretación de la soledad desde el plano de lo emocional, va asociada a una destacada tendencia valorativa con un marcado sesgo negativo (Ver Figura 6), como una experiencia no deseada que implica sentimientos de tristeza, el atributo más expresado, y en donde se añora a los seres queridos o el apoyo y cercanía de los hijos, (Mujer 74 años: "Me siento sola porque los hijos, si tienen tiempo libre, prefieren quedar con sus amistades").



Por otro lado, se observa que más de la mitad de las personas entrevistadas expresan actitudes de adaptación ante la presencia de la soledad, a veces resignación, con conceptos como coraje, valentía, superación o de coger el toro por los cuernos. Las conductas de afrontamiento que despliegan son en su mayoría de actividad y la participación social, (Mujer 79 años: "...para mí es muy malo, procuro llevarlo lo mejor posible con la lectura y alguna actividad..."; Mujer 87 años: "Lo que me ayuda es salir a andar e ir al centro de mayores a hacer actividades. Pero cuando llego a casa se me cae encima").

Conclusiones

Los hallazgos encontrados en el presente estudio, demuestran que el concepto sobre la soledad experimenta una evolución durante el ciclo vital. En este sentido, las personas más jóvenes entenderían la soledad desde la concepción social de Weiss (1974), mientras que según va avanzando la edad y sobre todo a partir de los 66 años, los testimonios se acercan más a la definición de soledad emocional, donde se observan descripciones con un tono negativo, de desasosiego, angustia, amargura y temor. Así, en congruencia con lo encontrado por Rubio, Cerquera, Muñoz y Pinzón (2011), el concepto de soledad hallado en adultos mayores (66 años o más), tiene una implicación emocional (soledad subjetiva/emocional) asociada a sentimientos de vacío y tristeza, y por tanto, una connotación negativa, asociada, a su vez, a la vivencia dolorosa de la ausencia de personas significativas y relevantes a nivel afectivo (soledad objetiva/social) que puede favorecer el aislamiento social. Los cambios vitales que se producen durante el ciclo vital, -personales, sociales o familiares-, entendidos desde la pérdida, sobre todo en este rango de edad, están relacionados con la soledad, y su experiencia y valoración dependerá de la capacidad de afrontamiento de cada persona (Rubio et al., 2011). Los datos encontrados

están, igualmente, en la línea descrita por Yanaguas, J., Cilvetti, A., y Segura C. (2019), desde el Observatorio Social de la Caixa, en donde reportan que la soledad (social y emocional) crece con la edad, y de entre estas, la soledad emocional lo hace con más intensidad, por lo que las descripciones que sobre la soledad se han recogido en el presente estudio recorren un camino paralelo.

Las entrevistas realizadas para el presente estudio sobre el concepto de la soledad en los diferentes grupos de edad, se realizaron con anterioridad al estado de alarma y al confinamiento poblacional provocado por la crisis sanitaria derivada de la **pandemia mundial por Covid-19**, por lo que dichos registros no se han visto afectados por las connotaciones que sobre la soledad ha podido tener esta situación excepcional, y por consiguiente no se han podido incluir en nuestro análisis. No obstante, se volvió a entrevistar a algunas de las personas que participaron en el estudio, en concreto, una muestra de 8 mujeres y 2 hombres, mayores todas ellas de 65 años y que viven solas, para examinar qué sentimientos se han experimentado durante el confinamiento en casa. En este sentido, la mayoría manifiesta que, junto al sentimiento de soledad, han sentido tristeza por no poder ver a sus seres queridos, incertidumbre por cómo pueda evolucionar la pandemia y desesperanza, en especial, durante las primeras semanas.

Por otro lado, se han observado una serie de factores que han actuado como fuente de estrés, por ejemplo, miedo al contagio, miedo a salir a comprar y no encontrar en las tiendas de alimentación o farmacia sus necesidades básicas, pero también, frustración e impotencia al escuchar en los medios de comunicación, el tratamiento que se ha dado a las personas mayores contagiadas en los centros residenciales. Tras el estado de confinamiento, también han expresado que han sentido miedo a salir los primeros días, aunque no hubiera horario

establecido para ellos, así como rabia al observar que algunas personas no se tomaban en serio las medidas de seguridad. Estos hallazgos se corresponden con los descritos por Redolat (2020), en su análisis sobre los efectos del confinamiento en la población de edad avanzada, cuyo impacto coincide con el momento en que más personas mayores están aisladas y solas en nuestro país.

Limitaciones

Una de las limitaciones que presenta este estudio sobre el análisis del concepto de soledad durante el ciclo vital, es el tamaño de la muestra, que puede afectar a la generalización de los datos. No obstante, se ha considerado no aumentarlo una vez que se iban encontrando datos redundantes y discursos repetitivos. Por otra parte, no se ha abordado el papel de la variable sexo en la percepción de la soledad, su vivencia y su definición, en donde los estudios coinciden en señalar que la soledad en las personas mayores es más marcada en los hombres que en las mujeres. Para posteriores estudios se considera necesario seguir ahondando en las diferentes concepciones y vivencias que sobre la soledad tienen, especialmente las personas mayores, por ser la población más susceptible a sufrirla, ya que se reduce considerablemente su red social, y que ayuden a elaborar programas eficaces para la reducción de la soledad.

La contribución del presente estudio, ha sido la de mostrar las diferentes concepciones que sobre la soledad pueden encontrarse en personas de diferente edad, y las valoraciones que sobre ésta se derivan, poniendo de relieve la evolución del concepto y su valencia a lo largo del ciclo vital.

Referencias bibliográficas

Alvarado, A.M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Geroko- mos*, 25(2), 57-62.

Bellegarde, M. D. (2017). La soledad de las mujeres mayores que viven solas (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, Valencia, España.

Gómez, M. (2018). Elementos de Estadística Descriptiva. Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUNED).

Hauge, S., y Kirkevold, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 5, 4654. doi: 10.3402/qhw.v5il.4654

Instituto Nacional de Estadística (2018). Proyecciones de población 2018-2068. Notas de prensa. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2020). Encuesta continua de hogares, 2019. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2020). Esperanza de Vida. Recuperado de: https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2F-PYSLayout

López, J., y Díaz, M. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. Revista Internacional de Sociología, 76 (1). doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164

Magdaleno-Hernández, T. (2013). La soledad en adultos jóvenes. Vincularidad e identidades. Tesis, Maestría en Psicoterapia. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Martínez-Aranda, J.M. (2019). Prevalencia de la soledad en las personas mayores de Iznájar y sus aldeas. Ayuntamiento de Iznájar.

Morán, C., García, C. y Fínez, M. (2015). Acoso escolar: Relación con sentimiento de soledad y perfeccionismo positivo en adolescentes. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, (1) 1, 199-210. doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.62

Moustakas, C.E. (1972). Loneliness and Love. Universidad de Michigan. EE.UU.: Prentice-Hall.

Organización de las Naciones Unidas (2019). La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2019/06/1457891>

Peplau, L. A., y Perlman, D. (1982). Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. Nueva York: John Wiley and Sons.

Pérez, L. (Junio, 2015). Sobre el proceso de envejecer. Tiempo. El Portal de la Psicogerontología, Nº 32. Recuperado de: file:///Z:/TFM_MP自称/TFM_MP自称_Documentaci%C3%B3n/2015_P%C3%A9rez-Sobre%20el%20proceso%20de%20envejecer....pdf

Real Academia Española. <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>.

Redolat, R. (07/04/2020). Confinamiento en la población de edad avanzada: impacto psicológico en las personas con demencia. Blog del CRE Alzheimer. Recuperado de: <https://blogcrea.imserso.es/confinamiento-en-la-poblacion-de-edad-avanzada-impacto-psicologico-en-las-personas-con-demencia/>

Rubio, R., Pinel, M., y Rubio, L. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. Universidad de Granada. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>

Sarabia, C.M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20 (4), 172-174.

Terrell-Deutsch, B. (1999). The Conceptualization and Measurement of Childhood Loneliness. En Ken J. Rotenberg y Shelley Hymel (Ed.), *Loneliness in Childhood*

and Adolescence (11-34). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S., y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuam. Revista de Servicios Sociales*, (66), 60-75. doi.org/10.5569/1134-7147.66.05

Yáñez, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, 8, 103-116.

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS EN LA 3^a EDAD

Los y las profesionales de la Psicología que trabajan en este ámbito tienen por objetivo incrementar el bienestar, la satisfacción vital y la calidad de vida de las personas mayores, así como prevenir o actuar sobre la merma de la autonomía, el aislamiento u otras situaciones de riesgo que pueden darse en esta etapa de la vida.

Escenarios en los que se interviene:

La población destinataria directa serían las personas mayores de 65 años e indirectamente sus familiares y/o cuidadores.

Existe una amplia gama de posibles escenarios en los que se trabaja, tanto en proyectos de carácter preventivo para promover un envejecimiento saludable, como en aquellos enfocados a la atención de personas dependientes de sus familiares, y/o cuidadores. Entre otros, se incluyen:

- Centros de Participación Activa
- Unidades de Estancia Diurna y Nocturna
- Asociaciones dirigidas a este sector de población
- Centros residenciales
- Servicios Sociales Comunitarios



Sección de
Psicología de la Intervención Social
del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental



De qué forma se interviene:

- Ayudando en el proceso adaptativo en esta etapa vital tanto con intervenciones con la propia persona mayor como con su entorno familiar o de convivencia.
- Interviniendo en relación a la fase final de la vida y la muerte.
- Realizando proyectos de Investigación, innovación y desarrollo en el campo del envejecimiento.
- Realizando valoraciones psicológicas (cognitiva, emocional y conductual).
- Diseñando y realizando programas de intervención psicológica individuales y grupales
- Establecimiento de estrategias de intervención conductual y emocional con la persona mayor.
- Asesorando a profesionales, sobre aspectos psicológicos implicados en la atención a personas mayores.
- Promoviendo la participación y el empoderamiento en el contexto social, cultural y familiar, de la persona mayor.
- Organizando y ejecutando acciones de promoción de hábitos saludables.

El concepto de profesional de referencia en los servicios sociales: Un análisis crítico desde múltiples criterios éticos, lógico-formales y metodológicos

David Carmona Barrales. Colegiado nº AO04269.

Vocal de la Sección de Psicología de la Intervención Social del COPAO.

Miembro de la Junta Directiva de la División Nacional de Psicología de la Intervención Social del Consejo de la Psicología.

Psicólogo de los Servicios Sociales Comunitarios de Armilla (Granada).

Ramón Fernández Trujillo. Colegiado nº AO02368.

Miembro de la Sección Profesional de Psicología de la Intervención Social del COPAO en Granada.

Psicólogo de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Granada.

Resumen

La asociación directa y rígida entre la persona profesional de referencia y el trabajo social, se ha ido implantando en el desarrollo normativo de los servicios sociales, sin que se hayan practicado estudios basados en la evidencia científica de esta práctica, y sin que existan argumentos éticos, lógico-formales y metodológicos coherentes. En este artículo se plantea una suerte de argumentaciones en contra de esta reserva de actividad en ley a favor de un solo colectivo profesional de los que trabajan en los equipos interdisciplinarios de los servicios sociales.

Palabras clave: interdisciplinar, profesional de acceso, profesional de referencia, psicología, referente profesional, servicios sociales, trabajo social, reserva de actividad, principios rectores, libre capacidad de elección.

Por qué (contra-)argumentar sobre el concepto de profesional de referencia.

Tras más de 30 años desde la implantación del plan concertado de servicios sociales en

España (1988) y siendo conscientes de que hay bastantes focos de interés en cuanto a cómo debería ser el modelo de prestación pública de estos servicios en el siglo XXI, hemos decidido focalizar nuestra atención en una cuestión, para nosotros de especial relevancia, que desde hace algunos años viene generando cierta inquietud en el seno de un amplio colectivo de profesionales de este sector.

El objeto del presente artículo es realizar un análisis sobre el concepto de persona profesional de referencia en el sistema público de servicios sociales en España, su sentido, su justificación técnica y normativa y una serie de observaciones y aportaciones que pretenden clarificar cómo debería, bajo nuestro punto de vista, decidirse a este respecto.

En nuestra opinión, contraria a la que los distintos marcos normativos en materia de servicios sociales instauran o pretenden instaurar, el proceso de intervención social ante situaciones de necesidad y la protección social en su conjunto no pueden quedar predefinidos por las decisiones técnicas de una disciplina profesional de las implicadas, y reconocidas como básicas, en el

sistema de servicios sociales. Que decisiones políticas históricas perfilasen que un colectivo profesional fuese designado como el mínimo en la estructura de la atención social en sus inicios y que incluso el lenguaje quedase anclado a esta decisión (Unidades de Trabajo Social, Zonas de Trabajo Social...) no significa que, en el proceso de redefinición del sistema público de Servicios Sociales que se está llevando a cabo, no se reconozca el necesario carácter interdisciplinar que debe definir los procesos de intervención social. Es por ello que entendemos que ni desde el punto de vista normativo ni desde el punto de vista técnico deberían producirse pronunciamientos apriorísticos sobre la preponderancia de un perfil profesional, más allá de los que por competencia profesional queden delimitados, y que deberían ser criterios científicos los que determinasen el modelo de implantación del sistema de servicios sociales.

Somos conscientes del papel que la disciplina del Trabajo Social, sin ser la única, ha desempeñado en la historia de los servicios sociales en España y de que antaño se produjo un proceso de identificación social que parecía relacionar indefectiblemente al Trabajo Social con todo lo relativo a las necesidades sociales de la población. Pero esos eran unos tiempos en los que la democracia y la ciencia intentaban sustituir el modelo de beneficencia social que imperaba hasta entonces y que supuso una coexistencia entre modelos meramente asistenciaistas y caritativos con intentos de aplicar modelos de cambio social basados en la evidencia científica de la época. Entendemos, en esa dualidad, el papel relevante que pudo adquirir la disciplina de Trabajo Social y que por los escasos recursos existentes se estableciese que los servicios sociales se identificasen principalmente con la gestión de los mismos, y por ello, que la disciplina del trabajo social obtuviese tal relevancia.

No se trata de cuestionar el papel que la disciplina del Trabajo Social debe desempeñar,

no se trata tampoco de realizar defensas corporativistas de una u otra disciplina, ni de establecer escalafones estructurales. Tenemos la firme convicción de que el Sistema Público de Servicios Sociales debe cimentarse sobre la premisa de que la interdisciplinariedad, el abordaje conjunto y consensuado de la atención a las necesidades de las personas usuarias del sistema por parte de todas aquellas disciplinas y sectores implicados, basada en la evidencia científica, es la que realmente permitirá el cumplimiento de los principios inspiradores de los Servicios Sociales.

Conceptualización del término

El término profesional de referencia se puede conceptualizar desde dos puntos de vista; desde el punto de vista de la forma en que el tipo de profesional es asociado al de profesional de referencia y si se le confiere categoría o no de derecho, y desde el punto de vista de las descripciones del término, así como las atribuciones competenciales y/o funcionales que le son atribuidas en las distintas leyes autonómicas y el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).

En cuanto al tipo de profesional que es asociado al de profesional de referencia, la conceptualización más generalizada, y que este artículo trata de desmontar hace referencia a la imposición por norma, generalmente en rango de ley autonómica, de que la persona usuaria de los servicios sociales tenga como referencia obligatoria a un/a trabajador/a social, tanto en el acceso al sistema como en los casos en los que se requiera una intervención de duración determinada, sin posibilidad alguna de que, tanto la persona usuaria como los/as distintos tipos de profesionales del equipo, puedan elegir como referente para la misma.

Son nueve, diez si finalmente prospera en el sentido actual el Anteproyecto de Ley de

Servicios Sociales de Murcia, las leyes autonómicas las que usan la anterior conceptualización rígida (tabla 1).

Tabla 1: Distribución de leyes de servicios sociales y el tipo de alusión a la figura profesional de referencia

Comunidad	Denominación de la ley	año	Sobre la persona profesional de referencia:
ANDALUCIA	Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía	2016	Indica que debe ser un/a Trabajador/a Social
ARAGÓN	Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.	2009	No indica qué tipo de profesional ha de ser el de referencia [solo que ha de ser un empleado público]
ASTURIAS	Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.	2003	No menciona la figura de la persona profesional de referencia.
CANARIAS	Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias	2019	Indica que debe ser un/a trabajador/a social
CANTABRIA	Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y Servicios Sociales de Cantabria	2007	No indica qué tipo de profesional ha de ser el de referencia.
CASTILLA-LA MANCHA	Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.	2010	Indica que debe ser un/a trabajador/a social
CASTILLA Y LEÓN	Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León.	2010	No indica qué tipo de profesional ha de ser el de referencia.
CATALUÑA	Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales	2007	Indica que preferentemente y habitualmente debe ser un/a trabajador/a social
EXTREMADURA	Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura.	2015	Indica que debe ser un/a trabajador/a social
GALICIA	Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.	2008	Indica que preferentemente debe ser un/a trabajador/a social, pero introduce el concepto de <i>gestor/a de casos</i> , que puede ser cualquier otro profesional.
ISLAS BALEARES	Decreto 99/2012 por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación.	2012	Indica que preferentemente debe ser un/a trabajador/a social
ISLAS BALEARES	Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears	2009	Indica que preferentemente debe ser un/a trabajador/a social
LA RIOJA	Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.	2009	Indica que debe ser un/a trabajador/a social
MADRID	Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid	2003	Indica que el/la profesional de referencia será un/a trabajador/a social nivel de Atención Social Primaria y el miembro del equipo multidisciplinar que se determine en el nivel de Atención Social Especializada
MURCIA	Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.	2003	No menciona la figura de la persona profesional de referencia.
	Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia	2015	Indica que debe ser un/a trabajador/a social
NAVARRA	Decreto Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales	2006	No indica qué tipo de profesional ha de ser el de referencia.
PAÍS VASCO	Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el profesional de referencia de servicios sociales de Navarra	2011	Indica que se elige de entre los/as miembros del equipo, atendiendo a la naturaleza o intensidad de la intervención.
VALENCIA	Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.	2008	De acceso debe ser un/a trabajador/a social, pero la naturaleza de la intervención puede hacer que sea otro tipo de profesional (Art. 19. 4. a) y b)).
	Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana	2019	De acceso es el/la Trabajador/a Social, pero si requiere intervención, el equipo de profesionales elegirá la persona profesional en función de las necesidades (Art. 69.2 y 69.3).

Hemos analizado todas las referencias al término *profesional de referencia* (Anexo 1), así como las asociaciones que se hacen en ellas entre éste y el/la trabajador/a social (Tabla 2).

De todas las leyes autonómicas, solo las de Asturias y Murcia no mencionan la figura de la

persona profesional de referencia, aunque en el caso de Murcia su reciente Anteproyecto de Ley sí que lo hace, indicando que deberá ser un/a trabajador/a social. En todos los casos (menos Asturias y Murcia, por ahora) se reconoce como derecho la asignación de una persona profesional de referencia, y en 9 de estos 15 casos se indica, de manera directa o indirecta, que en todas las situaciones de atención primaria ha de ser un/a trabajador/a social.

(Tabla 2): Comparativa de asociaciones realizadas entre profesional de referencia y trabajador/a social

Comunidad	Leyes autonómicas que recogen la figura del profesional de referencia como derecho de la personas	Leyes autonómicas que indican en todos los casos el profesional de referencia ha de ser un/a trabajador/a social
ANDALUCIA	sí	sí
ARAGÓN	sí	NO ¹
ASTURIAS	NO	No se refiere
CANARIAS	sí	sí
CANTABRIA	sí	NO ¹
CASTILLA-LA MANCHA	sí	sí
CASTILLA- LEÓN	sí	NO ¹
CATALUÑA	sí	sí
EXTREMADURA	sí	sí
GALICIA	sí	sí ²
ISLAS BALEARES	sí	sí
LA RIOJA	sí	sí
MADRID	NO	No se refiere
MURCIA	Sí en el Anteproyecto Ley de SS. SS.	sí
NAVARRA	sí	NO ¹
PAÍS VASCO	sí	NO ¹
VALENCIA	sí	NO ¹

¹Estas leyes indican que el profesional de referencia de acceso será un/a trabajador/a social, pero se elegirá de entre el equipo si se requiere de intervención de duración determinada

²En el caso de Galicia se hace una distinción entre persona profesional de referencia (que será un/a trabajador/a social) y *gestor/a del caso*, que puede ser cualquier tipo de profesional y es la persona responsable del mismo.

El término *profesional de referencia*, queda recogido así por 15 de los 19 marcos normativos autonómicos, si incluimos los de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, dándosele carácter de derecho y contemplando algunos de ellos incluso la libre elección del profesional, por lo que se debe entender como un derecho universal y subjetivo. Ello implica que la organización de todos los procesos relacionados con la prestación de servicios debe ajustarse a la existencia de esta figura y sus funciones a desempeñar.

Este derecho queda justificado, generalmente en la exposición de motivos, en base a

recuperar la centralidad de la persona en el sistema de servicios sociales, instaurar principios como libertad, capacidad de autodeterminación, equidad e igualdad de acceso de la ciudadanía y clarificar y consolidar firmemente sus derechos.

Evidentemente se trata de principios e intenciones que se suponen en la base de cualquier sistema público de prestación de servicios y que por tanto deben ser respetados en su máxima expresión. Es por ello que se entiende como contradictorio que si existe el derecho a un(a) profesional de referencia, e incluso a la libre elección del mismo, los mismos marcos normativos coarten esa libertad, situación que se produce "ex officio" del Trabajo Social. Cualquier limitación de los mismos debería quedar debidamente justificada en base a criterios, legales o científicos, que se sustenten en un interés superior, algo que no se ha encontrado ni en la literatura revisada ni en la normativa en vigor.

Desde un punto de vista ético, sería lógico pensar que la elección del profesional de referencia, siendo un derecho de la persona usuaria, debe realizarse con libertad, una vez que ésta haya sido adecuadamente informada del proceso de intervención social que le afecta y esté en condiciones de ejercer ese derecho en su máxima expresión. Se trataría por tanto de establecer mecanismos de acompañamiento e información para que el proceso de toma de decisión se ajuste tanto a aspectos individuales como a las características específicas de las necesidades a atender.

Resulta paradójico observar como en todas las leyes que realizan una reserva de actividad, emparejando férreamente la figura de la persona profesional de referencia al/la trabajador/a social, se incluyan textos que refieran el derecho a la libre elección de la persona profesional de referencia o a cambiarla por parte de la persona usuaria del sistema, pero claro, siempre de acuerdo a las condiciones reglamentarias que se establezcan, a modo de derecho en parte ilusorio,

pues lo que obviamente vienen a decir es que se tiene derecho a cambiar un/a trabajador/a social por otro/a. Aunque no estemos en absoluto de acuerdo con lo que dicta, nos parece más sincera la forma y expresión que se usa en la Ley de Servicios Sociales de Extremadura que viene a decir, simple y llanamente, que las personas usuarias tendrán derecho a disponer de un trabajador social de referencia en el ámbito de los servicios sociales de atención social básica.

En cuanto a las descripciones que en las distintas leyes y otras normas se realizan sobre el concepto, sus funciones o competencias, la primera referencia legislativa en materia de Servicios Sociales en la que aparece la figura del profesional de referencia es la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que en su exposición de motivos la presenta, otorgándole el papel de orientar y acompañar a la persona en todo el proceso de intervención social. En su artículo 4.e. recoge como un derecho de las personas la asignación de un profesional de referencia que asegure la coherencia y la globalidad del proceso de atención. Y en su artículo 25 la concreta, estableciendo (1) que será la encargada de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad e integridad de las intervenciones, así como la adecuada aplicación de los recursos y (2) que será un trabajador social en el Nivel de Atención Primaria y aquel miembro del equipo multidisciplinar que se determine, conforme a la específica composición de cada equipo, en el nivel de Atención Social Especializada.

En 2013, el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establece que las personas que accedan al Sistema Público de Servicios Sociales contarán con un profesional de referencia, que será un/a trabajador/a social, al menos en el ámbito de los servicios sociales de atención primaria, con la finalidad de asegurar la integralidad y continuidad en la intervención. El profesional de referencia será

responsable de la historia social y el interlocutor principal que vele por la coherencia, la coordinación con los demás sistemas de bienestar y la globalidad del proceso de atención.

Ambas normas pretenden la introducción, en lo normativo la primera y en lo técnico la segunda, de los criterios definitorios de esta figura y que son:

- Su asignación es un derecho de las personas usuarias del sistema público de servicios sociales (que ya hemos referido antes).
- Debe asegurar la coherencia, la globalidad, la continuidad, la integralidad del proceso de atención.
- Debe ser la encargada de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona.
- Debe ser responsable de la historia social.
- Debe garantizarse la coordinación con los demás sistemas de bienestar.
- Debe ser un/a trabajador/a social en la atención primaria.

Detallamos (tabla 3) una síntesis de las distintas funciones, tareas y competencias asignadas a la figura del profesional de referencia en el conjunto de leyes autonómicas, creemos que resulta interesante, pues perfila, en el conjunto del territorio nacional, como se entiende esta figura. Señalar la heterogeneidad y el distinto grado de profundidad sobre el que se posicionan a este respecto, se entiende que, en parte, esta variedad en su abordaje no es sino una prueba de lo controvertido de la figura y sus dificultades para insertarla en el sistema de servicios sociales y que, de fondo, expone la necesidad de analizar los modelos de prestación, y que en algún caso suponen una abundancia en las atribuciones que exceden el ámbito competencial.

Tabla 3: Otras funciones y competencias asignadas a la Persona Profesional de Referencia en las normativas autonómicas en vigor

1. Proponer alternativas sobre el tipo y modalidad de servicio ofertado a la persona usuaria.
2. Ofrecer atención a domicilio.
3. Ofrecer cobertura a las personas desplazadas ante situaciones de urgencia o emergencia social.
4. En los contextos de trabajo interdisciplinario una persona trabajadora social será el profesional de referencia.
5. Informar y orientar a la persona y, en su caso, unidad de convivencia sobre los recursos disponibles en función de las necesidades de la misma.
6. Realizar y canalizar la valoración, el diagnóstico y la prescripción facultativa de recursos y prestaciones sociales.
7. Elaborar el Proyecto de Intervención Social en coordinación con las diferentes disciplinas implicadas en el mismo y conforme a los protocolos de coordinación que se aprueben al respecto.
8. Proporcionar apoyo técnico, personal, acompañamiento y seguimiento en todo el proceso de intervención y evaluarlo.
9. Canalizar a la persona hacia otros profesionales del equipo interdisciplinario o derivar hacia otros sistemas de protección social.
10. Requerir la intervención de otros profesionales.
11. Tras la atención ante situaciones de emergencia social o urgencia se designará profesional de referencia.
12. Servir como elemento de contacto permanente.
13. Ser la interlocutora principal de las personas usuarias.
14. Ser responsable y coordinar el Plan de Atención Social, o el procedimiento básico de atención, de las personas usuarias.
15. Sobre prestaciones básicas en atención primaria: · Información y Orientación: Prestar de forma gratuita la prestación. Estudio, Valoración y Acompañamiento: Acompañar a lo largo del itinerario de intervención en todos los niveles con el objeto de promover la consecución de los objetivos marcados en el plan. · Atención a la familia o unidad de convivencia: Garantizar el apoyo técnico tras valorar la situación. · Prevención y atención integral ante situaciones de exclusión social: Garantizar de forma gratuita el diseño del itinerario.
16. Proponer prestaciones económicas (Renta Básica) para facilitar el proceso de inclusión e integración social.
17. Favorecer la toma de decisiones y agilizarlas.
18. Asumir la atención a las personas usuarias y/o sus familias
19. Informar sobre la evolución del caso.
20. El resto de perfiles profesionales serán complementarios al del profesional de referencia.

Un análisis inicial de este crisol de funciones permite intuir la autoridad que se confiere a esta figura, dotándola de un ámbito competencial que en ocasiones colisiona con los modelos de intervención que las propias leyes definen en su articulado. Es más, incluso dentro de la misma normativa y en relación al mismo ámbito de actuación (actuaciones ante situaciones de urgencia o emergencia social) se puede observar que existe contradicción, pues determina la necesidad de actuación del profesional de referencia desde un primer momento, para después designarlo una vez atendida la demanda.

En nuestra opinión la principal conclusión ante este elenco de peculiaridades definitorias es que, en su conjunto, se atenta contra uno de los principales principios inspiradores de este marco legislativo general: el de interdisciplinariad.

Es por ello que hemos entendido oportuno finalizar la anterior tabla, haciendo alusión a

una frase recogida en ley que, por demoleadora, viene a evidenciar la oportunidad de este artículo y de todo aquel material académico y técnico que se genere al respecto: “*El resto de perfiles profesionales serán complementarios al del profesional de referencia (léase profesional del trabajo social)*”. Entender los servicios sociales desde esta perspectiva es, directamente, no entenderlos; y legislar con el propósito de adecuar el funcionamiento del sistema a los intereses o particularidades de una única disciplina del ámbito de lo social.

Desmontando la conceptualización más generalizada del término

Concepto de profesional de referencia en cuanto a práctica metodológica:

Bajo nuestro punto de vista, el término profesional de referencia es una **práctica metodológica**, no se trata de la introducción de un ámbito profesional nuevo, estos/as profesionales ya estaban definidos en el sistema; lo que se hace en aquellas normas en las que se introduce este término asociado al trabajo social, no es otra cosa que una reserva de actividad a favor de un solo colectivo profesional, el trabajo social.

Es una **práctica** en tanto que se trata de acciones dirigidas hacia la persona usuaria del sistema, siendo necesarias para esa práctica una descripción de funciones y competencias con carácter diferenciador (si existe, debe tener funciones y competencias). Y es una **metodología** en tanto que consistirá en métodos y técnicas orientados a la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de los objetivos del servicio que se presta con y para la persona usuaria.

Si hablamos en términos de competencia profesional no encontramos en la literatura, ni en las propias leyes, ninguna justificación que nos parezca suficiente como para justificar la

reserva de actividad a favor del trabajo social en lo tocante a la figura de la persona profesional de referencia, lo cual genera malestar entre colectivos profesionales y posibilidades de litigio, habida cuenta de que no atiende, cuanto menos, a la igualdad de capacidad competencial de los tres tipos de profesionales técnicos que habitualmente componen los equipos de servicios sociales (trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as sociales). El concepto competencia tiene múltiples definiciones, si bien existen tres componentes que son prácticamente comunes a todas ellas; los conocimientos, las habilidades y las actitudes (Domínguez-Milanés, 2015). Los tres tipos de profesionales nombrados ostentan una capacitación técnica y administrativa suficiente como para asumir las funciones y competencias que se atribuyen a las personas profesionales de referencia definidas tanto en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales de 2013, como en todas las leyes autonómicas. Cualquiera de estos tres tipos de profesionales puede asumir tanto los distintos tipos de competencias prerrequisitas para desarrollar el papel de profesional de referencia.

Las funciones y competencias que se asocian a la persona profesional de referencia tanto en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales de 2013 como en todas las leyes autonómicas, suponen o son parte de procedimientos administrativos, por lo que si se practica una reserva de actividad en este sentido a través de una norma, se está excluyendo del acceso para realizar este procedimiento administrativo a otros profesionales con igual estatus, y con capacidad, competencia y atribución para realizarlo.

Las reservas de actividad, sin una adecuada justificación técnica o de interés general, pueden llegar a afectar a la eficiencia de las administraciones, afectando a la productividad, a las dinámicas de trabajo interdisciplinario y frenando la capacidad innovadora.

Es importante destacar que en la mayoría de las leyes autonómicas no se define en qué consiste la propia reserva de actividad que estamos comentando, más allá de decir que se trata de la referencia que acompaña a la persona en todo el proceso. Lo cual redunda en que no quede claro qué funciones o actividades se están reservando, y más bien parece que se reserva una parcela de control del sistema, generando así litigiosidad entre profesionales e incertidumbre para los/as usuarios/as.

¿Profesional de referencia como Práctica Basada en la Evidencia (PBE)?

Las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) tienen que ver con el compromiso de las personas profesionales para usar todos los recursos y medios existentes con el objetivo de adquirir la mejor evidencia posible sobre la problemática que afecta a las personas usuarias, así como los métodos de planificación e intervención sobre esas problemáticas. Las PBE representan por una parte, una ideología, en el sentido de que se basan en el principio ético de que los/as usuarios/as merecen recibir las intervenciones más efectivas, y por otra, un método, en el sentido en que se descubren e implementan esas nuevas intervenciones (Medrano & Moretti, 2016).

La investigación sobre los principios fundamentales de la PBE se ha convertido en un marco coherente de pasos o etapas (figura 1), siendo la última una evaluación del desempeño a través de mecanismos, como la retroalimentación de las partes interesadas relevantes. (Straus, Glasziou, Richardson & Haynes, 2018). Entre esas partes interesadas relevantes, imaginamos que tienen que estar, entre otras, los/as profesionales de la Educación Social y la Psicología. En lo que se refiere a profesionales de la psicología, por ahora no tenemos conocimiento de que se nos haya tenido en cuenta o se nos haya consultado al respecto.

Figura 1: Etapas en la investigación sobre PBE



Las PBE se clasifican también de acuerdo a los niveles de evidencia científica o efectividad, siendo éstos de mayor a menor; **Efectiva, Eficaz, Prometedora, No Efectiva, Preocupante y No Existe Suficiente Evidencia Científica**.

El constructo trabajador social como profesional de referencia, como práctica, debería estar basado en la evidencia, sin embargo, **no existe suficiente evidencia científica** que justifique que la figura del/de la trabajador/a social sea la más indicada o la única para ejercer la práctica de profesional de referencia, y ni siquiera existen estudios de evidencia publicados sobre el concepto de profesional de referencia en el marco de los servicios sociales comunitarios o de atención primaria.

Sí que existen algunos estudios sobre la PBE del Modelo Centrado en la Persona, aplicados al campo de las personas con demencia (Brooker, 2013) o en los ámbitos de envejecimiento y discapacidad (Rodríguez y Vila, 214), pero como aquí argumentamos, la asociación entre trabajo social y profesional de referencia no implica necesariamente que se esté trabajando en coherencia y concordancia con el citado modelo, incurriendo, en tal caso, en la falacia de la correlación y la causalidad.

Reservas de actividad sin justificación que nos afectan a todos/as:

Determinar de forma artificial, sin justificación de interés superior, el tipo de servicios que pueden ser provistos por cada profesional puede limitar la movilidad de los/as profesionales y afectar a la carrera horizontal, aspectos éstos recogidos en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Como señala el Tribunal Constitucional, entre otras sentencias, en la STC 194/199815, el legislador, al hacer uso de la habilitación que le confiere el art. 36 Constitución Española, deberá hacerlo de forma tal, que restrinja lo menos posible y de modo justificado, tanto el derecho de asociación (art. 22) como el del libre elección profesional y de oficio. Como hemos comentado, los motivos de interés general que pudieran justificar las reservas de actividad no suelen incluirse en las leyes autonómicas, ni ser parte esencial en la elaboración y aprobación de las mismas.

En relación a esto, la Comisión Nacional de Competencia en su Informe sobre los Colegios Profesionales tras la transposición de la Directiva de Servicios (2012), argumenta que "en cuanto a las reservas de actividad, la exigencia de unos requisitos formativos para el ejercicio de una actividad profesional es una restricción a la competencia que, no obstante, puede estar justificada por razones de interés general. Ahora bien, debe evitarse incurrir en el riesgo de excluir del ejercicio de una actividad a profesionales titulados con capacitación técnica suficiente para el ejercicio de dicha actividad, riesgo que puede aparecer si las reservas de actividad se vinculan a titulaciones concretas. **En su lugar, es preferible que las reservas de actividad, cuando deban existir por razones de justificación y proporcionalidad, se subordinen a la capacitación técnica de los profesionales, que puede no ser exclusiva de una titulación sino de un elenco más amplio de titulaciones".**

También en este sentido, un nuevo informe de 2019 de la citada Comisión, expresa lo siguiente: "En este sentido, a juicio de la CNMC, únicamente deberían imponerse reservas de actividad por razones imperiosas de interés general y siempre que se trate de una medida proporcionada a la razón invocada y al interés público que se pretende proteger. En caso de fijarse reservas profesionales, deberían vincularse a la capacidad técnica real del profesional y a su experiencia profesional, no limitándose a una titulación concreta sino a cuantas titulaciones acrediten un nivel adecuado de suficiencia técnica... La restricción solo podría justificarse por la salvaguarda de alguna razón imperiosa de interés general de entre las comprendidas en el artículo 3.11 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Para ello, debería razonarse su proporcionalidad en relación con la razón imperiosa de interés general invocada, justificándose la inexistencia de otro medio menos restrictivo o distorsionador para la actividad afectada."

Practicar reservas de actividad en normas de rango de ley, sin que exista una causa mayor de interés general debidamente justificada atenta contra los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, así como a otros aspectos recogidos en el Estatuto Básico del Empleado Público.

De apropiaciones indebidas, reservas de actividad y otras prácticas dudosas:

Pese a que los orígenes de la Psicología Social se remontan a períodos anteriores, es en Estados Unidos y tras la Segunda Guerra Mundial cuando se produce una eclosión de este campo de conocimiento (Allport, 1954). El progresivo aumento de producción teórica y científica hasta llegar a nuestros días es tal, que la Psicología Social es fácilmente identificable como un ámbito de producción del conocimiento del comportamiento humano en

el contexto social, no pudiendo otras disciplinas o profesiones equipararse lo más mínimo en cuanto a producción científica relativa a lo que el propio Allport definía como “*la investigación científica de cómo influye la presencia real, imaginada o implícita de los otros en los pensamientos, sentimientos y conductas de los individuos*” (citado en Hogg, M. y Vaughan G. 2008, p. 4). La Psicología Social también ha sido definida como la disciplina que estudia las interacciones humanas y las relaciones interpersonales en el nivel de individuos, grupos e instituciones, además de las diferentes temáticas que se identifican en las situaciones sociales, como la influencia social, la atracción social, la comunicación, la cohesión, el cambio, que son la base de las dinámicas que regulan la vida de los grupos, de las organizaciones y de las instituciones sociales (Galimberti, 2002).

Sin embargo otras disciplinas, como es el caso del Trabajo Social, cuyo ámbito de crecimiento le debe mucho a la producción científica de la Psicología Social, no dudan en acaparar la palabra “social” como si fuese un ámbito propio y exclusivo de su disciplina.

Conviene recordar aquí que, mediante una apropiación indebida de la palabra social, el Consejo General del Trabajo Social pretende fomentar las reservas de actividad ya desde su propio Estatuto y su Código Deontológico, al catalogar como *instrumentos de uso exclusivo de trabajadores/as sociales*, entre otros, la historia social, el informe social, la ficha social y el proyecto de intervención social, terminología que es la misma que la empleada en todas las leyes del territorio español como definitorias de los principales procesos del sistema de servicios sociales, acaparando de esta forma el control casi absoluto de todos los procesos.

En el documento de título Propuestas Políticas desde el Trabajo Social del Consejo General del Trabajo Social, se relata lo siguiente: *Reivindicamos como reserva de actividad de*

los y las trabajadoras sociales proporcionar un diagnóstico social y un dictamen propio, siendo instrumentos exclusivos del Trabajo Social, para la valoración, intervención y emisión de informes sociales con los y las usuarias de Servicios Sociales.

Esta forma de reserva de actividad hacia el colectivo de trabajo social, supone una limitación de derechos de las personas que llega a tal extremo en algunas de las leyes autonómicas, que el derecho se convierte en obligación con esa clara reserva de actividad profesional sin justificación, como son el caso de Extremadura, Canarias y La Rioja, en cuyos apartados de derechos se refiere que la persona tendrá derecho a “*disponer de un trabajador social de referencia en el ámbito de los servicios sociales de atención social básica*”, convirtiendo un derecho en una imposición.

¿Profesional de referencia centrado/a en la persona?

Nueve de las quince leyes autonómicas que refieren el término, legislan en este mismo sentido al indicar, por una parte en su apartado de derechos, que la persona tiene derecho a tener *un/a profesional de referencia*, y por otra matizan en otro artículo que la persona profesional de referencia ha de ser *un/ trabajador/a social*.

De estas nueve leyes, queremos destacar la positiva particularidad de la de Galicia, ya que indica que pese a que la persona profesional de referencia ha de ser un/a trabajador/a social, introduce la figura de **gestor/a de casos**, que es la persona responsable del caso o de la gestión del programa de actuación, pudiendo ser cualquier tipo de profesional. Esta nos parece una posible solución a la problemática que desarrollamos en este artículo.

En el resto, esta limitación puede tener consecuencias negativas, directas e indirectas, para las personas usuarias, en aquellos casos

en los que la asignación de la persona profesional de referencia sea obligatoriamente un/a trabajador/a social y se requiera de una intervención de distinto alcance, ya que para lograr esta visión integral de la persona, necesariamente debe estar implicado/a en los procesos, entre otros/as, un/a profesional de la Psicología. Si no es de esta forma se estaría privando de un diagnóstico más amplio y comprensivo de su situación, así como de la consiguiente atención integral, siendo esta práctica especialmente ineficiente y perjudicial para una persona en situación de vulnerabilidad, como por ejemplo, en el caso de menores en situación de riesgo o desprotección. En el ámbito de los servicios sociales, la atención integral implica la aproximación desde los saberes propios tanto del trabajo social, la psicología y la educación social, en un contexto interdisciplinario.

¿Interdisciplinario o multidisciplinario?

En la mayoría de las normas que hemos analizado se introduce el término interdisciplinario, en cuanto a forma de trabajar en equipo, e incluso se generaliza como la forma idónea y apropiada. Sin embargo, en el momento en el que se atribuye de forma rígida solo al trabajador/a social la capacidad de convertirse en profesional de referencia, la práctica se aparta del modelo interdisciplinario.

Conviene en este punto aclarar el término interdisciplinario en contraposición al multidisciplinario. El trabajo multidisciplinario es aquel en el que un grupo de profesionales de varias disciplinas trabajan en un área común de forma independiente, valoran e intervienen por separado y colaboran entre ellos de manera informal, no existiendo un procedimiento explícito de la forma de colaborar. Por el contrario, en el trabajo interdisciplinario se trabaja en un área común de forma interdependiente, y el grupo de profesionales colabora entre sí de manera formal e informal, pudiendo valorar e intervenir por separado pero intercambiando información y adoptando

decisiones conjuntas de una forma sistemática. En el equipo interdisciplinario se comparte una misma metodología de trabajo y existe una cooperación y planificación para lograr objetivos comunes, es decir, sí que existe un procedimiento claro, explícito y planeado de la colaboración.

El término interdisciplinario se forma mediante las palabras interacción y disciplina, pero su conceptualización va más allá de los meros efectos sumativos de las aportaciones de las distintas disciplinas, aportando distintas características enriquecedoras (tabla 4).

Tabla 4: Características enriquecedoras de los equipos de trabajo interdisciplinarios:

Algunas características enriquecedoras de los equipos de trabajo interdisciplinarios:

- Además de contar con objetivos compartidos, la interacción de sus miembros es adaptativa y multiplicativa.
- Desempeñan roles definidos con niveles heterogéneos y distribuidos de pericia, competencia o experiencia.
- Desempeño de roles interdependientes.
- Responsabilidad mutua respecto a los resultados.
- El concepto de 1+1=3 que viene dado por la sinergia de equipo: cuando el resultado grupal excede (en calidad y en cantidad) del producto que pudieran ofrecer de manera individual.
- La pertenencia de los miembros al equipo, no solo se identifica por los miembros del mismo (identidad mutua), sino que es fácilmente identificable desde fuera.

Los servicios sociales comunitarios son un sistema público predominantemente centrado en la atención primaria, entre cuyos objetivos está la respuesta a las necesidades sociales, tanto el uso de la gestión propia, como a través la coordinación con el resto del sistema de protección social, que se basa en la interdisciplinariedad y pretende ir más allá de los modelos benéficos y asistenciales, en consonancia con la idea de calidad de vida, bienestar de la ciudadanía e integralidad de las acciones (Martínez y Rodríguez, 1995).

El aporte interdisciplinario que hacen los/as psicólogos/as en los servicios sociales es una contribución que se define y se entiende con un carácter de aporte complementario a la intervención social desde el ámbito genérico de la psicología y su campo competencial (Alfaro-Inzunza, 2012).

Coherencia, Globalidad, Continuidad, Integralidad y Coordinación;

Recordemos que en las distintas normas que hemos analizado se habla de coherencia, globalidad, continuidad, integralidad y coordinación con otros sistemas de bienestar como ejes del proceso de actuación de la figura de profesional de referencia. Veamos si cada uno de estos conceptos necesitan como condición *sine qua non* para cumplirse la premisa planteada de que la persona profesional de referencia sea un/a trabajador/a social

Si por coherencia ha de entenderse la relación lógica entre dos o más partes o elementos (p. ej. los distintos procesos del proyecto de intervención social), de modo que no se produzca contradicción ni oposición entre ellas, esto solo se consigue mediante la continua toma de decisiones en el equipo interdisciplinar. El mero hecho de primar al trabajo social sobre las otras disciplinas ya produce oposición y contradicción.

Si por globalidad ha de entenderse la atención integral a las necesidades y aspiraciones sociales, con especial consideración de los aspectos de prevención, atención, promoción e inserción, nos reiteramos en el anterior argumento, ya que esta globalidad solo es entendible desde el equipo interdisciplinar. Insistimos en la fundamental característica de los equipos interdisciplinarios que tiene que ver con la toma de decisiones continuada en equipo, ya que si lo que se pretende es un concepto discontinuo en el que solo es el/la trabajador/a social el que sale, por períodos o funciones, del equipo para asumir una coordinación, estamos hablando de una supeditación encubierta de los otros tipos de profesionales al trabajo social.

Si por continuidad ha de entenderse la necesidad de que los servicios sociales deben estar organizados de manera que se asegure, valga la redundancia, la continuidad de la atención

mientras dure la necesidad y, particularmente, cuando responda a necesidades evolutivas y de larga duración, volvemos a insistir que esto solo puede cumplirse con la adecuada implantación del concepto de equipo interdisciplinar, que no es incompatible con el concepto de profesional de referencia, pero sí con que éste sea siempre un/a trabajador/a social.

Si por integralidad ha de entenderse un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atienden y que, en el ámbito de los servicios sociales, éstos deben estar concebidos y prestados de una forma integrada que refleje las necesidades multidimensionales, las capacidades y las preferencias de las personas usuarias y, cuando proceda, sus familias, no se entiende que para ello sea condición necesaria que la persona profesional de referencia sea siempre un/a trabajador/a social, ya que de nuevo, todas estas cuestiones se cubren desde el trabajo de equipo interdisciplinario.

Y por último, si por coordinación entendemos la acción para combinar medios técnicos y personas y dirigir sus trabajos para llevar a cabo una acción común, es obvia aquí la reiteración sobre el argumento del equipo interdisciplinar y que no encontramos beneficio alguno, ni para el equipo de profesionales ni para la persona usuaria, en el hecho de que en todo caso la persona profesional de referencia tenga que ser un/a trabajador/a social.

En nuestra opinión, entender que es necesario que un trabajador/a social vele por el cumplimiento de estas cuestiones implica dudar de la capacidad del resto de profesionales, así como del sistema en sí mismo y, dado que el sistema ya cuenta con mecanismos de evaluación internos (todas las leyes los incluyen),

deberían ser éstos quienes determinasen su grado de eficacia en ese sentido. Además, en cada servicio y prestación, existen protocolos técnicos de actuación que regulan estas cuestiones, adecuándolas a las características específicas de cada situación atendida y del servicio que se presta.

En lo que nos ocupa, otorgar a una disciplina profesional el papel de garante de la intervención social, es investirle de una autoridad y una prevalencia sobre el resto de perfiles profesionales que no se ajusta a la realidad del sistema. *La necesaria coordinación e integración entre los diferentes ámbitos sectoriales se construye desde la identidad y empoderamiento de los diversos pilares sectoriales, en clave de deseable igualdad entre ellos* (Fantova, 2016), algo que, por ende, debe entenderse aplicable a los distintos perfiles profesionales implicados.

Profesional de referencia como persona encargada de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona:

Nuevamente entendemos que se trata de una función redundante y que viene a cuestionar el funcionamiento del sistema o a otorgar cuotas de autoridad innecesarias. Si los apoyos necesarios en caso de necesidad vienen establecidos en el proyecto de intervención social, será desde el equipo básico responsable de la implantación de éste y desde cada uno de los servicios implicados, desde donde se canalicen los apoyos. Las decisiones sobre los apoyos a implementar, la temporalización, la intensidad y la evaluación de los mismos deben ser entendidas como resultado de una labor interdisciplinar y nunca bajo el criterio de una única disciplina o de las decisiones de un/a profesional, que es posible que ni siquiera intervenga directamente en esos apoyos.

En el Informe extraordinario sobre la situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2010),

uno de los riesgos de los que se advierte en relación a la implantación de este modelo es que se produzca una deriva hacia un modelo en el que la figura del profesional de referencia sólo coordine, sin complementar dicha coordinación con otras intervenciones y que, llevado al extremo, puede desembocar en fórmulas en las que se limite, no ya a coordinar los servicios, sino a asesorar a la persona usuaria acerca de los servicios de la red que mejor se ajustarían a sus necesidades y, en el mejor de los casos, a mediar entre esta persona y las entidades que prestan dichos servicios.

¿Pero, por qué en unos niveles sí y en otros no?

Un matiz de la definición que nos genera cierta confusión es la matización que se hace sobre la necesidad/derecho de profesional de referencia “al menos en el ámbito de los servicios sociales de atención primaria”, pues plantea la duda de si las personas usuarias que accedan/necesiten del ámbito de los servicios sociales de atención especializada no deberán contar igualmente con una atención que se caracterice por la integralidad, la continuidad, la coherencia, la coordinación y la globalidad de la atención y contar, para facilitar todo ello, con una figura de referencia. Lo justo sería que en todos los ámbitos de actuación de un sistema público de Servicios Sociales la atención prestada se rigiera por los mismos principios. Si en la atención primaria se considera esencial y necesaria la figura de un/a profesional de referencia, la misma consideración debería tener en la atención especializada, es más, quizás resultase más necesaria esa figura, ya que por lo general el ámbito de los servicios sociales especializados no siempre es tan próximo, accesible y comprensible para las personas usuarias como los servicios sociales de atención primaria. Entendiendo que no puede ser el de los principios de atención, por considerarlos universales, solo cabe pensar que la diferencia en el contenido de la definición es la referencia

al perfil de la persona profesional de referencia y que se entienda que ya no habrá de ser un/a trabajador/a social en el ámbito de los especializados, como así lo han contemplado algunas normativas autonómicas, lo cual es posible que esté deslegitimando la designación decidida para el ámbito de atención primaria, pues los criterios decisarios deberían ser los mismos en ambos niveles. Todo ello así, a no ser que lo que se esté pretendiendo de forma encubierta sea, ante situaciones de crisis económicas y recortes, asegurar la presencia del profesional del trabajo profesional en detrimento de otros colectivos.

Profesional de referencia como responsable de la Historia Social:

El Consejo General de Trabajo Social, en asamblea general extraordinaria aprobó en 2012 y de forma unánime (pero claro, unilateral) que la Historia Social era uno de los instrumentos específicos del Trabajo Social y la definía como el documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.

Si la referencia a Historia Social que se hace en el Catálogo de Prestaciones de 2013 es a un instrumento específico del Trabajo Social, podría comprenderse la designación de ese perfil profesional de referencia como su responsable. Sin embargo, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid en un documento aprobado por su junta de gobierno en relación a la historia social (2018) advierte, en cuanto a este concepto que, como consecuencia de la “centralidad histórica” de la figura del/la trabajador/a social en el sistema de servicios sociales, se ha generado un “desplazamiento” del concepto y puede estar existiendo una confusión entre lo

que sería el instrumento de uso exclusivo del/la profesional del trabajo social y el “histórico” de la persona en el sistema de servicios sociales. Señala asimismo que las normativas autonómicas a este respecto están aludiendo a conceptos como “Historia Social” e “Historia Social Única” que pueden estar ahondando en esa confusión y apuntan como ejemplo la definición que la Comunidad de Madrid viene utilizando desde 2017 de Historia Social o Tarjeta-Historia Social: “conjunto de ayudas y servicios sociales que perciben los ciudadanos de la Comunidad de Madrid” y que para este organismo se trata de una definición “claramente equivocada”. Se aluden, entre sus argumentos, que puede estar dando la misma confusión que en el sistema de salud, entre lo que es la historia médica y la historia clínica, la primera recoge las intervenciones de un/a facultativo/a y la segunda toda la atención recibida por el/la paciente de toda la cartera de servicios de salud.

Planteada, desde el propio colectivo del Trabajo Social, la posible confusión entre la historia social, como instrumento específico de su disciplina y la “Historia Social” como concepto global del ámbito de la intervención social, se trataría por tanto de dilucidar el sentido que el legislador pretende dar al término. Cuesta concebir que un texto normativo designe herramientas exclusivas de una de las disciplinas como marco general de referencia, a no ser que su intención sea el designar al Trabajo Social como único perfil responsable y/o competente del histórico de atención de las personas usuarias de los servicios sociales, limitando los ámbitos competenciales del resto de disciplinas implicadas.

En definitiva, el etiquetar o asimilar todo lo “social” de manera indefectible al Trabajo Social podría considerarse un efecto espurio de esa centralidad histórica y, de ser realmente así, cabría replantearse una reformulación general del sistema, ya sea a nivel técnico y legislativo, o ya sea reconceptualizando, desde los

respectivos Colegios Profesionales y sus Códigos Deontológicos, la terminología específica en su ámbito de actuación.

Entre logros, batallas perdidas y falacias repetidas:

La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, resuelve sin embargo de una forma coherente la reserva de actividad en torno a la figura de la persona profesional de referencia, dictando que de acceso será el/la Trabajador/a Social, pero si requiere intervención, el equipo de profesionales elegirá la persona profesional en función de las necesidades. Previamente a la aprobación de esta Ley, el Colegio Oficial de Educadores/as y el Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana elaboran un documento, firmado por las presidencias de ambos colegios, cuya argumentación ayuda a resolver la cuestión de una manera satisfactoria, y cuyos puntos principales son los siguientes:

- Se considera un acierto la creación de esta figura, puesto que servirá para canalizar el procedimiento del sistema y velar por la adecuación y coherencia de la intervención que recibe la ciudadanía.
- Que se defina el perfil de Trabajo Social como la figura idónea por defecto, puede traducirse en una merma en la eficacia de toda la intervención. Cada caso requiere la proximidad de un perfil profesional distinto.
- Lo adecuado debería ser que la asignación de este cometido como profesional de referencia se estudiara para cada caso y se eligiese la idoneidad de entre los componentes del equipo (trabajador/a social, psicólogo/a, educador/a social). Esto permite garantizar una atención más cercana e individualizada, garantizando el respeto a dos principios básicos (orientación centrada en la persona y proximidad, así como otros).

- Un modelo de intervención integral en el que la consideración de profesional de referencia puede recaer en la profesión más adecuada entre las tres indicadas es más inclusivo, flexible y eficaz.

- Definir el perfil de Trabajo social como la figura idónea por defecto limitaría el derecho a la libre elección de profesional de referencia que la propia ley establece. Esto, por no apuntar a que podría ir en detrimento de la agilidad en la atención, puesto que podría suponer una saturación para dicho perfil.

- De asociarse la figura de profesional de referencia de manera exclusiva al trabajo social, supone en la práctica que, ante la disyuntiva de tener que prescindir de uno u otro perfil, se opte por defecto siempre por conservar aquel que se determina en la ley como profesional de referencia para la generalidad de los casos.

- En relación a la exposición de motivos que se utiliza en el borrador de la Ley para dar soporte a la propuesta de la incorporación del profesional de referencia, aludiendo a la Resolución de 23 de Abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en el BOE de 16 de mayo de 2013, hay que destacar y recordar que las previsiones y recomendaciones de dicha Resolución no constituyen una norma de rango de ley, sino un elenco de referencia. Este documento representa un acuerdo de una conferencia sectorial, sin ser necesariamente ni directamente aplicable, ni exigible esta resolución, al no desprenderse de este acuerdo derechos subjetivos, habiéndose de respetar, en todo caso, las competencias exclusivas en servicios sociales atribuidas a las comunidades autónomas.

En otras muchas comunidades las alegaciones a sus respectivas leyes de servicios sociales, realizadas por sus Colegios Profesionales de Psicología, no han tenido respuestas tan satisfactorias. Por ejemplo, en el año 2015, los dos Colegios Profesionales de Andalucía presentan una serie de alegaciones al Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de esta comunidad, entre las que se encontraba la disconformidad sobre el planteamiento que se hacía sobre el/la trabajador/a social como profesional de referencia, esgrimiendo para ello toda una suerte de argumentaciones al respecto, ante las que la Junta de Andalucía respondió informando que se rechazaba la alegación con un único argumento que, textualmente, decía; *Se considera que en el Sistema Público de Servicios Sociales la persona que ejerza como profesional de referencia debe ser una persona trabajadora social de los Servicios Sociales Comunitarios, ya que las mismas son el primer profesional que interviene con las personas que acuden al Sistema, constituyendo el primer eslabón, a través del Servicio de Orientación, Valoración y Asesoramiento, de la puerta de entrada al sistema, que son los Servicios Sociales Comunitarios.* Todo ello a sabiendas que en su propio articulado se le atribuyen a la persona profesional de referencia más funciones que las propias de acceso al sistema, entre las que se encuentran las de coordinación de otros grupos profesionales sobre los que no tiene competencia titulada, y de que un alto porcentaje de casos atendidos en los servicios sociales comunitarios no acceden por el servicio descrito, sino atendiendo a otros tipos de protocolos, como pueden ser, entre otros, el protocolo para casos de maltrato infantil, abuso sexual, absentismo escolar, soledad no deseada y maltrato a personas mayores, casos en los que, precisamente el hecho de que se adopte una posición rígida de asociación del trabajo social a la persona profesional de referencia, puede provocar dilaciones innecesarias y victimización secundaria.

En términos de lógica informal, al tipo de argumentación que la Junta de Andalucía usa

para su anterior respuesta de rechazo de la alegación, se le denomina falacia circular, que se produce cuando la proposición que se plantea es incluida en las afirmaciones que se usan para ratificar la conclusión posterior, a modo de argumento circular o *petitio principii*, repitiendo lo que ya se asumió de antemano y, en este caso, anteponiendo la existencia de la figura profesional del trabajo social a las necesidades de las personas. Nótese que, este tipo de falacia, es usada de forma repetida en muchas de las argumentaciones que nos encontramos para justificar el problema que en este artículo planteamos.

Fuera de lo que es el ámbito legislativo, cuando coincidimos en foros de debate con representantes del Trabajo Social, la principal argumentación que se ofrece para asociar el concepto de profesional de referencia a la profesión de trabajo social es que existe un consenso entre los/as propios/as profesionales del trabajo social sobre este tema, revelando que no existe evidencia científica, porque de lo contrario no se buscaría el consenso, pero además, incurriendo en una falacia de falso consenso, pues no tiene en cuenta al resto de profesionales de los servicios sociales que, evidentemente no están de acuerdo. Que en los servicios sociales exista un mayor porcentaje de trabajadores/as sociales que de otros colectivos profesionales, no es prueba de que el concepto de trabajador/a social como profesional de referencia sea correcto, de la misma manera en que, el hecho de que en una comunidad exista un mayor porcentaje de personas católicas no demuestra la existencia de dios.

Reconceptualizando el término atendiendo a criterios éticos, lógico-formales y metodológicos:

Bajo nuestro punto de vista, la reconceptualización del término, ha de estar basada en criterios éticos, lógico-formales y metodológicos, bajo paradigmas de integralidad, intereses

generales y superiores, eficiencia y efectividad enmarcados en un modelo de actuación interdisciplinar, de proximidad y centrado en la persona.

En el apartado de conceptualización del término, decíamos que se podía definir desde dos puntos de vista; uno de carácter topográfico y otro más procedimental.

En honor a la verdad, hemos de decir que el término ya se encuentra en parte reconceptualizado en la línea en la que nosotros proponemos, al menos en términos topográficos, tanto en la reciente Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana de 2019, como ya hace unos años en la Ley de Servicios Sociales del País Vasco (2008), en la que se recoge que *en la fase inicial del procedimiento, la responsabilidad recaerá en una trabajadora o trabajador social del Servicio Social de Base, que actuará como profesional de referencia, salvo que por la naturaleza de la intervención se estime más adecuado que la función de referencia recaiga en otra figura profesional*.

Lo que nosotros tratamos de hacer aquí es aclararlo un poco más, sobre todo desde el punto de vista procedimental y atendiendo a las argumentaciones que hemos planteado. Evidentemente, partimos del axioma de que la *persona profesional de referencia* debe elegirse de entre los distintos tipos de profesionales que habitualmente componen los equipos interdisciplinarios de los servicios sociales, es decir trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as sociales. Pero, ¿qué criterios hay que seguir en la elección? Para responder a esta pregunta proponemos una matriz de decisión sobre la asignación de la *persona profesional de referencia* (figura 2), atendiendo a los siguientes criterios:

Estructura de acceso al sistema; En todos los servicios sociales hay trabajadores/as sociales, por lo que de acceso a propia iniciativa de

la persona (en los casos que se establece como puerta de entrada general al sistema y es la persona la que solicita un servicio) será éste/a quien asuma ser el/la profesional de referencia, aunque no en todos los casos, pues existen otras formas de acceso al sistema, como son las que la intervención se inicia de oficio, a instancia de parte o por protocolo establecido.

Dimensionalidad de las necesidades; De inicio, en cuanto acceso como puerta de entrada, será un/a trabajador/a social, pero en los casos que entran en juego otras dimensiones profesionales para la valoración e intervención, deberá elegirse el tipo de profesional de entre el equipo interdisciplinario, atendiendo al resto de criterios.

Derecho centrado en la persona; criterio basado en la libre elección de la persona (de entre los/as distintos/as profesionales) versus el interés superior (p. ej. menores en grave riesgo).

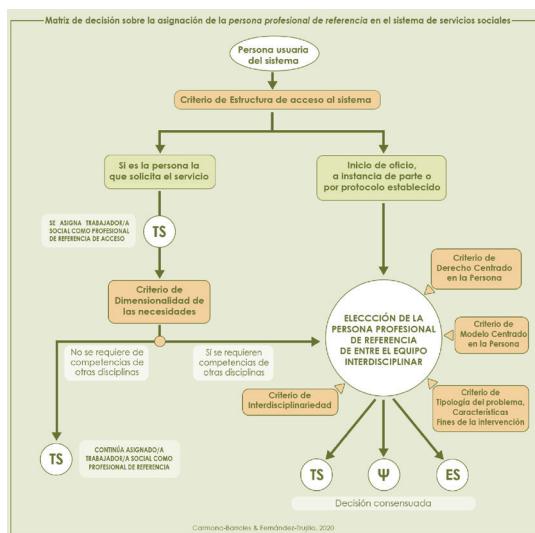
Carácter integral; Criterio coherente con el concepto de profesional de referencia como parte un equipo interdisciplinario, que garantizará una intervención integral.

Modelo centrado en la persona; criterio concerniente al vínculo y tipo de relación actual o presumible de la persona usuaria con los distintos profesionales del equipo, y atendiendo a las necesidades específicas de las personas usuarias, garantizando su acompañamiento para incrementar su seguridad y confianza en el sistema.

Tipología del problema, características y fines de la intervención; Criterio relativo a la cantidad de ámbitos competenciales necesarios de cada tipo de profesional para el caso.

Interdisciplinariedad; Decisión consensuada en el equipo sobre qué profesional asumirá ser la persona profesional de referencia

Figura 2: Matriz de decisión sobre la asignación de la persona profesional de referencia



El corolario, como consecuencia lógica de lo aquí demostrado, es que la persona profesional de referencia sea elegida de forma **consensuada de entre el equipo interdisciplinario y con la persona usuaria**, exceptuando aquellos casos en los que la vía de entrada al sistema venga dada por elección de la propia persona y concorra que la dimensionalidad del servicio, ya sea o no puntual, no requiera de aspectos competenciales inherentes a otras disciplinas.

Conclusiones:

Pensamos que la existencia de la figura de la persona profesional de referencia sí tiene sentido y utilidad, siempre y cuando dicha figura sea definida de una forma adecuada, teniendo en cuenta criterios de integralidad, eficiencia y efectividad enmarcados en un modelo de actuación de proximidad y centrado en la persona, lo cual pasa por no realizar una asociación inflexible de esta figura con la del/de la trabajador/a social.

No encontramos justificación alguna, ni ética, ni legal, ni científica, como para que se pueda realizar una reserva de actividad, como la que se describe en muchas de estas leyes, a favor de

un determinado colectivo profesional, cuando se asocia de forma rígida la figura de la persona profesional de referencia a la del/de la trabajador/a social.

Desde que se implantó este concepto, muchos/as profesionales de la psicología venimos observando un giro perverso del concepto de profesional de referencia definido en las leyes hacia el de *referente profesional*, lo cual se viene haciendo usando un discurso tautológico al amparo de lo dispuesto en las mismas.

Si, como norma predominante (y lógica, desde el interés general), los equipos básicos de los servicios sociales están compuestos por profesionales del Trabajo Social, la Educación Social y la Psicología, cuesta entender los motivos por los que en catálogos y normativas se inviste a uno de estos colectivos con una “autoridad” que parece otorgarle un papel destacado.

Si la figura del profesional de referencia alcanza su sentido sobre la base de facilitar a las personas usuarias de los servicios sociales una atención de calidad, si se trata de acompañarle y guiarle a través del proceso de atención de sus necesidades, si incluso éstas tienen el derecho de libre elección de su profesional de referencia..., no se entiende el por qué de obviar la existencia de otros perfiles profesionales y centralizar en un único perfil la capacidad de cumplir con las funciones asignadas a esta figura. ¿El resto de perfiles no son competentes ello?

En los distintos procesos de desarrollos normativos y técnicos en los que hemos podido participar, los argumentos esgrimidos en la defensa del Trabajo Social como profesional de referencia han carecido de criterios científicos para avalar tal decisión. El hecho de ser un colectivo que está presente en el 100% de las estructuras básicas, el hecho de ocupar “la puerta de acceso al sistema”, de habersele conferido el adjetivo de “histórico” (en muchos casos autoconferido), y el “¿quién va a ser si no?” no

suponen sino discursos tautológicos basados en argumentos que denotan falta de rigor, con un carácter reduccionista, más propios de modelos asistencialistas basados en la gestión de recursos y prestaciones económicas, pero anacrónicos para un sistema público de servicios sociales que pretende, y así se recoge en la exposición de motivos de casi todas las leyes autonómicas en vigor, garantizar una protección integral a la ciudadanía fundamentada en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

El pretender otorgar a los procesos de intervención social un carácter sectorial, que en nuestra opinión es lo que subyace en el fondo de esta cuestión, atenta contra la pretendida interdisciplinariedad con la que se definen los nuevos servicios sociales. En etapas anteriores, cuando la multidisciplinariedad era uno de los

principios rectores, era lógico encontrar parcelas estancas de intervención, algo que en las dinámicas sociales actuales resulta a todas luces inviable. Como hemos descrito, la interdisciplinariedad debe ser entendida en base al consenso, a la búsqueda de confluencias de las distintas competencias profesionales de cada una de las disciplinas de la intervención social para atender adecuadamente el carácter multidimensional de las necesidades humanas. En este mismo sentido, estamos absolutamente de acuerdo con el contenido de un artículo, cuyo sugerente título contiene la frase "Quítate tú pa ponerme yo" (Fantova, 2018), y en el que se exponen una suerte de premisas de partida, apostando por la equidad y libertad de acceso en los equipos profesionales, a tener en cuenta a la hora de establecer políticas sociales (Tabla 5).

Tabla 5: Premisas de partida, relativas a los equipos profesionales, a tener en cuenta a la hora de establecer políticas sociales (Fantova, 2018)

1. Ninguna de las tres disciplinas y profesiones está en condiciones de conseguir una posición de hegemonía frente a las otras en el ámbito de los servicios sociales y en la práctica de la intervención social.
2. Ninguna de las tres disciplinas y profesiones puede renunciar a su papel en los grandes subprocesos del proceso de intervención social, tales como el diagnóstico, la prescripción facultativa, la planificación participativa, la ejecución de la intervención o la evaluación de la intervención.
3. Ninguna de las tres profesiones y disciplinas puede aceptar una posición subordinada a otra de ellas.
4. Ninguna de las tres disciplinas y profesiones puede renunciar ni a la dimensión individual ni a la dimensión colectiva de la intervención social.
5. Ninguna de las tres disciplinas o profesiones puede considerar las actividades de gestión o gobierno (o, dicho de otra manera, las actividades administrativas o directivas), tales como dar información, registrar información, transmitir información o coordinar a personas, como propias o características de su actividad profesional de intervención social.
6. Ninguna de las tres disciplinas y profesiones puede renunciar a ningún segmento poblacional destinatario, se defina como se defina (por edad, por capacidad funcional, por grado de inclusión relacional o por otro criterio).

Entendemos que no debe darse nunca una competición por la atribución del carácter “social” de las distintas disciplinas si no de todo lo contrario, de una construcción conjunta de un nuevo sistema, basado en las confluencias y el conocimiento científico de todos los perfiles profesionales implicados. Y con todo lo aquí argumentado, no se pretende en ningún momento dudar de la capacidad y el rigor profesional de la disciplina del trabajo social, se trata de poner en valor el carácter interdisciplinar que deberían tener todos los procesos de toma de decisión en el ámbito de la intervención social.

En cuanto al modelo propuesto de profesional de referencia hay un aspecto que, por encima de criterios técnicos, consideramos de debe preservarse siempre que sea factible y es el de la libre elección del profesional de referencia en todos sus sentidos (*si quiere o no tener uno asignado, si prefiere comunicarse/relacionarse con varios por igual, o con ninguno*). En un modelo de atención realmente centrado en la persona, debe contarse con ella en algo tan básico como la designación de su profesional de referencia; si una de las principales funciones de esta figura es la de acompañamiento, debería permitirse que sea la persona usuaria pueda optar por aquel o aquella profesional con el que mejor vínculo haya o pueda desarrollar, de este modo se facilitará el sentimiento de seguridad en el sistema y, con ello, se mejorará la eficacia y la eficiencia del mismo. Esta opción, la de la libre elección, debería ser preferencial, siempre y cuando se preserve el fin último del proyecto de intervención.

Atendiendo las distintas cuestiones que hemos analizado, nos parece que el concepto de profesional de referencia se ha desarrollado en varias de las leyes autonómicas atendiendo más las necesidades de un solo colectivo profesional que a las propias necesidades de las personas usuarias del sistema. En estos casos, en lugar de un derecho encuadrado en el modelo de actuación centrado en la persona, tiene más

un carácter de una obligación centrada en las competencias de la persona trabajadora social.

Por otro lado, la realidad en los centros de servicios sociales comunitarios es variada y, como las propias necesidades de las personas usuarias, multidimensional. Las estructuras básicas son muy heterogéneas, la presencia de perfiles profesionales en muchos casos no abarca el abanico necesario, la falta de personal obliga a soluciones ad hoc que en muchos casos parecen más propias de un intercambio de cromos que de un análisis riguroso. Se observa una desconexión entre el marco normativo, los modelos teóricos y el día a día en los centros de servicios sociales. Los desarrollos de las leyes existentes tardan en activarse, lo que provoca inseguridad desde el punto de vista profesional y falta de coherencia entre lo legislado y lo real. Los modelos teóricos que se pretenden implantar, en lugar de nutrirse del conocimiento científico, parecen intentar justificar el marco normativo en un claro proceso de circularidad argumental. Los servicios sociales de atención primaria siguen siendo el cajón de sastre donde todo cabe y es de su competencia, allí donde los otros servicios públicos relacionados con las políticas sociales (salud, educación, justicia...) no llegan., allí hay un/a profesional de la intervención social que asume el intentar dar respuesta a la demanda en cuestión y/o un/a político/a municipal que le endosa la responsabilidad. Este escenario genera, como no puede ser de otra manera, una gran sobrecarga de trabajo y riesgo de burnout. Además, desde hace algunos años, se viene observando una deriva a un papel meramente trámitador de recursos, que en muchos casos ni siquiera son competencia directa de los servicios sociales municipales, pues no todo derecho subjetivo en materia de políticas sociales queda bajo el ámbito competencial de la Administración Local.

Con todo, lo que nos llama poderosamente la atención es que, pese a que el argumento, cuando lo hay, de que la persona profesional de

referencia tenga que ser un/a trabajador/a social esté cargado de contradicciones y falacias argumentativas, sin embargo este aspecto haya sido incorporado con tanta facilidad en las distintas normas autonómicas y nacionales de servicios sociales. Con lo aquí expuesto, que cada profesional saque sus propias conclusiones. Los autores de este artículo las tenemos, y muy claras, e intuimos que el resto del colectivo profesional de la psicología coincide con ellas, así como otros colectivos profesionales de los servicios sociales.

Referencias bibliográficas

Alfaro-Inzunza, J. (2012). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Estudio del Campo Técnico del Psicólogo de la Intervención Social en el Marco de los Servicios Sociales Comunitarios Españoles* (tesis doctoral). Universitat de Girona.

Allport, G.W. (1954). *The historical background of modern social psychology*, en Lindzey, G. (ed); *Handbook of Social Psychology*, vol. 1, USA, Addison-Wesley.

Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia (2019). Recuperado de <https://transparencia.carm.es/-/anteproyecto-de-ley-de-servicios-sociales-de-la-region-de-murcia>

Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia: mejorando los recursos*. Barcelona: Octaedro.

Código Deontológico de Trabajo Social (2012). Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf

Domínguez-Milanés, M.E. (2015). *Identificación y evaluación de Competencias: Un modelo comprensivo de evaluación de competencias del psicólogo* (tesis doctoral).

al). Departamento de Psicología Social y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Estatuto de la profesión de diplomado/a en trabajo social (2001). Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/jaen/files/estatuto%20de%20la%20profesion%20de%20Diplomado%20en%20Trabajo%20Social.pdf>

Decreto 99/2012 por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación (2012). Xunta de Galicia. Recuperado de https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2012/20120330/Anuncio-CA05-270312-14010_es.html

Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el profesional de referencia de servicios sociales de Navarra (2011). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/ccaabon/2011/027/n02127-02128.pdf>

Galimberti, H. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI editores.

Fantova, F (2016). Los nuevos servicios sociales en la transformación del sistema de bienestar. En <http://fantova.net>

Fantova, F. (2018). *Las profesiones de la intervención social: ¿Quítate tú pa' ponerme yo?*. Recuperado de <http://fantova.net/?p=2351>

Hogg, M. & Vaghan G. (2008). *Psicología social*. España: Editorial Médica Panamericana

Informe de 13 de marzo de 2019 de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (2019). Recuperado de https://www.cnmc.es/sites/default/files/2389789_1.pdf

Informe extraordinario sobre la situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2010). En Informe del Ararteko al Parlamento vasco en 2010. Recuperado de https://argitalpen.ararteko.eus/index.php?leng=-cast&id_l=42&id_a=1311

Informe sobre los Colegios Profesionales tras la transposición de la Directiva de Servicios (2012). Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia. Recuperado de https://www.cnmc.es/sites/default/files/1186019_7.pdf

La Historia Social, Herramienta del Trabajo Social (2018). Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Recuperado de <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=2754>

Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales de Asturias (2003). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-7404-consolidado.pdf>

Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia (2003). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-2430>

Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana (2019). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-3489>

Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears (2009). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://boe.es/boe/dias/2009/07/07/pdfs/BOE-A-2009-11186.pdf>

Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón (2009). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-13689>

Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja (2009). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2010/01/16/pdfs/BOE-A-2010-658.pdf>

Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía (2016). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-657

Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (2003). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13185-consolidado.pdf>

Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y Servicios Sociales de Cantabria (2007). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-8186&tn=2&p=20121229>

Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña (2007). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-19189-consolidado.pdf>

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco (2011). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-1572>

Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia (2012). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/03/pdfs/BOE-A-2012-10009.pdf>

do de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-807>

Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura (2015). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-501>

Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (2010). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-2752>

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León (2010). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/01/08/pdfs/BOE-A-2011-402.pdf>

Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias (2019). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-8794

Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra (2006). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-2008>

Martínez, G. & Rodríguez, A. (1995). Organización de los servicios sociales comunitarios: crisis del modelo burocrático y alternativa de los modelos profesionales. Intervención Psicosocial, 4(12), 47-66.

Medrano, L.A. & Moretti, L.S (2016). *Prácticas Basadas en la Evidencia: Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud*. Editorial Brujas.

Propuestas Políticas desde el Trabajo Social (2019). Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/CGTS%20PROPUESTAS%20POLÍTICAS%20DESDE%20EL%20TS%202019%2010.04.19%20web.pdf>

Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (2015). Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11719>

Rodríguez-Rodríguez, P., & Vila i Mancebo, A. (coords.). (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos.

Roles y funciones del Psicólogo de la Intervención Social (2013). Competencias Profesionales, pp. 8-15. Consejo General de la Psicología. Recuperado de http://www.copao.com/index.php/publicaciones/doc_view/160-roles-y-funciones-del-psicologo-de-intervencion-social

Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2018). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach it*. Fourth Edition.

Anexo 1:

Referencias al término profesional de referencia en las distintas autonómicas leyes de servicios sociales:

Comunidad	Referencias en la Ley
ANDALUCÍA	<p>Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía</p> <p>Artículo 10. Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales.</p> <p>b) Recibir y obtener las prestaciones y servicios de calidad que les sean prescritos por el profesional de referencia en los términos previstos en esta ley y en su normativa de desarrollo.</p> <p>c) Tener asignada una persona profesional de referencia que procure la coherencia, el carácter integral y la continuidad del proceso de intervención, y, dentro de los condicionamientos y límites establecidos reglamentariamente, a la libre elección del profesional de referencia y a un segundo diagnóstico de su situación, salvo lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de menores.</p> <p>h) Escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso entre las alternativas propuestas por su profesional de referencia.</p> <p>k) Recibir una atención urgente o prioritaria en los supuestos determinados por la Administración Pública competente y recibir atención del profesional de referencia en el propio domicilio cuando la situación así lo exija.</p> <p>o) Disponer, en el caso de personas desplazadas o carentes de domicilio, de un profesional de referencia del Sistema Público de Servicios Sociales en el municipio en que se encuentren, para la cobertura de urgencias o emergencias sociales.</p> <p>Artículo 31.</p> <p>1. A cada persona y, en su caso, unidad de convivencia que acceda al Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía se le asignará una persona profesional de referencia al objeto de garantizar el carácter integral de los itinerarios de atención y su continuidad.</p> <p>2. Una persona trabajadora social de los servicios sociales comunitarios actuará como profesional de referencia en el contexto del trabajo interdisciplinario que desarrolla el equipo profesional de servicios sociales comunitarios.</p> <p>3. Serán sus funciones, además de las que tenga atribuidas desde el nivel que se intervenga, las siguientes:</p> <p>a) Informar y orientar a la persona y, en su caso, unidad de convivencia sobre los recursos disponibles en función de las necesidades de la misma.</p> <p>b) Realizar la valoración y el diagnóstico a la persona y, en su caso, unidad de convivencia, así como la prescripción facultativa de recursos y prestaciones sociales más adecuados para la atención de las necesidades sociales diagnosticadas.</p> <p>c) Elaborar el Proyecto de Intervención Social en coordinación con las diferentes disciplinas implicadas en el mismo y conforme a los protocolos de coordinación que se aprueben al respecto.</p> <p>d) Proporcionar apoyo técnico, personal, acompañamiento y seguimiento en todo el proceso de intervención y evaluarlo.</p> <p>e) Articular respuestas integrales a las situaciones de necesidad de la persona y garantizar la continuidad de la atención.</p> <p>f) Canalizar a la persona hacia otros profesionales del equipo interdisciplinario del centro de servicios sociales comunitarios cuando se requiera de una intervención más específica, así como, en su caso, orientar o derivar hacia otros sistemas de protección social.</p> <p>4. Para el ejercicio de sus funciones de coordinación, la persona profesional de referencia de los servicios sociales comunitarios podrá requerir la intervención de profesionales de los servicios sociales especializados y de personas profesionales dependientes de otras Administraciones Públicas conforme a los protocolos de coordinación establecidos al efecto. Las resoluciones y dictámenes profesionales emitidos por los órganos competentes tendrán carácter vinculante para la persona profesional de referencia cuando las mismas determinen la concesión o denegación del acceso a una prestación que de ellos dependa4</p> <p>Artículo 35. Atención a las urgencias y emergencias sociales.</p> <p>4. Toda intervención de urgencia o emergencia social deberá:</p> <p>b) Determinar la persona profesional de referencia responsable de atender el caso una vez cubierta la situación de urgencia o emergencia social.</p> <p>Artículo 45. Modelo básico de intervención.</p>

	<p>1. El modelo básico de intervención en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía es la atención integral centrada en la persona o en la unidad de convivencia, desde un enfoque de desarrollo positivo y de efectiva participación de la persona en el proceso de atención.</p> <p>2. La intervención se diseñará a partir de una valoración integral de las necesidades, tendrá en cuenta el estilo de vida, preferencias y creencias de la persona, y estará orientada a garantizar el empoderamiento de la persona y su máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía.</p> <p>3. En la valoración, planificación, intervención y evaluación de la atención participarán activamente la propia persona junto a su familia o unidad de convivencia, profesionales de las disciplinas y sectores involucrados en el abordaje de la complejidad de las situaciones de necesidad y la persona profesional de referencia, a quien corresponde la elaboración, el seguimiento y la evaluación periódica del Proyecto de Intervención Social</p>
ARAGÓN	<p>Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.</p> <p>Artículo 6. Derechos de las personas en cuanto destinatarias de los servicios sociales.</p> <p>f) Contar con una persona que actúe como profesional de referencia que sirva como elemento de contacto permanente y que vele por la coherencia del proceso de atención y la coordinación con los demás sistemas destinados a promover el bienestar social.</p> <p>g) Disponer, en el caso de personas desplazadas o carentes de domicilio, de un profesional de referencia de la red de servicios sociales de base en el municipio en que se encuentren, para la cobertura de las necesidades básicas de carácter urgente.</p> <p>i) Cambiar de profesional de referencia en las condiciones que reglamentariamente se establezcan.</p> <p>Artículo 67.</p> <p>1. Toda persona usuaria de los servicios sociales contará con un profesional de referencia, cuya función será canalizar los diferentes servicios y prestaciones que precise, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones.</p> <p>2. El profesional de referencia deberá tener la condición de empleado público y hallarse al servicio de alguna de las Administraciones integradas en el Sistema Público de Servicios Sociales.</p>
ASTURIAS	<p>Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.</p> <p>No se hace alusión a la persona profesional de referencia.</p>
CANARIAS	<p>Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias</p> <p>Artículo 10.- Derechos de las personas usuarias del sistema público de servicios sociales.</p> <p>f) A tener asignada una persona titulada en trabajo social como profesional de referencia, preferentemente integrada en un equipo interdisciplinar de profesionales de los servicios sociales, que procure la coherencia, el carácter integral y la continuidad del proceso de intervención.</p> <p>g) A la libre elección del profesional de referencia y a un segundo diagnóstico de su situación, dentro de los condicionantes y límites establecidos reglamentariamente.</p> <p>h) A escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso, en función de su disponibilidad, atendiendo a la orientación y a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia asignada.</p> <p>Artículo 19.- Acceso a las prestaciones del sistema público de servicios sociales.</p> <p>4. El sistema público de servicios sociales de Canarias garantizará la continuidad y coherencia de los itinerarios de atención a las personas y familias, así como la coordinación de las intervenciones mediante la asignación de un trabajador social como profesional de referencia, sin perjuicio del resto de profesionales de los servicios sociales que conformarán los equipos para cada ámbito de actuación.</p>
Canarias	<p>Artículo 25.- Servicios sociales de atención primaria y comunitaria.</p> <p>5. Es en este nivel donde se sitúa el profesional de referencia al que tiene derecho la persona usuaria.</p> <p>Artículo 29.- Atención a las urgencias y emergencias sociales.</p> <p>b) Determinar la persona profesional de referencia responsable de atender el caso una vez que quede cubierta la situación de urgencia o emergencia social.</p>

CANTABRIA	<p>Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y Servicios Sociales de Cantabria</p> <p>Artículo 5. Derechos de las personas en relación con los servicios sociales.</p> <p>o) Derecho a la asignación de una persona profesional de referencia que sea la interlocutora principal y que vele por la congruencia del proceso de atención y su coordinación con el resto de sistemas dirigidos a promover el bienestar social.</p>
CASTILLA-LA MANCHA	<p>Artículo 7. Derechos de las personas usuarias de servicios sociales</p> <p>1.b) A la asignación de un profesional de referencia que coordine su Plan de Atención Social.</p> <p>1.c) A solicitar el cambio del profesional de referencia, de acuerdo con las posibilidades del Sistema Público de Servicios Sociales y en las condiciones que reglamentariamente se establezcan.</p> <p>3.d) A recibir atención del profesional de referencia en el propio domicilio, cuando la persona tenga dificultades para el desplazamiento.</p> <p>Artículo 15. Funciones de los Servicios Sociales de Atención Primaria.</p> <p>Son funciones de los Servicios Sociales de Atención Primaria las siguientes:</p> <p>i) Acompañamiento, mediación y seguimiento en todo el proceso de intervención a seguir tanto en el Sistema Público de Servicios Sociales, como en otros Sistemas de Protección Social, asegurando una atención continuada e integral a través del profesional de referencia.</p> <p>Artículo 24</p> <p>1. A cada persona que acceda al Sistema Público de Servicios Sociales se le asignará un profesional de referencia, con la finalidad de asegurar globalidad e integralidad en la intervención.</p> <p>2. El profesional de referencia será una trabajadora o trabajador social de los Servicios Sociales de Atención Primaria, que se responsabilizará de la historia social.</p> <p>de Atención Primaria, que se responsabilizará de la historia social.</p> <p>3. Cuando la persona usuaria sea derivada a una prestación de los Servicios Sociales de Atención Especializada, se designará igualmente un profesional de referencia de este nivel que se coordinará con el de Atención Primaria, a los efectos de información, seguimiento e intervención que procedan, así como de la actualización de la historia social.</p> <p>4. Serán funciones del profesional de referencia, además de las que tenga atribuidas desde el nivel que se intervenga, las siguientes:</p> <p>a) Proporcionar apoyo técnico, personal, acompañamiento y seguimiento en todo el proceso de intervención.</p> <p>b) Articular respuestas integrales a las situaciones de necesidad de las personas, grupos o comunidades, junto con el equipo de profesionales.</p> <p>c) Dirigir hacia otras prestaciones, cuando se requiera de una intervención más específica, así como orientar o derivar hacia otros sistemas de protección social.</p> <p>Artículo 36. Prestaciones técnicas de Servicios Sociales de Atención Primaria.</p> <p>a) Información y Orientación:... Toda persona a través de su profesional de referencia en los Servicios Sociales de Atención Primaria tiene garantizada de forma gratuita esta prestación.</p> <p>b) Estudio, Valoración y Acompañamiento: ... Asimismo se acompañará a la persona, a través de su profesional de referencia, a lo largo del itinerario de intervención tanto de los Servicios Sociales de Atención Primaria como de los de Atención Especializada, con el objeto de promover la consecución de los objetivos marcados en el plan.</p> <p>c) Atención a la familia o unidad de convivencia:... Toda persona, familia o unidad de convivencia tendrá garantizado el apoyo técnico en esta prestación de forma gratuita, cuando haya sido valorada por el profesional de referencia, a través de la prestación de Estudio, Valoración y Acompañamiento, conjuntamente con el equipo de servicios sociales, adscrito a esta prestación.</p> <p>g) Prevención y atención integral ante situaciones de exclusión social:... Se garantizará de forma gratuita el diseño del itinerario, cuando haya sido valorada la situación por el profesional de referencia, a través de la prestación de Estudio, Valoración y Acompañamiento, conjuntamente con el equipo de servicios sociales, adscrito a esta prestación.</p>

	<p>Artículo 38. Prestaciones económicas.</p> <p>1. El catálogo de prestaciones incluirá, al menos, las siguientes prestaciones económicas que están garantizadas:</p> <p>a) Renta Básica:... Esta prestación está garantizada a las personas en situación de exclusión social para facilitar su proceso de inclusión e integración social, cuando así se haya propuesto por el profesional de referencia, previa, en su caso, valoración conjunta con el equipo de profesionales en el marco de la prestación de prevención y atención integral ante situaciones de exclusión social, y de acuerdo a las condiciones que se establezcan reglamentariamente.</p>
CASTILLA Y LEÓN	<p>Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León.</p> <p>Artículo 11. Derechos de las personas en relación con la prestación de los servicios sociales.</p> <p>2.e) A la asignación, siempre que la intervención haya de prolongarse en el tiempo, de un profesional de referencia con funciones de interlocución, coordinación y seguimiento del caso, y vigilancia de la coherencia e integralidad de la intervención.</p> <p>Artículo 39. Actuación coordinada para la atención de casos.</p> <p>Siempre que la intervención haya de prolongarse en el tiempo, cada persona usuaria de servicios sociales tendrá asignado un profesional de referencia que asumirá funciones de interlocución, seguimiento del caso y coordinación.</p> <p>Este profesional de referencia podrá ser sustituido por otro en razón de la intervención necesaria desde otros niveles funcionales, así como en los demás supuestos que reglamentariamente se determinen.</p>
CATALUÑA	<p>Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales</p> <p>Artículo 9. Derecho de acceso a los servicios sociales</p> <p>e) Tener asignado un profesional o una profesional de referencia que sea el interlocutor principal y que vele por la coherencia, la coordinación con los demás sistemas de bienestar y la globalidad del proceso de atención, y cambiar, si procede, de profesional de referencia, de acuerdo con las posibilidades del área básica de servicios sociales.</p> <p>Artículo 26. Criterios de intervención</p> <p>3. Con la finalidad de alcanzar los objetivos que fijan los apartados 1 y 2, debe establecerse por reglamento que cada persona o unidad de convivencia que acceda a la Red de Servicios Sociales de Atención Pública debe tener asignado un profesional o una profesional de referencia, que preferentemente debe ser el mismo y que habitualmente debe ser un trabajador o trabajadora social de los servicios sociales básicos. El profesional o la profesional de referencia tiene las funciones de canalizar las diferentes prestaciones que la persona o la unidad de convivencia necesita, velar por la globalidad de las intervenciones y por la coordinación entre los equipos profesionales de servicios sociales y las demás redes de bienestar social, favorecer la toma de decisiones y agilizarlas.</p>
EXTREMADURA	<p>Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura</p> <p>Artículo 7. Derechos.</p> <p>d) Disponer de un trabajador social de referencia en el ámbito de los servicios sociales de atención social básica.</p> <p>Artículo 15. Servicios Sociales de Atención Social Básica.</p> <p>Los servicios sociales de atención social básica constituyen la estructura básica y el primer nivel de atención del Sistema Público de Servicios Sociales. De titularidad pública y gestión directa, estos servicios sociales estarán referidos a un territorio y una población determinada, con una ratio de un trabajador o trabajadora social por cada 3.000 habitantes, ofreciendo una atención de carácter universal y global a las necesidades sociales, y garantizando una adecuada atención social en la atención social básica. La competencia de los recursos humanos relativos a los servicios sociales de atención social básica, serán asumidos por la Junta de Extremadura siempre que las competencias no sean propias de los municipios.</p>

GALICIA	<p>Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.</p> <p>Artículo 6. Derechos de las personas en relación con los servicios sociales.</p> <p>e) A tener asignada una persona profesional de referencia que actúe como interlocutora principal y que asegure la coherencia y la globalidad en el proceso de intervención social.</p> <p>Artículo 24. Profesional de referencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A cada persona titular del derecho de acceso al sistema gallego de servicios sociales se le asignará una persona profesional de referencia en el ámbito de los servicios sociales comunitarios correspondientes, con la finalidad de dar coherencia al itinerario de intervenciones y garantizar el acceso a los diferentes servicios y prestaciones que necesite la persona o, en su caso, su familia. 2. La persona profesional de referencia será preferentemente una trabajadora o trabajador social de la red pública de servicios sociales, sin perjuicio de las titulaciones o especialidades de quien gestione el caso o actúe como responsable de la intervención o programa. 3. La persona profesional de referencia tendrá a su cargo el expediente social básico al que hace referencia el artículo 16.2 de la presente ley. 4. De acuerdo con las disponibilidades del sistema, la persona usuaria podrá solicitar motivadamente el cambio de profesional de referencia, de entre los existentes en su área. 5. Las funciones de la persona profesional de referencia se desarrollarán reglamentariamente.
	<p>Decreto 99/2012 por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación.</p> <p>Artículo 4. Derechos de las personas usuarias.</p> <p>e) A tener asignada una persona profesional de referencia que actúe como interlocutora principal y asegure la coherencia de la intervención.</p> <p>Artículo 11. Naturaleza del programa de valoración, orientación e información.</p> <p>2. Este programa garantizará el acceso universal y gratuito al sistema y, además, la prestación de servicios de carácter profesional en todo el territorio, conforme a lo establecido en el artículo 19 de la Ley 13/2008, de servicios sociales de Galicia, en el que se desarrolla el catálogo de servicios sociales, y en el artículo 24 de la misma ley, que establece la asignación a las personas usuarias de un profesional de referencia.</p> <p>Artículo 12. Contenido del programa de valoración, orientación e información.</p> <p>3. Con la finalidad de garantizar lo establecido en este artículo, en la organización de este programa se evitará la lista de espera para la entrevista inicial, que constituirá el primer acceso al sistema. En la entrevista inicial se asignará el profesional de referencia y se efectuará el primer registro en el sistema de información social básico regulado en el capítulo VII de este decreto.</p> <p>Artículo 31. Competencias de las diputaciones provinciales.</p> <p>3. Las diputaciones provinciales apoyarán prioritariamente la financiación del SAD básico a los ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, así como la financiación a dichos ayuntamientos para la contratación de personal técnico de los equipos municipales de servicios sociales comunitarios con perfiles profesionales diferentes y complementarios al del profesional de referencia que se regula en el artículo 37 de este decreto.</p> <p>Artículo 37. Profesional de referencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Según lo que se establece en el artículo 24 de la Ley 13/2008, en el ámbito de los servicios sociales comunitarios se asignará a cada persona que acceda al sistema un o una profesional de referencia, con el objeto de dar coherencia y continuidad al itinerario de intervenciones y garantizar el acceso a los diferentes servicios y prestaciones que la persona o, en su caso, su familia, precisan. 2. La persona profesional de referencia actuará como interlocutor principal de las personas que se le asignen, asegurando la globalidad e integralidad de la intervención y velando por el respecto de los derechos y deberes de las personas expresados en el capítulo II de este Decreto.

	<p>3. La persona profesional de referencia será un trabajador o trabajadora social de los servicios sociales comunitarios, sin perjuicio de la designación a estos efectos de otro profesional del equipo cuando así se justifique por las características de la intervención a realizar en cada caso. Además, teniendo en cuenta los programas que se desarrollen, la organización del servicio y las características particulares del caso, podrá designarse además, como gestor del caso, a la persona técnica del equipo que posea el perfil profesional o el cometido funcional más idóneo.</p> <p>4. De acuerdo con las disponibilidades de los servicios sociales comunitarios, la persona usuaria podrá solicitar de manera motivada el cambio de profesional de referencia.</p> <p>Artículo 38. Expediente único.</p> <p>1. Se abrirá un único expediente social básico de las personas usuarias del sistema, que será gestionado por los servicios sociales comunitarios.</p> <p>2. La persona profesional de referencia tendrá a su cargo el expediente social básico de las personas usuarias que tenga asignadas.</p>
ISLAS BALEARES	<p>Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears</p> <p>Artículo 7. Derechos de las personas destinatarias de los servicios sociales.</p> <p>Las personas destinatarias de los servicios sociales tienen los siguientes derechos:</p> <p>ij) Derecho a la asignación de personal profesional de referencia, en los términos establecidos reglamentariamente.</p> <p>Artículo 19. Relación entre los niveles de atención</p> <p>3. Con la finalidad de alcanzar los objetivos que fijan los puntos 1 y 2 de este artículo, se establecerá por reglamento que cada persona o unidad de convivencia que acceda a la red de servicios sociales de atención pública debe tener asignado un profesional de referencia, que se procurará que sea siempre el mismo y que preferentemente será un trabajador o una trabajadora social de los servicios sociales comunitarios básicos o de los servicios sociales comunitarios específicos. El profesional de referencia tiene las funciones de canalizar las diversas prestaciones que la persona o la unidad de convivencia necesita, velar por la globalidad de las intervenciones y por la coordinación entre los equipos profesionales de servicios sociales y las otras redes de bienestar social, favorecer la toma de decisiones y agilizarlas.</p> <p>Artículo 28. Criterios de intervención.</p> <p>4. La persona usuaria, motivadamente y dentro del desarrollo reglamentario, tiene derecho a escoger el centro proveedor del servicio entre los de la red de servicios sociales de atención pública y los gestionados en régimen de servicio público, de acuerdo con la naturaleza del servicio, la disponibilidad de plazas y la valoración del profesional de referencia asignado.</p> <p>Artículo 64. Profesional de referencia.</p>
	<p>1. El o la profesional de referencia tiene como función canalizar los diferentes servicios y prestaciones que necesite la persona usuaria o la unidad de convivencia, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las actuaciones, en los términos que establece el artículo 19.2 de esta ley.</p>
LA RIOJA	<p>Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja</p> <p>Artículo 8. Derechos de las personas usuarias.</p> <p>Las personas usuarias de los servicios sociales tendrán los siguientes derechos:</p> <p>kj) Derecho a la asignación de un trabajador social como profesional de referencia, que sea su interlocutor principal en el ámbito de los servicios sociales.</p>

MADRID	<p>Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid</p> <p>Artículo 4. Derechos de los ciudadanos en relación a los servicios sociales.</p> <p>Toda persona que acceda a los servicios sociales tiene los siguientes derechos:</p> <p>e) A la asignación de un profesional de referencia que asegure la coherencia y globalidad del proceso de atención.</p> <p>Artículo 25. Profesionales de referencia.</p> <p>1. El profesional de referencia será el encargado de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad e integridad de las intervenciones, así como la adecuada aplicación de los recursos.</p> <p>2. Al acceder al sistema público de servicios sociales, a cada persona se le asignará un profesional de referencia, que será un trabajador social en el nivel de Atención Social Primaria y aquel miembro del equipo multidisciplinar que se determine, conforme a la específica composición de cada equipo, en el nivel de Atención Social Especializada.</p> <p>3. Cada persona tendrá, en todo caso, un profesional de referencia en el nivel de Atención Social Primaria y, cuando pase a ser atendido en algún sector del nivel especializado, tendrá asimismo un profesional de referencia en este nivel. Ambos profesionales estarán coordinados entre sí, al objeto de llevar a buen término el proyecto de intervención establecido.</p>
MURCIA	<p>Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia</p> <p>No menciona la figura de la persona profesional de referencia.</p>
	<p>Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia</p> <p>Artículo 9.- Derechos de las personas usuarias de los Servicios Sociales.</p> <p>i. A tener asignado profesional de referencia en el ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria y a cambiar el mismo por motivos personales justificados, de acuerdo con las posibilidades del sistema.</p> <p>l. A escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso en función de su disponibilidad, atendiendo a la orientación y a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia asignada y conociendo con antelación su posible participación económica.</p> <p>o. A recibir atención de su profesional de referencia en el propio domicilio, cuando la persona tenga graves dificultades para el desplazamiento.</p> <p>Artículo 19.- Forma de provisión de las prestaciones.</p> <p>3. Ejercicio de las funciones del profesional de referencia y el equipo profesional de Servicios Sociales de Atención Primaria.</p> <p>Artículo 41.- Profesional de referencia.</p> <p>1. A cada persona que acceda al Sistema de Servicios Sociales se le asignará un profesional de referencia, con la finalidad de asegurar una atención global e integral.</p> <p>2. El profesional de referencia será un trabajador o trabajadora social de los Servicios Sociales de Atención Primaria, en el contexto del trabajo desarrollado por el equipo interdisciplinar, que se responsabilizará de la historia social.</p> <p>3. Cuando la persona usuaria sea derivada a una prestación de los Servicios Sociales de Atención Especializada, se designará igualmente un profesional de referencia de este nivel que se coordinará con el de Atención Primaria, a los efectos de información, seguimiento e intervención que procedan, así como de la actualización de la historia social.</p> <p>4. De acuerdo con las disponibilidades del sistema, la persona usuaria podrá solicitar motivadamente el cambio de profesional de referencia.</p> <p>5. Serán funciones específicas del profesional de referencia, además de las que tenga atribuidas desde el nivel que se intervenga, las siguientes:</p> <p>a. Realizar la valoración y diagnóstico, identificando la situación, características socio-familiares y expectativas de la persona usuaria.</p> <p>b. Informar y orientar sobre los recursos disponibles en función de la situación y necesidades.</p> <p>c. Realizar la prescripción profesional de recursos y prestaciones sociales más adecuadas para la atención de las necesidades sociales diagnosticadas.</p> <p>d. Proporcionar apoyo técnico, personal, acompañamiento y seguimiento en todo el proceso de atención, y llevar a cabo su evaluación.</p>

	<p>e. Elaborar el Programa Individual de Atención Social y, cuando proceda, consensuarlo con el Equipo Interdisciplinar, conforme a los protocolos de coordinación que sean necesarios.</p> <p>f. Dar respuestas integrales a las situaciones de necesidad que presenten las personas usuarias y garantizar la continuidad de la atención.</p> <p>g. Derivar a la persona hacia profesionales del equipo interdisciplinar del Centro de Servicios Sociales cuando se requiera de una intervención más específica, así como, en su caso, hacia otros sistemas de protección social.</p> <p>h. Coordinar el registro de la información pertinente en la historia social y mantenerla actualizada.</p> <p>i. Aquellas otras que se le asignen reglamentariamente.</p> <p>6. Para el ejercicio de las funciones contenidas en el apartado anterior, la persona profesional de referencia, además del Equipo Interdisciplinar de atención directa al que pertenece, podrá requerir la intervención de profesionales de los Servicios Sociales de Atención Especializada y de profesionales dependientes de otras Administraciones Públicas, conforme a los protocolos de coordinación establecidos al efecto.</p>
NAVARRA	<p>Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales</p> <p>Artículo 6. Derechos de los destinatarios de los servicios sociales.</p> <p>i) Derecho a la asignación y elección libre de un profesional de referencia, en los términos establecidos reglamentariamente.</p> <p>Artículo 64. Profesional de referencia.</p> <p>El profesional de referencia tendrá como función canalizar los diferentes servicios y prestaciones que necesite el usuario, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones.</p>
	<p>Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el profesional de referencia de servicios sociales de Navarra</p> <p>Artículo 3. Definición y Perfil Profesional del Profesional de Referencia.</p> <p>1. Se entiende por profesional de referencia el profesional que trabaja en los servicios sociales de atención primaria y en los servicios sociales de atención especializada, que asume la atención a una persona y/o familia y canaliza los distintos servicios y prestaciones que necesitan, asegurando una atención sistemática, integral y continuada, garantizando la coherencia de los itinerarios y la coordinación con los demás sistemas de protección social.</p> <p>2. Cuando la persona sea atendida por los servicios sociales de atención primaria, se le asignará un profesional de referencia, de entre los miembros del equipo técnico que se considere por la naturaleza de la intervención o la intensidad de la misma.</p> <p>3. Cuando la persona sea derivada para su atención de los servicios sociales de atención primaria a los servicios sociales de atención especializada, el profesional de referencia pertenecerá a los servicios sociales especializados, el cual asumirá, a partir de ese momento, la función de coordinación de dicho caso, e informará, al inicio y al final de la intervención, a la persona profesional que actuó como referente en el Servicio Social de Base de origen, del programa de atención individualizada realizado a dicha persona.</p> <p>4. Si la persona usuaria es atendida por los servicios sociales de atención primaria y por los servicios sociales de atención especializada a la vez, el profesional de referencia será un profesional de los servicios sociales de atención especializada. Este profesional emitirá un informe anual al servicio social de atención primaria de referencia sobre la atención y evolución de la persona en el servicio social especializado.</p> <p>5. En el caso en que la persona sea derivada por los centros de salud mental, el informe anual se emitirá al centro de salud mental correspondiente.</p> <p>6. En aquellos casos en que la persona usuaria sea atendida por los servicios sociales especializados la figura del profesional de referencia, en este caso, dependerá del perfil de persona usuaria, del tipo de servicio o centro, así como de la intensidad de atención del mismo.</p>

PAÍS VASCO	<p>Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales</p> <p>Artículo 9. Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales.</p> <p>h) Derecho a tener asignado una profesional o un profesional de referencia, que procure la coherencia, integralidad y continuidad del proceso de intervención.</p> <p>k) Derecho a escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso en función de su disponibilidad, atendiendo a la orientación y a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia asignada.</p> <p>Artículo 19. Procedimiento básico de intervención.</p> <p>a) En la fase inicial del procedimiento, la responsabilidad recaerá en una trabajadora o trabajador social del Servicio Social de Base, que actuará como profesional de referencia, salvo que por la naturaleza de la intervención se estime más adecuado que la función de referencia recaiga en otra figura profesional, contando, en su caso, con la colaboración y participación de otras personas profesionales de los Servicios Sociales Municipales. Para el ejercicio de sus funciones de coordinación podrá requerir, asimismo, la intervención de profesionales de otros servicios sociales de atención primaria y secundaria dependientes de otras administraciones públicas vascas, teniendo las decisiones de estas últimas, emitidas a través de los órganos correspondientes, carácter vinculante para el profesional o la profesional referente cuando las mismas determinen la concesión o a la denegación del acceso a una prestación o servicio que de ellos dependa.</p> <p>b) En aquellos casos en que el grado de intensidad del apoyo requerido así lo aconsejara, la responsabilidad de un caso podrá ser transferida por la persona profesional referente a una persona profesional de los servicios sociales de atención secundaria, quien asumirá, a partir de ese momento, la función de coordinación de dicho caso, así como el compromiso de informar sobre su evolución a la persona profesional que actuó como referente en el servicio social de base de origen, en particular cuando éste siga en contacto con la persona usuaria o la familia en otros ámbitos de la atención.</p>
VALENCIA	<p>Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana</p> <p>Artículo 10. Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales.</p> <p>e) La asignación de una persona profesional de referencia que sea la persona interlocutora principal y que vele por la coherencia, la coordinación con los otros sistemas de protección social y la globalidad y continuidad del proceso de atención.</p> <p>f) La libre elección de profesional de referencia, en los términos en los que se desarrolle reglamentariamente.</p> <p>Artículo 69. Persona profesional de referencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona usuaria tendrá derecho a un o una profesional de referencia que le atienda. 2. La trabajadora o trabajador social será la persona profesional de referencia de acceso al sistema de atención primaria. 3. El equipo de profesionales de servicios sociales determinará, en función de las necesidades de la persona usuaria, la persona profesional de referencia de intervención social en aras del interés superior del ciudadano o ciudadana. En el ejercicio de sus funciones, la persona profesional de referencia de intervención social podrá requerir la intervención de profesionales de la atención secundaria y de otras administraciones públicas, de acuerdo con los protocolos de coordinación establecidos a tal efecto. 4. La persona profesional de referencia de acceso al sistema de atención primaria, llevará a cabo la valoración y diagnóstico inicial de la situación social así como una propuesta inicial de las prestaciones más adecuadas. 5. La persona profesional de referencia de intervención social se responsabilizará de la coordinación de la historia social única de cada persona usuaria que le sea asignada, del plan personalizado así como del seguimiento y evaluación del proceso de intervención social de la persona usuaria, familia o unidad de convivencia. <p>Artículo 25. Requisitos de acceso.</p> <p>b) idoneidad de la prestación o servicio para responder a las necesidades de la persona destinataria y prescripción técnica del profesional o la profesional de referencia que así lo acredite;</p> <p>c) en su caso, justificación, por el profesional o la profesional de referencia, de la no adecuación de una fórmula de atención más susceptible de garantizar la permanencia de la persona usuaria en su entorno habitual.</p>

Reacciones ante el Acoso Sexual: Influencia del Género, Sexismo y Mitos

María Alonso-Ferres^{1*}

Celia Serrano-Montilla^{2*}

Inmaculada Valor-Segura¹

Francisca Expósito¹

¹ Universidad de Granada, Departamento de Psicología Social, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC).

² Universidad de Granada, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC)

* Las dos primeras autoras contribuyeron por igual a este trabajo y comparten la primera autoría.

Notas

Las autoras declaran que no hay conflictos de intereses potenciales con respecto a la investigación, autoría y / o publicación de este artículo.

Esta investigación fue subvencionada por el proyecto "Nuevas formas de violencia de género: Factores de riesgo y protectores para el bienestar psicosocial" [(PSI2017-84703-R) (MINECO/AEI/FEDER/UE)].

Resumen

El acoso sexual es una de las formas de violencia de género más comunes reflejo de la desigualdad de poder en las relaciones sociales entre mujeres y hombres. No obstante, existe una tendencia por parte de la sociedad, debido a la influencia de variables ideológicas, a no percibir como acoso algunos comportamientos, especialmente aquellos más sutiles englobados en la categoría de acoso por razón de género. Por tanto, el objetivo de la presente investigación se centró en analizar la reacción social ante el acoso sexual en el ámbito organizacional y la influencia en ella de ideología de los observadores desde una perspectiva de género. Para ello, se les presentó un escenario de acoso sexual laboral a 200 participantes y se midió variables como la ideología sexista, la aceptación de los mitos hacia el acoso sexual y las reacciones ante el mismo (culpa al acosador y a la víctima). Los resultados mostraron una relación entre las variables ideológicas y las reacciones ante el acoso sexual, así como diferencias significativas en ellas en función del género del participante. Además, se comprobó un modelo en el que los mitos hacia al acoso mediaban la relación entre el sexismio hostil y culpa al acosador en hombres y mujeres. Estos resultados mostraron la importancia de ofrecer información veraz a la sociedad sobre la verdadera magnitud de este problema y sus consecuencias, así como la necesidad de combatir las variables ideologías que lo mantienen y perpetúan.

Palabras Clave: Violencia contra la mujer, Acoso Sexual Laboral, Percepción Social, Reacción Social, Variables Ideológicas.

Reacciones ante el Acoso Sexual: Influencia del Género, Sexismo y Mitos

La victimización de la mujer a manos del hombre ha sido de gran interés para académicos e investigadores debido a la incidencia de diferentes formas de violencia contra ellas (Pina et al. 2009). Concretamente, el acoso sexual es reconocido como una de las formas más prevalentes de violencia de género reflejo de las relaciones sociales de poder entre hombres y mujeres (Krings y Facchin, 2009). El acoso sexual se ha convertido en un problema de gran importancia en la actualidad social, y más concretamente, dentro del ámbito organizacional, como consecuencia de la cada vez mayor inclusión de la mujer en el mundo laboral (Smith y Konik, 2011), y de su normalización y frecuencia en las redes sociales (Galdi y Guizzo, 2020).

A pesar de la relevancia actual de este problema social, no existe una única definición del mismo que sea ampliamente compartida. En el marco de investigación social, la mayoría de los investigadores emplean la definición de acoso sexual propuesta por Topa et al. (2008): “*Una experiencia psicológica basada en un comportamiento no deseado, ofensivo y amenazante que tiene lugar en el contexto laboral*”. De esta se extraen dos ideas importantes: se trata de una conducta con componentes de carácter sexual, y además, atenta contra la dignidad de la víctima de dicha conducta (Expósito et al., 2014). En base a ello, el presente trabajo se centra en el acoso por razón de género en función de la clasificación realizada por Till (1980) y Gelfandet et al. (1995), debido a que es uno de los tipos de acoso menos aceptado y reconocido socialmente que conlleva un comportamiento hostil y discriminatorio hacia las mujeres, es decir, a una violencia ejercida por los hombres hacia ellas como grupo ya que son estas las principales víctimas del acoso sexual (Diehl et al., 2012; Herrera et al., 2014). Es este sentido, una profundización en el estudio de este fenómeno es de completa necesidad para

dar luz a un problema social que habitualmente ha sido y es ignorado, negado o mitificado, ya que muchas mujeres han sido socializadas para aceptar diversas formas de manifestaciones cercanas al acoso sexual, así como, en ocasiones, a culparse a sí mismas por ellas (Abal et al., 2012). Por este motivo, al ser una de los delitos menos reconocidos e informados es difícil estimar su incidencia real (Krahé et al., 2008). Sin embargo, en 2012, la encuesta realizada por la Unión Europea sobre la violencia sobre la mujer en los 28 Estados miembros, señaló que entre 83 y 102 millones de mujeres han sufrido acoso sexual. Asimismo, este estudio destacó que el 32% de dichas mujeres lo hicieron a manos de un acosador que se encontraba en su entorno laboral (por ejemplo, colega, jefe; European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2014). En España, estos datos han sido apoyados recientemente por la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019). Concretamente, se estima que más de 8 millones de mujeres han sufrido diferentes tipos de acoso sexual—mayoritariamente en forma de miradas insistentes o lascivas (30,3%) y contacto físico no deseado como, por ejemplo, proximidad innecesariamente cercana, tocamientos de partes de su cuerpo o besos/abrazos (17,5%)—en algún momento de sus vidas. Además, el acosador principalmente fue un amigo o conocido (34,6%) o en segundo lugar, un hombre del entorno laboral (17,3%). Estos últimos datos son relevantes ya que resaltan la alta incidencia del acoso sexual en el ámbito de trabajo, mostrando como éste se inscribe en un contexto de violencia contra las mujeres, es decir, lo que subyace al mismo es la violencia como instrumento de poder de género, de ahí, la necesidad de profundizar en el estudio del mismo.

Epistemología del Acoso Sexual

Desde el punto de vista de la explicación del fenómeno, éste se podría atajar desde una perspectiva feminista: la teoría sociocultural, que considera que el acoso sexual es fruto de

la desigualdad de género y la ideología sexista mantenida en una sociedad patriarcal (Thomas y Kitzinger, 1997). Tradicionalmente, se ha promovido una visión del hombre como sustentador principal de poder y dominancia sobre la mujer—quien desempeña un papel sumiso, manteniendo así la jerarquía y expectativas de rol de género (Diehl et al., 2012; Pina et al., 2009; Pina y Gannon, 2012). Este concepto, de igual modo, se puede trasladar al ámbito organizacional, donde se mantienen los roles de género y desigualdad. Así pues, el acoso sexual sería una forma de gestionar las interacciones entre hombres y mujeres, manteniendo la supremacía masculina y discriminando a las mujeres en el ámbito laboral. De acuerdo con esta teoría, los perpetradores intentan intimidar a las mujeres, especialmente a aquellas que trasgreden el rol tradicional y compiten con los hombres en ámbitos propiamente masculinos (Pina y Gannon, 2012). Estudios previos parecen apoyar la teoría sociocultural en la que los hombres instrumentalizan el acoso sexual para castigar la trasgresión del rol de género de la mujer o para reevaluar su propia identidad de poder como hombre (Diehl et al., 2012).

Factores relacionados con el Acoso Sexual

La investigación ha puesto de manifiestos diferentes factores que pueden influir en el acoso sexual, entre los que se encuentra el género del perceptor, la ideología sexista y los mitos (Herrera et al., 2014).

En primer lugar, estudios han puesto de manifiesto las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción del acoso sexual (Wiener et al., 1997), mostrando que las mujeres presentan una menor tolerancia que los hombres hacia el mismo, de tal modo que informan más a menudo la presencia de este tipo de situaciones y culpan más al acosador tanto si posee igual o diferente estatus de la víctima (Herrera et al., 2014; Pina y Gannon, 2012).

Por otro lado, la literatura ha destacado la ideología sexista como un factor relevante en la percepción del acoso sexual. Concretamente, diferentes investigaciones apoyan la Teoría del Sexismo Ambivalente de Glick y Fiske (1996), según la cual, el sexismo está formado por dos tipos. Por un lado, el sexismo hostil (SH) que conlleva la discriminación de la mujer, considerándolas débiles y enmarcándolas en el ámbito familiar, y por otro lado, el sexismo benévolos (SB) que promueve la consideración de la mujer de forma estereotipada y limitada a ciertos roles, pero que tiene un tono afectivo para el perpetrador y tiende a suscitar en éste conductas prosociales o de búsqueda de la intimidad (Expósito et al., 1998). Así pues, ambos componentes del sexismo ambivalente, hostil y benévolos, se han relacionado con una mayor tolerancia y proclividad hacia el acoso sexual, con hostilidad hacia las mujeres y la percepción de un ambiente de trabajo hostil y propicio para que se produzca una situación de acoso (Russell y Trigg, 2004; Wiener et al., 2010).

Estudios previos, han puesto de manifiesto una fuerte relación entre las medidas de sexismo, las actitudes tradicionales hacia las mujeres y la presencia de ciertos mitos que existen con respecto al acoso sexual. Específicamente, dichos mitos son definidos como *“las actitudes y creencias que son generalmente falsas pero amplia y persistentemente mantenidas, y que sirven para negar y justificar el acoso sexual del hombre hacia la mujer”* (Lonsway et al., 2008). Ejemplos de tales mitos incluyen la creencia de que las mujeres buscan las situaciones de acoso con el fin de obtener beneficios personales, así como, dañar al acosador, que disfrutan de los actos violentos o que dichos actos sólo son cometidos por hombres con algún tipo de trastorno (Expósito et al., 2014). En esta línea, Lonsway et al., (2008) estudiaron la importancia de los mitos hacia el acoso sexual, encontrando que éstos junto con la ideología y actitudes sexistas, influían sobre el observador de la situación, creyendo que la víctima “deseaba” o

“disfrutó” con lo sucedido, o que el “acosador” no tenía “intención” de hacer daño alguno. Por tanto, estos crean un obstáculo en la percepción y visibilidad del acoso e impiden iniciar conductas de ayuda.

Todos estos factores descritos anteriormente van a influir en la percepción por parte de la sociedad de los casos de acoso sexual. De Haas y Timmerman (2010) argumentaron que entre las razones por las que la gente tiene miedo de comunicar una situación de acoso sexual—en España, 39,6% de las mujeres afirma que no contó a nadie el episodio (Ministerio de Igualdad, 2019)—se encontraban las posibles actitudes y reacciones que adopta la sociedad. Así, la literatura previa ha destacado la tendencia a culpar a la víctima y no al acosador, la minimización del impacto psicológico del problema y de su gravedad, lo que promueven una negación o no percepción de la situación como acoso sexual (Galdi y Guizzo, 2020; Lonsway et al., 2008; Herrera et al., 2014). En relación a ello, se comenzó a denunciar que la sociedad habitualmente no emprende ninguna acción como consecuencia de una situación de acoso sexual en el seno de una organización (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). Asimismo, cuando se llevan a cabo medidas, frecuentemente son destructivas para la víctima, como cambiarla de puesto o simplemente tratar de silenciar y ocultar la situación que se ha producido. Evidentemente, éste tipo de reacciones tienen como consecuencia un aumento de la tolerancia hacia situaciones de acoso sexual (Herrera et al., 2014).

En base a lo anterior, el objetivo del estudio es observar ante una situación de acoso por razón del género en el ámbito laboral, la relación entre las reacciones del observador, creencias sexistas y mitos hacia el acoso sexual, así como, sus diferencias en función del género. En primer lugar, se pretende analizar si existen diferencias en función del género en las creencias sexistas, los mitos hacia el acoso sexual y en las reacciones hacia el acoso (culpabilidad

de la víctima y acosador). Concretamente, se espera que los hombres tengan actitudes más sexistas y mitos en comparación con las mujeres (Hipótesis 1a), así como que culpen más a la víctima y menos al acosador (Hipótesis 1b). En segundo lugar, se examinará el papel mediador de los mitos en la relación del sexismo con las reacciones ante una situación de acoso sexual en el ámbito laboral. Esto es, ante una situación de acoso laboral, aquellos con mayores niveles de sexismo hostil tendrán más mitos hacia el acoso sexual y, en consecuencia, culparán más a la víctima y menos al acosador (Hipótesis 2a). Además, esta podría ocurrir especialmente en la condición donde el perceptor fuese un hombre (Hipótesis 2b).

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 200 participantes (55 hombres y 144 mujeres) con una media de edad de 22.79 (DT = 7.31). De éstos, el 3.1% habían completado estudios primarios, un 12.8% estudios secundarios y un 84.1% estaban cursando o habían completado estudios universitarios.

Procedimiento

Se empleó un muestreo incidental llevada a cabo en las provincias de Granada y Córdoba (España). Dos evaluadoras previamente entrenadas solicitaron a los y las participantes su colaboración, asegurándoles el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Los y las participantes accedieron de manera voluntaria al estudio en el que, después de cumplimentar el consentimiento informado, se les presentó una escena que narraba una situación de acoso sexual en un contexto laboral, para posteriormente, responder a una serie de cuestiones para evaluar las variables de interés. El estudio fue realizado de acuerdo con los estándares éticos de la Declaración de Helsinki.

Instrumentos

Escena de acoso sexual. Los/as participantes leyeron una escena de acoso laboral por razón de género. En este se presenta un mensaje que la víctima manda a una persona conocida contándole la situación de acoso sexual que ha vivido (ver Anexo I).

Inventario sobre Sexismo Ambivalente (ASI; Glick y Fiske, 1996; Expósito et al., 1998). Evalúa las creencias sexistas con 22 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos (0 = totalmente en desacuerdo, 6 = totalmente de acuerdo). El inventario mide dos tipos de sexismo: Sexismo Hostil (SH), (p. ej., "las mujeres se ofenden muy fácilmente") y Sexismo Benévolos (SB) (p. ej., "las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres"), cuyos coeficientes alfa en nuestro estudio fueron: .92 y .87 respectivamente.

Escala Illinois de Aceptación del Mito del Acoso Sexual (ISHMA; Lonsway et al., 2008; Expósito et al., 2014). Evalúa mitos hacia el acoso sexual con 20 ítems que presentan un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 = fuertemente en desacuerdo, 7 = fuertemente de acuerdo). Consta de cuatro subescalas: Exageración, (p. ej., "Sólo si una mujer pierde su empleo, puede tomarse en serio su denuncia de acoso sexual") ($\alpha = .80$); Motivos (p. ej., "Algunas veces las mujeres denuncian que han sido acosadas sexualmente para obtener dinero de su empresa") ($\alpha = .89$); Heterosexualidad natural, (p. ej., "La mayoría de las mujeres se sienten halagadas cuando los hombres con los que trabajan se fijan sexualmente en ellas") ($\alpha = .82$); y Responsabilidad de la mujer (p. ej., "Casi todos los tipos de acoso sexual terminarían si simplemente la mujer le dice al hombre que pare") ($\alpha = .80$).

Culpabilidad de la víctima (Valor-Segura et al., 2011). Medida mediante el siguiente ítem con un formato de respuesta tipo Likert de 7

puntos: "¿Cree que María está exagerando los hechos?" (1 = en absoluto está exagerando los hechos, 7 = está exagerando mucho los hechos).

Culpabilidad del agresor (Herrera et al., 2014). Medida mediante el siguiente ítem con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos: "¿Cómo de apropiado considera el comportamiento de Pedro?" (1 = apropiado, 7 = inapropiado).

Resultados

La Tabla 1 muestra las estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas de las principales variables usadas en este estudio.

Tabla 3

Resultados de las regresiones para mediaciones moderadas

	Mitos Acoso Sexual				Culpa a la víctima			
	Coef	SE	LLCI	ULCI	Coef	SE	LLCI	ULCI
Constante	1.14**	.16	0.83	1.46				
Sexismo Hostil (X)	.78***	.08	0.63	0.93	.33***	.12	0.07	0.60
Mitos Acoso Sexual (ME)					.34*	.14	0.09	0.57
Género (MO)	.19	.18	-	0.54				
				0.16				
Sexismo(X)*Género (MO)	-.20*	.09	-	-0.02				
				0.39				
R ²		.75***						
Género	Efecto		Boot SE		Boot LLCI		Boot ULCI	
	Indirecto							
Hombre	-.26		.13		0.03		0.56	
Mujer	-.19		.09		0.02		0.37	

Nota. Tamaño bootstrap: 5000. El efecto indirecto es significativo donde los intervalos de confianza no confieren el valor 0. Coef = Coeficiente; X = Predictor; MO = Variable Moderadora; ME = Variable mediadora; LLCI = nivel inferior al 95% del intervalo de confianza en percentil bootstrap; SE = error estándar; ULCI = nivel superior al 95% del intervalo de confianza en percentil bootstrap. *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Diferencias de género en las variables ideológicas (creencias sexistas y mitos hacia el acoso sexual) y en la reacción ante la situación de acoso sexual (culpa a la víctima)

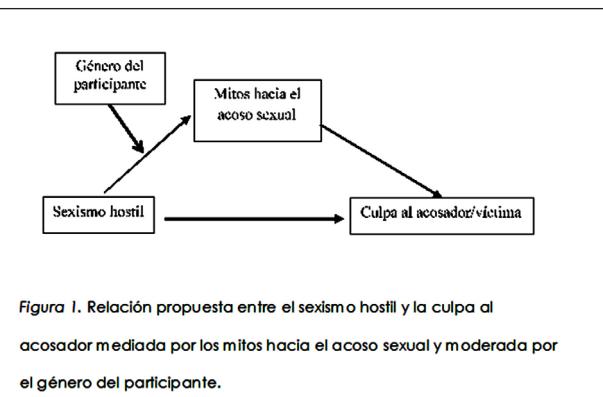
Para comprobar si existen diferencias de género las creencias sexistas y mitos hacia el acoso sexual, se realizó un prueba t Student

para muestras independientes con el género del participante (hombre/mujer) como variable independiente, junto con las creencias sexistas y mitos hacia el acoso sexual como variable dependiente. En línea con la Hipótesis 1a, los resultados mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres tanto en creencias sexistas como en mitos hacia el acoso sexual. En este sentido, hombres (versus mujeres), mostraron un mayor sexismo hostil $t(196) = 4.74$, $p < .001$ ($M_{Hombre} = 1.78$, $DT = 1.11$ vs. $M_{Mujer} = 1.02$, $DT = .96$) y sexismo benévolos $t(196) = 4.21$, $p < .001$ ($M_{Hombre} = 1.48$, $DT = .96$ vs. $M_{Mujer} = .90$, $DT = .82$). Asimismo, se apreciaron puntuaciones más elevadas en los participantes hombres (versus mujeres) en los mitos relacionados con la exageración $t(196) = 3.43$, $p < .01$ ($M_{Hombre} = 1.78$, $DT = 1.07$ vs. $M_{Mujer} = 1.38$, $DT = .55$), motivos $t(196) = 3.84$, $p < .001$ ($M_{Hombre} = 2.83$, $DT = 1.47$ vs. $M_{Mujer} = 2.11$, $DT = 1.02$), heterosexualidad $t(196) = 3.16$, $p < .01$ ($M_{Hombre} = 2.65$, $DT = 1.39$ vs. $M_{Mujer} = 2.03$, $DT = 1.16$) y responsabilidad de la mujer $t(195) = 3.47$, $p < .01$ ($M_{Hombre} = 2.88$, $DT = 1.49$ vs. $M_{Mujer} = 2.17$, $DT = 1.20$).

A continuación, con el fin de analizar si existen diferencias de género en las reacciones ante la situación de acoso sexual (Hipótesis 1b), se realizó una prueba t de Student para muestras independientes con el género del participante (hombre/mujer) como variables independiente, junto con la culpa a la víctima y al acosador como variables dependientes. Los resultados mostraron que las mujeres (versus hombres) tendían a otorgar menor culpa a la víctima $t(195) = 3.25$, $p < .01$, ($M_{Hombre} = 2.89$, $DT = 1.34$ vs. $M_{Mujer} = 2.20$, $DT = 1.31$), y mayor al acosador $t(196) = -2.00$, $p = .04$, ($M_{Hombre} = 5.50$, $DT = 1.14$ vs. $M_{Mujer} = 5.90$, $DT = 1.27$), confirmándose la Hipótesis 1b.

Efecto mediador de los mitos hacia el acoso sexual en la relación entre sexismo y culpa: Diferencias de género

En la Hipótesis 2 se espera encontrar un efecto del sexismo hostil en la culpa al acosador y a la víctima a través de los mitos hacia el acoso sexual, especialmente cuando el participante es hombre (véase Figura 1). Para comprobar esta hipótesis se realizaron varios análisis de medición moderada (Hayes, 2013; Preacher et al., 2007). Se utilizó un intervalo del confianza del 95% sobre la base del método bootstrapping, con 5000 repeticiones para el efecto indirecto condicionado por el género. El efecto indirecto condicional es significativo donde el intervalo de confianza no contiene el valor 0.



De acuerdo con la hipótesis 2, los resultados mostraron un efecto significativo del sexismo hostil en los mitos hacia el acoso, así como el efecto de este mito tanto en la culpa otorgada al agresor como a la víctima. Por tanto, tanto el sexismo hostil como los mitos hacia el acoso sexual condujeron a culpabilizar menos al acosador (véase Tabla 2) y más a la víctima (véase Tabla 3) ante una situación de acoso sexual. A su vez, los mitos hacia el acoso sexual actuaron como mediador entre el sexismo hostil y la culpa al acosador y a la víctima independientemente del género, es decir, esto ocurría tanto cuando los participantes eran hombres como cuando eran mujeres.

Tabla 2

Resultados de las regresiones para mediaciones moderadas

	Mitos Acoso Sexual			Culpa al agresor				
	Coef	SE	LLCI	ULCI	Coef	SE	LLCI	ULCI
Constante	1.06**	.22	.64	1.49				
Sexismo Hostil (X)	.99**	.10	.79	1.19	.74**	.11	.53	.95
Mitos Acoso Sexual					-.26*	.09	-	
(ME)							0.45	0.08
Género (MO)	.34	.24	-	0.81				
				0.13				
Sexismo(X)*Género	-.29*	.13	-	-				
(MO)				0.53	0.04			
R ²		.73**						
Género	Efecto	Boot SE	Boot LLCI	Boot				
	Indirecto			ULCI				
Hombre	-.26	.11	-0.49	-0.07				
Mujer	-.19	.07	-0.34	-0.05				

Nota. Tamaño bootstrap: 5000. El efecto indirecto es significativo donde los intervalos de confianza no contienen el valor 0. Coef = Coeficiente; X = Predictor; MO = Variable Moderadora; ME = Variable mediadora; LLCI = nivel inferior al 95% del intervalo de

Tabla 3

Resultados de las regresiones para mediaciones moderadas

	Mitos Acoso Sexual			Culpa a la víctima				
	Coef	SE	LLCI	ULCI	Coef	SE	LLCI	ULCI
Constante	1.14**	.16	0.83	1.46				
Sexismo Hostil (X)	-.78**	.08	0.63	0.93	.33**	.12	0.07	0.60
Mitos Acoso Sexual					-.34*	.14	0.09	0.57
(ME)								
Género (MO)	.19	.18	-	0.54				
				0.16				
Sexismo(X)*Género	-.20*	.09	-	-				
(MO)				0.39	0.02			
R ²		.75**						
Género	Efecto	Boot SE	Boot LLCI	Boot				
	Indirecto			ULCI				
Hombre	-.26	.13	0.03	0.56				
Mujer	-.19	.09	0.02	0.37				

Nota. Tamaño bootstrap: 5000. El efecto indirecto es significativo donde los intervalos de confianza no contienen el valor 0. Coef = Coeficiente; X = Predictor; MO = Variable Moderadora; ME = Variable mediadora; LLCI = nivel inferior al 95% del intervalo de

Discusión

El acoso sexual es una de las formas más prevalentes de violencia contra la mujer hoy día, con importantes consecuencias negativas para las víctimas tanto a nivel físico, psicológico, como emocional, así como para su satisfacción y rendimiento en el trabajo y también su vida personal (Rospenda et al., 2009).

Un aspecto crucial dentro del problema social del acoso sexual se corresponde con el papel que ejercen los observadores del mismo ya que, tal y como destaca la literatura previa,

existe la tendencia a percibir el acoso sexual como actos sin importancia, ignorando su severidad, así como las consecuencias negativas que tiene para la víctima. Se podría afirmar que en la sociedad actual aún se sostienen actitudes de tolerancia, victimizando a la mujer acosada por sacar a la luz determinados actos que ocurrieron en el pasado, y tratando de exonerar al perpetrador (Diehl et al., 2014). Un ejemplo palpable lo hemos tenido recientemente en España con el caso de Plácido Domingo, donde ha salido personajes cercanos al cantante que han resaltado sus méritos profesionales como si eso le exonerara de conductas inapropiadas. Por ello, el presente estudio ha analizado la influencia de diferentes variables ideológicas en la reacciones de personas, que forman parte de nuestra sociedad ante un caso de acoso sexual por razón de género.

Para ello, el primer objetivo del estudio fue observar las diferencias entre las variables de interés en función del género del participante. Tal y como se esperaba, hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en todas las variables de interés. Así pues, los hombres en comparación con las mujeres presentaban mayores puntuaciones en los mitos hacia el acoso sexual, así como mantenían mayores creencias sexistas, tanto hostiles como benévolas (Garaigordobil y Aliri, 2011a; Lonsway et al., 2008). Además, las participantes mujeres culpaban menos a la víctima y más al acosador a diferencia de los hombres (Herrera, 2015). Estos resultados pueden ser explicados debido a que el acoso sexual, al ser un acto que pretende mantener la jerarquía establecida por el patriarcado, es una forma frecuente de violencia del hombre hacia la mujer (Pina et al., 2009). Y dado que ellas son las principales víctimas de diferentes formas de violencia de género, este hecho puede dar lugar a que las participantes mujeres empaticen y se identifiquen en mayor medida con las víctimas, aprecien las conductas como propias de acoso sexual, culpando más al acosador ya que

pueden sentir que una situación semejante les podría ocurrir en un futuro (Miller et al., 2011).

Con respecto al segundo objetivo, se pudo comprobar la influencia del sexismo hostil junto con el género del participante en la culpa al acosador y a la víctima, a través de los mitos hacia el acoso sexual. Así pues, cuando los participantes, tanto hombres como mujeres, eran más sexistas y sostenían creencias de que hay motivos superiores por los que la mujer se ve envuelta en situaciones de acoso, culpaban menos al perpetrador y más a la víctima. Este resultado, especialmente en relación a los hombres, es congruente con investigaciones previas en las que se han mostrado que el sexismo hostil motiva el mantenimiento de los estereotipos tradicionales y de la supremacía masculina, al mismo tiempo que la tolerancia hacia el acoso y la proclividad hacia el mismo (Diehl et al., 2012; Glick y Fiske, 1996). No obstante, en cuanto a las mujeres, diferentes estudios han puesto de manifiesto que las personas que se socializan en una sociedad patriarcal, adquieren una serie de creencias, valores y mitos relativos a los roles de género que son ampliamente compartidos y establecen como deben funcionar las relaciones entre hombres y mujeres. Este hecho puede llevar en última instancia a justificar o legitimar la violencia contra la mujer (Pina y Gannon, 2012). En esta línea, Diehl et al., (2014) señalan en su trabajo, que la información sobre el significado de acoso sexual y sus graves consecuencias, es una táctica que reduce tanto los mitos hacia el acoso sexual como la proclividad a acosar (Hamilton y Yee, 1990). Por lo tanto, reducir las creencias sexistas así como los mitos hacia el acoso sexual es una tarea necesaria para combatir esta forma de violencia contra las mujeres, ya que cuando están presentes promueven una mayor legitimación del acoso sexual, independientemente del hecho de ser hombre o mujer.

Finalmente, a pesar de los datos que aporta el estudio, es importante señalar las limitaciones del mismo, y la más importante está relacionada con la elección de la muestra, compuesta principalmente por estudiantes de psicología, por lo que resulta difícil la generalización de los resultados a la población general. No obstante, esta limitación, también podría ser una fortaleza del estudio, al poner de manifiesto la influencia de determinadas variables en la percepción del acoso sexual en un grupo con un nivel cultural medio, o medio alto, y que serán los profesionales del futuro, pudiendo reproducir los mismos patrones que tratamos de erradicar para acabar con las desigualdades entre hombres y mujeres, así como con las diferentes formas de violencia contra las mujeres, entre las que se encuentra el acoso sexual.

Poder mostrar la prevalencia de mitos en este colectivo, así como la influencia de esta variable en la percepción del acoso sexual, resulta esencial para el diseño de estrategias destinadas a desactivar dichos mitos, y revertir, en la medida de lo posible, las situaciones tan injustas y negativas por las que pasan millones de mujeres en todo el mundo.

A modo de conclusión, el estudio pone de manifiesto que una de las posibles causas de la escasa visibilidad del acoso sexual, de su obstaculización, e incluso perpetuación puede encontrarse en las actitudes, comportamientos y decisiones por parte de los observadores de la situación de acoso sexual hacia todos los agentes implicados en el fenómeno (víctima y acosadores). Especialmente en la actualidad, donde vemos cómo día a día en medios y redes sociales se produce una normalización de los comportamientos de acoso, lo que supone un riesgo ya que puede incrementar la participación en conductas de acoso sexual, la culpabilización de las víctimas del acoso sexual y, a su vez, desalentar la intervención de los espectadores (Galdi y Guizzo, 2020). Por tanto, la prevención del acoso sexual (e.g. campañas

de sensibilización e información a través de charlas, folletos, jornadas, etc.), así como la realización de acciones formativas en materia de igualdad es esencial, ya que podría permitir el desarrollo de una mayor identificación del fenómeno y consecuencias negativas del mismo, de su denuncia y erradicación principalmente en el contexto laboral, lugares donde aún hoy día continua existiendo una gran desigualdad entre hombres y mujeres (Expósito y Herrera, 2015). En esta línea, nuevas campañas como el #cuentalo (#metoo) utilizan las redes sociales como medio de prevención —no perpetración— de la violencia contra las mujeres. A pesar del bajo porcentaje de víctimas que utilizan este medio para contar su experiencia (Ministerio de Igualdad, 2019), nuestro estudio apunta hacia que hacer visible el testimonio de víctimas, no únicamente resalta este problema social, sino que también, especialmente en mujeres, podría promover la empatía. En última instancia, este mecanismo podrían actuar amortiguando el efecto del sexismo y los mitos en las reacciones hacia víctima de acoso sexual.

Referencias bibliográficas

- Abal, Y.N., Rodríguez, J.A., y García, M.J. (2012). Percepción social de acoso sexual en el trabajo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(2), 541-561. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n2.40212
- Cunningham, G. B., y Benavides-Espinoza, C. (2008). A trend analyses of sexual harrassment claims: 1992-2006. *Psychological Reports*, 103, 779-782. <https://doi.org/10.2466/pr0.103.3.779-782>
- De Haas, S., y Timmerman, M. C. (2010). Sexual harassment in the context of double male dominance. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(6), 717 - 734. <https://doi.org/10.1080/09541440903160492>
- Diehl, C., Rees, J., y Bohner, G. (2012). Flirting with disaster: short-term mating orientation and hostile sexism predict different types of sexual harassment. *Aggressive Behavior*, 38, 521-531. <https://doi.org/10.1002/ab.21444>
- Diehl, C., Glaser, T., y Bohner, G. (2014). Face the consequences: learning about victim's suffering reduces sexual harassment myth acceptance and men's likelihood to sexually harass. *Aggressive Behavior*, 40, 489–503. <https://doi.org/10.1002/ab.21553>
- Durán, M., Moya, M., y Megías, J.L. (2010). Social perception of rape victims in dating and marriedrelationships: The role of perpetrator's benevolent sexism. *Sex Roles*, 62, 505–519. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9676-7>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violencia contra las mujeres: Resumen de las conclusiones*. Luxembourg, Europe: Publications Office of the European Union. Recuperado de https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
- Expósito, F., y Herrera, M. C. (2015). La influencia del sexismo y los mitos en el acoso sexual. Antecedentes y Consecuencias. En Rivas, P., García, M. D., Caballero, M. J., y Tomás, N. (Eds.). *Tratamiento Integral del Acoso* (pp.655-673). Thomson Reuters-Aranzadi.
- Expósito, F., Herrera, A., Valor-Segura, I., Herrera, M. C., y Lozano, L. M. (2014). Spanish adaptation of the Illinois sexual harassment myth acceptance. *Spanish Journal of Psychology*, 17 (40), 1–13. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.42>

Expósito, F., Moya, M., y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: Medición y correlatos [Ambivalent sexism: Measurement and correlates]. *Revista de Psicología Social*, 13, 159-170. <https://doi.org/10.1174/021347498760350641>

Galdi, S., y Guizzo, F. (2020). Media-Induced Sexual Harassment: The Routes from Sexually Objectifying Media to Sexual Harassment. *Sex Roles* <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01196-0>

Garaigordobil, M., y Aliri, J. (2011a). Sexismo hostil y benevolente: relaciones conautoconcepto, racismo y sensibilidad intercultural [Hostile and benevolent sexism: relations with self-concept, racism and intercultural sensitivity]. *Revista de Psicodidáctica*, 16, 331-350.

Gelfand, M.J., Fitzgerald, L.F., y Drasgow, F. (1995). The structure of sexual harassment: A confirmatory analysis across cultures and settings. *J Vocational Behav*, 47, 164-177. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1995.1033>

Glick, P., y Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>

Gracia, E., García, F., y Lila, M. (2008). Police involvement in cases of intimate partner violence against women. The influence of perceived severity and personal responsibility. *ViolenceAgainst Women*, 14(6), 697-714. <https://doi.org/10.1177/1077801208317288>

Hamilton, M., y Yee, J. (1990). Rape knowledge and propensity to rape. *Journal of Research in Personality*, 24, 111-122. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(90\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0092-6566(90)90010-4)

Haas, S., y Timmerman, G. (2010). Sexual harassment in the context of double male dominance. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 717-734, <https://doi.org/10.1080/09541440903160492>

Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: A regression-based approach*. The GuilfordPress.

Herrera, A. (2015). Rompiendo mitos: el papel de la ideología sexista en la percepción del acoso sexual. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología Social, Universidad de Granada, Granada.

Herrera, A., Pina, A., Herrera, M. C., y Expósito, F. (2014). ¿Mito o realidad? Influencia de la ideología en la percepción social del acoso sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.07.002>

Herrera, M.C., Herrera, A., y Expósito, F. (2014). Stop Harassment! Men's reactions to victims' confrontation. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 6, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.06.006>

Krahé, B., Temkin, J., Bieneck, S., y Berger, A. (2008). Prospective lawyers' rape stereotypes and schematic decision making about rape cases. *Psychology, Crime & Law*, 14, 461-479. <https://doi.org/10.1080/10683160801932380>

Krings, F., y Facchin, S. (2009). Organizational justice and men's likelihood to sexually harass: The moderating role of sexism and personality. *Journal of Applied Psychology*, 94(2), 501-510. <https://doi.org/10.1037/a0013391>

Lonsway K. A., Cortina L. M., y Magley V. J. (2008). Sexual harassment mythology: Definition, conceptualization, and measurement. *Sex Roles*, 58, 599–615. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9367-1>

Miller, A.K., Amacker, A.M., y King, A.R. (2011). Sexual victimization history and perceived similarity to a sexual assault victim: A path model of perceiver variables predicting victim culpability attributions. *Sex Roles*, 64(5), 372–381. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9910-3>

Ministerio de Igualdad. (2019). Macroencuesta de violencia contra la mujer. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2006). *El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral*. Madrid, España: Implantación de materiales de igualdad en organizaciones laborales. Materiales divulgativos. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D91FE499-4898-4EDD-AA09>.

Pina, A., y Gannon, T. A. (2012). An overview of the literature on antecedents, perceptions and behavioural consequences of sexual harassment. *Journal of Sexual Aggression*, 18(2), 209-232. <https://doi.org/10.1080/13552600.2010.501909>

Pina, A., Gannon, T. A., y Saunders, B. (2009). An overview of the literature on sexual harassment: Perpetrator, theory, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 126–138. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.002>

Preacher, K.J., Rucker, D.D., y Hayes, A.F. (2007). Addressing moderated mediation

hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, 42, 185-227. <https://doi.org/10.1080/00273170701341316>

Rospenda, K. M., Richman, J. A., y Shannon, C. A. (2009). Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace: Results from a national study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 819–843. <https://doi.org/10.1177/0886260508317182>

Russell, B. L., y Trigg, K. Y. (2004). Tolerance of sexual harassment: An examination of gender differences, ambivalent sexism, social dominance, and gender roles. *Sex Roles*, 50, 565-573. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000023075.32252.fd>

Smith, C. A., y Konik, J. (2011). Feminism and evolutionary psychology: allies, adversaries, or both? An introduction to a special issue. *Sex Roles*, 64, 595-602. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9985-5>

Thomas, A. M., y Kitzinger, C. (Eds) (1997) Sexual Harassment. Contemporary Feminist Perspectives. Open University Press.

Till, F.J. (1980). *Sexual harassment. A report on the sexual harassment of students*. National Advisory Council on Women's Educational Programs.

Topa, G., Morales, J. F. y Depolo, M. (2008). Perceived sexual harassment at work: Meta-Analysis and structural model of antecedents and consequences. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (1), 207-218. <https://doi.org/10.1017/s113874160000425x>

Valor-Segura, I. Expósito, F., y Moya, M. (2011). Victim blaming and exoneration of the

perpetrator in domestic violence: The role of beliefs in a just world and ambivalent sexism. *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 195-206. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.17

Wiener, R. L., Hurt, L., Russell, B., Mannen, K., y Gasper, C. (1997). Perceptions of sexual harassment: The effects of gender, legal standard, and ambivalent sexism. 21, 71- 93. <https://doi.org/10.1023/A:1024818110678>

Wiener, R. L., Reiter-Palmon, R., Winter, R. J., Richter, E., Humke, A., y Maeder, E. (2010). Complainant behavioral tone, ambivalent sexism, and perceptions of sexual harassment. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 56-84. <https://doi.org/10.1037/a0018434>

Anexo I. Escena de Acoso Sexual

iHola!

¿Qué tal? ¿Cómo estás? Quería contarte algo que me ha pasado con Pedro, mi compañero, y no sé muy bien cómo interpretarlo. La semana pasada en la reunión anual de la empresa en la que trabajo, presente un proyecto. A finalizar Pedro me dijo que iba muy guapa ese día y que le gustaba tener mujeres tan atractivas como yo en la empresa. Yo me quede sorprendida. Él empezó a bromear y me dijo que como somos las mujeres, tan frías en las relaciones sociales al igual que había demostrado en la presentación de mi trabajo. Tras este comentario, sonriendo me insinúo que podríamos reunirnos para ayudarme a sacar mi proyecto adelante.

En definitiva, teuento esto porque realmente no sé cómo interpretarlo. ¿Qué opinas?

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN ADICIONES

Se trata de profesionales de la Psicología que intervienen con personas que presentan problemas relacionados como las conductas adictivas, y que suelen utilizar enfoques integrales, basados en el modelo biopsicosocial y con la participación de equipos multidisciplinares, aplicando protocolos y planes de acción comunes.

Escenarios en los que se interviene:

El objeto de intervención puede ser tanto de coordinación como de intervención directa y/o evaluación de los procesos y resultados.

El papel de la Psicología de la Intervención Social puede ser destacado en actuaciones en materia de promoción de la salud mental (Gutiérrez, 2011), intervención directa en personas y grupos con problemas de adicciones, la integración social completa, el desarrollo de redes de apoyo social (Uchino, 2014), la capacitación de las redes de apoyo (familia, parejas, amistades) y en coordinación, derivación y evaluación en drogodependencias y adicciones dentro un enfoque multifactorial (Herrera Arce, Betolaza López de Gómez, Murua Navarro, Martínez y Jiménez-Lerma, 2003).



De qué forma se interviene:

Prevención mediante: Coordinación, asesoramiento, organización, orientación y gestión de programas; Información, orientación y asesoramiento individual o grupal.

Intervención directa mediante: Desarrollo y coordinación en régimen de internamiento; Desarrollo y coordinación en régimen de internamiento, con apoyo psicoterapéutico, psicosocial y farmacológico; Detección e identificación de drogas de abuso; Seguimiento e intervención de drogas de abuso; Intervención en prisiones; Derivación a recursos de carácter supraprovincial; UDI y CT.

Intervención social mediante: Coordinación, derivación y seguimiento de los usuarios de los recursos socioeducativos (Centros de dia); Coordinación, derivación y seguimiento de los usuarios de los recursos de alojamiento y a las necesidades básicas de VAY y VAC; Coordinación, derivación y seguimiento de los recursos de incorporación social; Coordinación, derivación y seguimiento de los usuarios de los SCCC para el acceso a las prestaciones básicas.



Sección de Psicología de la Intervención Social del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Molina-Fernández, A.J. & Tortosa-Mercader, E. (2020)

Diferentes ámbitos profesionales de la Psicología de la Intervención Social

LA PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La Psicología de la Intervención Social, como disciplina especializada en comportamiento humano y en la influencia del contexto social sobre el mismo, se presenta como el marco de abordaje idóneo para el desarrollo de programas de educación sexual y otras actuaciones que propicien un adecuado desarrollo de la sexualidad.



Escenarios en los que se interviene:

Dadas las características de la principal población destinataria (infancia y adolescencia), el acceso a la misma se desarrolla a través de entidades y, siempre que sea posible, basándose en la atención estatal y social y en la realización de intervenciones puntuales que tienen una questionable efectividad.

Las intervenciones se desarrollan generalmente con:

- Entidades Educativas, para el desarrollo de programas de educación sexual y reproductiva, bien como asesoría y/o formación al profesorado, o mediante la elaboración de materiales didácticos.
- Centros de Protección a la Infancia y Adolescencia.
- Entidades Locales
- Asociaciones de Padres y Madres
- Organizaciones y Colectivos LGTBIQA+



Sección de Psicología de la Intervención Social del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Carrión-Miranda, E. (2020)

De qué forma se interviene:

Entre las diversas líneas que desarrollan los y las profesionales de la psicología de la Intervención Social que trabajan en el ámbito de la educación sexual encontramos:

- Diseño de programas e intervenciones adaptados al nivel evolutivo de niños, niñas y jóvenes que aborden y trabajen las dimensiones de: género, identidades sexuales, orientaciones sexuales, prácticas sexuales sanas y seguras, derechos sexuales, relaciones igualitarias...
- Diseño de programas de formación para profesionales que trabajan con infancia y adolescencia y que puedan participar en la educación formal de la sexualidad.
- Diseño de programas para padres y madres que les capaciten en el proceso de educación sexual informal de sus hijos e hijas.
- Desarrollo de programas e intervenciones adaptadas a colectivos LGTBIQA+

VII Edición del Concurso de felicitaciones de Navidad



Alejandro David Alcalde Malpica. 1 año.



Leo Zamora Moreno. 4 años



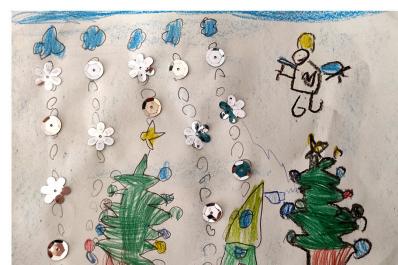
Ana María Alcalde Malpica. 4 años.



Enma Bonilla Núñez. 5 años.



Guillermo Torres Manresa. 5 años



Paola Asensio Jiménez. 5 años.



Blanca Sánchez Marabini. 5 años.



Pablo Marabini Jaén. 6 años.



José Carlos Jaime Mota. 7 años



Alicia Torres Manresa. 7 años.



Julia Gronholm Starch. 6 años



Paula Berbel Ibáñez. 6 años.



Nicolás Marín Torres. 7 años.



Helena Martín Romero. 7 años



Miguel Rivero Castillo. 7 años.



Lucas López Carrillo. 8 años.



Luis Marín Torres. 8 años.



Claudia López Carrillo. 11 años.



Oliver Zamora Moreno. 3 años.



Luka Ruiz Padial. 4 años.



Sofia Maya Sánchez. 5 años.



FELIZ NAVIDAD



Ángel Andrés Cañas Collado. 7 años.



Julia Brandido Acquaroni. 8 años.



Claudia Bonilla Núñez. 8 años.



Manuel Jaenes Martínez

Manuel Jaenes Martínez. 9 años.



Martín López Carrillo. 9 años.



Blanca de la Chica Berguillos. 11 años.



Ana Beatriz Cañas Collado. 5 años.



Beatriz Jaime Mota. 9 años.



*El Decano y la Junta de Gobierno del Ilustre
Colegio Oficial de Psicología de Andalucía
Oriental les desean:*

**Feliz Navidad y un
venturoso año 2021**



Ilustre Colegio Oficial
de Psicología
DE ANDALUCÍA ORIENTAL