

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO
OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

2024 | 2º semestre | ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com



102

Presentación | Presentation **5-6**

Artículos | Articles

La soledad como fenómeno social y estructural:
Una reflexión crítica desde la interseccionalidad.
*Loneliness as a social and structural phenomenon:
A critical reflection from intersectionality.*
Daniel Fernández-Roses, Sonia García- Aguña
y Pablo de Gea Grela. **7-20**

Análisis de la nueva era de la infancia y la adolescencia.
Modificación del sistema de protección según la
legislación estatal y autonómica: retos y desafío
*Analysis of the new era of childhood and adolescence:
modification of the protection system according to state
and autonomous legislation: challenges and obstacles.*
Irene Beltrán Ramírez y María Fernández Martín. **21-36**

Factores protectores en la crianza del trauma
infantil desde el trabajo social.
*Protective factors in parenting childhood trauma from
social work.*
Susana Merino Lorente. **37-49**

Innovación en metodología docente universitaria
en la disciplina de Trabajo Social.
*Innovation in university teaching methodology in the
discipline of social work.*
Fátima Centenero de Arce y M^a Virginia Sánchez Rivas. **51-62**

El impacto del desempleo y desafíos para las mujeres
mayores de 45 años: análisis de la efectividad de los
itinerarios personalizados de inserción.
*The impact of unemployment and challenges for women
over 45 years old: analysis of the effectiveness of
personalized insertion routes.*
Cristina María González Noda, Felipe Santiago
Fernández Méndez y José Manuel Díaz González. **63-75**

La rehabilitación psicosocial con personas que
sufren daño cerebral adquirido.
*Psychosocial rehabilitation for people suffering
from acquired brain damage.*
Verónica Olmedo Vega y Celia Martín Cepeda. **77-98**

Director/Executive Editor

Rubén Yusta Tirado

Profesor Ayudante Doctor en Universidad Pontificia Comillas
direccion@trabajosocialhoy.com

Coordinadora editorial/ Editorial Coordinator

Ana Álvarez Blanco

Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
tsh@trabajosocialhoy.com

Consejo de Redacción/Review Editors

Loreto Aranda Sánchez. Hartford, S. L.

Miguel Ángel Manchado Flores. Centro Rehabilitación Psicosocial de Villaverde

Laura Membiela Ontoria. Mensajeros de la Paz

Dolores Perea Castro. Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alcalá de Henares

María José Planas García de Dios. Comunidad de Madrid

José María Regalado López. Inmersión TIC Academy

Inmaculada Urruela Arnal. ARRM

M.ª Concepción Vicente Mochales. Universidad Complutense de Madrid

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)

Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología SEGG)

Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)

Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Junta de Gobierno/Governing Board

Decana: **Belén Novillo García.** Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Tres Cantos

Vicedecana I: **Marta Cubero García.** Jefa de Servicio de Apoyo Social de la Agencia Madrileña para el Apoyo a las personas adultas con discapacidad

Vicedecana II: **Ana García Montero.** Juzgados de Familia de Madrid

Secretaria: **Verónica Gallego Obieta.** Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Paracuellos

Tesorero: **Rubén Yusta Tirado.** Profesor Ayudante Doctor en Universidad Pontificia Comillas

Vocales:

Miguel Ángel Alfaro González. Trabajador Social Sanitario en centro de salud de Atención Primaria

Diana Camafeita Fernández. Trabajadora Social en atención a personas con discapacidad intelectual

Raquel Garrido Gómez. Directora de un centro de servicios sociales del distrito de Carabanchel

M.ª Ángeles Martín Rodrigo. Jefa de servicio de Trabajo Social en el Hospital Universitario Ramón y Cajal

Amelia Oviedo Romero. Dirección- Gerencia Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

Ana Valmala Almazán. Trabajadora Social en la Red de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

C/ Evaristo San Miguel, 4, Local

Madrid 28008. España

publicaciones@comtrabajosocial.com

Teléfono 91 521 92 80 - Fax 91 522 23 80

www.comtrabajosocial.com

Editada en diciembre de 2024

Depósito Legal: M-36315-1993

ISSN: 1134-0991

ISSN electrónico: 2340-2539

D.O.I. prefix: 10.12960

Diseño y Maquetación: Ángel Sirvent

Impresión: Afanias Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

Desde sus inicios, allá por 1993, Trabajo Social Hoy ha intentado situarse próxima a las necesidades en materia de investigación y de divulgación de la práctica profesional de las colegiadas y colegiados, así como de todos/as los/as profesionales del Trabajo Social que han *añadido una página más a la disciplina*, con sus artículos, en estos 102 números. El proceso de digitalización de la revista, la creación del premio al mejor artículo publicado por un/a colegiado/a o la inclusión de temáticas cercanas a la práctica profesional de nuestro entorno, han sido algunos ejemplos de estos cambios, que número tras número, se han ido implementando en nuestra revista.

Es por ello que, en esta línea de mejora de la publicación, este número 102 con el que cerramos el año 2024, será el último que se edite con el formato clásico que habíamos mantenido hasta el momento. A partir de 2025, Trabajo Social Hoy pasará a contar con un formato de publicación continua, que permita una mejor gestión de los artículos y una mayor agilidad en cuanto a la disponibilidad de los materiales que llegan hasta el Consejo de Redacción de la revista. De esta forma, cada artículo revisado y preparado para su publicación, se encontrará disponible en la web de la revista, posibilitando que de forma semestral se vaya cerrando un nuevo número de la revista, con materiales ya disponibles para su lectura.

En cuanto a los contenidos de este número 102, contamos con dos artículos cuya temática central es la infancia, pero abordados desde aspectos del todo relevantes para nuestra disciplina: la legislación y los factores protectores en los procesos de crianza.

Además, también contamos con un abordaje del fenómeno de la soledad no deseada, un aspecto que, sin duda, es de gran relevancia para el Trabajo Social, independientemente del ámbito donde se intervenga, puesto que es un fenómeno que afecta a las personas en cualquier etapa de su vida.

Este número también cuenta con un espacio para tratar cuestiones relacionadas con la innovación docente en el ámbito académico, un entorno donde cada vez existen más trabajadores/as sociales y que, desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, pensamos que debe ser entendido como un ámbito más dentro de nuestra extensa disciplina y así se está trabajando con la creación de espacios de confluencia entre la academia y el ámbito de la intervención.

presentación

Cerrando este número, encontramos dos artículos con temáticas claves para la disciplina, como son el empleo y la salud que al igual que los anteriores artículos, suponen un abordaje innovador para problemáticas habituales en la intervención profesional en estos ámbitos.

Como siempre, esperamos que los contenidos de la revista sean del interés de la colegiatura y de todos/as aquellos/as profesionales que se acerquen a la revista e iniciamos con gran ilusión la nueva etapa de la publicación, que estamos convencidos/as que ayudará a la mejor gestión de todos los contenidos que los/as autores/as envían a Trabajo Social Hoy.



Rubén Yusta Tirado
Director de la revista
Trabajo Social Hoy

LA SOLEDAD COMO FENÓMENO SOCIAL Y ESTRUCTURAL: UNA REFLEXIÓN CRÍTICA DESDE LA INTERSECCIONALIDAD

LONELINESS AS A SOCIAL AND STRUCTURAL PHENOMENON: A CRITICAL REFLECTION FROM INTERSECTIONALITY

Daniel Fernández-Roses

Trabajador social. Servicio estatal de ayuda a víctimas de LGTBIfobia e investigador predoctoral. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universidad Complutense de Madrid).

Sonia García-Aguña

Trabajadora social. Investigadora y docente predoctoral. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universidad Complutense de Madrid).

Pablo de Gea Grela

Trabajador social. Investigador y docente predoctoral. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universidad Complutense de Madrid).

Resumen: este artículo aborda el concepto de soledad desde una perspectiva crítica, centrándose en la distinción entre soledad deseada y no deseada, y su relación con el aislamiento social. El objetivo es analizar el concepto desde una perspectiva interseccional feminista, con el fin de explorar cómo las estructuras sociales y de desigualdad influyen en la experiencia de la misma. Todo ello bajo la premisa de que la soledad, más allá de ser un fenómeno individual subjetivo, es el resultado de factores sociales complejos que han de atenderse.

Palabras Clave: soledad, soledad estructural, aislamiento social, interseccionalidad, feminismo.

Abstract: this article addresses the concept of loneliness from a critical perspective, focusing on the distinction between desired and undesired loneliness, and its relationship with social isolation. The aim is to analyse the concept through an intersectional feminist perspective, in order to explore how social structures and inequalities influence the experience of loneliness. All of this is based on the premise that loneliness, beyond being a subjective individual phenomenon, is the result of complex social factors that must be addressed.

Keywords: loneliness, structural loneliness, social isolation, intersectionality, feminism.

Referencia normalizada: Fernández-Roses, D., García-Aguña, S. y De Gea, P. la soledad como fenómeno social y estructural: una reflexión crítica desde la interseccionalidad. *Trabajo Social Hoy* 102 (pág. 7-20). Doi: 10.12960/TSH 2024.0007

Correspondencia: Pablo de Gea Grela. Email: padegea@ucm.es

1. INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española en su primera acepción define soledad como la «carencia voluntaria o involuntaria de compañía» (Real Academia Española, s.f.). Sin embargo, como podemos imaginar, definir soledad no es una tarea ni tan sencilla, ni tan simplista, pues se trata de un constructo complejo, aunque natural, y que incluye aspectos psicosociales (Pourriyahi *et al.*, 2021). Además, algo que complejiza más su definición, es que en muchas ocasiones se relaciona erróneamente con vivir solo/a, o con disfunciones a nivel psicológico (Nilsson *et al.*, 2006; Tiwari, 2013).

A este respecto, la investigación empírica y los esfuerzos por hacer una definición concreta comienzan en torno a 1980 desde las Ciencias Sociales y la Psicología. Perlman y Peplau (1981) conceptualizaron el fenómeno como una conjunción de tres aspectos, el cognitivo, el refuerzo social, y las necesidades de intimidad, señalando como tres características comunes la deficiencia en relaciones interpersonales, que es una experiencia subjetiva (a diferencia del aislamiento, como veremos a continuación), y que genera estrés y malestar. Así, Perlman y Peplau (1981), definen soledad como:

«The unpleasant experience that occurs when a person's network of social relations is deficient in some important way, either quantitatively or qualitatively; and although loneliness may at times reach pathological proportions, we are mostly concerned with "normal" ranges of loneliness among the general public». [La experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún aspecto importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente; y aunque la soledad puede en ocasiones alcanzar proporciones patológicas, lo que más nos preocupa son los rangos «normales» de soledad entre el público en general] (p. 31).

Algunos/as otros/as autores/as diferencian, dentro de la soledad, tres ámbitos, el íntimo (soledad emocional), la escasa proximidad con familiares y amistades (soledad relacional), o el sentimiento de poca valoración externa (soledad colectiva) (Cacioppo y Cacioppo, 2014; Nicholson, 2012; Ong *et al.*, 2016).

En esta línea y, con una definición más actual y vigente en España, el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES, s.f.), define la soledad no deseada como el sentimiento subjetivo de no tener la cantidad/calidad deseada de relaciones sociales o, de forma más concreta, «la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea».

Por su parte, es necesario precisar que el aislamiento social, a veces utilizado también indistintamente como sinónimo de soledad, es la falta sustancial de contactos sociales que puede medirse de manera objetiva (SoledadES, s.f.). Es, por tanto, el hecho objetivo de contar con mínimo contacto con otras personas. Esta definición y su diferenciación con la de soledad es importante porque, en todo caso, las relaciones sociales son fundamentales y, se describen a través de principalmente tres conceptos (Holt-Lunstad *et al.*, 2010):

1. Redes sociales: «a system of social relations through which many individuals carry on certain activities which are only indirectly coordinated with one another» [sistema de relaciones sociales a través del cual muchos individuos llevan a cabo determinadas ac-

tividades que solo se coordinan indirectamente entre sí] (Barnes, 1954, p. 49). Son el elemento estructural de las relaciones sociales, por lo que se enfatiza el análisis de su tamaño y la frecuencia de los contactos.

2. Apoyo social: ayuda (emocional, instrumental o de otro tipo) derivada de un entramado social (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992). Es el proceso transaccional (dar y recibir apoyo), a través del cual nuestras relaciones nos proporcionan un espacio para el intercambio.
3. Participación social: frecuencia y calidad de las actividades (formales e informales) (Holt-Lunstad *et al.*, 2010), referida a la capacidad real y efectiva de la persona o grupos a la hora de tomar decisiones sobre asuntos de la sociedad (Gyarmati, 1992).

2. ¿SOLEDAD O SOLEDAD NO DESEADA?

La distinción entre soledad y soledad no deseada también ha sido objeto de análisis en diversos campos, desde la Psicología hasta las Ciencias Sociales (Benito *et al.*, 2024). Mientras que el término soledad parece aludir a una experiencia neutra o incluso positiva, la soledad no deseada implica una valoración negativa, sugiriendo una carencia afectiva o social que no satisface los deseos de la persona que la experimenta (De Jong y Van Tilburg, 2022). Esta diferenciación, aunque parece sencilla en la superficie, se vuelve más compleja cuando la analizamos en profundidad, sobre todo desde perspectivas feministas, interseccionales y *queer* (Christou y Bloor, 2021). Por ello, es esencial explorar las capas y matices que aportan a la comprensión de la soledad y, en particular, de la soledad no deseada.

Dentro de las múltiples maneras de concebir la soledad existen diversas tendencias, entre las que destaca por su vigencia actual una interpretación negativa —como la que hemos señalado con Perlman y Peplau (1981)—, definiendo esta desde el malestar. De la misma forma ocurre con el concepto de soledad no deseada, como hemos visto por parte de SoledadES (s.f.), en línea con otras interpretaciones como las de Arroyo (2023) o Hawkey y Cacioppo (2010), quienes la definen como la discrepancia entre el nivel de relaciones sociales que una persona tiene y el nivel que desearía tener. Si bien, la problemática de este enfoque radica en que los conceptos base y sus definiciones establecen como premisa una norma social sobre la cantidad y calidad de relaciones que se espera que las personas mantengan, por lo que cualquier desviación de esta norma puede interpretarse como una deficiencia (Bidart *et al.*, 2020).

Por ello, diferentes estudios afirman que es importante problematizar la noción de soledad no deseada (Shiovitz-Ezra, 2015). Butler (2004) sostiene que las normas sociales imponen expectativas sobre cómo debemos formar nuestras relaciones, lo cual puede excluir a aquellas personas que no encajan en lo establecido como normativo como, por ejemplo, los moldes heteronormativos o capitalistas, entre otros. De esta manera, la soledad no deseada puede ser vista como un producto de estas normas, reforzando la idea de que estar solo/a o tener menos conexiones sociales de lo esperado es inherentemente problemático (Ahmed, 2020).

En esta línea, diferentes investigaciones señalan que la soledad es, esencialmente, una experiencia subjetiva que no siempre implica un estado negativo (Bolmsjö *et al.*, 2019). Como

explica Rokach (2000), en muchas culturas la soledad puede verse como un espacio para la introspección, la autorreflexión y el crecimiento personal, una fuente de creatividad y libertad (Long y Averill, 2003). Pero no solo eso, sino que además múltiples investigaciones argumentan que la soledad no debe ser reducida a una experiencia buena o mala (Ypsilanti y Lazuras, 2022). Concretamente, la teoría *queer* nos invita a aceptar la ambigüedad y la complejidad de la experiencia humana, incluidas las formas en que experimentamos la soledad (Halberstam, 2011), es decir, las personas pueden vivir la soledad de manera contradictoria, como algo liberador y, a la vez, opresivo.

De hecho, un aspecto clave es quizás reconocer precisamente eso, que no todas las personas experimentan la soledad de la misma manera (Barreto *et al.*, 2021), sobre todo porque la soledad no puede separarse de la estructura social, no puede reducirse a una experiencia puramente personal e individual que obvie ciertas estructuras de poder y opresión que determinan cómo las personas se relacionan con su entorno y consigo mismas (Vytyniorgu *et al.*, 2023). Esto, desde el punto de vista de la interseccionalidad, pone de relieve diferencias fundamentales que no podemos obviar como, por ejemplo, que una mujer racializada lesbiana experimentará la soledad de forma distinta a un hombre blanco heterosexual, no solo por su percepción personal, sino también debido a las barreras que enfrenta para construir redes de apoyo en una sociedad estructurada por la homofobia, el racismo y el patriarcado (Hooks, 2000).

La teoría *queer*, a su vez, va un paso más allá, poniendo el foco en desafiar —como introducíamos anteriormente— las categorías binarias y la normatividad impuesta, ofreciendo una reflexión crítica sobre el concepto de soledad no deseada (Acadia, 2021). Todo ello desde la idea de que distinciones binarias como deseado/no deseado reflejan y reproducen normas sociales que regulan las relaciones (Warner, 2000), lo cual desemboca en una división que refuerza una concepción normativa de la sociabilidad, y que excluye a quienes eligen otras formas de relacionarse.

3. SI HABLAMOS DE SOLEDAD NO DESEADA, ¿PODEMOS HABLAR DE SOLEDAD DESEADA?

El concepto de soledad deseada puede parecer paradójico, especialmente si partimos de la premisa que establece la soledad como una experiencia negativa. En este sentido, se podría argumentar que, si la soledad es una experiencia inherentemente desagradable, como sugieren Perlman y Peplau (1981), no tendría sentido querer experimentarla de manera intencional. No obstante, este punto de vista puede ser limitado y requiere un análisis más matizado, especialmente desde otras perspectivas.

Para comenzar, es importante destacar que la definición de soledad no es monolítica (Suárez, 2023). Si bien muchos/as autores/as, como Weiss (1975) o Cacioppo y Patrick (2008), han destacado la dimensión negativa de la soledad, otros/as han explorado sus aspectos potencialmente positivos. Como señalan Long y Averill (2003), la soledad puede ser una experiencia rica y gratificante, especialmente cuando es deseada y elegida. Esta forma de soledad deseada no se corresponde con la idea de carencia afectiva o de relaciones deficientes, sino más bien con un estado en el que una persona busca estar sola como una forma de introspección, libertad o descanso emocional (Munitis *et al.*, 2022).

Desde esta perspectiva, la soledad deseada no se experimenta como la experiencia desagradable descrita en las definiciones tradicionales de soledad no deseada. Más bien, podría entenderse como una estrategia proactiva para gestionar el bienestar emocional y mental. Como señala Rokach (2000), algunas personas pueden buscar activamente la soledad como un refugio del estrés social o como un espacio para el desarrollo personal.

El feminismo, particularmente en su enfoque interseccional, nos invita a desafiar las narrativas que asocian la soledad exclusivamente con algo negativo. La teórica feminista Hooks (2000) sostiene que, para las mujeres y otras personas marginalizadas, el espacio de la soledad puede ser una fuente de resistencia y empoderamiento. En lugar de asumir que estar sola es siempre una carencia, Hooks (2000) expone una visión de la soledad como una oportunidad para la autorreflexión, especialmente en una sociedad patriarcal que a menudo sobrecarga a las mujeres con expectativas de cuidado y relación.

Además, la interseccionalidad de Crenshaw (2013) también nos permite entender cómo las identidades múltiples afectan la experiencia de la soledad. Para algunas personas, la elección de estar solas puede ser una forma de autodefensa o protección en un entorno hostil. Esto es particularmente relevante, por ejemplo, para personas disidentes, que pueden encontrar en la soledad un espacio seguro frente a las agresiones sociales (Meyer, 2010).

En este sentido, la soledad deseada puede ser entendida como una forma de resistencia a las estructuras normativas que dictan que las relaciones interpersonales y la sociabilidad son siempre positivas. Como explica Halberstam (2011), el acto de apartarse de las relaciones convencionales o de la sociabilidad impuesta por el orden heteronormativo puede ser un acto radical de auto-definición.

Otro punto crucial es que la soledad deseada no implica necesariamente un deseo de experimentar malestar. En realidad, puede ser vista como una expresión de autonomía. Según Baumeister y Leary (2017), las personas tienen una necesidad fundamental de pertenencia, pero también tienen necesidades de autonomía y espacio personal. La búsqueda de soledad puede ser una forma de mantener el equilibrio entre estas necesidades, lo que explica por qué algunas personas pueden desear estar solas sin que esto se interprete como una señal de malestar o carencia.

Este deseo de soledad está estrechamente relacionado con el concepto de espacio personal y la autonomía del ser, una idea que se puede rastrear hasta filósofos/as como Sartre (1956), quien veía la soledad como una condición esencial para la libertad personal. En este sentido, la soledad deseada no es una contradicción, sino una afirmación de la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propio bienestar emocional.

Cuando se menciona la experiencia desagradable de la soledad, es crucial recordar que esta definición no captura toda la gama de experiencias posibles. La literatura sobre la soledad, como la investigación de Hawkey y Cacioppo (2010), a menudo describe sus efectos negativos, pero este enfoque se centra principalmente en la soledad no deseada. Al conceptualizar la soledad desde esta perspectiva negativa, corremos el riesgo de ignorar las experiencias subjetivas de aquellas personas que eligen estar solas por razones personales o culturales. Alguien que desea soledad no busca activamente sentirse mal, sino que busca una forma de estar consigo mismo/a de manera que le proporcione algún tipo de beneficio emocional, cognitivo o social (Coplan *et al.*, 2021).

En este punto cabe aclarar que es posible hablar de soledad deseada, pero solo si comprendemos que la soledad no es intrínsecamente negativa. Las experiencias de soledad, como cualquier otra experiencia humana, son subjetivas y dependen de una amplia gama de factores individuales y contextuales. Es crucial desafiar las narrativas que ven la soledad únicamente como un estado negativo, y reconocer su potencial como fuente de resistencia, empoderamiento y autoconocimiento. Una propuesta interesante de la amplia gama de matices que esconde la soledad más allá de deseada/no deseada viene dada de la mano del IMSERSO (2021), sintetizada en la siguiente figura:

Figura 1. Diferenciación entre términos relacionados con la soledad

SOLEDAD SOCIAL, EMOCIONAL, EXISTENCIAL	Solitud (Solitude)	Experiencia positiva de estar solo
	Estar solo (Aloneness)	Pasar tiempo con uno mismo Soledad elegida
	Sentirse solo (Loneliness)	Soledad no elegida
	Vivir solo (Living alone)	Vivir solo
	Aislamiento social (Social isolation)	Aislamiento

Fuente: IMSERSO (2021).

4. SOLEDAD DESEADA VS. DESEO DE ESTAR SOLO/A: DISTINCIONES CLAVE

El debate sobre la soledad deseada y el deseo de estar solo/a implica detalles importantes en la comprensión de la soledad como experiencia humana. En este contexto, es útil diferenciar entre la elección consciente de estar solo/a y la sensación de soledad como un sentimiento de insatisfacción relacional. Para muchos/as, la soledad implica un malestar que es incompatible con la idea de querer estar solo/a y disfrutarlo (Tubadji, 2023). Pero ¿cómo podemos distinguir entre estas dos experiencias? Y, más importante, ¿qué papel juegan en nuestra vida cotidiana?

El deseo de estar solo/a en un momento específico puede estar relacionado con una necesidad temporal de espacio personal y autonomía (Haeyen, 2018). Como apuntábamos, desde esta perspectiva no se percibe como una carencia, sino como una elección que responde a una necesidad de desconexión física o mental del entorno social. La literatura sobre el bienestar psicológico sugiere que esta elección puede ser beneficiosa, aumentando la reflexión, la creatividad y el equilibrio emocional (Larson, 1990). Por ende, esta elección no implica una sensación de soledad en el sentido tradicional, sino una forma de soledad que es controlada y deseada.

Baumeister y Leary (2017) destacan que el equilibrio entre las necesidades de pertenencia y autonomía es fundamental para el bienestar emocional. Así, querer estar solo/a puede ser vis-

to como una manifestación de esta necesidad de autonomía, que no debe confundirse con la soledad no deseada. Como indica la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000), las personas necesitan sentir que tienen control sobre sus experiencias sociales, lo que incluye la capacidad de retirarse cuando lo necesiten. Esto refuerza la idea de que estar solo/a puede ser una elección positiva y autónoma, y no necesariamente un síntoma de malestar.

En resumen, cuando hablamos de soledad, la mayoría de las definiciones académicas se centran en su carácter subjetivo y negativo, conteniendo un fuerte componente de malestar emocional incompatible con «quiero estar solo/a porque me siento bien», porque se trata de una experiencia no deseada. Autores/as como Hawkley y Cacioppo (2010) describen cómo la soledad crónica puede tener efectos perjudiciales sobre la salud física y mental, indiscutibles cuando la persona experimenta la soledad como algo no deseado y desagradable. Pero este punto de vista hegemónico termina por destacar únicamente su naturaleza problemática. Es por ello que la soledad deseada parece un oxímoron cuando la entendemos desde esta óptica.

Para Hooks (2000) la soledad puede ser una fuente de poder y resistencia, sobre todo en el caso de las mujeres, especialmente las que viven en contextos patriarcales, para las que elegir la soledad puede ser una forma de escapar de las demandas emocionales y sociales impuestas por los roles de género tradicionales. Esta soledad no deseada es, por tanto, una mezcla de autonomía y necesidad emocional.

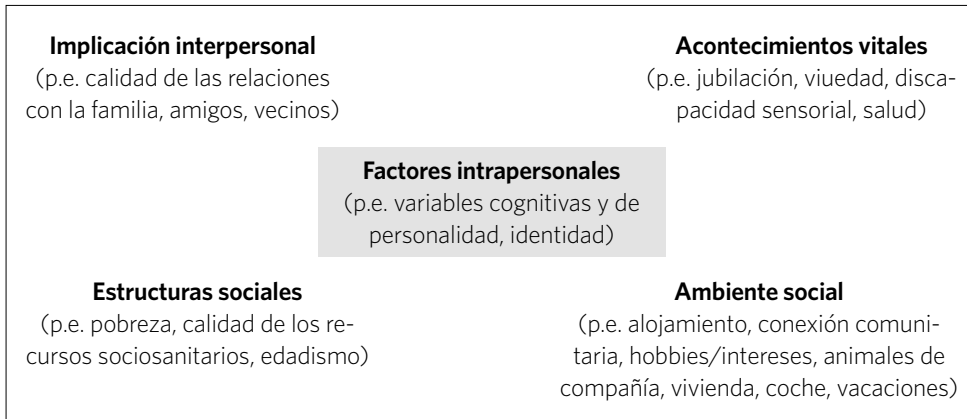
También, recordemos que el aislamiento, a diferencia de la soledad y la soledad, es un estado objetivo que implica la falta de relaciones sociales significativas (Albasheer *et al.*, 2024). Según Victor *et al.* (2005), el aislamiento social puede medirse objetivamente en términos de número de contactos o interacciones que una persona tiene. Es importante destacar que el aislamiento no siempre va acompañado de una sensación de soledad. Algunas personas pueden estar socialmente aisladas, pero no sentirse solas si han elegido conscientemente ese estilo de vida.

En contraste, otras pueden experimentar soledad a pesar de no estar aisladas socialmente, lo que refuerza la idea de que la soledad es una experiencia subjetiva. En este sentido, el aislamiento y la soledad no siempre están correlacionados; las personas pueden estar rodeadas de otras personas, pero sentirse solas debido a la falta de intimidad o conexión emocional en sus relaciones (Hawkley y Cacioppo, 2010).

5. RECONCEPTUALIZANDO LA SOLEDAD: HACIA LA SOLEDAD ESTRUCTURAL

El concepto de soledad estructural representa un enfoque más profundo y crítico de la soledad, que va más allá de la experiencia subjetiva individual o el aislamiento social objetivo. Se refiere a un tipo de soledad que no es simplemente el resultado de la falta de relaciones o del malestar personal, sino que está enraizada en las estructuras sociales, económicas y políticas que configuran nuestras vidas. Desde esta perspectiva, la soledad no es únicamente un problema personal, sino un fenómeno estructural derivado de las desigualdades sistémicas que afectan a distintos grupos de manera desigual. Esto, puede verse sintetizado en la siguiente figura:

Figura 2. Factores relacionados con la soledad



Fuente: IMSERSO (2021).

De esta manera la soledad estructural se refiere a la forma en que las condiciones estructurales de la sociedad, como el neoliberalismo, la precariedad laboral, la desigualdad de género, el racismo y la homofobia, producen y perpetúan experiencias de soledad (Ng, 2024). A diferencia de la soledad no deseada, que se concibe como una experiencia personal subjetiva de falta de relaciones satisfactorias, la soledad estructural no depende directamente de las elecciones o los sentimientos individuales, sino de las circunstancias sociales en las que las personas se ven inmersas.

Este concepto tiene sus raíces en teorías sobre la exclusión social. Silver (1994) y Levitas (2005) argumentan que las estructuras económicas y sociales crean barreras que impiden que ciertos grupos participen plenamente en la sociedad, lo que a menudo resulta en aislamiento, marginación y soledad. Esta soledad no es solo una experiencia personal, sino que es un resultado directo de las condiciones estructurales que limitan las oportunidades de interacción, pertenencia y apoyo social.

Desde una perspectiva crítica, el capitalismo ha jugado un papel fundamental en la producción de la soledad estructural (Gerard, 2024). Harvey (2007) señala que el avance del neoliberalismo ha intensificado la atomización social y el aislamiento, al debilitar las instituciones colectivas (como sindicatos, comunidades locales y familias extendidas) y fomentar la competencia individualista. En este contexto, la soledad no es simplemente una experiencia emocional, sino un síntoma de un sistema económico que prioriza el rendimiento individual por encima de la comunidad y las relaciones interpersonales. Este factor macro se señala explícitamente en pocas ocasiones cuando hablamos de soledad, pero no podemos obviar que las sociedades individualistas se conforman como un modelo que la favorece (Ågren y Cedersund, 2018), de la misma manera que lo hacen los miedos sociales en ella generados, como el rechazo, la pérdida de identidad, o el edadismo (Robertson, 2019).

El trabajo precario y las largas jornadas laborales también contribuyen a la soledad estructural, ya que muchas personas no tienen tiempo ni energía para construir o mantener relaciones significativas (McNamara *et al.*, 2011). Como señala Hochschild (2012), la economía emocional del

capitalismo contemporáneo ha privatizado el cuidado y la afectividad, lo que empuja a las personas a gestionar sus relaciones de manera más transaccional y menos íntima. Esta fragmentación social lleva a una forma de soledad que no es simplemente un problema psicológico o emocional, sino un producto directo de las condiciones laborales y económicas.

El feminismo interseccional ha sido clave para desvelar las maneras en que las mujeres experimentan la soledad de forma estructural (Magnet y Orr, 2022). Como argumenta Hooks (2000), las estructuras patriarcales y capitalistas imponen roles de cuidado y dependencia emocional en las mujeres, lo que a menudo las lleva a una doble carga, el trabajo doméstico no remunerado y el trabajo emocional en las relaciones. Esto puede generar soledad estructural, ya que las mujeres, en muchos casos, son las responsables del bienestar emocional de otras personas, pero no reciben el mismo cuidado a cambio.

Las comunidades racializadas y, especialmente las mujeres negras, han sido históricamente excluidas de las redes de apoyo social y económico, lo que produce una forma de soledad que está profundamente ligada a la marginalización estructural (Collins, 2022). Del mismo modo, las personas *queer* a menudo experimentan una soledad que no es simplemente el resultado de no tener relaciones satisfactorias, sino de vivir en una sociedad que sigue marginando y excluyendo a quienes no conforman la norma heterosexual y cisgénero (Ahmed, 2020).

Otro campo donde el concepto de soledad estructural cobra relevancia es el envejecimiento (Camargo-Rojas y Chavarro-Carvajal, 2020). Las personas mayores son particularmente vulnerables a la soledad estructural debido a factores como la precariedad económica, la falta de acceso a servicios públicos y la ruptura de las redes familiares tradicionales (Donio-Bellegarde y Pinazo-Hernandis, 2016). Phillipson (2013) argumenta que la soledad en la vejez no es solo un problema individual, sino un producto de las políticas neoliberales que han desmantelado los sistemas de apoyo social y han dejado a las personas mayores más dependientes de sus propios recursos, los cuales a menudo son insuficientes.

El envejecimiento también está marcado por desigualdades de género y clase. Las mujeres mayores tienen más probabilidades de vivir solas y enfrentar pobreza en la vejez, lo que contribuye a una forma de soledad estructural que no se soluciona simplemente aumentando las interacciones sociales (Victor *et al.*, 2005). Este fenómeno subraya la importancia de abordar las raíces estructurales de la soledad, en lugar de limitarse a soluciones centradas en el individuo, como los programas de socialización o la terapia.

Igualmente, cabe señalar que existe cierta visión catastrofista del envejecimiento, sobre todo relacionado con la soledad. Algunos estudios recientes como el Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 o el Barómetro de la soledad no deseada en la Comunidad de Madrid 2024 realizados por Fundación ONCE y Fundación AXA (2024a; 2024b) apuntan a que las personas jóvenes son las que más soledad perciben. En los siguientes tramos de edad, la soledad va descendiendo progresivamente y, vuelve a subir en las personas de 75 años y más (forma de U). Por ello, aunque la soledad y el aislamiento no son cuestiones menores para las personas mayores, hay siempre que contextualizar la situación. Las investigaciones sobre soledad en este tramo de edad son necesarias, pero creemos esencial no fomentar una percepción errónea sobre las personas mayores y sus relaciones.

6. CONCLUSIONES

El debate soledad deseada/no deseada es tan solo el punto de partida, una visión parcial que refuerza la idea de soledad como algo puramente individual. Es necesario ampliar la perspectiva, contextualizar y reconceptualizar la soledad como un fenómeno a su vez estructural, adoptando una perspectiva crítica que examine cómo las estructuras de poder crean y perpetúan las condiciones que la producen. Bajo esta premisa, la soledad estructural no es simplemente una experiencia personal de malestar, es también una manifestación de desigualdades sociales, producto de sistemas que priorizan el individualismo, la competencia y la productividad, a expensas de la comunidad y el apoyo mutuo. Es por ello que las experiencias de soledad varían considerablemente en función del contexto socioeconómico, con personas en situaciones de mayor vulnerabilidad económica enfrentando niveles más altos de aislamiento social. Este vínculo entre la soledad y las desigualdades socioeconómicas destaca la necesidad de políticas públicas que aborden las condiciones estructurales que perpetúan el aislamiento.

Con todo, combatir la soledad estructural demanda más que soluciones individuales, requiere atender las causas subyacentes como la precariedad laboral, las desigualdades de género, el racismo y la exclusión social, entre otras. Y, para todo ello, es preciso plantearnos si las definiciones base sirven para esto, o para generar aún más confusión. Si seguimos definiendo soledad en la línea del malestar, es pertinente revisar, por tanto, los conceptos de soledad deseada y no deseada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acadia, L. (2021). *Queer Theory*. *Oxford Research Encyclopedia of Literature*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190201098.013.1003>
- Ågren, A. y Cedersund, E. (2018). «Reducing Loneliness Among Older People - Who is Responsible?». *Ageing & Society*, 40(3), 584-603. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18001162>
- Ahmed, S. (2020). *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Duke University Press.
- (2020). *The Promise of Happiness*. Duke University Press.
- Albasheer, O., Abdelwahab, S. I., Zaino, M. R., Altraifi, A. A. A., Hakami, N., El-Amin, E. I., Alshehri, M. M., Alghamdi, S. M., Alqahtani, A. S., Alenazi, A. M., Alqahtani, B., Alhowimel, A., Uddin, S., Khalafalla, H. E. E. y Medani, I. E. (2024). «The Impact of Social Isolation and Loneliness on Cardiovascular Disease Risk Factors: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Bibliometric Investigation». *Scientific reports*, 14(1), 12871. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-63528-4>
- Arroyo, M. (2023). «Soledad no deseada y salud: Una aproximación desde el Trabajo Social». *Cuadernos de Trabajo Social*, 36(1), 73-81. <https://doi.org/10.5209/cuts.82228>
- Barnes, J. A. (1954). «Class and Committees in a Norwegian Island Parish». *Human Relations*, 7, 39-58.

- Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T. y Qualter, P. (2021). «Loneliness around the World: Age, Gender, and Cultural Differences in Loneliness». *Personality and individual differences*, 169, 110066. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
- Baumeister, R. F. y Leary, M. R. (2017). «The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation». *Interpersonal development*, 57-89.
- Benito, T., Zaharia, G., Pérez, A. et al. (2024). *Unwanted Loneliness in Heart Failure: Risk Factors and Association With Prognosis*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4574185/v1>
- Bidart, C., Degenne, A. y Grossetti, M. (2020). *Living in Networks: The Dynamics of Social Relations* (vol. 49). Cambridge University Press.
- Bolmsjö, I., Tengland, P. A. y Rämngård, M. (2019). «Existential Loneliness: An Attempt at an Analysis of the Concept and the Phenomenon». *Nursing Ethics*, 26(5), 1310-1325. <https://doi.org/10.1177/0969733017748480>
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. Routledge.
- Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2014). «Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation». *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Cacioppo, J. T. y Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. WW Norton & Company.
- Camargo-Rojas, C. M. y Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). «El sentimiento de soledad en personas mayores: Conocimiento y tamización oportuna». *Universitas Medica*, 61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Christou, A. y Bloor, K. (2021). «The Liminality of Loneliness: Negotiating Feminist Ethics and Intersectional Affectivity». *Journal of Cultural Analysis and Social Change*, 6(1), 03. <https://doi.org/10.20897/jcasc/11120>
- Collins, P. H. (2022). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Routledge.
- Coplan, R. J., Bowker, J. C. y Nelson, L. J. (eds.). (2021). *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. John Wiley & Sons.
- Crenshaw, K. (2013). «Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics». En *Feminist Legal Theories* (pp. 23-51). Routledge.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). «The "what" and "why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior». *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.

- Donio-Bellegarde, M. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). «El apoyo social y la soledad de las mujeres mayores usuarias de teleasistencia». *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 179-188. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.551>
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Martínez-Roca.
- Fundación ONCE y Fundación AXA. (2024a). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf
- (2024b). *Barómetro de la soledad no deseada en la Comunidad de Madrid 2024*. <https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Barometro%20Soledad%20Comunidad%20Madrid%202024.pdf>
- Gerard, N. (2024). «To Sit Quietly by Oneself: On Neoliberal Capitalism's "Unprecedented inner Loneliness"». *Journal of Psychosocial Studies*, 17(1), 15-27. <https://doi.org/10.1332/14786737Y2023D000000009>
- Gyarmati, G. (1992). «Reflexiones teóricas y metodológicas en torno a la participación». *Estudios sociales*, 73(3), 9-28.
- Haeyen, S. (2018). «Personal Space from an Art Therapy Point of View Unresolved Issues with Autonomy as Central Factor». En *Art Therapy and Emotion Regulation Problems*. Palgrave Macmillan, Cham.
- Halberstam, J. (2011). «The Queer Art of Failure». *Multitudes*, 82(1), 205-213.
- Harvey, D. (2007). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford University Press.
- Hawkey, L. C. y Cacioppo, J. T. (2010). «Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms». *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hochschild, A. R. (2012). *The Outsourced Self: Intimate Life in Market Times*. Metropolitan Books.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). «Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review». *PLoS medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hooks, B. (2000). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Pluto Press.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2021). *Informe 2018. Las personas mayores en España*. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/informe-2018-personas-mayores-espana>

- Larson, R. W. (1990). «The Solitary Side of Life: An Examination of the Time People Spend Alone from Childhood to Old Age». *Developmental review*, 10(2), 155-183.
- Levitas, R. (2005). *The Inclusive Society: Social Exclusion and New Labor*. Macmillan.
- Long, C. R. y Averill, J. R. (2003). «Solitude: An Exploration of Benefits of Being Alone». *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 33(1), 21-44. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00204>
- Magnet, S., y Orr, C. E. (2022). «Feminist Loneliness Studies: An Introduction». *Feminist Theory*, 23(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177/14647001211062734>
- McNamara, M., Bohle, P. y Quinlan, M. (2011). «Precarious Employment, Working Hours, Work-Life Conflict and Health in Hotel Work». *Applied ergonomics*, 42(2), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2010.06.013>
- Meyer, I. H. (2010). «Identity, Stress, and Resilience in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals of Color». *The counseling psychologist*, 38(3), 442-454.
- Munitis, A. E., Sancho, N. B. y Gorrotxategi, M. P. (2022). «La soledad más allá de la edad: Un proyecto intergeneracional». *International Humanities Review*, 13(6), 1-10. <https://doi.org/10.37467/revhuman.v11.4080>
- Ng, I. K. S. (2024). «The “Loneliness” Epidemic: A New Social Determinant of Health?». *Internal medicine journal*, 54(3), 365-367. <https://doi.org/10.1111/imj.16356>
- Nicholson, N. R. (2012). «A Review of Social Isolation: An Important but underassessed Condition in Older Adults». *The journal of primary prevention*, 33(2-3), 137-152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Nilsson, B., Lindström, U. A. y Nåden, D. (2006). «Is Loneliness a Psychological Dysfunction? A Literary Study of the Phenomenon of Loneliness». *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(1), 93-101. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00386.x>
- Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. (s.f.). *La soledad no deseada*. <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>
- Ong, A. D., Uchino, B. N. y Wethington, E. (2016). «Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis». *Gerontology*, 62(4), 443-449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Perlman, D. y Peplau, L. A. (1981). «Toward a Social Psychology of Loneliness». En R. Gilmour, y S. Duck (eds.), *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). Academic Press.
- Phillipson, C. (2013). *Ageing*. John Wiley & Sons.
- Pourriyahi, H., Yazdanpanah, N., Saghazadeh, A. y Rezaei, N. (2021). «Loneliness: An Immunometabolic Syndrome». *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 12162. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212162>

- Real Academia Española. (s.f.). «Soledad». En *Diccionario de la Lengua Española*. <https://dle.rae.es/soledad>
- Robertson, G. (2019). «Understanding the Psychological Drivers of Loneliness: The First Step towards Developing more Effective Psychosocial Interventions». *Quality in Ageing and Older Adults*, 20(3), 143-154. <https://doi.org/10.1108/QAOA-03-2019-0008>
- Rokach, A. (2000). «Loneliness and the Life Cycle». *Psychological Reports*, 86(2), 629-642.
- Sartre, J. P. (1956). *Being and Nothingness*. Philosophical Library.
- Shiovitz-Ezra, S. (2015). «15. Loneliness in Europe: Do Perceived Neighbourhood Characteristics Matter?». En A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, y G. Weber (ed.), *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 169-178). De Gruyter.
- Silver, H. (1994). «Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms». *International Labour Review*, 133(5-6), 531-578.
- Suárez, L. M. (2023). *Antropología de la soledad; Teorías y Etnografías Contemporáneas*. Tirant lo Blanch.
- Tiwari, S. C. (2013). «Loneliness: A disease?». *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320-322. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.120536>
- Tubadji, A. (2023). «You'll Never Walk Alone: Loneliness, Religion, and politico-Economic Transformation». *Politics and Policy*, 51(4) <https://doi.org/10.1111/polp.12538>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. N. y Bond, J. (2005). «The Prevalence of, and Risk Factors for, Loneliness in Later Life: A Survey of Older People in Great Britain». *Ageing & Society*, 25(6), 357-375.
- Vytniorgu, R., Cooper, F., Jones, C. y Barreto, M. (2023). «Loneliness and Belonging in Narrative Environments». *Emotion, Space and Society*, 46, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2023.100938>
- Warner, M. (2000). *The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life*. Harvard University Press.
- Weiss, R. (1975). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. MIT Press.
- Ypsilanti, A. y Lazuras, L. (2022). «Loneliness is not a Homogeneous Experience: An Empirical Analysis of Adaptive and Maladaptive Forms of Loneliness in the UK». *Psychiatry research*, 312, 114571. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114571>

ANÁLISIS DE LA NUEVA ERA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SEGÚN LA LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA: RETOS Y DESAFÍOS

ANALYSIS OF THE NEW ERA OF CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: MODIFICATION OF THE PROTECTION SYSTEM ACCORDING TO STATE AND AUTONOMOUS LEGISLATION: CHALLENGES AND OBSTACLES

Irene Beltrán Ramírez

María Fernández Martín

Centro de Atención a la Infancia, núm. 1 del Ayuntamiento de Madrid.

Resumen: el presente artículo propone una revisión de la legislación más reciente en materia de protección a la infancia y adolescencia, concretamente en los ámbitos estatal y autonómico de la Comunidad de Madrid, destacando derechos y deberes innovadores y señalando los principales cambios, para concluir presentando la nueva estructura competencial que recoge la declaración del riesgo como una tarea de ámbito municipal. Todo ello para poner de relevancia un cambio de mirada al colectivo de los niños, niñas y adolescentes, con políticas que promueven su participación directa y que establecen canales de escucha y representación. Además, la familia, como institución merecedora de salvaguarda y reivindicación, deberá ser destinataria de medidas de prevención y de lucha contra situaciones que generen cronicidad.

Palabras Clave: legislación, participación, desinstitucionalización, declaración del riesgo, prevención.

Abstract: the present article proposes a review of the most recent legislation regarding the protection of childhood and adolescence, specifically in the state and autonomous areas of the Community of Madrid, highlighting innovative rights and duties while indicating the main changes. It concludes by presenting the new competency structure that includes declaring risk as a municipal task. All of this is aimed at emphasizing a change in perspective towards children and adolescents, with policies that promote their direct participation and establish channels for listening and representation. Additionally, the family, as an institution deserving of safeguarding and advocacy, should be the recipient of prevention measures and efforts to combat situations that lead to chronicity.

Keywords: legislation, participation, desinstitutionalization, risk declaration, prevention.

Referencia normalizada: Beltrán, I. y Fernández, M. Análisis de la nueva era de la infancia y la adolescencia. Modificación del sistema de protección según la legislación estatal y autonómica: retos y desafíos. *Trabajo Social Hoy* 102 (pág. 21-36). Doi: 10.12960/TSH.2024.0008

Correspondencia: Irene Beltrán Ramírez. Email: beltranir@madrid.es

1. INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos, culturales y políticos que se vienen desarrollando en nuestro país en las últimas décadas, así como los mandatos y requerimientos recibidos desde la Unión Europea y desde los organismos internacionales, motivan la adaptación de las leyes a las nuevas realidades históricas. El sistema de protección a la infancia y adolescencia no podía ser menos, ni podía quedar obsoleto.

Es por ello por lo que se requería de una profunda transformación legislativa y de una reflexión exhaustiva sobre el papel que estaba jugando la red profesional en la atención a los menores, pero también el de la propia ciudadanía en la forma de entender y ver a los y las niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA).

El objetivo del presente artículo tiene por meta el entendimiento de la nueva legislación en materia de infancia y adolescencia. Para ello se llevará a cabo una revisión de los conceptos fundamentales, así como de los cambios más significativos que plantean la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, de ámbito estatal, y la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, de ámbito autonómico.

Esta legislación no solo redefine las políticas de salvaguarda de los menores, sino que incorpora un concepto transformador: considerar a los y las NNA como sujetos protagonistas de su propia historia. Además de consagrar sus derechos, sienta las bases para un futuro en el que ser escuchados, oídos, respetados y empoderados, marcando así un hito trascendental en el sistema de protección infantil.

Para facilitar la lectura y el seguimiento de los postulados, se plantea una breve presentación de las leyes, para continuar señalando las modificaciones significativas (papel prioritario de la familia, lucha contra cualquier forma de violencia, participación de la infancia y adolescencia, división competencial entre Ayuntamiento y Comunidad de Madrid, etc.), que permitan estructurar el nuevo marco que nos plantea el ordenamiento jurídico español y así reflexionar sobre los desafíos que se avecinan, sobre el papel de los y las profesionales, y también, sobre los efectos que este paradigma tiene sobre el conjunto de la ciudadanía.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (en adelante, LOPIVI) fue una ley pionera en promover un cambio de mentalidad en la sociedad española, rechazando rotundamente cualquier forma de violencia¹ ejercida contra los y las NNA y estableciendo medidas para su protección en todos los ámbitos de su vida (sanitario, educativo, ocio, etc.).

Con un enfoque preventivo y una mirada puesta en el buen trato² esta ley vuelve a recordar, como un aspecto fundamental, que los y las NNA tienen derecho a ser oídos y escuchados, promoviendo

1 La LOPIVI define en su artículo 1.2 la violencia como «toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital».

2 La LOPIVI define en su artículo 1.3 el buen trato como «aquél que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niños, niñas y adolescentes».

la creación de figuras que acompañen en contextos claves para ellos (coordinador de bienestar en el ámbito educativo y delegado de protección en el ámbito del deporte).

Otra de las novedades a destacar es que esta ley plantea el uso de la prueba preconstituida, para evitar la victimización secundaria de niños y niñas en procesos judiciales y la ampliación de los plazos de prescripción de los delitos graves perpetrados contra las personas menores de edad.

En el paso trascendental de promover la renovación del sistema de protección de la infancia y adolescencia, la Comunidad de Madrid también ha girado de rumbo, tras 28 años sin revisión legislativa, introduciendo una ley innovadora que desarrolla muchas de las claves planteadas por la LOPIVI y otorga a la entidad local una nueva tarea competencial en todo lo relativo a la declaración del riesgo.

Pese a que la anterior ley del año 1995 (Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid) contemplaba muchos de los conceptos fundamentales que siguen siendo un modelo y base de intervención para las y los profesionales del ámbito social, la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid (en adelante, Ley de garantías) incorpora nuevos retos y necesidades de los y las NNA en todas las etapas de su vida.

Es así como, por primera vez, se hace referencia al derecho del niño/niña a crecer y a desarrollarse en el seno de su familia, marcando un hito en la forma de entender el sistema de protección. En otras palabras, si tradicionalmente se valoraba que un niño en situación de desprotección grave debía de ser recogido y amparado institucionalmente, esta ley viene a cuestionar el efecto negativo que produce en los y las NNA la separación de su entorno, poniendo en valor la salvaguarda del ambiente familiar. Para que el contexto más próximo del y la NNA sea efectivo y garante de protección deberá estar, a su vez, sostenido por políticas preventivas que respalden a las familias en sus demandas y cobertura de sus necesidades.

Por tanto, la actual Ley de garantías no solo se detiene en diseñar políticas de protección de los y las NNA, sino que promueve más mecanismos preventivos en aquellos contextos habituales (salud, educación, ocio...) en los que desarrollan su vida, al objeto de alcanzar el máximo bienestar.

Otro de los ejes prioritarios de esta ley autonómica es la consideración de los y las NNA como sujetos de derecho activos, consagrando el principio de participación infantil y creando organismos propios para que sus voces sean escuchadas y tenidas en cuenta. Por ejemplo, en el Consejo Autonómico de Participación a la Infancia y Adolescencia.

Del mismo modo que la LOPIVI, la Ley de garantías contempla un catálogo de buenas prácticas y de lucha contra cualquier forma de violencia, tal y como se irá desarrollando. Por ejemplo, en el ámbito de las nuevas tecnologías de la información y comunicación incorpora competencias digitales para los y las NNA, asegurando un uso seguro y responsable. En el plano institucional propone el uso de la prueba preconstituida como una garantía jurídica y en el contexto de la Salud Mental incluye la prevención contra la violencia autoinfligida en forma de autolesiones.

Por último y quizás lo más novedoso de la Ley de garantías, es lo que se expondrá en el último epígrafe de este escrito relacionado con la valoración de la situación de riesgo³, como una tarea de la administración local que será declarada por resolución del órgano municipal competente. Esto supondrá una profunda transformación del sistema de protección, siendo uno de los mayores retos a los que tendrá que enfrentarse.

2. DERECHOS Y DEBERES CONTEMPLADOS EN LA LOPIVI Y EN LA LEY DE GARANTÍAS

Este epígrafe tiene como pretensión el desarrollo de los aspectos fundamentales y de las novedades más significativas encontradas en ambas leyes. Para facilitar el seguimiento y la comprensión, el contenido se ha clasificado en derechos y deberes:

2.1. Derecho a vivir en familia

Por primera vez nos encontramos ante una ley que consagra el derecho fundamental del niño/niña a vivir en el seno de una familia, tal y como recoge el artículo 8 de la Ley de garantías.

Esta profunda novedad trasciende las meras recomendaciones que prevalecían en legislaciones anteriores, al establecerse pionera como un derecho irrefutable que no está sujeto a ningún tipo de discusión ni debate y que, por fin, va más allá de una simple declaración de intenciones.

En consecuencia, esta Ley otorga a los y las NNA un derecho que predomina y no queda a merced de la discreción e interpretación del adulto, situándoles en el centro de la atención e intervención, al representar su derecho a tener una familia y no el derecho de los padres/madres a tener hijos o hijas. Este se convierte en uno de los principales objetivos de la ley: crear un marco normativo que responda a las necesidades de los menores desde su perspectiva y de acuerdo con sus derechos como individuos independientes de los deseos y exigencias de los adultos.

El derecho del y la NNA a crecer en el seno de una familia, evitando en todo lo posible una institución (centro de protección), se encuentra vinculado irremediabilmente con el fenómeno de la desinstitucionalización como principio intrínseco de la Ley de garantías, avalado por el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas que, ya en el año 2018, recomendaba a España que acelerase dicho proceso.

Esta perspectiva no solo apunta a la necesidad fundamental de que los y las NNA sean criados en un ambiente familiar, sino que también pone de manifiesto las limitaciones inherentes a los recursos residenciales en términos de medios disponibles y su incapacidad para proporcionar una experiencia comparable en cuanto a organización, atención y, sobre todo, el afecto y el sentido de pertenencia que solo un hogar familiar puede brindar.

³ La situación de riesgo se define en el artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, como «aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo [...] de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar».

En esta misma línea, el Plan de Acción contra la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección a la infancia elaborado en 2022 por el Ministerio de Igualdad y por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 establece que «la familia es esencial en el desarrollo de la infancia, siempre que se trate de un entorno no violento. Y no solo porque es a través de ella que se ven garantizadas necesidades básicas como el alimento o el vestido. Lo es, fundamentalmente, porque se trata de la piedra angular sobre la que pivota el desarrollo emocional y social de los seres humanos. Nos ayuda a entender quiénes somos, cómo pensamos o vemos el mundo; a presentarnos ante las otras personas, a dotarnos de un marco de valores o a fraguar nuestras personalidades. La ausencia o la fragilidad de este ambiente protector de amor y cuidado es el desencadenante de las carencias emocionales».

Además, este derecho a vivir en familia y la consecuente desinstitucionalización cuentan con el aval de la evidencia empírica que ya se puso de manifiesto en los años 50 del siglo pasado, a través de la investigación realizada por Spitz (1958) que se centró en el desarrollo social y emocional de bebés y niños pequeños separados de sus madres y criados en instituciones, particularmente en orfanatos.

Estos hallazgos demostraron que la falta de una figura de apego constante y la ausencia de una atención materna adecuada tuvieron un impacto negativo en el desarrollo de los niños, observando que los bebés institucionalizados mostraban deficiencias en el crecimiento físico, retrasos en el desarrollo cognitivo y emocional y presentaban problemas de salud y alta tasa de mortalidad.

Pese a que la intencionalidad legislativa siempre ha apostado por la modalidad familiar, según los resultados obtenidos en el *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia*, núm. 24, a fecha 31 de diciembre de 2021, en España existían un total de 16.177 acogimientos residenciales (47%) frente a 18.455 acogimientos familiares (53%).

Aunque se observa que la modalidad familiar es algo superior, sigue siendo una mayoría insuficiente y algo anecdótica, no constituyéndose como una alternativa claramente principal. Además, según datos del ya mencionado Plan de Acción contra la explotación sexual, «España es el quinto país de la UE con un mayor porcentaje de niños y niñas del sistema de protección viviendo en recurso residencial».

Este Plan de Acción cobra significada importancia puesto que se ha elaborado como mandato de la LOPIVI y pretende ser de obligado cumplimiento para todas las Administraciones Públicas. En consecuencia, la apuesta por el acogimiento familiar ya no es una declaración, como sucedía con anterioridad, sino que pasa a ser preceptiva.

De hecho, uno de los principios de intervención que se recogen en este Plan es el acogimiento familiar como alternativa habitacional frente al centro residencial puesto que «la familia, ya sea propia o ajena y siempre garantizando que el acogimiento se hace en condiciones de seguridad, es la mejor forma de establecer entornos protectores». Para lograrlo se proponen, entre otras medidas, el «compromiso compartido por todas las instituciones para que, antes de 2026, ningún niño o niña menor de 6 años en situación de guarda o tutela por las Entidades Públicas de Protección a la Infancia viva en recurso residencial y antes de 2031, ningún niño o niña menor de 10 años vivirá en un centro residencial».

Para que todo esto pueda implementarse, la Ley de garantías pretende trabajar desde la prevención (evitando así la institucionalización y la separación de los y las NNA de su entorno familiar), estableciendo para ello un mecanismo previo de *declaración del riesgo* en el que se establezcan las pautas para el seguimiento o acompañamiento profesional respecto al y a la NNA y su familia. En otras palabras, para garantizar una adecuada atención se añade el proceso de declaración del riesgo como un diseño previo de intervención psicosocial y educativo (dotado de objetivos y actuaciones calendarizadas) que otorga protección jurídica a las familias y evita que sus circunstancias lleguen a ser irreparables. Esta atención proactiva se convierte en una herramienta fundamental para impedir que las dificultades que enfrentan los y las NNA tampoco se conviertan en una situación de cronicidad que requieran una petición de medida.

Por último, cabe destacar otro de los planteamientos que colocan al colectivo de NNA en el centro de las políticas, volviendo a ejemplificar el protagonismo de los menores. La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, establecía en su artículo 18 que la situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no podía ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo, es decir, no podía ser un motivo de separación del menor de su entorno familiar. Sin embargo, la Ley de garantías, ante las indicaciones dadas por el Comité de Naciones Unidas, pone el énfasis en evitar que las situaciones de pobreza infantil sean generadoras de desigualdad y motivo de separación de sus familias de origen.

Pese a que el resultado pudiera parecer el mismo, el cambio significativo es cómo el acento está puesto en la pobreza infantil y no tanto en la valoración de la pobreza de los progenitores. Todo esto justifica la intención de la ley de situar a los y las NNA como sujetos de derechos activos y no pasivos.

Los datos aportados por la encuesta de Condiciones de Vida de 2021, publicados por el Instituto Nacional de Estadística, informan que la infancia posee el mayor riesgo de pobreza dentro de todos los grupos de edad y son el colectivo en el que se ha producido un mayor incremento, experimentando un aumento sostenido desde el año 2018 con un ligero descenso en 2021.

En lo que a la Comunidad de Madrid se refiere y según datos aportados por el informe sobre exclusión y desarrollo social FOESSA VIII, la presencia de NNA en los hogares constituye un factor claro de riesgo social. En las familias sin menores de edad la tasa de exclusión es del 11,2% y en los que viven 2 o más, ésta se eleva hasta el 41,1%.

2.2. Derecho a la protección frente a cualquier forma de violencia

Partiendo de la LOPIVI, la nueva Ley de garantías se compromete igualmente con la lucha contra la violencia, recogiendo no solo como un derecho, sino que además plantea diferentes medidas para sensibilizar, prevenir, detectar y crear entornos seguros para los menores. De forma novedosa, se destaca especialmente el abuso sexual como la violencia más atroz perpetrada contra los y las NNA.

Dentro de este derecho generalista, se encuentran tres fenómenos que adquieren gran trascendencia por ser de máxima actualidad para los y las NNA:

1. El primero de ellos se correlaciona con el entorno digital y uso de nuevas tecnologías de la información. La Ley de garantías, prestando atención a las indicaciones dadas por el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, hace hincapié en este ámbito en el que los y las NNA de hoy en día se desenvuelven individual y socialmente de manera tan frecuente, articulando medidas tanto para su participación como para su protección.

Así, dicha Ley recoge en su artículo 25 el derecho al *desarrollo de la competencia digital y la ciudadanía digital y al uso responsable y seguro de Internet*. A diferencia de la LOPIVI, que ya inició el camino de poner en el centro este fenómeno social, la nueva ley de la Comunidad de Madrid determina toda una serie de riesgos y oportunidades del entorno digital, haciendo especificaciones sobre qué son fuentes fiables, estableciendo mecanismos para verificar la mayoría de edad en el acceso, y desarrollando medidas para evitar la sobreexposición y favorecer el acceso universal teniendo en cuenta la diversidad territorial y el entorno rural.

2. El segundo ámbito tiene que ver con la prevención de la violencia institucional.

Antes de desarrollar el epígrafe, cabe destacar que la Ley de garantías diferencia por primera vez dos términos que hasta el momento se habían utilizado indiscriminadamente: revictimización y victimización secundaria.

En este sentido, a los efectos del artículo 33 de la Ley de garantías se entiende por revictimización «cualquier acción u omisión de personas o grupos que, sin participar en el acto de violencia contra el niño, contribuya, con actos posteriores de aislamiento, descrédito, burla, indiferencia o cualquier otro de semejante entidad, al perjuicio del estado físico, psicológico, o emocional del niño». Asimismo, se entiende por victimización secundaria, «la inadecuada atención de las instituciones y profesionales encargados del cuidado y protección a la víctima, que tiene como consecuencia que el niño reviva la situación de violencia, se sienta responsable de la violencia sufrida o cualquier otra que suponga la frustración de las legítimas expectativas de la víctima frente a su protección institucional».

Es decir, mientras que la revictimización supone culpabilizar al y a la NNA por haber sido objeto de la violencia sufrida o bien desacreditar su palabra o hacer burla de ello; la victimización secundaria se refiere a la falta de protección por parte de la institución, generando entre otras cosas que revivan el trauma dando testimonio del episodio violento en varias ocasiones.

Para luchar contra estas dos formas de violencia, se plantea el uso de la prueba preconstituida. La llamada prueba preconstituida se trata de una estrategia jurídica bien fundamentada, que tiene como objetivo reducir la reexposición de las víctimas a sus traumas y minimizar la angustia emocional que se asocia con el testimonio repetitivo en diferentes instancias.

Para que esta prueba tenga validez ha de ser realizada por la autoridad judicial competente. En España, y más concretamente en Las Palmas de Gran Canaria, se abrió un juzgado especializado en violencia contra la infancia y adolescencia en octubre de 2021 que está siendo inspirador en el tratamiento e intervención con NNA.

Para la realización de esta prueba, la ley propone la creación de un único establecimiento especializado que reúna bajo el mismo techo a expertos de diversos campos profesionales y que brinde un apoyo holístico e integral a los y las NNA durante el proceso de investigación judicial. En este sentido, de la mano de la Unión Europea y del Consejo de Europa, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha puesto en marcha un programa para el desarrollo del modelo *Barnahus* hasta 2024. En Cataluña se inició en 2020 y en la Comunidad de Madrid acaba de ser inaugurado.

El primer *Barnahus* se crea en Islandia en el año 1990 siendo un modelo pionero para tratar a los y las NNA víctimas de violencia. La traducción literal del sueco al castellano de la palabra

Barnahus («casa de niños») ya nos ofrece una pista sobre la mirada y el tratamiento que pretende dar el establecimiento.

Su objetivo principal es que los menores se sientan acogidos en una institución en la que la estructura física les ofrezca un entorno adaptado a sus necesidades y un espacio amigable acorde a su ciclo evolutivo. La estructura profesional está organizada con enfoque multidisciplinar, abarcando figuras de representación del ámbito jurídico, médico, social, terapéutico y de seguridad para proporcionar una respuesta adecuada, personalizada e integral en cada caso.

Con todo esto se pretende que los y las NNA se sientan protegidos y escuchados en un único establecimiento, poniendo a su disposición el personal técnico necesario para evitar repetir hasta la saciedad y en diferentes instancias, acontecimientos muchas veces traumáticos. Esta respuesta coordinada y eficaz a las necesidades que presenta cada víctima evita la victimización secundaria como forma de maltrato institucional.

3. El tercer fenómeno se correlaciona con formas de violencia perpetradas/infligidas por los y las NNA contra su persona, a través de autolesiones y/o intentos autolíticos. En este sentido, la Ley de garantías recoge en su artículo 15 el derecho a la *protección de la salud mental y la prevención de la conducta suicida*. Esto constituye un paso esencial en la evolución de las políticas de protección infantil porque implica reconocer que los y las NNA no solo necesitan mecanismos de protección externa, sino que también requieren que sus luchas internas se atiendan profesionalmente para que no deriven en ideación y/o conductas autolíticas/suicidas. La detección temprana de signos de angustia, la educación sobre la salud mental y el acceso a servicios de apoyo psicológico son elementos fundamentales para cumplir con este derecho.

La dimensión de la Salud Mental, históricamente pasada por alto, sitúa en primera línea uno de los problemas más graves dados entre la población adolescente y reconoce intrínsecamente la importancia de brindarles un entorno seguro y de apoyo, basado en la detección y en la atención temprana. Por ello resulta interesante que, tras más de una década sin publicación y no carente de debate, por fin se haya aprobado la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

En dicho documento, la línea estratégica núm. 5 se dedica en exclusiva a la Salud Mental en la infancia y la adolescencia, enfocando toda actuación a la prevención a través del fortalecimiento de activos en salud y de factores protectores como pueden ser el contexto familiar. Nuevamente aparece reflejado que la institución familiar debe ser salvaguardada y protegida para que pueda ejercer un adecuado cuidado y actuar como figura de apego seguro.

2.3. Derecho a la participación de la infancia y la adolescencia

El derecho a la participación de los y las NNA se recoge como otro de los mandatos precisos de incorporar en las nuevas leyes para la infancia. Si tradicionalmente las necesidades de los y las NNA se interpretaban desde la mirada y entendimiento adultos, los recientes postulados legislativos apuestan firmemente por tener en cuenta la voz de los propios menores, estableciendo para ello canales de escucha y representación.

Todo esto supone un derrumbe de las «sociedades adultocéntricas» para dar paso a sociedades más democráticas en las que los niños y las niñas sean miembros de pleno derecho. Es decir, este cambio de paradigma aboga por una apuesta hacia la horizontalidad y pretende otorgar a los y las NNA poder de decisión y ofrecer la posibilidad de significarse en aquellos temas que les afec-

tan directamente. En ese sentido, los y las NNA dejan de ser sujetos pasivos y son considerados como personas completas que no están al servicio de los adultos.

Las dos leyes que se vienen revisando a lo largo de este escrito contemplan como un criterio general la promoción de la participación infantil. Concretamente, la Ley de garantías lo recoge en forma de derecho en su artículo 21.

Para que la participación sea real y efectiva es necesario que se articulen órganos donde garantizar que se dan las condiciones básicas de representación e intervención.

Tal es así que, dando cumplimiento a lo establecido en la disposición final decimoséptima de la LOPIVI, se crea el Consejo Estatal de Participación de la Infancia y la Adolescencia para todo el territorio español, respondiendo de igual forma a una de las observaciones del Comité de los Derechos del Niño.

La Comunidad de Madrid, a través de su Ley de garantías, también ha constituido con carácter obligatorio y permanente el Consejo Autonómico de Participación de la Infancia y la Adolescencia, con objeto de articular el conocimiento directo sobre los intereses y necesidades de los y las NNA, así como de sus opiniones en relación con las políticas, normas, proyectos, programas, planes o decisiones que les atañen.

Además, en el entorno más próximo a los y las NNA, se fomenta la creación de consejos de participación infantil y adolescente en los municipios y centros educativos, con los mismos objetivos que los anteriores.

Aparte de los ya mencionados órganos de representación, se establece la obligatoriedad de tener en cuenta la opinión de los y las NNA tanto en los procedimientos judiciales como, cuando se adopten medidas en relación con ellos, debiendo recabar para ello su consentimiento o al menos entendimiento. Por ello, la participación infantil también se contempla como un principio general en el diseño de todo proyecto de intervención social y educativo familiar. De acuerdo con el artículo 74 de la Ley de garantías «siempre que la madurez del niño lo permita, independientemente de su edad, discapacidad o de cualquier otra condición personal o social, los niños serán informados de las decisiones que se adopten y se deberá contar con su participación en la elaboración del proyecto de intervención [...], así como durante su aplicación y en las revisiones que pudieran realizarse».

Esta apuesta por la incorporación de los y las NNA en la toma de decisiones que atañen a su vida supone un desafío para los y las profesionales de la intervención psicosocial al tener que poner en marcha un verdadero ejercicio de transparencia y democracia en su labor. Ya no vale pensar «por» las familias, sino pensar «con» las familias y, dentro de ellas, los y las NNA son sujetos clave que no pueden quedar desdibujados o apartados como si no entendieran lo que pasa en sus casas.

2.4. Deber de comunicación

Tras la descripción de algunos de los derechos fundamentales de los y las NNA parece indispensable hablar del *deber de comunicación* como una garantía de protección hacia la infancia y

adolescencia. Si bien la Ley de garantías en su artículo 45 hace referencia a los deberes a los que están sujetos los menores, estos no serán abordados en este epígrafe.

Es el Título II de la LOPIVI el que recoge el deber de comunicación de las situaciones de violencia ejercidas sobre los menores. Concretamente, en sus artículos 15 y 16 describe el deber de la ciudadanía y el deber cualificado, respectivamente.

Por primera vez, queda reconocido que «toda persona que advierta indicios de una situación de violencia ejercida sobre una persona menor de edad, está obligada a comunicarlo de forma inmediata a la autoridad competente y, si los hechos pudieran ser constitutivos de delito, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, al Ministerio Fiscal o a la autoridad judicial, sin perjuicio de prestar la atención inmediata que la víctima precise».

En definitiva, esta Ley hace un llamamiento a toda la sociedad que no solo está obligada a trasladar las situaciones de presunto riesgo en los menores, sino que también debe estar sensibilizada previamente a la realidad de la infancia y la adolescencia. Es decir, para poder notificar cualquier forma de violencia ejercida sobre el colectivo de NNA, primero hay que establecer mecanismos objetivos de detección del riesgo y en esto último, como se analizará más adelante, la LOPIVI ha favorecido la homogeneización.

La Ley de garantías va un paso más allá y contempla como infracción el incumplimiento del deber de comunicación, atribuyendo *consecuencias sancionadoras* tipificadas en leves, graves y muy graves, en función de las circunstancias que concurran en la comisión de las faltas. Esto supone un compromiso fehaciente con el mandato estatal, al reflejar por escrito que de no llevarse a cabo habrá consecuencias asociadas que podrán reclamarse ante los órganos correspondientes, lo cual dota de mayor autoridad al deber de comunicación como medida protectora hacia los y las NNA.

Muchos profesionales encuentran incompatible este mandato de comunicación, con la Ley de Protección de Datos y surgen muchas dudas de hasta dónde se puede investigar o hasta dónde se puede compartir la información relativa a los menores, sin saltarse la legislación.

Sin embargo, aunque no sea objeto de este artículo, parece imprescindible recordar que el artículo 22 quáter de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, recoge que «las Administraciones Públicas competentes podrán proceder, sin el consentimiento del interesado, a la recogida y tratamiento de los datos que resulten necesarios para valorar la situación del menor, incluyendo tanto los relativos al mismo como los relacionados con su entorno familiar o social». Es decir, las Administraciones Públicas no necesitarán autorización de los propios interesados para aquellos supuestos en los que haya que valorar las circunstancias que rodean a un menor susceptible de encontrarse en una situación de riesgo, puesto que prima el principio del Interés Superior del Menor.

De la misma manera, el mismo artículo continúa estableciendo que «las entidades [...] podrán tratar sin consentimiento del interesado la información que resulte imprescindible para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicho precepto con la única finalidad de poner dichos datos en conocimiento de las Administraciones Públicas competentes o del Ministerio

Fiscal». Por tanto, toda la red profesional que desde su ámbito de trabajo tenga conocimiento o sospecha de una situación que pudiera estar afectando a un o una NNA, deberá ponerlo en conocimiento de la Administración Pública que corresponda, sin necesidad de recabar un consentimiento previo del interesado.

De acuerdo con la LOPIVI, para recoger y plasmar la información recibida por parte de todos los agentes sociales, la Administración Pública deberá crear unos modelos estandarizados que aglutinen de una forma eficiente y sencilla, aquellos aspectos que posteriormente permitan su explotación estadística para así obtener datos objetivos y pormenorizados que justifiquen la creación de políticas públicas asociadas a resultados. La búsqueda de los mismos datos en todo el territorio estatal (no en contenido, sino en forma) no hace más que evidenciar el intento de lucha contra la desigualdad territorial, para así justificar la necesidad de políticas y apoyos diferenciados en función de las características de cada una de las comunidades autónomas. Estos registros pasan a denominarse *Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia* (art. 44 LOPIVI).

3. MODIFICACIONES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El Título III de la Ley de Garantías de la Comunidad de Madrid presenta la nueva estructura del sistema de protección a la infancia y la adolescencia. Sin embargo, en vez de establecer actuaciones y mecanismos de protección, tal y como su nombre indica, pone el foco en la prevención y el ensalzamiento de la familia como el ámbito más adecuado para el desarrollo integral de los y las NNA.

Además, en caso de que la prevención no pudiera darse porque los y las NNA precisen de protección institucional, también se promoverá que esta sea proporcionada preferentemente en el seno de su familia extensa. Tal y como se venía describiendo desde el principio de este escrito, se va vislumbrando este nuevo paradigma que aboga por la no asunción de medidas de desamparo, la desinstitucionalización de los menores en centros de protección y el trabajo de prevención con las familias para paliar situaciones de cronificación y desestructuración.

3.1. Riesgo

Lo más novedoso de la nueva Ley de garantías es todo lo relativo al concepto de RIESGO, al que dedica el Capítulo III del Título III.

Si tradicionalmente ya se venía diferenciando entre riesgo y desamparo, no fue hasta la LOPIVI que se incorporaron, por primera vez y a nivel legislativo, una serie de indicadores que ayudaron a concretar dicho término.

Lo que hasta el momento se entendía por riesgo no era más que una libre interpretación de los y las profesionales, puesto que lo único que estaba definido por ley era el desamparo (art. 18 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor).

Con la LOPIVI, el riesgo también ha pasado a estar regulado y estandarizado. Es así como gracias al artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996 (modificado por la LOPIVI en su Disp. Final 8.^ª.5) se

clasifican los indicadores, facilitando la labor técnica de los y las profesionales y garantizando una homogeneidad en la identificación de las situaciones en las que podrían encontrarse los y las NNA.

Si la Ley Orgánica 1/1996 ya contemplaba en su artículo 17.6 que la «la situación de riesgo será declarada por la administración pública competente conforme a lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica» no es hasta la reciente Ley de garantías de la Comunidad de Madrid donde queda directamente atribuida esta tarea al ámbito municipal.

Es así como la Administración Local, como entidad más próxima a la ciudadanía y por las competencias que le atribuyó la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, en sus artículos 25.1.e) y 26.1.c) en materia de Servicios Sociales, será la encargada de declarar la situación de riesgo de los y las NNA (art. 75 de la Ley de garantías).

De manera complementaria, la Administración Autonómica seguirá manteniendo la competencia en materia de declaración de desamparo y consecuente asunción de medida de protección.

Todo ello al objeto de garantizar que, independientemente de la situación en la que se encuentren los y las NNA (riesgo o desamparo) la intervención de la Administración Pública deberá incorporar un proceso dotado de las máximas garantías jurídicas posibles.

En definitiva, el cambio fundamental es que la valoración del riesgo llevará aparejada una declaración administrativa, tal y como hasta el momento contemplaba el desamparo. Es decir, si bien en ambas circunstancias (riesgo y desamparo) las leyes apelaban a la intervención de la Administración Pública, solo cuando nos encontrábamos ante un caso de separación del menor de su familia o, en otras palabras, ante un caso de desamparo, se declaraba administrativamente la situación por la antigua Comisión de Tutela del Menor (en la actualidad, Comisión de Protección de la Infancia y Adolescencia, según el art. 50 de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI).

A nivel legal, para el riesgo esto supone un marco de mayor garantía jurídica y una búsqueda de objetividad en todos los procesos de valoración profesional, debiendo seguir unos procedimientos estandarizados y temporalizados, que también contemplarán la posibilidad de reclamación y revocación por parte de las familias y que siguen la máxima de hacerles plenamente partícipes en su propio proceso de intervención.

Todo ello persigue un ejercicio de transparencia en la labor profesional, además de un incremento de los derechos y deberes de la ciudadanía en aquellos ámbitos de su vida que les afectan directamente. Los y las NNA deberán ser de igual modo informados y consultados en las decisiones que les atañen, contando con su participación y estableciendo mecanismos para su expresión y escucha.

En definitiva, la declaración del riesgo supone un hito trascendental en la homogeneización del sistema de protección a la infancia y adolescencia. Anteriormente, los casos en los que no se contemplaba la separación de los menores de sus familias de origen quedaban en una indefinición institucional y, por tanto, en una intervención diferencial en función de las características

territoriales, posibilidades técnicas de los recursos asistenciales e, incluso en ocasiones, realizada a espaldas de la familia.

Además de la declaración por resolución administrativa, la Ley 4/2023 otorga a la Administración Municipal (a través de un órgano competente que no llega a definir y que requerirá de próximo desarrollo reglamentario) la competencia de la valoración de la situación del riesgo (art. 74). Dicha valoración, previa audiencia del y de la NNA y de sus padres o tutores legales y lectura de informe preceptivo realizado por un equipo multidisciplinar, se plasmará en un proyecto de intervención social y educativo que recogerá objetivos, actuaciones, recursos y plazos en una estimación temporal de máximo 12 meses. Este proyecto se ratificará en el órgano colegiado de la Comisión de Apoyo Familiar, que se encargará también de su seguimiento.

Con relación a la declaración del desamparo, no hay cambios significativos, planteándose la misma forma de proceder salvo que, en los casos ordinarios, deberá haber una declaración previa de riesgo y una justificación de que no se han cumplido los objetivos marcados en el proyecto de intervención social.

Se puede concluir estableciendo que la Ley de garantías mantiene una apuesta firme por la objetividad y por la transparencia en todos los procesos de intervención social que contemplen actuaciones con menores, actuando como hoja de ruta para los y las profesionales de la red.

4. CONCLUSIONES

La pretensión de este escrito ha tenido por fundamento la recogida de los conceptos claves que plantean la Ley estatal (Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia), y la Ley de la Comunidad de Madrid (Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia) en materia de protección a la infancia y adolescencia, así como de los principales cambios que acarrea su aprobación.

Claramente se puede establecer que nos encontramos ante una nueva etapa en lo que a infancia y adolescencia se refiere, al haber modificado la mirada al colectivo de los niños, niñas y adolescentes y pasar de ser considerados como una prolongación de la figura adulta, a ser tenidos en cuenta como personas completas sujetos de derechos y deberes. La consagración de la participación infantil en todos los ámbitos de su vida los lleva a convertirse en los protagonistas de su historia.

El fenómeno de la desinstitucionalización, como una recomendación amparada por organismos internacionales, supone un jaque al sistema tradicional de protección a la infancia y adolescencia. Por primera vez nos encontramos el derecho del y la NNA a crecer en el seno de una familia, entendiéndolo como el mejor contexto para su desarrollo psicoemocional y bienestar pleno.

Aun así, la protección a la infancia y adolescencia no es una tarea solo de la familia, sino que las leyes apelan a toda la ciudadanía en su conjunto. La verdadera prevención de las situaciones de violencia es notificándolas. Por eso, todas las personas estamos obligadas a comunicar cualquier sospecha o evidencia que atañe contra la integridad de un o una NNA. Más aún, si apelamos a nuestro rol profesional y al deber cualificado que nos confiere la LOPIVI.

En este sentido, el catálogo de buenas prácticas contra cualquier forma de violencia resulta fundamental para garantizar su detección y posterior protección. Tal es así que se mencionan planos próximos a los y las NNA como son el digital (a través de un uso responsable de las nuevas tecnologías), el jurídico (prueba preconstituida) y el sanitario (incluyendo una realidad cada vez más frecuente en los adolescentes, como son las autolesiones), entre otros.

La definición exhaustiva de lo que se entiende por situación de riesgo para un o una NNA, así como el requerimiento de valoración y declaración administrativa por resolución del órgano municipal persigue dotar de mayor objetividad y garantías el hacer profesional, siendo todo un reto, de momento indefinido, la configuración e implementación de este nuevo modelo.

Por todo lo analizado se concluye que nos encontramos ante leyes que ya no versan tanto sobre la protección a la infancia y la adolescencia, sino sobre la prevención de circunstancias de riesgo y sobre la garantía del máximo bienestar dentro de su ámbito familiar, destinando toda una serie de mecanismos de apoyo a la institución de la familia. Toda una declaración de intenciones.

La apuesta por la inclusión de los propios menores en su proceso de intervención, el establecimiento de mecanismos que defienden sus derechos y la no repetición de acontecimientos muchas veces traumáticos, suponen un avance y una transformación de mirada que incorpora y da un papel protagonista a los y las NNA para que puedan, por fin, ser parte de su historia.

Pese a entender los beneficios legislativos no podemos dejar de cuestionar y hacer un llamamiento a la dotación económica. Sin dotación presupuestaria, no solo para invertir en la creación de recursos y fortalecer los ya existentes, sino para cuidar la red profesional y las condiciones laborales, seguiremos abocados a la actuación en circunstancias muy deterioradas y cronificadas que no serán preventivas, sino que seguirán actuando como parches.

Para que realmente exista prevención, las familias deben de ser respaldadas por un sistema que proteja y defienda la crianza en igualdad de condiciones y oportunidades para todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, independientemente del barrio donde residan.

No olvidemos que las buenas intenciones, por sí solas, no transforman realidades.

Como profesionales de la red del sistema de protección, que en los últimos tiempos hemos visto como se declinan propuestas de desamparo en situaciones familiares sangrantes, tampoco podemos dejar de denunciar que nos preocupa que la nueva Ley de garantías sea una forma fácil de justificar la no asunción de medidas de protección, bajo el amparo del derecho del menor a crecer con su familia, y se utilice como una trampa para no asumir la tarea protectora de ámbito institucional.

El papel protagonista de la familia tampoco puede ser una excusa para que el Estado pierda fuerza y delegue en un modelo cada vez más individualista y menos garantista de derechos sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consejo de Europa. *La Protección de la infancia contra la explotación y el abuso sexual. Respuesta amigable, multidisciplinar e interinstitucional inspirada en el modelo Barnahus*. <https://rm.coe.int/proteccion-de-la-infancia-contra-la-explotacion-y-el-abuso-sexual/1680abb344>

Fundación FOESSA (2019). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. <https://www.foessa.es/viii-informe/>

INE (2021). Encuesta condiciones de Vida. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/>

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 80, de 3 de abril de 1985. <https://www.boe.es/eli/es/l/1985/04/02/7/con>

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 15, de 17 de enero de 1996. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 180, de 29 de julio de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/28/26/con>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 134, de 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 143, de 16 de junio de 2023. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2023/03/22/4>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). *Boletín datos estadísticos de protección a la infancia y la adolescencia*, núm. 24. <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y Adolescencia (2023-2030)*. *Estrategia_Derechos_Ministerio_WEB_ok_ACCESIBLE.pdf* (md-socialesa2030.gob.es)

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). *Plan de acción contra la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección a la infancia*. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/normativaProtocolo/pdf/Plan_Accion_contra_ESI_sistema_proteccion.pdf

Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)*. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas (s. f.). Comité de los Derechos del Niño. <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/crc>

Spitz, R. (1958). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Aguilar.

FACTORES PROTECTORES EN LA CRIANZA DEL TRAUMA INFANTIL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

PROTECTIVE FACTORS IN PARENTING CHILDHOOD TRAUMA FROM SOCIAL WORK

Susana Merino Lorente

Universidad del Atlántico Medio y Bircham International University

Resumen: las relaciones con los cuidadores familiares son importantes para el desarrollo óptimo biopsicosocial en la infancia. La disponibilidad y la calidad del vínculo del cuidado del niño es primordial. Las experiencias traumáticas pueden afectar las relaciones de apego entre el cuidador primario y el niño de varias maneras diferentes, asimismo repercuten en el desarrollo psicosocial del menor. Este artículo examina las posibles asociaciones entre el trauma originado en la infancia, la salud mental junto con la calidad de la relación parento-filial y factores protectores como el trabajo social. Se expone como se transmite a nivel epigenético las experiencias traumáticas, condicionadas por el entorno a través de los factores de riesgo o protectores que están determinados por el tipo de apego, las estrategias comportamentales, cognitivas y afectivas aprendidas. Desde este entendimiento el trabajo social puede fomentar recursos protectores, y revertir los efectos adversos de la transición a la etapa adulta y epigenética.

Palabras Clave: apego, trauma, infancia, psicosocial, epigenética.

Abstract: relationships with family caregivers are important for optimal biopsychosocial development in childhood. The availability and quality of the child care relationship is paramount. Traumatic experiences can affect the attachment relationships between the primary caregiver and the child in several different ways, and they also impact the psychosocial development of the child. This article examines the possible associations between trauma originating in childhood, mental health along with the quality of the parent-child relationship and protective factors such as social work. It exposes how traumatic experiences are transmitted at an epigenetic level, conditioned by the environment through risk or protective factors that are determined by the type of attachment, learned behavioral, cognitive and affective strategies. From this understanding, social work can promote protective resources, and reverse the adverse effects of the transition to adulthood and epigenetic stage.

Keywords: attachment, trauma, childhood, neuropsychology, epigenetics.

Referencia normalizada: Merino, S. Factores protectores en la crianza del trauma infantil desde el trabajo social. Trabajo Social Hoy 102 (pág. 37-49). Doi: 10.12960/TSH 2024.0009

Correspondencia: Susana Merino Lorente. Universidad del Atlántico Medio y Bircham International University. Página web: <https://sites.google.com/view/menteycoaching/p%C3%A1gina-principal>

1. INTRODUCCIÓN

El apego describe el vínculo emocional que nutre y mantiene la cercanía entre un niño y los adultos de su sistema que son responsables de validar, apoyar, cuidar y proteger al niño. El apego seguro proporciona a los niños una crianza positiva, posibilita crear vínculos afectivos significativos con los cuidadores o modelos de crianza, que demuestran estar disponibles y ser confiables. La teoría del apego y los hallazgos de investigaciones sobre estilos de apego, capacidad de resiliencia¹ y trastornos han sentado las bases para comprender la importancia del contexto relacional para el bienestar y el desarrollo infantil (Cyrulnik, 2020).

Las fluctuaciones en la calidad de los apegos, especialmente según el tipo de apego y sucesos traumáticos, tienen un impacto significativo en el desarrollo de un niño pequeño. Niños con experiencias de apego perjudiciales, como apego desorganizado o apego ausente, como en el apego reactivo puede desencadenar daños emocionales, se considera que corren el mayor riesgo de psicopatología concurrente y futura (Toof *et al.*, 2020).

Está claro que las experiencias traumáticas que pueden ser de muy diferentes índoles como los desastres naturales, violencia emocional o física, enfermedades, duelos, pobreza, etc., las consecuencias pueden crear secuelas severas. Al mismo tiempo, las repercusiones pueden ser potenciadas o disminuidas por las relaciones de apego. Asimismo, los daños psicológicos sufridos en la infancia pueden ocurrir dentro de las relaciones de apego o incluso ser heredadas a través de los cuidadores primarios que han sido traumatizados en el pasado a través de la epigenética transgeneracional². A pesar de las complejas síntesis de apego, trauma y desarrollo cerebral (Pérez *et al.*, 2020), queda mucho por aprender sobre cómo las experiencias traumáticas afectan las relaciones de apego, tanto directa como indirectamente, y cómo las relaciones de apego pueden moderar los efectos del trauma infantil.

Este artículo proporciona una breve exposición de la clasificación del apego necesario de entender en el trabajo social, así como psicológico. Además, se analiza la relación entre el trauma y el apego, incluida nuestra comprensión actual de cómo el trauma de los cuidadores primarios y los estilos de apego del pasado pueden amenazar la resiliencia junto con las relaciones de apego actuales entre padres e hijos. Desafortunadamente, muchas preguntas sobre la compleja relación entre el apego y el trauma están actualmente sin explorar y sin respuesta.

Se expone el impacto negativo de los vínculos traumáticos en el desarrollo del cerebro y la salud mental infantil, la neurobiología del trauma infantil, los aspectos psicosociales de un tipo de apego inseguro asociado a los eventos traumáticos, las deficiencias inducidas por el trauma de un regulador en la corteza orbitofrontal³, los vínculos entre la disfunción orbitofrontal y una predisposición a los trastornos de estrés postraumáticos⁴ (TEPT) (De Bellis *et al.*, 2013). Estas investigaciones confirman que los tipos de apego inciden directamente en las funciones reguladoras del cerebro y las respuestas adaptativas, así como la transferencia epigenética.

1 Capacidad de afrontar y superar los eventos adversos.

2 Corresponde a la herencia de información epigenética, transmitida a través de la línea germinal entre generaciones y ocurre sin influencia ambiental directa que causa variación fenotípica en generaciones no expuestas. Para ello, se tiene en cuenta, que la epigenética es el estudio de las variaciones que activan o desactivan genes sin cambiar la secuencia del ADN, debido principalmente a la exposición a factores del entorno.

3 Forma parte del lóbulo frontal, se encarga del proceso racional de la toma de decisiones.

4 Provocado por una situación traumática intensa, puede ser experimentado o presenciado. Los síntomas pueden incluir flashbacks, pesadillas y ansiedad severa, así como pensamientos incontrolables sobre la situación.

Finalmente, proporcionamos una descripción de ciertas pautas de intervención en trabajo social y emocional que se necesitan implementar para el desarrollo y bienestar infantil y familiar. El diagnóstico y tratamiento del trauma infantil desde la figura del apego a menudo se malinterpreta y, a veces, no se aplica a niños con diversas experiencias traumáticas y/o problemas de conducta externalizantes⁵. Por tanto, incluimos tanto una descripción general de los conceptos clave de afrontamiento ante sucesos traumáticos en la infancia como los principios básicos para tratar este trastorno desde las relaciones y entornos seguros

2. TRAUMA INFANTIL

El trauma de la primera infancia puede contribuir al aumento de problemas de salud física y mental en el futuro. El trauma experimentado en los primeros años de vida a menudo está asociado en la etapa adulta a una mayor probabilidad de experimentar desafíos de situaciones límites o de riesgo para hacer frente a los factores estresantes de la vida, mayores problemas de comunicación y comportamientos reactivos, aportando más respuestas desadaptativas ante factores estresantes de la vida (Banker *et al.*, 2019).

Si el trauma no se trata, puede poner en peligro el equilibrio emocional. Algunos niños pueden no mostrar signos de trauma o dificultades de afrontamiento hasta muchos años después. Hay tres tipos diferentes de trauma: físico, emocional y sexual. Aunque el trauma físico y sexual es una realidad evidente, el trauma emocional no siempre se puede apreciar. Cada tipo de trauma es igualmente dañino y tiene un impacto devastador en la calidad de vida (Banker *et al.*, 2019).

El trauma es un factor de riesgo importante para desarrollar trastornos de salud mental y problemas de salud física (Banker *et al.*, 2019). El trauma experimentado durante los primeros cinco años de vida puede tener consecuencias devastadoras. La teoría del apego de Bowlby ayudó a crear una comprensión de la relación entre el trauma y el apego (Pierrehumbert, 2020). Es una relación estrechamente entrelazada. El estilo de apego de una persona, basado en el trauma que experimenta, afecta su estilo de apego con su descendencia, este ciclo se repite a través de la epigenética⁶.

El trauma tiene un efecto devastador en el bienestar mental. Cuando un menor experimenta un trauma, ocurren cambios biológicos en el cerebro. Estos cambios afectan la salud física, social y mental de una persona. Esto es especialmente así en relación con los traumas de la niñez. Cuando una persona experimenta formas repetidas de trauma, la información sensorial llega a la amígdala, que es la parte instintiva del cerebro (Hudspeth y Matthews, 2019). Asimismo, se vuelven vulnerables al recuerdo traumático, desconectan la corteza prefrontal del cerebro. Este estado de desregulación emocional además puede causar otros mecanismos adaptativos de defensa ante estos niveles altos de estrés y búsqueda de equilibrio homeostático⁷ a través de hábitos como es el uso o abuso de sustancias (Greaney, 2022).

5 Contiene dificultades relacionadas con la agresión, falta de atención, desobediencia y conducta delictiva.

6 No representan un cambio en la secuencia del ADN, pero juegan un papel importante en el cambio de la expresión génica.

7 Propensión a mantener la propia condición de equilibrio, mediante mecanismos de autorregulación, el organismo pretende mantener un equilibrio interno en respuesta del entorno.

Por lo tanto, las personas que han experimentado un trauma tienen más probabilidades de experimentar pensamientos reactivos que pensamientos racionales (Hudspeth y Matthews, 2019). El trauma y el apego afectan directamente la capacidad de una persona para hacer frente a los factores estresantes (Pierrehumbert, 2020). Los factores estresantes o estilos de afrontamiento evitativo/desadaptativo están estrechamente relacionados con el tipo de apego (Figura 1).

Figura 1. Teoría del apego



Nota. Adaptado de Bartholomew y Horowitz (1991); Griffin y Bartholomew (1991); Mikulincer y Shaver (2007) y Levine y Heller (2010).

Por consiguiente, el apego no seguro (desorganizado, evasivo o ansioso), se caracteriza por manifestar cambios en la regulación afectiva y conductual, problemas interpersonales y síntomas disociativos. Es el resultado de una interrupción del apego seguro temprano o de un trauma del desarrollo y se caracteriza por síntomas de despersonalización y desrealización, así como síntomas centrales TEPT (Van Huijstee y Vermetten, 2018).

Pocos estudios publicados han medido específicamente el papel de la validación emocional junto con las prácticas de crianza en el ajuste de los niños después de eventos traumáticos, se han centrado principalmente en la violencia familiar como estrés traumático. Guzmán Endara (2021) evaluó el funcionamiento de los niños en función de varios factores (abusos sexuales, emocionales, físicos y/o negligencia). Encontraron una asociación positiva significativa entre los síntomas de trastorno traumático de desarrollo⁸ (TTD) de los cuidadores primarios y los síntomas de internalización⁹ del niño. Sin embargo, la crianza positiva (evaluada por el autoconcepto) predijo menos conductas de internalización y externalización en la primera etapa de la infancia, incluido el

8 Dificultades derivadas de experiencias traumáticas repetidas en la infancia.

9 Pensamientos y sentimientos relacionados con la tristeza y miedo constantes.

TEPT, y un mejor rendimiento escolar. No obstante, Rossmann *et al.* (2022), señalaron que «los mecanismos por los cuales este soporte interactúa con los sistemas fisiológicos y conductuales para facilitar el ajuste fino necesitan ser investigados con mayor profundidad».

Levendosky y Graham-Bermann (2000) encontraron que los comportamientos de crianza observados en mujeres maltratadas se correlacionaban con los comportamientos de los niños y, que la crianza de los hijos estaba directamente influenciada por la experiencia de violencia doméstica, así como por el papel mediador de la salud mental de las madres. Además, el comportamiento antisocial de los niños se relacionó significativamente con el control de autoridad percibido por las madres.

Lieberman *et al.* (2005) examinaron las asociaciones entre las relaciones entre padres e hijos, el historial de traumas maternos y los resultados de los niños en 85 niños en edad preescolar que presenciaron violencia entre padres. Encontraron evidencia de efectos separados y únicos de la psicopatología materna y la calidad de la relación madre-hijo en la predicción de dificultades de conducta infantil. Los hallazgos de los estudios de intervención de crianza pueden proporcionar información valiosa sobre las prácticas de crianza con respecto al ajuste infantil como evidencia de modelos conceptuales o teóricos de influencia. Hay datos disponibles de los pocos estudios que abordan esto, aunque los tamaños de muestra son pequeños.

Fisher *et al.* (2000), aportaron intervenciones que posibilitaban mejorar los recursos adaptativos de los niños en edad preescolar que habían vivido maltrato infantil. Esta intervención proporcionó principios de aprendizaje de la interacción comunitaria mediante la psicoeducación familiar centrada en la crianza de los hijos. El grupo de comparación de cuidado de crianza estándar mostró disminuciones en el funcionamiento o respuestas desadaptativas del niño doce semanas después de la intervención, mientras que el grupo de cuidado de crianza de intervención temprana mostró mejoras en el comportamiento y sus cuidadores primarios adoptaron y mantuvieron estrategias de crianza positivas. También se han demostrado cambios en las mediciones de cortisol¹⁰ salival, lo que indica que los cambios biopsicosociales pueden estar asociados con una mejora del comportamiento. Estos datos proporcionaron evidencia preliminar de que mejorar la crianza de los hijos en la primera infancia puede moderar directamente los efectos biofisiológicos y conductuales del trauma violento.

El único ensayo controlado aleatorizado de una intervención de crianza para reducir los problemas de comportamiento en niños en edad escolar de mujeres maltratadas (Jouriles *et al.*, 2001), evaluó la crianza basada en el hogar familiar de 4 a 6 meses para madres que abandonan el albergue para mujeres maltratadas. Esta intervención preventiva se centró en las habilidades de liderazgo de los niños, también brindó apoyo instrumental y emocional a las madres. Durante el período de seguimiento de un año, las madres que participaron en el apoyo del proyecto mostraron mejores habilidades relacionales con los niños, los problemas de comportamiento de sus hijos disminuyeron más rápido y tenían menos problemas en general que los niños que recibieron «servicios habituales». Estos estudios son consistentes en mostrar evidencia de los efectos próximos de la crianza de los hijos y distintos efectos de la salud mental materna o paterna en el ajuste postraumático de los niños.

10 Hormona esteroide se libera como respuesta al estrés.

3. PRÁCTICAS DE CRIANZA Y ANGUSTIA POSTRAUMÁTICA INFANTIL/SÍNTOMAS DE INTERNALIZACIÓN¹¹

Una gran cantidad de literatura empírica ha documentado los efectos de las prácticas de crianza sobre los síntomas de externalización de los niños, pero pocos estudios han examinado o probado las intervenciones de crianza para abordar los síntomas de TEPT de los niños. Una excepción es el trabajo de Lieberman *et al.* (2005), quienes desarrollaron y probaron la efectividad de la psicoterapia de cuidadores primarios e hijos, a través de intervenciones que fomentaban el apego seguro para madres y sus hijos en edad preescolar expuestos a la violencia doméstica. Informaron de los resultados de los ensayos clínicos controlados aleatorizados de intervenciones de 75 días sobre el comportamiento infantil y los síntomas de estrés traumático al año de seguimiento, los resultados de este grupo fueron comparados con un grupo control de la misma comunidad. Desafortunadamente, debido a la edad de los niños y la falta de medidas de observación, las madres fueron los únicos informantes de los resultados. La investigación probó la efectividad del modelo de aprendizaje de interacción social y estilos de crianza. Estos estudios han demostrado que las prácticas de crianza asociadas con problemas de comportamiento infantil son maleables y que la adaptación de los niños se puede mejorar manipulando las prácticas de crianza en intervenciones preventivas o de tratamiento (Falconi Almeida y Morales Guevara, 2022). Al enfatizar el comportamiento de externalización, este modelo prestó atención secundaria al papel de la crianza en la formación de los síntomas de internalización de los niños. Sin embargo, la evidencia de los ensayos controlados aleatorios sugiere que los cambios en las prácticas de crianza conducen a cambios tanto en los síntomas de internalización como de externalización. Por ejemplo, DeGarmo y Jones (2019) informaron que después de los cambios psicológicos producidos en la familia, en una intervención grupal de crianza diseñada para reducir el abandono de los niños por parte de las madres que se divorciaron, las mejoras iniciales en la crianza materna llevaron a reducciones en los síntomas de internalización traumática de los niños. Estas mejoras en los síntomas redujeron las conductas externalizantes de los niños.

En un estudio piloto reciente, Gewirtz *et al.* (2008) utilizaron un marco de referencia del nivel de integridad de la seguridad¹² (SIL) para examinar las trayectorias de recuperación de niños de 6 a 12 años expuestos recientemente a la violencia doméstica. La eficacia de la crianza (resolución de problemas, desarrollo de habilidades, establecimiento de límites y compromiso positivo) evaluada dentro del primer mes del evento traumático predijo la tasa de reducción en los síntomas de ansiedad autoinformados de los niños durante los siguientes 3 meses. No obstante, se necesitan más estudios para determinar el papel de las prácticas de crianza en los síntomas de internalización de los niños después de la exposición al trauma.

4. EPIGENÉTICA Y RESILIENCIA

Hay pruebas considerables de que el epigenoma¹³ es vulnerable a la adversidad, incluido el estrés prenatal, los traumas de la vida temprana, el maltrato y el estrés social, que se han revisado en otros lugares. El epigenoma es especialmente vulnerable en las primeras etapas de vida. Aunque las consecuencias epigenéticas de estos eventos a menudo se estudian de forma aislada, existe

¹¹ Se relaciona con manifestaciones de ansiedad, conducta depresiva y dificultades somáticas.

¹² Propicia reducción de riesgo y seguridad.

¹³ Es una serie de compuestos químicos en contacto con el ADN que modifican o marcan el genoma de forma que le indican qué realizar, dónde y cuándo realizarlo.

evidencia de efectos acumulativos y longitudinales. El tiempo transcurrido desde la adversidad puede disminuir la magnitud de los cambios epigenéticos, mientras que las fuentes de adversidad repetidas o variables pueden acumularse para producir respuestas epigenéticas más grandes. Estos cambios epigenéticos inducidos por la adversidad se correlacionan con la sensibilidad posterior a la adversidad y, por tanto, con una sensibilidad reducida (Szyf, 2022).

Menos conocidos son los efectos de los factores ambientales positivos o protectores sobre el epigenoma. Si bien se cree que la ausencia de factores dañinos o negativos cambia la trayectoria de la salud mental a la resiliencia, también es importante comprender qué factores contribuyen directamente a la propia resiliencia. Se ha descubierto que el cuidado de los cuidadores primarios es un factor protector que promueve la resiliencia con los cambios epigenéticos. Un estudio que examinó las consecuencias epigenéticas y psicológicas de la variación natural en el comportamiento materno en ratas que no protegían, proporcionaban afecto o agredían a sus crías, dio lugar a crías con respuestas hormonales de estrés más fuertes y comportamientos depresivos, similares a la ansiedad, así como una metilación del ADN reducida en regiones clave de codificación del gen receptor en el sistema de estrés de glucocorticoides (Nr3c1) y aumento de la acetilación de histonas en el tejido del hipocampo. Los estudios preliminares en humanos sugieren que aspectos del cuidado infantil, como la lactancia materna y el contacto físico, también están asociados con una disminución de la metilación de N3CR1 y BDNF¹⁴ y aumento de la metilación del gen proinflamatorio factor necrosis tumoral (TNF) (Rodríguez Montoya, 2022).

Los aspectos positivos del entorno, como la estimulación cognitiva, la alimentación saludable y el ejercicio, también pueden promover la resiliencia a través de mecanismos epigenéticos. Se encontró que el enriquecimiento ambiental en la fase temprana de desarrollo de los ratones cambia la expresión del ARN y la acetilación de histonas en el gen neurotrófico derivado del cerebro (Bdnf) y también corrige los cambios epigenéticos causados por un trauma hereditario (Rutten, 2009). De manera similar, se encontró que los componentes individuales de los alimentos, las sustancias fitoquímicas dietéticas y el afecto reducen el comportamiento que conduce a trastornos mentales como la depresión a través de mecanismos epigenéticos que se enfocan en la inflamación sistémica y la plasticidad neuronal en ratones. Aunque es difícil de traducir a los humanos, los factores asociados con un estilo de vida saludable, como la actividad física moderada, la calidad de la dieta, la estimulación cognitiva y afectiva se han relacionado con el desarrollo de resistencia o capacidad de resiliencia (Romá-Mateo y Delgado-Morales, 2019).

Es importante tener en cuenta que, aunque generalmente se cree que los aspectos negativos del entorno sensibilizan a las personas ante una mayor adversidad, algunos factores negativos en realidad pueden aumentar la resiliencia a través del llamado «efecto de acero»¹⁵. Por ejemplo, los ratones que manifiestan ciertas respuestas adaptativas ante el estrés leve parecen promover la paciencia. De manera similar, en un estudio de cohorte reciente, de niños brasileños que experimentaron violencia materna prenatal mostraron una mayor resiliencia a la violencia materna posnatal en comparación con aquellos que solo experimentaron violencia posnatal, identificaron sitios diferencialmente metilados en los genes FKBP5 y NR3C1. Sugiriendo un mecanismo de adaptación al estrés prenatal para superar la adversidad posterior (Cordeiro *et al.*, 2021). Aunque

14 Proteínas que promueven la conservación de las neuronas. Es esencial para el desarrollo del cerebro y el incremento de la plasticidad cerebral.

15 Resistencia «sólida» (estructura de acero), resiliente ante las adversidades.

este trabajo preliminar propone que las experiencias de vida negativas pueden condicionar la resiliencia posterior a través de cambios epigenéticos, se necesitan más trabajos para confirmar estos hallazgos y comprender el umbral, para que tales experiencias no perjudiquen la resiliencia y entender que otros mecanismos asociados potencian estas respuestas (Romá-Mateo y Delgado-Morales, 2019).

5. APEGO, TRAUMA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden afectar al epigenoma además del efecto terapéutico. Un enfoque más actual del epigenoma, ha posibilitado integrar estos conocimientos a las intervenciones que han permitido reducir los síntomas del TEPT y la metilación diferencial del ADN en varios genes (Guillén-Burgos y Gutiérrez-Ruiz, 2018).

Puede ser útil observar los tratamientos desde la perspectiva del vínculo seguro necesario de trabajar con los cuidadores primarios junto a sus hijos, que requieren un sólido sistema de apoyo psicológico para gestionar las consecuencias psicosociales generadas por los eventos traumáticos. En este sistema de apoyo se necesita integrar la salud emocional y trabajo social a través de los siguientes puntos (Caruana, 2021; Ocaña Blasco *et al.*, 2021; Serrano, 2022).

1. *Entorno seguro.* La reconstrucción de estos sistemas biopsicosociales de hábitos saludables de cuidado (relacional, afectivo, alimenticio y actividad física). Las características esenciales del trauma psicológico son la pérdida de poder y la desconexión de los demás. Por lo tanto, el proceso de recuperación se basa en el empoderamiento del sobreviviente y la restauración de los hábitos saludables de cuidado en ambientes adecuados.
2. *Escucha activa.* Estar totalmente disponible y presente, escuchar (respetar los silencios) todo lo que le ocurre y expresa sin juzgar.
3. *Empatía.* Entender sus emociones, y aportar una retroalimentación en consonancia.
4. *Sensibilización.* No se necesita entender los sentimientos, se precisa aceptar incondicionalmente.
5. *Realidad libre de juicio.* Permitir que se exprese, aceptar y encontrar soluciones desde el apoyo incondicional.
6. *Capacidad de resiliencia.* Identificar los límites y fortalezas para encontrar soluciones constructivas. Reducir riesgos y barreras para aumentar los factores protectores.
7. *Regulación emocional.* Conectar emocionalmente con los demás, ser consciente y estar presente. Potenciar la capacidad adaptativa del propio estado emocional de los cuidadores primarios, para transmitirlo a sus hijos. Esto puede incluir comportamientos como reformular una situación de forma consciente que produce el malestar de forma regulada para reducir el malestar, la ira o la ansiedad y para gestionar constructivamente la tristeza, el estrés y los miedos.
8. *Apego seguro.* A través de vínculos seguros de las personas significativas como los cuidadores primarios en entornos seguros. Buscar diferentes estrategias de apego que pueden significar

calidad en las relaciones en un entorno seguro. Se necesita buscar diferentes recursos de apego que pueden significar habilidades biopsicosociales que incluyen mecanismos de afrontamiento adaptativo al estrés y la evasión.

9. *Elaboración del trauma no resuelto*. Adaptar el tratamiento, para conectarse con sus emociones que permite romper con la disociación¹⁶, dejando atrás los conflictos a través de intervenciones psicológicas directivas.

Figura 2. Intervenciones en apego



Nota: Elaboración propia. Susana Merino Lorente.

Incluso en la edad adulta, las estrategias de apego, la validación emocional junto con la capacidad de resiliencia, están abiertas a revisión y evolución. Por lo tanto, es esencial proporcionar una base sólida y ayudar al niño, joven y cuidador primario para resolver problemas pendientes del trauma. Todo esto, permitirá facilitar la transición a un entorno más seguro, desde estrategias de apego seguro que mejoran la capacidad para mantener relaciones íntimas seguras en el futuro.

6. DISCUSIÓN

Está claro que el vínculo nocivo y patógeno puede perturbar significativamente las relaciones afectivas de los bebés y niños pequeños. En los casos más extremos, se pueden encontrar los abusos severos, la negligencia severa e incluso institucionalizados. Los niños pequeños pueden exhibir comportamientos relacionales altamente desviados (internalizantes y externalizantes),

¹⁶ Mecanismo de defensa ante los sucesos traumáticos.

como retraimiento/inhibición emocional o incoherencia/inhibición social. Otro efecto relativo del trauma es un mayor riesgo de relaciones de apego menos adaptativas.

Se ha explorado la relación entre las experiencias traumáticas pasadas de los cuidadores primarios, el estado mental de los padres, el comportamiento interactivo y la relación de apego entre cuidadores primarios e hijos. Cuando las relaciones de apego emergen de un trauma, pueden tener efectos duraderos en la regulación emocional, el estilo intra e interpersonal y las experiencias de relaciones íntimas de un niño. No obstante, aún se necesita investigar más en las relaciones complejas, recíprocas, directas e indirectas entre trauma y apego.

Cabe señalar que nuestra comprensión de la etiología del trastorno reactivo del apego y de los patrones de apego significativamente perturbados, como el apego no seguro, presupone que el niño en la primera etapa de vida sufre relaciones claramente atípicas y gravemente perturbadas. Para un menor, estos factores biopsicosociales están estrechamente relacionados con la calidad de vida y bienestar emocional, condicionadas por la disponibilidad de los cuidadores primarios. Por otro lado, los trabajos sociales y clínicos expuestos con menores en crianza temporal han comprobado que las respuestas adaptativas a los sucesos traumáticos de estos menores asociados al apego seguro propiciaron respuestas resilientes transmitidas por la relación con el cuidador primario.

Aunque ciertamente no sugerimos que este sea el único factor en la recuperación de experiencias traumáticas, muchos profesionales han destacado la importancia de una relación de apego constante que fomenta la relación sana en la vida de los menores que sufren diversas formas de trauma y para ello el trabajador social junto con otros profesionales pueden facilitar este proceso. Cada vez se reconoce más el impacto de las primeras experiencias adversas en el desarrollo posterior, que puede tener efectos a largo plazo sobre la salud biopsicosocial. Ahora se necesitan investigaciones específicas para definir mejor los mecanismos que vinculan las experiencias traumáticas de los cuidadores y su impacto en las relaciones de unión con sus hijos y el papel fundamental de los trabajadores sociales, así como los psicólogos y educadores. Por ejemplo, aún no se ha realizado un estudio de diseño longitudinal que evalúe de forma independiente el trauma del cuidador, el apego adulto y el apego infantil y la repercusión de agentes externos o profesionales como son los trabajadores sociales o psicólogos, así como las diferencias entre hermanos gemelos que han vivido los mismos eventos. Asimismo, se necesita investigar los mecanismos de defensa o de riesgo por los cuales opera el trauma junto al apego, requiere necesariamente examinar los efectos del trauma en el cerebro en desarrollo y como puede además repercutir la intervención del trabajo social y psicológico.

7. CONCLUSIONES

El interés en la epigenética es un ejemplo de los esfuerzos recientes para comprender cómo el trauma y los trastornos del apego conducen a una inadaptación persistente (McGowan *et al.*, 2009), es necesario entenderlo no solamente desde la neuropsicología sino también igual de relevante en el trabajo social. También hay mucho que aprender sobre cómo una relación de apego protege o debilita la experiencia de un niño o joven de un evento potencialmente traumático, la capacidad del menor para recuperarse del trauma y cómo el trauma puede afectar esas mismas relaciones de apego. La investigación futura, así como los trabajos sociales deben examinar cómo

las relaciones de apego facilitan o dificultan la capacidad de un menor para reconocer, integrar, manejar y conectar las emociones, comportamientos intensos y angustiosos causados por la exposición al trauma, y cómo dichas experiencias se incorporan a las creencias y comportamientos adquiridos. Las expectativas de vínculos y entornos seguros potenciado por los cuidadores primarios permiten comprender la compleja interacción entre el trauma, las cogniciones, las expectativas, las emociones, los recuerdos y el comportamiento de afrontamiento. Este entendimiento desde el trabajo social posibilita mejorar la calidad de vida de estos niños y niñas en situación de vulnerabilidad familiar, además puede aumentar la conciencia sobre el trauma infantil para promover estrategias preventivas o de afrontamiento adaptativo que fomenten un funcionamiento biopsicosocial más saludable desde la primera infancia. Una mayor formación en epigenética debería ser más central para la formación en aspectos psicosociales. Esta relación no debe ser unidireccional. La epigenética puede informar al trabajo social y psicológico. Por otro lado, dada la complejidad de los fenotipos cognitivos, se necesita recurrir a los factores biopsicosociales y educativos que desempeñan un papel valioso para participar y clarificar las investigaciones epigenéticas, prácticas familiares, psicoterapéuticas, comunitarias, sociales y educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banker, J., Witting, A. B. & Jensen, J. (2019). «Hormones and childhood trauma: links between the physical and psychological». *The Family Journal*, 27(3), 300-308. <https://doi.org/10.1177/1066480719844026>
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). «Attachment styles among young adults: a test of a four-category model». *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Caruana, M. C. (2021). *De las interferencias parentales a la violencia filio-parental: manual práctico para un abordaje terapéutico* (vol. 12). Ediciones Morata.
- Cordeiro, N. M., Do Carmo, T. I. T., Amaral, S. S. A., Paes, J. A. P., E Ignácio, Z. M. (2021). «Adversidades na infância epigenéticas, resistência aos glicocorticóides e transtorno depressivo maior». *Simpósio de Neurociência Clínica e Experimental*, 2(2).
- Cyrułnik, B. (2020). «Trauma y resiliência». En Spiller, R.; Mahlke, K. Reinstädler, J., *Trauma y memoria cultural: Hispanoamérica y España*, 77-88.
- De Bellis, M. D., Woolley, D. P. & Hooper, S. R. (2013). «Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse», *Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. Child Maltreatment*, 18(3), 171-183. <https://doi.org/10.1177/1077559513497420>
- DeGarmo, D. S., & Jones, J. A. (2019). «Fathering Through Change (FTC) intervention for single fathers: preventing coercive parenting and child problem behaviors». *Development and Psychopathology*, 31(5), 1801-1811. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001019>

- Falconi Almeida, A. K. y Morales Guevara, D. K. (2022). *Estilos de crianza y resiliencia en estudiantes*. Instituto Superior Tecnológico Carlos Cisneros Riobamba, 2022 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10206>
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (2000). «Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1356-1364. <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00009>
- Greaney, T. M. (2022). «How self-kindness can help our patients». *Wiley Periodicals, Inc.* 32 (23), 5-6. <https://doi.org/10.1002/mhw.33287>
- Gewirtz, A., Forgatch, M. & Wieling, E. (2008). «Parenting Practices as Potential Mechanisms for Child adjustment Following Mass Trauma». *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 177-192. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). «Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment». *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430-445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Guillén-Burgos, H. F. y Gutiérrez-Ruiz, K. (2018). «Avances genéticos en el trastorno por estrés postraumático». *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.12.001>
- Guzmán Endara, E. E. (2021). *El Trastorno Traumático de Desarrollo como diagnóstico para niños y niñas víctimas de maltrato* (Bachelor's thesis, Quito: UCE). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25219>
- Hudspeth, F. & Matthews, K. M. (2019). *Prenatal Brain Development: a Foundation for All Brain Development*. In *Counseling at the Beginning* (pp. 30-49). Routledge.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D. & Ezell, E. (2001). *Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence*.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D. & Ezell, E. (2001). «Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence». En S. A. Graham-Bermann & J. L. Edleson (eds.), *Domestic violence in the lives of children: the future of research, intervention, and social policy* (pp. 12-34). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10408-002>
- Levendosky, A. A. & Graham-Bermann, S. A. (2000). «Behavioral observations of parenting in battered women». *Journal of family psychology*, 14(1), 80-94. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.80>
- Levine, A., & Heller, R. (2010). *Attached: the new science of adult attachment and how it can help you find-and-keep-love*. Penguin.

- Lieberman, A. F., Van Horn, P. & Ozer, E. J. (2005). «Preschooler witnesses of marital violence: predictors and mediators of child behavior problems». *Development and psychopathology*, 17(2), 385-396. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050182>
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). «Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance». *Psychological inquiry*, 18(3), 139-156. <https://doi.org/10.1080/10478400701512646>
- Ocaña Blasco, K., Lacomba-Trejo, L., Alonso-Llácer, L. y Pérez-Marín, M. (2021). «Terapia basada en la compasión: regulación emocional, apego y salud mental». *Análisis y Modificación de Conducta*, 47(175). <https://doi.org/10.33776/amc.v47i175.5197>
- Pérez, I. M. C., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Sáez, M. C., Fernández-Fernández, V. y Pérez, A. M. (2020). «Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo». *Papeles del psicólogo*, 41(3), 219-232. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Pierrehumbert, B. (2020). «Una memoria sin recuerdos». *Tópicos del seminario* (44), 50-61. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-12002020000200050&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Montoya, C. (2022). *¿Es la epigenética el vínculo entre el maltrato infantil y el trastorno límite de personalidad? Una revisión sistemática*.
- Romá-Mateo, C., y Delgado-Morales, R. (2019). *La epigenética*. RBA Libros.
- Rossmann, M., Altomare, M., Pezzoli, I., Abruzzese, A., Spota, A., Vettorello, M., Cioffi, S. P. B., Virdis, F., Bini, R., Chiara, O., & Cimbanassi, S. (2022). «Risk Factors for Retained Hemothorax after Trauma: a 10-Years Monocentric Experience from First Level Trauma Center in Italy». *Journal of Personalized Medicine*, 12(10), 15701570. <https://doi.org/10.3390/jpm12101570>
- Rutten, B. P., & Mill, J. (2009). «Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders». *Schizophrenia bulletin*, 35(6), 1045-1056. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp104>
- Serrano, D. P. (2022). «El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma» [Pitillas, 2021]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis* (70), 9. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001191>
- Szyf M. (2022). «The epigenetics of early life adversity and trauma inheritance: an interview with Moshe Szyf». *Epigenomics*, 14(6), 309-314. <https://doi.org/10.2217/epi-2021-0483>
- Toof, J., Wong, J. & Devlin, J. M. (2020). «Childhood trauma and attachment». *The Family Journal*, 28(2), 194-198. <https://doi.org/10.1177/1066480720902106>
- Van Huijstee, J. & Vermetten, E. (2018). «The Dissociative Subtype of Post-traumatic stress disorder: research Update on Clinical and Neurobiological Features». *Current topics in behavioral neurosciences*, 38, 229-248. https://doi.org/10.1007/7854_2017_33



INNOVACIÓN EN METODOLOGÍA DOCENTE UNIVERSITARIA EN LA DISCIPLINA DE TRABAJO SOCIAL

INNOVATION IN UNIVERSITY TEACHING METHODOLOGY IN THE DISCIPLINE OF SOCIAL WORK

M.ª Virginia Sánchez Rivas

Fátima Centenero de Arce

Universidad de Murcia, Facultad de Trabajo Social

Resumen: con este trabajo se pretende abordar y motivar sobre la oportunidad que el proceso de convergencia de la educación superior en el espacio europeo impulsado por el Acuerdo de Bolonia en 1999 para promover el debate sobre la innovación en la formación universitaria y en concreto en Trabajo Social. La preocupación por la calidad y producción científica, ha sido y sigue siendo una constante en la docencia del Trabajo Social en nuestro país. La naturaleza misma de esta profesión de ayuda plantea exigencias tanto en términos de rigor en los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, como en relación con los métodos docentes empleados. Como destaca Báñez (2004), la formación en Trabajo Social va más allá de la simple transmisión de conocimientos teóricos; implica capacitar a los estudiantes para aplicar esos conocimientos en procesos de intervención social. En este contexto, la formación docente universitaria en Trabajo Social demanda la aplicación de enfoques innovadores en los procesos de enseñanza-aprendizaje, adaptándose a las nuevas estructuras y sistemas sociales, así como a sus proyecciones futuras. La clave no solo reside en impartir conocimientos, sino en preparar a los estudiantes para afrontar los desafíos de la intervención social de manera efectiva. Nos encontramos en un momento oportuno para reflexionar sobre cómo la formación en Trabajo Social puede evolucionar y adaptarse a las demandas cambiantes de la sociedad. La innovación en la metodología educativa se convierte así en un elemento crucial para el desarrollo profesional efectivo de los estudiantes en el presente y el futuro.

Palabras Clave: Trabajo Social, innovación docente, metodología, transformación digital, formación.

Abstract: this work aims to address and motivate the opportunity that the process of convergence of higher education in the European space promoted by the Bologna Agreement in 1999 to promote the debate on innovation in university training and specifically in Social Work. Concern for quality and scientific production has been and continues to be a constant in the teaching of Social Work in our country. The very nature of this helping profession places demands both in terms of rigor in theoretical, methodological and technical knowledge, and in relation to the teaching methods used.

As Báñez (2004) highlights, training in Social Work goes beyond the simple transmission of theoretical knowledge; it involves training students to apply that knowledge in social intervention processes. In this context, university teaching training in Social Work demands the application of innovative approaches in teaching-learning processes, adapting to new social structures and systems, as well as their future projections. The key lies not only in imparting knowledge, but in preparing students to face the challenges of social intervention effectively. We are at an opportune moment to reflect on how Social Work training can evolve and adapt to the changing demands of society. Innovation in educational methodology thus becomes a crucial element for the effective professional development of students in the present and the future.

Keywords: Social Work, teaching innovation, methodology, digital transformation, training.

Referencia normalizada: Centenero, F. y Sánchez, M.ª V. Innovación en metodología docente universitaria en la disciplina de Trabajo Social. Trabajo Social Hoy 102 (pág. 51-62). Doi: 10.12960/TSH 2024.0010

Correspondencia: Fátima Centenero de Arce. Universidad de Murcia, Facultad de Trabajo Social. Campus de Espinardo. Murcia. Email: fcd1@um.es

1. INTRODUCCIÓN

En línea con lo expuesto por Báñez (2004), la preocupación por la calidad ha sido una constante en la docencia del Trabajo Social en nuestro país, dada la naturaleza de la profesión, como profesión de ayuda, que plantea una serie de exigencias en cuanto al rigor de los conocimientos teóricos, ya que no se limita únicamente a la transmisión de teoría sino de enfocarse también en la praxis, es decir, la integración efectiva de la teoría con la práctica. De acuerdo con su exposición, la formación en Trabajo Social, debería diseñarse en experiencias docentes innovadoras y realizarse en torno a las siguientes cuestiones: aplicación de los contenidos teóricos de las diversas disciplinas al perfil del Trabajo Social, integración de la teoría y la práctica integrando experiencias prácticas desde el principio del programa académico, docencia centrada en el aprendizaje, modularización de la enseñanza, evaluación continua y metodología activa. La realización de experiencias docentes innovadoras en Trabajo Social requiere la existencia de unas condiciones que tienen que ver con el contexto educativo, los estudiantes y los propios docentes. En relación con el contexto educativo universitario se debe crear un ambiente propicio para la experimentación, con lo que requiere de la existencia de recursos suficientes y adecuados así como de la promoción de una cultura institucional que fomente la creatividad y la adaptabilidad en la enseñanza; la implementación de un sistema de selección de los estudiantes de Trabajo Social, la organización del currículo por asignaturas y por módulos y la utilización de los créditos europeos como unidad de medida que tenga en cuenta el trabajo de los estudiantes. Respecto a los estudiantes de Trabajo Social es necesario un reducido tamaño de los grupos de alumnos, un adecuado nivel de motivación hacia los estudios de Trabajo Social y la existencia de experiencias personales en temas sociales.

Finalmente, por parte de los profesores, estos deben tener un adecuado nivel de motivación y formación hacia la innovación docente y una formación académica y experiencia profesional —en Trabajo Social y en didáctica— que les permita ser competentes como docentes, la enseñanza para la comprensión es una orientación pedagógica que exige a los alumnos pensar, analizar, resolver problemas y dotar de significado a lo que aprendieron. Su puesta en práctica exige a los profesores un adecuado conocimiento del marco conceptual de la materia y de sus elementos, además de una disposición hacia el desarrollo de habilidades suficientes, la exploración de nuevas tecnologías y actualización constante.

Por otra parte, es necesario saber elegir temas que despierten el interés de los estudiantes, establecer metas coherentes y crear actividades. Los temas generativos son temas que proporcionan profundidad, significación, conexiones y variedad de perspectivas para apoyar el desarrollo de comprensiones profundas por parte de los estudiantes. Estos temas deben ser centrales para la disciplina, suscitar la curiosidad de los estudiantes, ser interesantes para los docentes, accesibles por disponibilidad de recursos e información, ofrecer la posibilidad de establecer conexiones con experiencias previas y de ser explotados con mayor profundidad. Es decir, la realización exitosa de experiencias docentes innovadoras se fundamenta en la creación de un contexto educativo favorable, la consideración de las características estudiantiles y el continuo desarrollo profesional de los docentes. Estos elementos convergen para generar un entorno educativo dinámico y enriquecedor que potencia la calidad y la relevancia de la formación en Trabajo Social.

En los últimos años, el debate en torno a la innovación docente y el uso de nuevas tecnologías ha alcanzado un punto decisivo. Este impulso ha sido particularmente notable en el contexto de la pandemia de COVID-19 que asoló el mundo en el año 2020. La situación de confinamiento

global generó una urgencia sin precedentes para aplicar la creatividad y adaptar la enseñanza a un entorno completamente diferente. Ahí es donde se ha visto, por un lado, la necesidad de terminar de adaptar la docencia a una realidad social distinta, en la que la sociedad se comunica de otras formas, así como el uso y aprovechamiento real de las nuevas tecnologías en las aulas.

El confinamiento global forzó a educadores, estudiantes y padres a repensar radicalmente la forma en que se imparte y se recibe la educación. Las aulas tradicionales se transformaron en entornos virtuales, y la enseñanza a distancia se convirtió en la norma. Este cambio abrupto evidenció tanto las oportunidades como los desafíos asociados con la integración de la tecnología en la educación. En este nuevo paradigma, la tecnología dejó de ser simplemente una herramienta adicional y se convirtió en un componente fundamental para el proceso educativo. Plataformas de aprendizaje en línea, videoconferencias, recursos digitales y redes sociales se convirtieron en vehículos esenciales para la transmisión de conocimientos y la interacción entre estudiantes y educadores. Este cambio no solo ha sido necesario para enfrentar la emergencia de la pandemia, sino que también ha planteado preguntas fundamentales sobre el futuro de la educación.

La pandemia, por tanto, actuó como un catalizador que aceleró la adopción de tecnologías educativas y resaltó la importancia de la flexibilidad y la adaptabilidad en la enseñanza.

2. DEL DEBATE SOBRE INNOVACIÓN DOCENTE A LA REALIDAD DE FORMACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

Para hablar sobre innovación docente en Trabajo Social, es imprescindible en primer lugar, conceptualizar el término de innovación, así como el análisis de las competencias y perfil profesional del Trabajo Social.

La palabra innovación proviene del latín *innovatio* y significa «acción y efecto de crear algo nuevo». El término de innovación supone un planteamiento formal en la reforma educativa que ya se produjo a inicios de los años 90. En formación no reglada, este término adquiere una gran importancia, vinculado al ofrecimiento de transformación metodológica generando cambios importantes en el discurso y prácticas educativas. Como bien señala Sáenz del Castillo (1999), también se convierte en elementos de constante confrontación entre sectores más ideológicos, tradicionales, conservadores en España, que hasta el momento había sido el motor de la educación, hasta la llegada del sistema democrático. El concepto comienza a adquirir mayor fuerza, tras la transformación en el sistema político. Etimológicamente, el término se refiere a introducción de algo nuevo, por lo que la innovación docente se refiere a la búsqueda constante de maneras más efectivas, creativas y pertinentes de facilitar el aprendizaje aplicando nuevos enfoques, estrategias y métodos. Se entiende el sistema educativo como conjunto de conocimientos y herramientas de innovación educativa, que otorga cambios de mejora.

En el sistema educativo, los cambios curriculares deben estar dominados por un proceso de reflexión sobre la práctica, como bien refleja José Gimeno en el prólogo del libro de L. Stenhouse (1998). Realmente lo que genera cambios y transforma la realidad en las sociedades e instituciones son aquellos que se producen en consenso y en pequeños grupos de iguales que van generando reflexión a través de sus propias prácticas. La innovación docente se basa en el reconocimiento de que el entorno educativo está en constante cambio.

Los procesos de innovación, se apoyan principalmente en la resolución de problemas que surgen a los miembros de una comunidad. Se caracteriza por la integración de componentes, como pueden ser: personales, materiales, estratégicos, entre otros, que ayuden a la calidad y eficiencia del proceso educativo, en este caso aplicado al ámbito universitario. Suelen ser cambios que se producen de abajo a arriba, siempre abiertos a la percepción de otros. Surgen, por tanto, del profesorado y se apoyan en los conflictos sobre las creencias de los docentes para cambiarlas. Presentan diferentes tipos de problemas para su implantación, como, por ejemplo: la postura defensiva de los docentes, no contar con facilitadores de cambios, entre otros (Sánchez Rivas, 2023).

Algo parecido sucede en el ámbito universitario, aunque no se puede obviar el compromiso adquirido en 2010 a través del Plan Bolonia. La Universidad no puede desarrollarse aislada de la sociedad, influye y forma parte de los procesos que acontecen en su entorno, contribuyendo así a la transformación de la sociedad en la que se integra. Actualmente, las universidades españolas cuentan con cuatro compromisos adquiridos, como son:

1. Creación, desarrollo, transmisión y crítica de la ciencia, la técnica y la cultura.
2. Preparación para el ejercicio de actividades profesionales que exijan la aplicación de conocimientos y métodos científicos o para la creación artística.
3. Apoyo científico y técnico para el desarrollo cultural, social y económico, tanto nacional como de las Comunidades Autónomas.
4. Extensión de la cultura universitaria.

Es decir, que la innovación no se puede dar solo en la transmisión de la ciencia, sino que se debe crear de forma combinada con docencia e investigación, otorgando sentido práctico y profesionalizado a la formación, así como en contacto con el entorno social, económico y profesional. Los diseños curriculares en educación superior, se definen en función de competencias, entendiendo éstas como aprendizajes complejos, es decir, un saber hacer ligado a la acción con un carácter integral (Aguayo y Marchant, 2017), por lo que se requiere que los conocimientos queden integrados en el alumnado de forma que sepa utilizar los saberes y habilidades aprendidos en el mundo real.

Según refiere Connell (2000), la Universidad tiene cuatro cometidos específicos, entre los que destaca la innovación, de forma que se conviertan en focos permanentes de progreso técnico y social. Desde esta perspectiva, cualquier actuación universitaria, debería formar para el desarrollo personal, desarrollo de conocimiento y competencias concretas y, para el mejor conocimiento del mundo laboral e investigador.

Toffler (1985) refiere que, en las organizaciones complejas en las que se producen cambios, como pueden ser las universidades, se llevan a cabo cuando se dan tres condiciones: personas insatisfechas con el orden existente y, una alternativa presente coherente, con un modelo, plan o visión y presión externa importante. Se puede decir que, la presión externa que perciben las universidades a través de la «Sociedad del Conocimiento», provoca que la innovación y el cambio se centren en la integración tecnológica.

La reforma de Bolonia junto con la presión de aproximadamente los últimos diez años, sobre cambios y experiencias en innovación docente que han sido construidas alrededor de iniciativas que tenían presente como medio la Innovación y las Tecnologías de la Información y Comunicación (en adelante, TIC), ha generado que nos veamos obligados a plantearnos la generación de cambios en los procesos metodológicos vinculados a la formación docente universitaria.

Lo que conllevan esos cambios y cómo se sitúan las TIC en los procesos formativos es fundamental para el modelo que surja a partir de las nuevas dinámicas. Sobre todo, porque las posibilidades de acción que permiten esas tecnologías, harán que sean factibles los modelos de innovación educativa y docente, que se han ido poniendo en práctica, en pequeños grupos involucrados en las universidades. Pero que no han sido reduccionistas, porque se han ido incorporando recursos, personas y procesos de cambio (Salinas, 2004).

Dentro de esta situación, la innovación con mayor éxito es aquella que ha facilitado procesos de uso tecnológico que promueven procesos educativos que ya venían siendo utilizados. Es decir, los recursos tecnológicos de innovación no facilitan la acción educativa, como se entiende la innovación en los docentes, por lo que imposibilitan el cambio y trasladan la acción de enseñar a situaciones no deseadas. Es decir que, si por ejemplo, una práctica educativa universitaria no es innovadora, no mejora la metodología docente y dificulta la generación de conocimiento, produce ineficiencia. Es lógico que, al integrar recursos tecnológicos, esta práctica no sufra en su desarrollo, siendo el recurso un medio que debe facilitar la dinámica. En algunos casos, dentro de las dinámicas de cambio reciente en la Universidad, los recursos han cumplido esa función de apoyo, en otros ha provocado decaimiento en la visión de cambio y en el valor y proceso de mejora, haciendo que alumnado y profesorado desistan en ello.

La relación entre la calidad docente y la naturaleza del Trabajo Social requiere de una serie de reflexiones acerca de su conformación, no únicamente centrada en la unión de teoría con la práctica profesional. El perfil profesional del Trabajo Social abarca una combinación de habilidades, conocimientos y valores que reflejan el compromiso con la justicia social, la mejora del bienestar y la promoción de la dignidad humana, por lo que hay que centrarse también en otros aspectos como: el desarrollo de las habilidades interpersonales que garanticen una intervención adecuada, el fomento de la reflexividad, es decir, la capacidad de los estudiantes y profesionales para reflexionar críticamente sobre sus propias creencias, valores y prácticas. Esto contribuye a un mayor autoconocimiento y a una práctica más ética y efectiva. Además, se debe fomentar el desarrollo de la autonomía capacitando a los estudiantes para tomar decisiones informadas, abogar por sus clientes y adaptarse de manera efectiva a los cambios en el entorno de trabajo. No se trata únicamente de incluir asignaturas relativas a la adquisición de competencias, como bien pudiera ser la asignatura de Habilidades Sociales, si no de convertirlas en ámbitos de conocimiento y aprendizaje real siguiendo la lógica constructiva de la enseñanza y formación significativa, donde el proceso de aprendizaje parte del propio alumno, de manera que a partir de sus conocimientos previos se proponga una metodología centrada en su actividad (Navarro-Segura y López, 2014).

3. INNOVACIÓN EN METODOLOGÍA DOCENTE Y TRABAJO SOCIAL COMO RETO INELUDIBLE

La innovación en Trabajo Social es inherente a la disciplina desde sus propios orígenes, formando parte de su propia estructura, en la formación de los trabajadores sociales siempre han existido experiencias y docentes motivados/preocupados por explorar

y experimentar con los estudiantes otras formas de generar aprendizaje, aunque no siempre se han planteado con unos objetivos claros o con una metodología sistemática que permita obtener resultados contrastables (Cortès y Llobet, 2020). Por ello se debe hablar de innovación no solo en la intervención en Trabajo Social sino en la metodología docente aplicada a futuros trabajadores sociales con metodologías que permitan el aprendizaje y la obtención de resultados contrastables y replicables, puesto que el modelo de enseñanza basado en clases magistrales ya no sirve, es necesario adaptar las metodologías al Espacio Europeo de Educación Superior y a la propia sociedad, en constante evolución. Los espacios contextuales donde desarrollan sus vidas los individuos, han dejado de estar estandarizados, ordenados y definidos, para ser transformados en los denominados entornos VICA. Es decir, volatilidad referida a la alta velocidad del cambio y por consiguiente a la necesidad de tomar decisiones con rapidez (Torras *et al.*, 2021). Esta incertidumbre no permite predecir el futuro inmediato. Es una complejidad que viene derivada de un alto número de factores y relaciones entre ellos que provocan alta ambigüedad entre lo que nos rodea y la información, cuando ésta es incompleta, imprecisa, contradictoria o poco fiable. En los últimos años el debate está servido, *¿cómo enseñamos a los futuros profesionales en un mundo cada vez más conectado, globalizado y cambiante?*, los docentes deben estar al tanto de las últimas investigaciones, cambios en políticas y prácticas innovadoras.

Las llamadas metodologías activas hacen referencia a métodos docentes de corte constructivo que favorecen la participación del alumnado y priorizan la creatividad y reflexión sobre el proceso memorístico (Centenero, 2023). Este tipo de metodologías se abren paso en la disciplina como alternativas de innovación, que permiten fomentar la autonomía de aprendizaje involucrando activamente a los estudiantes en su propio proceso de aprendizaje, fomentando la participación, el pensamiento crítico y la aplicación práctica de los conceptos teóricos y habilidades aprendidas en situaciones del mundo real.

Las metodologías que fomentan «aprender investigando», óptimas para el Trabajo Social pueden ser: el aprendizaje servicio, que fomenta el aprendizaje exitoso y el compromiso social: aprendemos a ser competentes siendo útiles a los demás; una combinación entre el aprendizaje basado en la experiencia y el servicio a la comunidad, animando a los participantes a involucrarse activamente en situaciones reales y que durante el proceso aprenden a investigar e implicarse de forma más solidaria (Cortès y Llobet, 2020). El aprendizaje basado en problemas, utilizando casos y problemas sociales reales como base para el aprendizaje que pueden incluir escenarios de intervención social, dilemas éticos o desafíos en la prestación de servicios; aprendizaje por proyectos, colaboración interdisciplinar con profesionales de la salud, educación, derecho, etc., donde comprueben de primera mano las sinergias que se pueden crear, etc., favorecen la adquisición de competencias y habilidades siendo protagonistas de sus aprendizajes, mediante la aplicación de conocimientos y estrategias innovadoras en la intervención profesional. Sin descartar otras como el *Role Playing*, proyectos colaborativos, aprendizaje colaborativo...

Con este tipo de metodologías conseguimos potenciar el protagonismo del alumnado aumentando su responsabilidad en el proceso de aprendizaje, conociendo de manera más realista las situaciones en las que van a intervenir en su vida profesional, favoreciendo la conexión entre la teoría y la práctica y colaborando en su capacidad de crear respuestas creativas, estratégicas y ágiles a los problemas que se encuentren en su labor profesional.

Multitud de publicaciones y elaboraciones metodológicas sobre innovación docente (López Ruiz, 1999; Blythe, 1999), aprueban el proceso de convergencia planteado por el Acuerdo de Bolonia, sobre formación superior y universitaria en el espacio europeo. Concretamente en aquellos aspectos relevantes, que inciden en la importancia de la docencia centrada en el aprendizaje y la comprensión de la misma. Según López Ruiz (1999), los resultados de numerosas investigaciones educativas han puesto de relevancia la importancia de entender y atender el proceso de aprendizaje y de organizar el currículo en base a procesos metodológicos basados en la innovación y comprensión de la materia por parte del alumnado.

Es decir, los docentes deben ser creadores y transformadores de la cultura y los estudiantes deben construir su propia dinámica de aprendizaje sobre los contenidos del currículo. Para ello, es clave cuestionarse estos dos planteamientos: ¿cómo cambia el conocimiento y las creencias cuando los docentes tratan de poner en práctica una enseñanza centrada en el aprendizaje?, ¿cómo se modifica la docencia en el aula cuando los profesores tratan de poner en práctica una enseñanza centrada en el aprendizaje? y ¿cómo se modifica la docencia en el aula cuando los docentes nutren su conocimiento en relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje, transmitido a través de una metodología docente innovadora?

La metodología docente como aprendizaje orientativo, incluye tres elementos clave:

- 1. Estimulación motivadora:** debe ser general y basada en todo momento en los contenidos de la materia. A su vez, no se puede olvidar trabajar la disposición por el aprendizaje y asegurarse la comprensión de los estudiantes.
- 2. Los procesos de elaboración:** esto quiere decir que, la asimilación, abstracción y comprensión como procesos, han de ser el descubrimiento de las relaciones significativas entre el nuevo contenido docente.
- 3. Consolidación del aprendizaje:** esto es clave. Es decir, es necesario incluir métodos, técnicas y reglas mnemotécnicas que ofrezcan procesos de transferencia, expresión y entendimiento de los nuevos aprendizajes.

Por lo cual, el aprendizaje estaría basado en todo momento en tres importantes fases: motivación, asimilación e integración de los conocimientos; la motivación impulsa el interés, la asimilación facilita la comprensión, y la integración consolida la aplicación efectiva de los conocimientos adquiridos. De acuerdo con las ideas de Blythe (1999), los alumnos tienen el reto de pensar, analizar y resolver problemas, dotando de significado todo aquello que aprendieron. Los profesores, por otro lado, que desempeñan un papel clave, deben hacer el esfuerzo por entender muy bien el marco conceptual que están enseñando, así como todos sus elementos y, por último y no menos importante, es imprescindible elegir temas que despierten interés y curiosidad en la materia, creando metas coherentes. Esta elección suscita en los estudiantes la motivación para

profundizar en ellos, accesibles y con recursos e información. Hay que emplear metodologías docentes que permitan a los alumnos relacionarlas con sus experiencias y conocimientos, que a su vez pueden entender y sellar el conocimiento.

4. PRÁCTICA PROFESIONAL Y TRABAJO SOCIAL DIGITAL

Cada vez, es más evidente y necesario el papel de la universidad en el desarrollo del aprendizaje continuo a lo largo de la vida. Esto quiere decir que, una formación concebida como el inicio de un proceso formativo que durará toda la vida, donde el individuo precisa ser capaz de manipular el conocimiento, de actualizarlo, seleccionar e identificar qué es lo apropiado para un contexto específico; así como de un aprendizaje permanente, de entender lo que aprende, de tal forma que pueda adaptarlo a nuevas situaciones que cambian rápidamente. Una vez más, las universidades tienen que hacer frente a necesidades de estudiantes no tradicionales, y responder a los requerimientos de calidad.

Sin lugar a dudas, como refiere Sánchez Rivas (2023) el tema de las TIC es una de las cuestiones contemporáneas que más preocupan a todas las personas interesadas en el desarrollo educativo. Aunque no solo en el ámbito educativo, también están siendo clave para el mantenimiento de las familias transnacionales, por ejemplo. Las consecuencias de su utilización y su desarrollo, es tema de un intenso debate que incluye diferentes dimensiones, tanto a favor como en contra; encontramos múltiples opiniones sobre la necesidad de la aplicación de la tecnología en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y por supuesto la universidad no puede quedar fuera de estos debates. «*Lo queramos o no, las nuevas tecnologías son medios que educan y socializan, por lo que es indispensable trabajar en competencias relacionadas con estas cuestiones desde la Enseñanza Superior*» (Gallardo y López, 2020 p. 175). En la actualidad, las tecnologías están presentes en todos los aspectos cotidianos de la vida, conformando, como afirman García et al. (2017), una nueva identidad, con una forma de relacionarse, comunicarse y, por tanto, de interactuar.

La Universidad, indudablemente, se está transformando. En plena revolución tecnológica y época de transformación social en la que nos encontramos, la Educación Superior ha de emprender la transformación y renovación más radicales que jamás haya tenido por delante (Escandell et al., 1999). Es necesario e imprescindible construir un pensamiento crítico y pensar en nuevas formas de enseñanza y aprendizaje a través de medios tecnológicos incorporando tecnologías educativas, plataformas en línea, recursos multimedia incluyendo simulaciones, videoconferencias, foros *online*, etc., este aspecto ha tomado mucho mayor interés y se ha tenido que tomar con mayor fuerza tras la pandemia, debido a la estricta necesidad de aprovechar estas tecnologías durante el confinamiento y suspensión de la docencia presencial, ya que se volvieron indispensables. Sin embargo, en realidad lo que produjo la pandemia fue un traslado de la docencia presencial a un mundo *online* sin adaptar la misma al medio en el que se encontraba, aprovechando todas las potencialidades de lo virtual (Baladrón et al., 2020). Así, a pesar de prácticas docentes con buen fin, la crisis sanitaria demostró la poca preparación que tenían las universidades para la docencia *online*.

De todas las maneras, es innegable el papel que ha tenido la pandemia en la instauración de la tecnología en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la situación de confinamiento global supuso el acicate definitivo para poner en marcha distintas experiencias docentes con la tecnología como protagonista, la búsqueda de innovación también se orientó hacia el desarrollo de nuevas herramientas y enfoques de enseñanza y aprendizaje más enriquecedoras.

No podemos aislar la Universidad de la Revolución Tecnológica, por ello es necesario conocer las tecnologías para poder utilizarlas como recursos en la investigación social, así como en la intervención, diseño y evaluación de programas sociales. Las TIC deben permitir el acceso universal a la educación, promover la comunicación y colaboración aumentando la eficiencia y acortando las distancias. Por ello, la capacitación docente se convierte en un componente esencial para desarrollar los contenidos en estos nuevos contextos haciendo hincapié en la formación continua que aumente sus conocimientos, capacidades y habilidades en el manejo de tecnologías aplicadas a la educación (García *et al.*, 2017).

Además, el Trabajo Social se ha transformado, ya que su propio entorno de praxis profesional se ha visto modificado, las personas a las que atiende también, en general las estructuras sociales, costumbres y culturas se han visto modificadas por la propia tecnología, generando una transformación integral que afecta a todos los niveles de la vida y, por tanto, de la propia práctica del Trabajo Social. Para ello, es indispensable examinar algunas cuestiones fundamentales sobre metodologías y técnicas docentes que precisan revisión para cumplir con el presente centrándonos en las competencias clave que los estudiantes deben desarrollar para tener éxito en la práctica del Trabajo Social, competencias que les permitan investigar, gestionar, discriminar y tratar la información, así como generar conocimiento para el desarrollo, revisión y mejora de la investigación y diseñar actividades y evaluaciones que se centren en estas competencias (Pérez *et al.*, 2012). Los estudiantes deben aprender a procesar datos de manera crítica, aplicando herramientas y enfoques analíticos para comprender mejor los problemas sociales y formular respuestas informadas. La generación de conocimiento es otra dimensión fundamental de las competencias que deben adquirir los estudiantes de Trabajo Social. En un mundo en constante cambio, la capacidad de contribuir al desarrollo, revisión y mejora de la investigación en su campo es esencial. Las metodologías docentes deben inspirar a los estudiantes a cuestionar, explorar y participar en la generación de conocimiento que fortalezca la base teórica y práctica del Trabajo Social.

Pienso que la tecnología es como el Caballo de Troya, porque en la historia real del Caballo de Troya, no fue el caballo el que fue efectivo, sino los soldados que contenía. Y la tecnología sólo será efectiva a la hora de transformar la educación si se introduce un ejército que esté decidido a llevar a cabo dicho cambio una vez superados los obstáculos [Seymour Pappert (1999) citado en Pérez *et al.*, 2012 (p. 60)].

5. CONCLUSIONES

La innovación docente emerge como un desafío significativo en el ámbito universitario y por supuesto en la disciplina del Trabajo Social. En un entorno caracterizado por la revolución tecnológica, los cambios en las estructuras sociales, las transformaciones de las necesidades sociales y la transformación de paradigmas, se hace imperativo reflexionar sobre las necesidades cambiantes en la educación y docencia de Trabajo Social. No en vano, el Trabajo Social es la disciplina de la innovación social, no encontrando ninguna otra que sea capaz de reformarse y adaptarse a los cambios sociales con más rapidez, formando parte de su propia estructura y ADN, el Trabajo Social ha sido y sigue siendo una actividad basada en la innovación social y será más exitosa cuantos más agentes se involucren en la misma (Alonso y Echevarría, 2016; Mustieles, 2022). Además, la demanda de innovación no proviene solo de la propia disciplina, sino también de un alumnado cada vez más exigente con las metodologías docentes que hasta

la actualidad se están desarrollando. El Trabajo Social requiere de un enfoque más real y aplicado a los nuevos sistemas de comunicación, investigación e innovación docente.

La innovación docente en el campo del Trabajo Social, es un componente esencial para garantizar la preparación efectiva de los estudiantes ante las cambiantes necesidades de la sociedad. Por tanto, debe ser continua y adaptativa para abordar las cambiantes necesidades de la sociedad y preparar a los estudiantes de manera efectiva para su papel en la práctica del Trabajo Social, por lo que la calidad en la docencia se revela como un pilar fundamental debido a la complejidad y la responsabilidad intrínseca de la profesión. No se trata únicamente de la incorporación de nuevas tecnologías o métodos pedagógicos por imperativo, sino también la capacidad de adaptarse a los desafíos contemporáneos, a las transformaciones sociales y demandas de los individuos, a los nuevos entornos de aprendizaje, proporcionando una formación integral que aborde tanto los conocimientos teóricos como las habilidades y competencias esenciales para la intervención y la investigación. La capacidad de adaptarse y abrazar la innovación digital se vuelve esencial para los trabajadores sociales en la era contemporánea, en un mundo donde la tecnología desempeña un papel crucial en la configuración de las interacciones y soluciones en el ámbito social, la formación debe estar alineada con este entorno cambiante.

No debemos olvidar que para poder adaptarse a los constantes cambios que se están produciendo en la sociedad del momento, se debe flexibilizar y desarrollar vías de integración de las TIC en los procesos de formación docente, en las instituciones de educación superior. También es necesario que de forma paralela se aplique una nueva concepción de los alumnos, del rol de los profesores y cambios administrativos en los sistemas de información y comunicación, así como diseño y distribución de la enseñanza. Esto implica, una serie de cambios principalmente en los cánones de enseñanza y aprendizaje, dirigido hacia un modelo más flexible e integrado por los avances tecnológicos. Aunque es cierto que la incorporación de las TIC significa adaptación a la novedad y los tiempos, las universidades informatizadas se cotizan muy bien, aunque el conocimiento de las nuevas tecnologías (NNTT) en metodología docente, aún sigue siendo insuficiente. El punto más importante a la conclusión de los estudiantes, es que las tecnologías son una pieza clave en la sociedad actual, pero efectivamente no son la solución a los problemas educativos. Es decir, las TIC no están diseñadas para cambiar por sí mismas el aprendizaje, ni la enseñanza. Serán las que permitan ser el paradigma dentro del cual están operando. No cambian por sí solas los procesos de enseñanza y aprendizajes, aunque sí que pueden aumentar de forma casi ilimitada, sus efectos.

Es observable que la incorporación de las TIC en la enseñanza universitaria, no garantiza que los resultados alcanzados puedan ser efectivos, como no lo hizo en su momento, la incorporación de los audiovisuales.

En la actualidad, tenemos un gran reto por delante y es pensar y repensar cómo se pueden integrar las TIC en los procesos de formación-enseñanza universitaria, así como su aprendizaje. Es necesario que la integración comporte un auténtico replanteamiento en todos los procesos, de tal forma que la integración de las TIC se funde en la innovación docente más eficiente, en el aprendizaje de mayor calidad en los estudiantes. Uno de los mayores cambios en las universidades, es, sin duda, la generación del conocimiento.

En resumen, la innovación docente en Trabajo Social no es solo una respuesta a las demandas del momento, sino un compromiso continuo con la adaptabilidad, la excelencia y la formación integral. La capacidad de evolucionar y abrazar la innovación emerge como una competencia esencial para los profesionales del Trabajo Social, quienes, al estar arraigados en la innovación social, tienen la responsabilidad de liderar el camino hacia una educación y práctica más efectivas y relevantes en el cambiante panorama social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amador, L.; Domínguez, G.; Esteban, M. y López, E. (eds.) (2010). *Experiencias universitarias innovadoras en Educación Social*. Sevilla: Mergablum.
- Aguayo, C., y Marchant, P. (2021). «Construcción de competencias éticas para la formación universitaria en trabajo social». *Perfiles educativos*, 43(171), 102-118. Epub de 28 de febrero de 2022. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2021.171.59678>
- Alonso, A. y Echeverría, J. (2016). «¿Qué es la innovación social? El cambio de paradigma y su relación con el Trabajo Social». *Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2): 163-171.
- Baladrón, A. J., Correyero, B. y Manchado B. (2020). «La transformación Digital de la Docencia Universitaria en comunicación durante la crisis del COVID-19 en España: una aproximación desde la perspectiva del alumnado». *Revista Latina de Comunicación Social*, núm. 78 (octubre): 265-87. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1477>
- Bañez, T. (2004). «La innovación docente en la formación en Trabajo Social». *Portularia*, 4, 421-430.
- Blythe, T. (1999). *La enseñanza para la comprensión. Guía para el docente*. Buenos Aires, Paidós.
- Centenero, F. (2023). «Role playing para el aprendizaje de técnicas de mediación: ventajas e inconvenientes de su aplicación en el aula». En Dykinson (ed.). *Conexiones digitales: las tecnologías como puentes del aprendizaje* (pp. 87-96).
- Connell, R. W. (2000). *Escuelas, mercados, justicia: la educación en un mundo fracturado*. Morata.
- Cortès, F. y Llobet, M. (2020). «Plantando la semilla de la innovación en la formación en Trabajo Social». *Revista de Treball Social*, 219, 119-136. Doi: 10.32061/RTS2020.219.06
- Escandell, O., Rubio, C. y Rubio, F. (1999). «La Universidad del siglo XXI y el cambio tecnológico». *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 2(1).
- García, M. R., Reyes, J. y Godínez, G. (2017). «Las TIC en la educación superior, innovaciones y retos». *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, vol. 6, núm. 12. Doi: 10.23913/ricsh.v6i12.135

- Gallardo, J.A. y López, F. (2020). «Twitter como recurso metodológico en Educación Superior: Una experiencia educativa con estudiantes de Trabajo Social». *Alteridad*, 15(2), 174-189. Doi. org/10.17163/alt.v15n2.2020.0
- López Ruiz, J. I. (1999). *Conocimiento docente y práctica educativa. El cambio hacia una enseñanza centrada en el aprendizaje*. Málaga, Ediciones Aljibe.
- Mustieles, D. (2022). *Innovación Social y Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social.
- Pérez, M., Sarasola, M., Serrano, J. L. y Balboa-Carmona, M. (2012). «Trabajo Social y Nuevas Tecnologías». *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 12(1), 57-60.
- Navarro-Segura, R., Lisette, G. y López, P. (2014). «Learning Process of Social Skills at University Level: Analysis of a Training Experience in Social Education and Social Work Degrees». *Formación universitaria*, 7(4), 25-38. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062014000400004>
- Sáenz del Castillo, A. (1999). «El (o)caso de los movimientos de renovación pedagógica (MRPs)». *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 2(1), 785-796.
- Salinas, J. (2004). «Innovación docente y uso de las TIC en la enseñanza universitaria». *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 1(1), 1-16.
- Sánchez Rivas, M. V. (2023). «Innovación docente y uso de las TIC en formación universitaria: una mirada hacia las ciencias sociales». En Dykinson (ed.). *Conexiones digitales: las tecnologías como puentes del aprendizaje* (pp. 668-680).
- Sánchez Rivas, M. V. (2023). «La importancia de las TIC en las familias transnacionales colombianas. Un acercamiento desde el Trabajo Social». En Dykinson (ed.). *Tecnofilosofía: reflexión filosófica, inteligencia artificial y ciencia* (pp. 190-210).
- Stenhouse, L. (1998). *Investigación y Desarrollo del Currículo*. Madrid: Morata.
- Toffler, A. (1985). *The Adaptive Corporation*. New York: McGraw-Hill.
- Torras, I. Rubio, E. M., Mota, R. y Lázaro, S. (2021). Formación en técnicas para la innovación en trabajo social y educación social. Una experiencia interuniversitaria colaborativa. *Formación universitaria*, 14(5), 163-174. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062021000500163>

EL IMPACTO DEL DESEMPLEO Y DESAFÍOS PARA LAS MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS: ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LOS ITINERARIOS PERSONALIZADOS DE INSERCIÓN

THE IMPACT OF UNEMPLOYMENT AND CHALLENGES FOR WOMEN OVER 45 YEARS OLD: ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PERSONALIZED INSERTION ROUTES

Cristina María González Noda

<https://orcid.org/0009-0004-8909-0774>

Graduada en Trabajo Social. Universidad de La Laguna

Felipe Santiago Fernández Méndez

<https://orcid.org/0000-0002-5889-0566>

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Profesor Contratado Doctor del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. ffernanm@ull.edu.es

José Manuel Díaz González

<https://orcid.org/0000-0001-9974-2159>

Diplomado en Trabajo Social. Profesor Ayudante Doctor del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. jdiazgon@ull.edu.es

Resumen: el desempleo es un problema que genera impactos significativos a nivel individual y social. Implica escasez de recursos y estrategias, lo que lo convierte en un factor determinante para la integración social, el progreso personal y el bienestar. Este fenómeno se agudiza para las mujeres mayores de 45 años, que enfrentan mayores dificultades para acceder al mercado laboral. Se realizó una revisión bibliográfica y una investigación cuantitativa con 272 mujeres desempleadas. Se analizaron variables sociodemográficas y de intervención profesional. Las mujeres en esta franja a menudo tienen formación limitada y trayectorias laborales irregulares y cortas. Los hallazgos sugieren la necesidad de programas formativos y de orientación para mejorar la empleabilidad y calidad de vida de este grupo afectado, contribuyendo así al diseño futuro de intervenciones que aborden esta problemática de manera efectiva.

Palabras Clave: empleo, mujer, factores de riesgo, integración social y programa social.

Abstract: unemployment is a problem that generates significant impacts at both an individual and societal level. It entails a scarcity of resources and strategies, making it a determining factor for social integration, personal progress, and well-being. This phenomenon is exacerbated for women over 45 years old, who face greater difficulties in accessing the labor market. A bibliographic review and quantitative research were conducted involving 272 unemployed women. Socio-demographic variables and professional intervention were analyzed. Women in this age range often have limited education and irregular, short-term work histories. The findings suggest the need for training and guidance programs to enhance employability and quality of life for this affected group, thus contributing to the future design of interventions that effectively address this issue.

Keywords: employment, women, risk factors, social integration and social program.

Referencia normalizada: González, C. M.ª; Fernández, F.S. y Díaz, J.M., «El impacto del desempleo y desafíos para las mujeres mayores de 45 años: análisis de la efectividad de los itinerarios personalizados de inserción». Trabajo Social Hoy (pág 63-75). Doi: 10.12960/TSH2024.0011

Correspondencia: José Manuel Díaz González. Diplomado en Trabajo Social. Profesor Ayudante Doctor del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Email: jdiazgon@ull.edu.es

1. INTRODUCCIÓN

El desempleo es un problema social con implicaciones significativas para la calidad de vida y la disponibilidad de recursos. En el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS 2030), se realiza una revisión teórica para conceptualizar y contextualizar este fenómeno. El desempleo, según el Servicio Público de Empleo Estatal (2022), se refiere a la situación de aquellas personas en edad laboral que, estando capacitadas y predispuestas para desarrollar un empleo, pierden su trabajo o ven disminuida su jornada laboral, pudiendo tener derecho a prestaciones económicas. Es crucial reconocer que el empleo no se limita a la tarea y el salario, sino que influye en el desarrollo personal, la capacitación especializada y una variedad de competencias y habilidades.

Se pueden distinguir dos tipologías de desempleo: coyuntural y estructural. La primera se relaciona con el nivel de empleo en diferentes actividades económicas, mientras que la segunda indica que la falta de empleo no siempre está asociada a una situación económica precaria, pudiendo ocurrir incluso en momentos de alta demanda (Sumba *et al.*, 2020). Esto destaca que el desempleo va más allá de la mera disponibilidad de trabajo. La introducción de nuevas tecnologías, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT 2022), es uno de los impulsores principales del incremento del desempleo a nivel global. En el contexto de los ODS 2030, España tiene la oportunidad de abordar este problema, promoviendo la responsabilidad social y mejorando la calidad de vida de sus ciudadanos.

La precariedad laboral aborda aspectos como la inestabilidad en el empleo, la falta de protección para las personas trabajadoras, la fragilidad laboral, la cuantía de los salarios y los beneficios sociales (Amable, 2006). La inestabilidad laboral está especialmente ligada a la contratación indefinida, involucrando a las empresas de trabajo temporal (ETT), la duración de los contratos y la extensión o renovación de estos contratos de duración determinada. Dicha precariedad laboral coloca a la persona trabajadora en una posición vulnerable, exponiéndola a la inseguridad de mantener un empleo estable. Esto puede resultar en condiciones laborales deficientes, dificultades en el acceso a recursos y una reducción en la calidad de vida (Artaco *et al.*, 2005). Es esencial abordar tanto la precariedad como la inseguridad laboral en conjunto con el desempleo, ya que están intrínsecamente conectados.

El desempleo no solo afecta al aspecto económico, sino también al social. La falta de trabajo limita la capacidad de socialización, restringiendo las actividades colectivas y generando exclusión involuntaria (Brito *et al.*, 2020). La inestabilidad provocada por la pandemia ha dificultado la generación de empleo, aumentando los niveles de estrés y ansiedad entre los desempleados (Brito *et al.*, 2020). El desempleo prolongado puede generar sentimientos de apatía, desánimo y vacío en los individuos (Merino, 2013). En el contexto del género, la inactividad laboral para las mujeres representa un retroceso en su autonomía y posibilidades equitativas, así como un aumento de conflictos familiares y la asignación de más responsabilidades domésticas (Martínez y Téllez, 2016). El desempleo también está ligado al estrés, la incapacidad para afrontar obligaciones financieras y el desarrollo de trastornos psicológicos (Urbano y González, 2013). Arizcuren (2015) aborda las implicaciones económicas, bienes duraderos, vivienda, medio ambiente y carga asociada a la vivienda principal. En la tabla que se expone a continuación se examinan los puntos esenciales de cada dimensión.

Tabla 1. Dimensiones asociadas al desempleo

Dimensiones	Elementos implicados
Presión económica	Demoras en las cancelaciones de importes, hipotecas o alquileres. Dificultad para mantener una nutrición variada y afrontar gastos imprevistos.
Bienes duraderos	Acceso limitado o inexistente a objetos esenciales para una adecuada calidad de vida como una televisión, un vehículo en propiedad, electrodomésticos o conectividad a la red, así como dispositivos electrónicos (<i>smartphone</i> , ordenador o <i>tablet</i>).
Condiciones de la vivienda	Habitabilidad y estado de la vivienda, incluyendo aspectos como la presencia de ventanas funcionales, ventilación adecuada, condiciones de baño higiénicas (ducha y retrete operativos), ausencia de goteras y humedades, entre otros.
Entorno y medioambiente	Calidad y seguridad del entorno diario, considerando factores como niveles de ruido, grado de contaminación y tasas de criminalidad en la zona.
Carga económica	Capacidad y seguridad del entorno diario, considerando factores como niveles de ruido, grado de contaminación y tasas de criminalidad en la zona.

Fuente: Elaboración propia a partir de Arizcuren, F. J., 2015.

Tras la crisis sanitaria desencadenada por la pandemia de COVID-19 en España, persiste una alta tasa de desempleo. En enero de 2022, se registraron más de 3 millones de personas desempleadas, de las cuales 207.000 corresponden al territorio de las Islas Canarias. Es crucial subrayar la realidad de las mujeres con edades superiores a los 45 años, quienes constituyen una parte considerable de este conjunto. En Canarias, este número supera las 66.000, lo que equivale a casi el 32% del total de personas en esta condición. Estas cifras subrayan la urgencia de abordar el desempleo en este segmento de la población. El desempleo, especialmente entre las mujeres, puede generar un alto nivel de estrés laboral. Esto se deriva de la incertidumbre sobre la seguridad del trabajo actual y la posibilidad de perderlo, así como de la ansiedad asociada con la búsqueda de un nuevo puesto (INE, 2021). Además, la preocupación y el temor a quedarse sin empleo pueden llevar a un proceso de duelo cuando esta situación se materializa (Espino, 2014). Principio del formulario

Por tanto, es posible reconocer varias causas de riesgo vinculadas con la pérdida del trabajo, que impactan en aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos y personales. Por consiguiente, adquiere importancia la perspectiva presentada por Espino (2014) y Rubio (2009) sobre la declinación del bienestar psicosocial vinculado al desempleo, la cual se expone a continuación.

Tabla 2. Deterioro del bienestar psicosocial debido a la falta de trabajo

Tipo de impacto	Consecuencias
Degradación física	Manifestaciones como dolores de cabeza, migrañas, tensión arterial elevada, sedentarismo, sobrepeso, obesidad, entre otros.
Deterioro psicológico	Incluye trastornos del sueño, malestar emocional, ansiedad, nerviosismo, miedo, angustia, depresión, disminución de la interacción social e incluso situaciones de riesgo como el suicidio.
Deterioro personal	Se evidencia en la falta de motivación y autoestima, la pérdida de la propia identidad, inseguridades y distanciamiento en las relaciones interpersonales.
Deterioro económico	Implica una disminución de los ingresos, la exclusión del mercado laboral, una merma en la calidad de vida y alteraciones negativas a nivel personal y social.
Deterioro social	Conlleva a un aislamiento personal, problemas familiares, conflictos sociales y una mayor vulnerabilidad en la esfera social.

Fuente: Elaboración a partir de Espino, 2014 y Rubio, 2009.

El desempleo, especialmente entre las mujeres mayores de 45 años, puede tener un impacto significativo en la salud mental y física. Tras la pérdida del empleo, es común observar cuadros ansioso-depresivos reactivos, así como el abuso de sustancias nocivas, tabaquismo, trastornos del sueño y conflictos familiares (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2012). Estas repercusiones se extienden al ámbito personal, afectando la personalidad y el modo de ser del individuo, lo cual se ve afectado debido a la falta de empleo. Esto puede intensificar los resultados adversos, como la baja autoestima, la pérdida de motivación y un posible aislamiento social.

En términos económicos y sociales, la disminución de ingresos debido al desempleo conlleva una reducción en la calidad de vida, lo que puede desencadenar problemas familiares, conflictos y aislamiento social. La crisis sanitaria ha agravado esta situación, ya que el empleo precario se ha convertido en la nueva forma de subsistencia para muchas personas. La escasa valoración social, sueldos insuficientes, jornadas laborales abusivas y condiciones laborales desfavorables contribuyen a esta problemática (Espino, 2014). Por lo tanto, obtener un empleo no garantiza necesariamente lograr una calidad de vida adecuada.

El desarrollo de programas de empleabilidad es esencial para mejorar el bienestar de la población española y cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con el desempleo y la erradicación de la pobreza. La puesta en marcha de programas de empleabilidad y otras iniciativas puede garantizar una adecuada integración. Además, fomentar el trabajo decente y el crecimiento económico contribuirá al bienestar en diversos aspectos (OMS, 2011).

Las desigualdades de género en el empleo y desempleo son notables. Las mujeres, en muchas ocasiones, se enfrentan a contratos temporales y empleos a media jornada, lo que dificulta la conciliación entre las responsabilidades familiares y el trabajo remunerado. Esta situación resulta en consecuencias económicas que afectan a los salarios y retribuciones de las mujeres, creando un patrón social persistente (Rubio, 2009). Además, el desempleo las asocia aún más con roles de cuidadoras, lo que se traduce en prestaciones de menor cuantía debido a sus menores períodos de cotización y empleo.

Las mujeres mayores de 45 años enfrentan tasas significativas de desempleo de larga duración, a menudo debido a responsabilidades familiares y bajo nivel de formación. Más de 5 millones de mujeres están en esta situación. Es esencial abordar sus particularidades y proporcionar acceso a formación y cualificaciones (Consejo Económico y Social, 2014). Según la EPA de 2021, el 13,8% de las mujeres desempleadas tienen entre 25 y 54 años, y un 14,6% son mayores de 55 años (INE, 2021d). Además, el Informe del Servicio de Empleo Público Estatal (en adelante, SEPE) de 2021 revela que las personas que buscan empleo de manera prolongada son mayoritariamente aquellas de 55 años en adelante, dentro del rango de edades de 45 a 59 años (SEPE, 2022a). En la siguiente tabla, se detallan las cifras según los diferentes grupos etarios.

Tabla 3. Personas mayores de 45 años sin empleo según la antigüedad de la demanda por franjas etarias

Antigüedad	45-49 años	50-54 años	55-59 años
De 12 a 24 meses	99.823	104.748	116.952
Más de 24 meses	125.535	163.115	197.859

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de 2021 del Mercado de Trabajo de los mayores de 45 años a nivel estatal.

En 2021, según la información del SEPE, la tasa de desempleo femenino mostró que 666.000 mujeres de entre 45 y 59 años recibían prestaciones, lo que sugiere que el sistema de protección contra el desempleo en nuestro país, para personas mayores de 45 años, se centra principalmente en la asistencia. Solo el 36,14% de las personas que reciben prestaciones en este grupo de edad son de tipo contributivo (SEPE, 2022b). Asimismo, se confirma que la finalización de la relación contractual en personas mayores de 45 años en comparación con las jóvenes está relacionada con despidos ordinarios, junto con operaciones de finalización colectiva y normativa laboral (Consejo Económico y Social, 2014). Es importante considerar que, en este grupo de edad, hay personas que tienen responsabilidades en sus hogares, lo que implica que un aumento en el riesgo de pobreza y exclusión social puede tener un impacto significativo tanto en el ámbito

personal como en su entorno más cercano. Esto se traduce en una disminución en la calidad de vida tanto para las mujeres como para sus familiares.

La disparidad entre hombres y mujeres tiene un fuerte impacto en la economía familiar, especialmente en lo que respecta a los salarios. Según el Ministerio de Asuntos Sociales (2022), las probabilidades de subsistir con ingresos más bajos que el promedio son más elevadas en mujeres que en hombres. Por tanto, el hecho de que el 58% del desempleo registrado se relacione con mujeres en España confirma lo mencionado previamente. Además, el gobierno señala que existen diferencias salariales y en la duración de la jornada laboral. En este sentido, el 75% de las personas a jornada parcial son mujeres, y son ellas quienes dedican más tiempo y esfuerzo a las tareas del hogar y la familia.

Considerando las pruebas previamente mencionadas, se estableció como objetivo primordial realizar un diagnóstico de las necesidades sociolaborales de las mujeres mayores de 45 años, con el propósito de elevar su empleabilidad mediante un programa personalizado. De forma particular, se procuró representar la población dentro del ámbito de estudio, explorar la visión de las profesionales sobre las necesidades sociolaborales de este grupo, evaluar la correlación entre las variables analizadas y la situación de empleabilidad de las mujeres y, proponer estrategias de mejora en las intervenciones para impulsar la empleabilidad.

2. METODOLOGÍA

2.1. Contexto de estudio

El presente trabajo se llevó a cabo en el seno de Cáritas Diocesana, en el marco de la Red Barrios por el Empleo (BXE), que tiene como objetivo facilitar la participación de personas desempleadas en la isla de Tenerife en un proyecto de intervención integral. Para lograrlo, se implementan herramientas como formación especializada para incrementar las oportunidades de acceso al empleo, la cual se diseña a través de itinerarios de inserción individualizados.

2.2. Diseño de investigación

El estudio se enmarca en una metodología descriptiva, observacional y retrospectiva, que parte de una revisión exhaustiva de literatura en diversas bases científicas. Se realizaron búsquedas en español e inglés utilizando los términos «desempleo», «mujeres», «impacto social» y «consecuencias», combinados mediante el operador booleano AND. Esta estrategia arrojó un total de 93 artículos, de los cuales se seleccionaron 37, considerando criterios de inclusión tales como haber sido publicados entre los años 2000 y 2022, disponer de toda la información para su estudio y estar directamente relacionados con el tema en cuestión. A partir del marco conceptual establecido, se procedió al estudio de una base de datos proporcionada por el programa BXE, la cual fue trasladada a una hoja de registro de datos diseñada especialmente para este propósito. Ulteriormente, se llevó a cabo la valoración de los datos con el objetivo de delinear las particularidades de las mujeres en este contexto y comprender la magnitud de esta problemática.

2.3. Población y muestra del estudio

El conjunto de personas bajo investigación estuvo conformado por 272 mujeres mayores de 45 años en situación de desempleo en la isla de Tenerife, las cuales estaban recibiendo asistencia por parte de BXE. Adicionalmente, se llevaron a cabo entrevistas con 8 especialistas en empleo de Cáritas Diocesana, quienes proporcionaron una información valiosa.

2.4. Criterios de inclusión y exclusión

La participación en el estudio implicaba cumplir con diversas condiciones, incluyendo ser mujer, tener más de 45 años a fecha 1 de enero de 2022, no tener barreras lingüísticas, estar desempleada en el momento actual, haber utilizado los servicios de la red BXE en 2021, ser residente en las Islas Canarias y estar empadronada en cualquier municipio de la isla de Tenerife. Aquellas personas que no cumplían con estos requisitos fueron excluidas de la investigación.

2.5. Instrumentos y métodos

Se creó una hoja de registro para recoger información sobre variables sociodemográficas y aspectos vinculados a la intervención, que incluía datos como estado civil, edad, lugar de residencia, nivel educativo, experiencia laboral, nivel de ingresos, disponibilidad de una estrategia de inserción personalizada y duración de la intervención. Asimismo, se creó una batería de preguntas que se emplearon en las entrevistas que se desarrollaron a las técnicas del programa de manera *online*, indagando sobre su experiencia, la formación que consideraban pertinente para la inserción laboral, la eficacia de los itinerarios personalizados, la demanda de apoyos externos y la adecuación de estos por parte de las autoridades, los recursos y servicios que mostraban efectividad con este grupo poblacional, los elementos esenciales de los itinerarios y las estrategias destinadas a la inserción, así como la percepción de la edad como factor que pudiera dificultar la empleabilidad.

2.7. Consideraciones éticas

Con el propósito de garantizar un manejo ético y responsable de la información, se consideraron dos principios esenciales: la protección de datos y la confidencialidad. Las participantes pudieron ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y portabilidad de la información personal, así como de oponerse a su tratamiento, a través de la dirección de correo electrónico de la investigadora. Se aseguró el cumplimiento riguroso de las directrices establecidas por la legislación actual de Protección de Datos [Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016].

2.8. Análisis estadístico

Los datos fueron previamente anonimizados por la entidad para preservar la privacidad. Se llevaron a cabo procesos de depuración y tabulación en Excel antes de ser trasladados a SPSS. Se realizaron análisis estadísticos que establecieron relaciones entre las diferentes variables a través de frecuencias obtenidas mediante dicho programa, focalizándose principalmente en la variable «Itinerario Personalizado de Inserción». Primero, se llevó a cabo un análisis descriptivo para

determinar las frecuencias y porcentajes de las variables. Posteriormente, se realizó un análisis inferencial mediante la prueba de Chi-Cuadrado, con un nivel de significancia estadística establecido en un valor de p menor a 0,05.

3. RESULTADOS

Se observa que todos los casos proporcionados por BXE cumplen con los criterios de inclusión en la muestra, ya que todas las mujeres se encuentran en el rango de edad de 45 años o más. En cuanto a las participantes, solo el 20,2% tenía formación adicional, mientras que un 55,9% había completado un Itinerario Personalizado de Inserción (IPI). A pesar de haber recibido un IPI durante su participación en la entidad, más del 90% no logró acceder a un puesto de trabajo, y el 47,4% no contaba con ingresos económicos durante su estancia. Adicionalmente, el 50,7% tenían hijos e hijas bajo su responsabilidad y sólo tenían reconocida una discapacidad el 3,7% de los casos.

La mayoría de las usuarias se encontraban casadas o en una unión de hecho, constituyendo el 64,3% del total, seguido por un 29,8% de mujeres solteras en situación de desempleo. Los casos menos comunes se relacionan con casos de viudedad (2,6%) o divorcio (1,5%). La mayoría de las mujeres sin trabajo tienen entre 56 y 60 años (51,8%), seguidas por aquellas de entre 45 y 50 años (39%). Más del 80% de las mujeres se encuentran desempleadas y registradas como solicitantes de empleo, mientras que el 16,9% trabaja de forma autónoma.

En lo que respecta al nivel educativo de la muestra, la mayoría posee educación secundaria homologada (40,1%), seguida de formaciones no regladas (23,2%) y bachillerato (12,5%). Los ciclos formativos, la educación universitaria o la ausencia de formación constituyen la minoría.

El desempleo se concentra en mayor medida en la zona sur de la isla (60%), seguido de la zona centro (37,9%), mientras que la zona norte representa una minoría (1,5%). Respecto a la primera intervención en temas de empleo con las usuarias, el 42,3% se realizó en 2021, seguido de 2020 (19,9%) y del primer trimestre de 2022 (16,2%). La amplia mayoría de las orientadoras de empleo (90%) posee más de 24 meses de experiencia en ese ámbito de asesoramiento.

En cuanto a la experiencia laboral previa de las mujeres, el grueso de las técnicas (80%) considera que está vinculada a la economía informal, mientras que una minoría (20%) opina que no se observa una tendencia clara debido a la diversidad en estas experiencias previas. Es significativo que de manera extendida las instructoras de empleo piensan que las usuarias cuentan con experiencia en campos específicos y definidos. Dichas técnicas (80%) sugieren que, por lo general, las mujeres han desempeñado roles en diversas áreas mayormente asociadas a sectores o posiciones de menor cualificación laboral. En menor proporción, se aprecia una distribución dispar en los sectores laborales (10%). También están convencidas de que, como profesionales del ámbito del trabajo, deberían proporcionar a los participantes certificados sobre competencias profesionales que mejoren las perspectivas de empleo, una opinión compartida por la mayoría (75%), además de ofrecer cursos adicionales y otras oportunidades de formación.

Todas las técnicas coinciden en que los programas de integración y formación son insuficientes. Del mismo modo, reconocen variadas necesidades y concuerdan en que las mujeres mayores de 45 años requieren un mayor apoyo externo. Un 70% de las profesionales sugiere intensificar el

seguimiento durante los primeros meses de inserción, el 20% propone ofrecer asistencia para el cuidado de los hijos e hijas, y un 10% aboga por establecer colaboraciones entre organizaciones y servicios.

La mayoría de las técnicas opina que los apoyos, prestaciones y programas ofrecidos por las distintas administraciones son insuficientes. Alrededor del 70% de la muestra sostiene que los recursos y servicios más eficaces están relacionados con ofertas de formación personalizada para la usuaria. Un 30% considera que son aquellos que aseguran el acceso al empleo y un 10% menciona que son los que proporcionan acceso a formación profesional más práctica. Se identifica una necesidad de contar con una mayor cantidad y diversidad de recursos destinados a mujeres (40%), como, por ejemplo, centros de formación. Además, se destaca la importancia de promover la contratación laboral de este grupo (10%).

Los elementos esenciales en los Itinerarios Personalizados de Inserción (IPI) abarcan programas de formación con períodos de prácticas profesionales (50%), los servicios de apoyo a mujeres como ludotecas (40%) y los estímulos para su contratación (10%). Finalmente, todas las entrevistadas confirman que la edad representa un factor que complica las oportunidades de conseguir empleo. Luego de analizar los diversos datos proporcionados por BXE, se identificó la variable IPI como la más relevante y se vinculó con otras variables para determinar si había alguna significancia estadística. El propósito era determinar si la implementación de itinerarios de inserción personalizados tenía un impacto en la situación de desempleo de las mujeres. Después de realizar los análisis correspondientes, se encontró que no existía una relación significativa con ninguna de las variables examinadas, a excepción del acceso al empleo en relación con la disponibilidad de un itinerario individualizado ($\chi^2=12.337$; $p \leq 0,000$), lo cual indicó que no resultaba efectivo para este fin.

4. DISCUSIÓN

Puesto que los Itinerarios Personalizados de Inserción (IPI) no han demostrado incrementar las oportunidades de empleo, se reitera lo mencionado previamente en el marco conceptual, donde se destaca que la falta de empleo afecta no solo los ingresos económicos, sino también al desarrollo personal, cualificaciones específicas y competencias profesionales (Artacoz *et al.*, 2005). Desde este argumento, el perfil de mujeres de más de 45 años estudiado no cumple con los requisitos necesarios, ya que las demandantes carecen de formación adicional y la generalidad posee solamente la educación secundaria. Esto limita las destrezas y competencias necesarias para acceder a niveles formativos superiores o trabajos especializados. Estas condiciones de formación o capacitación pueden contribuir al aumento del desempleo, ya que los empleos actuales demandan una especialización específica.

En relación con la inestabilidad laboral, emerge una situación de vulnerabilidad e incertidumbre debido a la falta de seguridad, lo que repercute negativamente en la persona. Las técnicas de empleo subrayan la tendencia de las mujeres a trabajar en la economía soterrada, lo que limita sus contribuciones, remuneraciones y beneficios económicos, principalmente por la carencia de formación oficial.

Uno de los principales riesgos del desempleo son las consecuencias en las áreas que rodean a la mujer sin trabajo. En su mayoría tienen responsabilidades familiares, ya sea hijos e hijas o per-

sonas en situación de dependencia bajo su cuidado, y las repercusiones en el ámbito económico y social están interconectadas. Todo esto resulta en un deterioro en la calidad de vida, posibles conflictos en el seno familiar o comunitario, así como un aislamiento social debido a los problemas para participar como consecuencia de la reducción de ingresos (Espino, 2014).

Si nos enfocamos en la edad, observamos que la falta de trabajo afecta especialmente a mujeres en la franja de 45 y 60 años, lo cual coincide con los informes del INE que indican que las mujeres con una edad superior a los 55 años en Canarias encabezan los índices de desempleo por encima del 22% (INE, 2021b). Las profesionales subrayan que la etapa de la vida constituye un factor determinante en el acceso al empleo para las mujeres. Se confirma que a medida que aumenta la edad, también lo hacen los obstáculos para la inserción laboral. Esto se debe a los estereotipos sociales que asocian la edad con la capacidad de adaptación, aprendizaje, asunción de responsabilidades, manejo de nuevas tecnologías y adopción de métodos de trabajo contemporáneos.

Finalmente, al enfocarnos en los programas de empleo en vigor, resaltamos la labor realizada en la red BXE, donde se informa que más del 40% de las mujeres que han finalizado los itinerarios han obtenido empleo gracias a la capacitación. Las profesionales aseguran que esta formación se adapta a las necesidades de contratación de las empresas en cada sector y a las preferencias de las usuarias del programa. Sin embargo, en dicho grupo etario específicamente, este enfoque no satisface con las expectativas. En este contexto, especialmente después de la pasada pandemia de COVID-19, generadora de un incremento del desempleo en estas mujeres, es necesario reconsiderar los itinerarios para que se adapten a los compromisos del hogar, la falta de capacitación previa, las restricciones concernientes a la etapa de la vida y las particularidades individuales de cada persona.

5. CONCLUSIONES

El análisis de las demandas sociolaborales de las mujeres se ha basado en datos proporcionados por la entidad. Esto ha revelado que las tasas de desempleo más altas se observan en mujeres de 45 a 60 años. La mayoría de estas mujeres tienen cargas familiares y requieren recursos específicos para afrontar la búsqueda de empleo, formación y equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. Además, la mayoría ha alcanzado únicamente el nivel de educación secundaria y carece de formación adicional. A pesar de que más de la mitad participa en un Itinerario Personalizado de Inserción, un porcentaje mayoritario no logra acceder a un puesto de trabajo tras completar este programa.

El desempleo se concentra fundamentalmente en las zonas sur y norte de Tenerife, lo que indica que la disponibilidad y el acceso a recursos en las áreas más distantes están relacionados con tasas de desempleo más altas. Aunque las intervenciones en empleo aumentaron significativamente en los años 2021 y 2022, esto evidencia el perjuicio socioeconómico de la pandemia.

A partir de estos hallazgos, se establecen los parámetros para diseñar iniciativas que optimicen el acceso al empleo de las mujeres a través de un programa que se lleve a cabo a futuro. El grupo objetivo está compuesto por mujeres que residen en zonas alejadas del área metropolitana, con responsabilidades familiares y un nivel educativo básico. Los IPI deben adaptarse a las necesidades reales de las mujeres, fomentando la inclusión social de este colectivo en situación de vulnerabilidad y mejorando la eficiencia de las rutas de formación personalizadas.

Las profesionales del ámbito laboral resaltan que las mujeres desempleadas tienen experiencia previa en ámbitos como la limpieza, cuidados no profesionales en el domicilio o agricultura, todos desarrollados generalmente en el marco la economía sumergida. Sugieren que la obtención de certificados de profesionalidad podría mejorar las perspectivas de empleo, al centrar los estudios y experiencias en un ámbito específico. También señalan que los apoyos durante la etapa de desempleo son insuficientes y proponen la incorporación de recursos adicionales, como ludotecas y servicios de cuidado durante formaciones/prácticas, así como ayudas económicas para la contratación de recursos externos.

Las profesionales llegan a la conclusión de que la edad es un elemento restrictivo para que las mujeres puedan acceder al empleo. Esto subraya las necesidades específicas en materia socio-laboral de este grupo. La edad, las responsabilidades del hogar, la escasa formación y la ausencia de respaldo y soportes especializados obstaculizan la capacidad de estas usuarias para encontrar un trabajo en el mundo laboral.

Con el fin de atender estas necesidades, se plantean mejoras en los programas de empleabilidad, como la adaptación de los IPI a las preferencias, intereses y circunstancias de cada mujer. Se destaca la importancia de la participación activa de las usuarias en el diseño de programas que satisfagan sus necesidades y se constituyan como las principales protagonistas de su proceso. Es esencial fortalecer los sistemas de protección y promover políticas sociales que faciliten la integración efectiva de las mujeres en el mercado laboral a largo plazo. Adicionalmente, se recomienda estimular a las organizaciones a contratar a candidatas en situación de vulnerabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agenda 2030 (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Gobierno de España.

Amable, M. (2006). *La precariedad laboral y su impacto en la salud: un estudio en trabajadores asalariados en España*. Universitat Pompeu Fabra.

Arizcuren, F. J. (2016). *La variable edad como factor determinante del nivel de pobreza. Personas mayores y exclusión social*. Departamento de Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. y Cortès, I. (2005). «Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health». *Journal Epidemiol: Community Health*, 59(9), 761-767. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028704>

Brito, A. N., Montesdeoca, E. J. y Lucio, L. M. (2020). *Aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de desempleo por COVID-19 en la ciudad de Villavicencio*. Universidad Cooperativa de Colombia.

Consejo Económico y Social (2014). *Informe la Situación Sociolaboral de las personas de 45 a 64 años de edad*. Gobierno de España.

- Del Rio, C. y Alonso, O. (2013). «Mujeres ante el empleo (y desempleo) en el mercado laboral español, 1996-2013». *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales* (33), 87-103.
- Espino, A. (2014). «Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental)». *Revista Asociación Española de Neuropsicología*, 34(122), 385-404. Doi: 10.4321/S0211-57352014000200010.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2012). «Los efectos del desempleo sobre la salud». *Salud 2000* (136).
- Gobierno de España (2022). *Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030. Hacia una estrategia española de desarrollo sostenible*. Gobierno de España.
- Instituto Nacional de Estadística (2021a). *Indicadores de Calidad de Vida: Condiciones Materiales de Vida*. Obtenido de: https://www.ine.es/prensa/experimental_ind_multi_calidad_vida_2021.pdf
- (2021b). *Ocupados por tipo de jornada, sexo y comunidad autónoma. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada comunidad*. Obtenido de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4235&L=0>
- (2021c). *Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma*. Obtenido de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4247>
- (2021d). *Encuesta de Población Activa: tasa de desempleo por edad de las mujeres en España por trimestres*.
- Lozano, L., Lozano, S. y Robledo, R. (2020). «Desempleo en tiempos de COVID: Efectos socioeconómicos en el entorno familiar». *Journal of Science and Research*, 5(4), 187-197.
- Lynch, J. y Kaplan, G. (2000). *Socioeconomic Position*. En Berkman, L. y Kawachi, I., *Social Epidemiology*, 26, 13-35.
- Martínez, J. y Téllez, A. (2016). «El efecto de la crisis y el desempleo desde una perspectiva de género». *Cuestiones de género, de la igualdad y la diferencia*, 11, 351-372. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i11.3613>
- Merino, A. (2013). «Los efectos de la crisis en el empleo. Integración económica». *Revista IUS. Estado de bienestar y medidas de fomento del (des)empleo*, 8(33), 59-76.
- Merlinsky, G. (2002). «Las consecuencias sociales de la desocupación en Argentina. El desempleo y sus múltiples modos de exclusión». *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 6(119).
- Ministerio de Igualdad (2010). *Conciliación: Tiempo dedicado al hogar y la familia según sexo*. Gobierno de España.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Impact of economic crises on mental health*. WHO Regional Office for Europe.

Organización Internacional del Trabajo (2022). *Programa de acción de la OIT sobre Igualdad de Género 2022-2025*. Organización Internacional del Trabajo.

Real Academia Española (2022). *Definición de Desempleo*.

Rubio, F. J. (2009). «Aspectos Sociológicos del Desempleo y la Precariedad Laboral». *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 24(4).

Servicio de Empleo Público Estatal (2021). *Informe del Mercado de Trabajo de los mayores de 45 años a nivel estatal: datos 2020*. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

— (2022a). *Paro registrado según sexo y edad por provincias y Comunidades Autónomas en enero de 2022*. Ministerio de Trabajo y Economía Social.



LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS QUE SUFREN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION FOR PEOPLE SUFFERING FROM ACQUIRED BRAIN DAMAGE

Verónica Olmedo Vega

Trabajadora social. Servicio Neurología Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Celia Martín Cepeda

Trabajadora Social de Centro Integral de Rehabilitación-CIRON.

Resumen: el daño cerebral adquirido (DCA) es una lesión producida en el cerebro, posterior al nacimiento, debido a diferentes causas, entre ellas, el ictus. Éste, es un problema sanitario de gran impacto social en el que la intervención del/la trabajador/a social sanitario/a de neurología cobra gran importancia para desarrollar al máximo su potencial físico, psicológico y social. Para ello, se precisa de un tratamiento social que se llevará a cabo mediante un plan de rehabilitación psicosocial continuado. Se presenta en este artículo una propuesta de modelo de rehabilitación psicosocial administrado por el profesional de Trabajo Social Sanitario de neurología del HCUV a personas con ictus.

Palabras Clave: Trabajo Social Sanitario, neurología, rehabilitación, ictus, psicosocial, persona.

Abstract: acquired brain injury (ABI) is a lesion produced in the brain after birth due to different causes, including stroke. This is a health problem of great social impact in which the intervention of the neurology health social worker is of great importance to develop the patient's physical, psychological and social potential to the maximum. This requires social treatment to be carried out by means of a continuous psychosocial rehabilitation plan. This article presents a proposal for a psychosocial rehabilitation model administered by the neurology health social work professional at the HCUV to people with stroke.

Keywords: health social work, neurology, rehabilitation, stroke, psychosocial.

Referencia normalizada: Olmedo, V. y Martín, C. La rehabilitación psicosocial con personas que sufren daño cerebral adquirido. Trabajo Social Hoy 102 (pág. 77 - 98). Doi: 10.12960/TSH 2024.0012

Correspondencia: Celia Martín Cepeda. Trabajadora Social de Centro Integral de Rehabilitación-CIRON.
Email: celiarmartincepeda@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los artículos bibliográficos encontrados sobre rehabilitación psicosocial hacen referencia al ámbito de salud mental, con personas con esquizofrenia o trastorno mental grave, entre otros.

La importancia de realizar una rehabilitación psicosocial radica en considerar los factores sociales y psicológicos que influyen en el proceso salud-enfermedad de la persona y no solo en las variables clínicas. Los factores psicosociales, además de influir en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales (Hernández Martín, 2013:318), influyen en las enfermedades neurológicas, en este caso, el ictus, afectando a la calidad de vida de las personas, a sus relaciones familiares, entorno social y su estabilidad emocional (Cerero Carrasco, n.d.:1). Cuando estos factores afectan a la salud y al bienestar de la persona, se identifica como un problema psicosocial que requiere la intervención de el/la profesional de Trabajo Social, ya que, tal y como destaca Ursa Herguedas (2007:241) «el Trabajo Social es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad así como en el tratamiento de los mismos que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad [...]» que pueden influir negativa o positivamente en la persona.

El/la profesional de Trabajo Social Sanitario como profesional directo en la administración de la rehabilitación psicosocial con diferentes colectivos y ámbitos, comprometido con la respuesta de aquellos que le necesitan y las dificultades en una atención presencial directa, pretende elaborar y llevar a cabo un proceso sobre la rehabilitación psicosocial; desarrollado a lo largo de este artículo, con personas que sufren Daño Cerebral Adquirido (DCA), como el ictus.

El DCA es una lesión producida en el cerebro, posterior al nacimiento. Su origen se debe a lesiones cerebrales súbitas, causadas por accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, anoxias cerebrales, tumores e infecciones cerebrales. Provoca alteraciones en la vida diaria de la persona que lo sufre, tanto en aspectos físicos y sensoriales como cognitivos y emocionales (Quezada García *et al.*, 2017) (Ríos Lago *et al.*, 2008).

La falta de artículos que tratan sobre este tipo de rehabilitación en pacientes posictus, ha llevado a la creación de este artículo para presentar un modelo de rehabilitación psicosocial realizada por el/la profesional de Trabajo Social Sanitario en el ámbito de la neurología, específicamente en los pacientes que han sufrido ictus.

Esta enfermedad en aumento es la primera causa de discapacidad en adultos (Organización Mundial de la Salud, 2018); llegando a considerarse un problema de salud pública y sociosanitario de gran repercusión.

La intervención con pacientes que han sufrido un ictus en la Comunidad Autónoma de Castilla y León adquiere gran relevancia ya que es considerada una de las comunidades autónomas con una mayor cantidad de población dispersa, rural y sobre todo envejecida. Por ello, dentro de las actuaciones se buscan soluciones para gestionar de una forma eficaz y eficiente la atención a personas en situación de dependencia y cronicidad temporal o permanente provocadas por un ictus, entre ellas: disponer de un servicio mediante instrumentos novedosos que faciliten una atención personalizada e integral centrada en la persona y de un sistema de gestión y programación personalizada de rehabilitación psicosocial que permita a los pacientes incrementar la atención, cuidados

y autonomía personal independientemente del lugar de residencia. Así mismo, se busca implicar a las personas en el mantenimiento de su propia salud, sin olvidar los procesos vinculados a la rehabilitación y atención a personas dependientes con enfermedad crónica y sus familias.

2. ICTUS

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que «hace referencia a cualquier trastorno de la circulación cerebral, generalmente de comienzo brusco, que puede ser consecuencia de la interrupción de flujo sanguíneo a una parte del cerebro» (Plaza, 2007:16). La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y, como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno, dejando de funcionar. Existen fundamentalmente dos tipos de ictus, según la clase de lesión que lo provoca: ictus isquémico e ictus hemorrágico.

El ictus isquémico se produce con mayor frecuencia por oclusión arterial, pero también puede deberse a una oclusión venosa, y el ictus hemorrágico es el resultado de la rotura de un vaso sanguíneo provocando un sangrado (Tsze y Valente, 2011:1) (Sánchez Álvarez, 2017:1).

La Dra. Mar Castellanos, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN) (citada en Pérez Menéndez, 2022:2) estima que en los próximos 10 años los casos de ictus aumentarán un 34%, y el número de supervivientes con discapacidad se estima en un 25%. Unas 110.000 personas sufren cada año en España un ictus, de las cuales un 30% tendrá dependencia funcional.

Entre los años 2000 y 2025, se prevé que la incidencia de ictus se incremente en un 27% en relación con el envejecimiento de la población (Cayuela *et al.*, 2016:375); en Europa el número de casos al año aumentará desde 1,1 millones en el año 2000 a más de 1,5 millones al año en 2025 (Soto *et al.*, 2022:2) (Truelsen *et al.*, 2006).

2.1 Consecuencias

El ictus es la primera causa de discapacidad en España y el predominio del grupo es de 60 a 69 años (Romero, Llisterri, Turégano, Cinza, Muñoz y Silvero *et al.*, 2019). Se estima que 1 de cada 4 personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida, de esta estimación más de 80 millones de supervivientes globales sufrirán secuelas donde el foco de atención en estrategias de prevención será imprescindible (Campbell1, De Silva, Macleod, Coutts, Schwamm, Davis y Donnan, 2019:2). Entre las causas más frecuentes de la discapacidad asociada al ictus se incluyen problemas motores, problemas cognitivos y problemas conductuales, así como la repercusión funcional sobre las actividades básicas de la vida diaria (en adelante, ABVD) (Noé Sebastián *et al.*, 2017:388-389).

El ictus irrumpe de forma brusca en la vida de la persona, con consecuencias que afectan tanto a la persona como a su entorno, amenaza la integridad física de la persona y genera un impacto significativo en su familia (Olmedo y Arranz, 2017). El ictus provoca efectos a todos los niveles. *En el plano individual*, destacan la preocupación, el temor, la incertidumbre, la inquietud, la impotencia, la angustia y la impaciencia que aparece en los pacientes que lo sufren. *A nivel familiar*, el impacto del ictus provoca, en muchos casos, la no aceptación de la realidad, la desestabilización o la unión familiar, pues no deja indiferente a la familia teniendo que asumir nuevos roles y nueva dinámica familiar (Moltó, Lozano, Castellví y Villanueva, 2007:103). El ictus *a nivel social*, es un

problema de salud pública (Olmedo Vega y González Aguado, 2018:93), la persona tiene que adaptarse a nuevos modelos de cuidados, incrementando el apoyo sociosanitario, así como los cuidados informales. Se producirán cambios en su vida laboral, pasando de tener un empleo a recibir una ayuda económica, y se originarán gastos económicos derivados de las adaptaciones necesarias, como adquisición de ayudas técnicas o adaptación de la vivienda (Mar *et al.*, 2013:336).

Como se señaló anteriormente, el ictus es la primera causa de discapacidad en España. En el año 2022 se aprueba el nuevo baremo de acceso a la discapacidad, a través del *Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad*. Este nuevo baremo se adapta al modelo social de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, creando nuevos baremos más completos, con una definición más precisa de la discapacidad, contemplando todos los factores ambientales, sociales, psicológicos, de apoyo, etc.

Con los nuevos baremos se evalúan las deficiencias permanentes en las funciones y estructuras corporales asociadas a la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) mediante el establecimiento de criterios teniendo en cuenta la actividad afectada, el tipo y la gravedad del problema. Se evalúa también el desempeño de las actividades teniendo en cuenta la influencia de los factores contextuales ambientales considerando que pueden actuar como barrera, incrementando la discapacidad, interfiriendo en su funcionamiento. El trabajo social especializado en este campo, a través de la rehabilitación psicossocial, puede contribuir a compensar o minimizar la influencia de los factores contextuales ambientales en el desempeño de la actividad que se ha visto perjudicada por el daño sufrido en el cerebro.

Las consecuencias derivadas de un ictus, tanto físicas como psicossociales, mencionadas anteriormente, requieren de una intervención psicossocial del/la trabajador/a social sanitario/a, lo que implica adentrarse en la vida de la persona y su familia, disminuyendo el estrés que ha ocasionado esta nueva situación, contribuyendo al reajuste de una nueva adaptación (Olmedo y Arranz, 2017) y a la mejora de su calidad de vida.

2.2 Calidad de vida

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno».

En el campo de la salud, se hace referencia al concepto de «Calidad de Vida Relacionada con la Salud» (en adelante, CVRS); Urzúa (2010:359) en base a definiciones de diferentes autores, la define como «el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud». Se entiende como un concepto directamente relacionado con el modelo biopsicossocial [Patrick y Erichson (1993), citado en Urzúa 2010:359].

En un estudio realizado por Leno Díaz *et al.* (2016) sobre «Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo», se observó que el ictus afecta nega-

tivamente a la CVRS, sobre todo en las dimensiones de dolor/malestar y angustia/depresión, repercutiendo en aspectos físicos, funcionales y psicosociales de la persona.

Los aspectos principales de la calidad de vida son: bienestar físico, social y psicológico. El *bienestar físico* está determinado por la discapacidad funcional, fatiga y dolor, entre otros; el *bienestar psicológico* por la depresión, ansiedad, trastornos cognitivos y actitud frente a la enfermedad; y el *bienestar social* está determinado sobre todo por las relaciones sociales de las personas. Cada una de estas dimensiones afecta al día a día de las personas generando una reducción de la vitalidad, afectando en sus relaciones sociales, limitación de la movilidad y deterioro de la salud mental entre otros (Olascoaga Urtaza, 2010:282).

Teniendo esto en consideración, con el modelo de rehabilitación psicosocial que se presenta a lo largo de este artículo, se pretende mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus y sus familias, abarcando estos aspectos.

3. TRABAJO SOCIAL SANITARIO

El Trabajo Social Sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario, ya sea en los diferentes niveles de la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada (Coloms, 2010:109). «La intervención desde el Trabajo Social Sanitario siempre toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, el diagnóstico médico que motiva su consulta sanitaria o, incluso, el ingreso hospitalario, su vivencia» (p. 110). Bonilla clarifica este enunciado como: «el trabajador social aporta su experiencia en la valoración de la dimensión social, familiar y psicosocial, elaborando el diagnóstico social sanitario que complementa el diagnóstico clínico (2017:82)».

La atención e intervención social con pacientes en neurología es competencia del/la profesional del Trabajo Social Sanitario especializado en este campo.

3.1 Trabajo Social Neurológico

«Se podría decir, por tanto, que el Trabajo Social Sanitario de neurología es una especialización en el área de salud del Trabajo Social» (Olmedo y González, 2019:95) y requiere de una formación específica acreditada. El personal de Trabajo Social Sanitario en neurología tiene como principales objetivos la detección de problemáticas sociales y el abordaje integral de la situación sociosanitaria del enfermo desde su ingreso hospitalario, estableciendo planes de post-hospitalización que faciliten el soporte necesario para seguir las indicaciones terapéuticas y mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como en su principal apoyo, la familia.

Este profesional, es el enlace entre el ámbito sanitario y las personas, entre la enfermedad y la accesibilidad a tratamientos rehabilitadores condicionados por determinantes socioambientales.

El Trabajo Social neurológico dentro del proceso de rehabilitación psicosocial tiene un papel fundamental en el desarrollo de la actividad, complementando con otras alternativas las limitaciones en la actividad provocada por el ictus y potenciando las capacidades preservadas; así como en el fomento de la participación, evitando el aislamiento social, entre otros.

Y finalmente, es experto en el contexto; explora, indaga y promueve acciones con la persona y familia de superación de las barreras ambientales.

4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El término de rehabilitación psicosocial ha sido objeto de diversas controversias. Anthony y Liberman (1986) acuñaron un enunciado operativo a este concepto, «mejorar los déficits en habilidades presuntamente causantes del deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas» (p. 543). Sin embargo, esta definición fue desarrollándose poco a poco, incorporando en su progreso, la dimensión evolutiva de la rehabilitación a lo largo de la vida del individuo, yendo más allá de la recuperación de las capacidades perdidas (déficit) y en el cambio en el ambiente.

En 1996, la OMS y la WAPR elaboraron una declaración de consenso con respecto a la Rehabilitación Psicosocial (Uriarte, 2007). En palabras de este autor, este documento consagró un cambio en el modelo centrado en la enfermedad hacia uno centrado en el funcionamiento social, definiendo dos líneas de intervención: una hacia la mejora de las competencias de los individuos y la segunda, quizás la más práctica, a la introducción de modificaciones en el entorno que mejoren la calidad de vida de las personas.

Esta concepción, por tanto, incluye el ciclo vital de la persona, basándose en sus capacidades, desarrollándolas, teniendo en cuenta su contexto y sus valores de vida.

Por tanto, la rehabilitación psicosocial no es una técnica, sino una estrategia de intervención, centrado más allá de lo puramente somático, es decir, en lo humano. Uriarte (2007) nos traslada una explicación en el terreno de la salud mental y que es acorde con nuestro objeto, sobre las enfermedades neurológicas como el ictus: «la adecuada asistencia a la población con enfermedad mental grave requiere de un abordaje capaz de integrar los diferentes servicios necesarios, más allá de componentes ideológicos. El carácter comunitario de la asistencia no se deriva exclusivamente del lugar donde se ejerce (hospitalario vs extrahospitalario), sino de la capacidad del sistema para ofrecer las mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados, favoreciendo así que los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno sociofamiliar con el mejor funcionamiento posible» (p. 95).

Contemplar esta perspectiva humana implica promover el mantenimiento de la persona en su medio y establecer relaciones entre los distintos profesionales, los pacientes y sus familias. Los/las profesionales pueden favorecer estos servicios de rehabilitación psicosocial en el campo especializado de las enfermedades neurológicas. Un servicio de rehabilitación psicosocial que atienda además del paciente, a otros miembros como la familia y los cuidadores de los pacientes ya que pueden de una forma u otra participar en la prestación de servicios de rehabilitación (Brennan, Tindall, Theodoros, Brown, Campbell, Christiana, Smith, Cason y Lee, 2010:32).

En un proceso de rehabilitación, no hay que centrarse solo en los aspectos de recuperación física, sino que debe complementarse con una intervención centrada en potenciar las fortalezas de los sujetos e intervenir sobre su entorno; apoyándose «como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio» (Florit-Robles, 2006:227).

En el resultado de la rehabilitación psicosocial, la motivación es un aspecto clave. Puede ser entendida como una característica interna de la persona, o susceptible de ser modificada por factores externos; dentro de los factores internos, la autonomía personal es considerada una necesidad básica y dentro de los factores externos, encontramos el papel de la familia como fuente principal, y los profesionales que intervienen en el proceso de rehabilitación (Ramírez Cabrales, 2010:2). Puede entenderse desde una doble consideración: medio y fin, que se debe mantener a lo largo del plan de rehabilitación psicosocial.

Tras un DCA, en este caso un ictus, la motivación debe ser el eje fundamental del proceso de rehabilitación, ya que la persona se enfrenta a una nueva situación, que debido a las secuelas va a tener que aprender a realizar acciones que ya tenía adquiridas (Quiñones, 2019).

Conocer a la persona, así como sus gustos e intereses, es una oportunidad para poder seguir motivando a aquellas personas que necesiten esta motivación en el proceso rehabilitador. Se debe acompañar al paciente y familiares en el proceso de adaptación a una realidad muy distinta a la previa, fomentando la rehabilitación, pero siempre siendo realistas sobre esta misma. Así pues, se usarán las técnicas necesarias para poder crear un buen vínculo y así tener mayor éxito en nuestra intervención; usar técnicas de comunicación si es necesario y dar espacio para hacer un proceso emocional de la nueva situación.

Durante el desarrollo del plan de rehabilitación, es fundamental incorporar nuevas dificultades al alcance de la persona, para que la superación de cada una de ellas les produzca mayor motivación; necesario, por tanto, ir eliminando las aptitudes hiperprotectoras de la sociedad actual.

Las actividades y los objetivos que se pretendan conseguir con el proceso de rehabilitación deben estar establecidos en base a las motivaciones de la persona, teniendo en cuenta sus características personales y la extensión del daño producido. Antes de utilizar un lenguaje específico motivador con la persona, hay que tener en cuenta aspectos como: si pide ayuda y se deja ayudar y asesorar por parte del/la profesional; si realiza preguntas y por tanto se muestra interesado/a; si acepta la situación tal y cómo es o si por el contrario se muestra reticente a aceptar la nueva situación. A raíz de esto, se diseñará el programa.

El/la profesional de Trabajo Social neurológico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid incorpora en su rehabilitación psicosocial las siguientes recomendaciones para que el paciente esté implicado y motivado durante su rehabilitación:

1. Empatía con la persona. Crear un vínculo profesional-paciente.
2. Las prioridades del paciente son consideradas en los objetivos del tratamiento.
3. La Historia de vida del paciente está presente en todo el programa.
4. Los hobbies y gustos de la persona se incorporan al Plan Rehabilitador.
5. Las capacidades y limitaciones de la persona están en constante evaluación.
6. Heterogeneidad de ejercicios que estimulen a la persona.

7. Intervenciones en diferentes entornos, siempre que sea posible, atractivos y estimulantes para la persona.
8. Técnicas de intervención y materiales diferentes.
9. Las actividades se seleccionan en función de la utilidad y preferencia de la persona.
- 10 Diseñar objetivos reales y alcanzables y evitar la frustración del paciente.

4.1 Propuesta de Rehabilitación Psicosocial

El establecimiento de un plan de Rehabilitación Psicosocial individualizado, por el Trabajador Social Sanitario de neurología, comienza con el diseño e implementación de un conjunto de actuaciones en base a la situación clínica y el estudio de la situación personal y sociofamiliar de la persona.

Se pretende contribuir de la mejor manera posible a la adaptación de la persona a la nueva realidad que la enfermedad le ha provocado. Posibilitar canales de comunicación que favorezcan las relaciones entre los miembros de la familia, así como mejorar las relaciones interpersonales y disminuir la tensión familiar.

4.2 Plan de Rehabilitación Psicosocial Individual

El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), según Fernández (2010), es una herramienta básica para el tratamiento rehabilitador en la que se definen objetivos y se proponen formas de intervención ajustadas a un patrón de sistematicidad, secuencialidad estructural, dinamismo y flexibilidad. Las metas a lograr y los medios que se van a utilizar deben estar consensuados con el paciente y la familia. Lo define como «la programación del trabajo rehabilitador resultante del proceso de evaluación, en el que se han identificado las habilidades y limitaciones de una persona a la hora de vivir integrada con normalidad y autonomía en su comunidad de referencia» (p. 39).

El/la Trabajador/a Social Sanitario/a de neurología es clave en la detección de necesidades y problemáticas psicosociales que puedan agravar este proceso de salud y enfermedad en esa persona concreta. Este plan de rehabilitación psicosocial individualizado se realiza en base al estudio y valoración sociofamiliar y al contexto social y familiar donde se establecen las relaciones del paciente, a través del análisis de la dinámica y organización familiar, para después explorar la organización de la vida diaria del paciente y del apoyo de la familia, estableciendo el nivel de colaboración con la misma en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Tras el estudio se diseña un plan de rehabilitación psicosocial individualizado, atendiendo a los objetivos generales de la misma, que se ajuste a la situación individual de la persona: personalidad y daños ocasionados por el ictus, y a su entorno familiar, prescribiendo el/la profesional de Trabajo Social Sanitario de neurología una serie de tareas específicas en el entorno del día a día de esa persona/familia.

Este plan individualizado está sujeto a una evaluación, se realizará con una periodicidad mensual al inicio y posteriormente según evolución de la persona, que va a evaluar dos aspectos: el proceso y los resultados con la persona.

El *plan de rehabilitación psicosocial* se llevará a cabo durante la fase de intervención y constará de las siguientes *fases*:

1. Estudio de las áreas afectadas directamente relacionadas con aspectos psicosociales. Se recogerá información relevante acerca de la historia de vida del paciente y su familia: situación clínica, situación sociofamiliar, redes de apoyo, situación económica y laboral anterior al ictus.
2. Identificación de las preocupaciones principales que tiene la persona y su orden de preferencia de los problemas a resolver.
3. Identificación de las capacidades con las que cuenta la persona a la hora de ir seleccionando el orden de respuesta; analizando sus fortalezas, debilidades, el ambiente, factores protectores, etc. Junto con la persona, en base a las prioridades manifestadas anteriormente se identificará el orden de respuesta en orden a la capacidad que vaya presentando la persona según la evolución clínica.
4. Selección de los objetivos a intervenir, en base a sus preocupaciones, capacidades y finalmente el daño que cada uno provoca en su estado de salud biopsicosocial, es decir:
 - Al deseo de la persona fomentando su participación y toma de decisiones.
 - A la capacidad de respuesta que tenga la persona ante situaciones inesperadas que puedan surgir a lo largo del proceso rehabilitador. Por ello es fundamental conocer a la persona para poder ir adaptando la intervención y los objetivos en función de las necesidades que presente en cada momento.
 - A las cuestiones que supongan un peligro para su integridad física y psíquica.

Estos tres aspectos serán prioritarios a la hora de determinar por donde comenzar a intervenir.

El orden de intervención en la consecución de cada objetivo dependerá de la evolución de la enfermedad, las fortalezas y deseos, pudiendo a lo largo del proceso de rehabilitación psicosocial alterar el orden. A lo largo de todo el tratamiento rehabilitador, el paciente será partícipe. En base a los objetivos planteados se pondrán en marcha las actuaciones y actividades mediante técnicas y herramientas propias del/la Trabajador/a Social.

Durante todo el proceso, el/la Trabajador/a Social Sanitario mantendrá entrevistas con el paciente y la familia individualmente o de manera conjunta para ir adaptando la intervención a las necesidades que vayan surgiendo. Las entrevistas se realizan presenciales cuando la situación lo requiera o telefónicas para llevar un seguimiento.

Para obtener toda la información mencionada, se utiliza el modelo de *entrevista que mantiene la trabajadora social del área de neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid* (Anexos, Tabla 1), siempre adaptada la aplicación a las necesidades de la persona que ha sufrido el ictus. Esta información la conoceremos por su historia clínica y la información proporcionada por su neurólogo/a de referencia. Hay dos aspectos claves a conocer antes de la entrevista: la capacidad cognitiva y si padece trastornos de comprensión y comunicación (afasia, disartria) (Aguilar

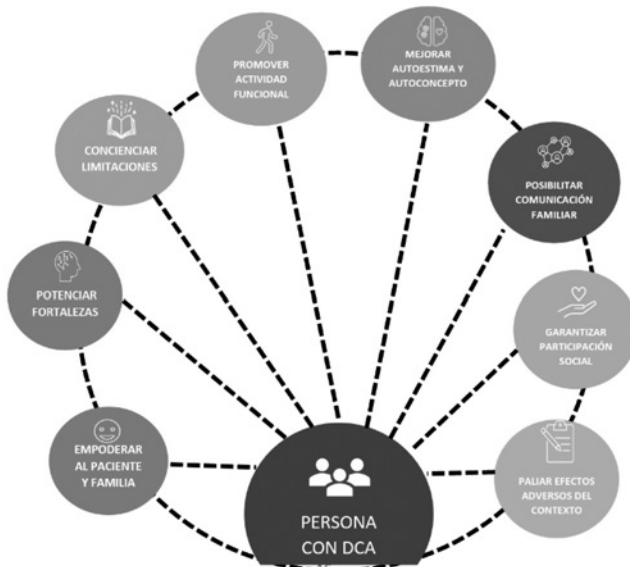
Idáñez y Olmedo Vega, 2022)este documento es una herramienta de orientación que pretende ser útil. Útil para conocer los principales efectos sociales de las enfermedades neurológicas en las personas que las sufren y en sus relaciones con el entorno, que es el objeto específico de la práctica profesional del trabajo social. Lo que exige una intervención profesional especializada. Se trata de un documento didáctico, con una clara intencionalidad práctica, que puede servir para iniciar un proceso de formación en Trabajo Social Neurológico (TSN. Teniendo en cuenta estas dificultades en la comunicación, se realizarán preguntas abiertas o cerradas, orientadas a conocer los factores psicosociales que influyen sobre el proceso salud-enfermedad de la persona.

Los factores psicosociales «intervienen en los modos de reaccionar del paciente frente a la enfermedad: sus pensamientos, emociones, comportamientos y sensaciones corporales habituales [...]» (p.66); influyen en la causa de las enfermedades, expresión de los síntomas, implicaciones que las enfermedades producen en la vida de las personas, en la evolución de la enfermedad y en su pronóstico (Turabián y Pérez-Franco, 2014). El logro de los objetivos minimizará el impacto que tienen los problemas psicosociales sobre una enfermedad, mejorando la calidad de vida de la persona con DCA, para ello, el/la Trabajador/a Social empleará las técnicas y herramientas propias del Trabajo Social que considere adecuadas (Anexos, Tabla 2).

4.2.1 Objetivos y recomendaciones

El/la Trabajador/a Social neurológico en el plan rehabilitador post-daño cerebral propone ocho objetivos generales que marcarán un pilar fundamental en este proceso, junto con los objetivos específicos y recomendaciones para su consecución. Se han establecido en base a las circunstancias y capacidades de la persona con la que se va a intervenir; se han seleccionado considerando que el logro de los mismos conlleva dotar a la persona de las competencias suficientes para afrontar los problemas psicosociales que influyen y provocan la enfermedad.

Ilustración 1. Presentación de los objetivos.



Nota: Estos pilares guiarán el proceso de intervención ayudándonos a identificar otros objetivos específicos, las herramientas a utilizar y otras necesidades en el proceso.

FICHA 1

Objetivo 1: Empoderar al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación

Objetivos específicos:

1. Promover la participación en la toma de decisiones.
2. Lograr que el paciente y la familia pongan el foco de atención en sus posibilidades y fortalezas.

Cómo:

- Se proporcionan herramientas que faciliten su capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida.
- Se consensúa con el paciente y la familia antes de tomar decisiones.
- Se proporcionan nociones para entender la enfermedad y el tratamiento, abordar aspectos emocionales e implicaciones de éstos en el paciente y la familia, ¿qué piensan y qué sienten de su situación?
- Se analizan los aspectos que representan un problema para el paciente y su familia.
- Se abordan aspectos emocionales e implicaciones de éstos en el paciente y la familia.
- Se promueve la implicación de la familia en el proceso de rehabilitación.

Cuándo:

- Durante todo el proceso de rehabilitación para promover la salud y prevenir resultados negativos.

Herramientas:

- Entrevista.
- Documentos informativos.
- Cuaderno de emociones.
- Escala Gijón.

FICHA 2

Objetivo 2: Potenciar las fortalezas del paciente y del cuidador

Objetivos específicos:

1. Identificar las fortalezas del paciente, enfatizarlas y aplicarlas al proceso.
2. Favorecer la autodeterminación y la autonomía del paciente.

Cómo:

- Se guía al paciente que escriba sus fortalezas y debilidades; haciendo que reflexione sobre experiencias de su vida, cómo se sintió en ese momento y que le ayudó en esa situación.
- Se insta a la familia a definir sus cualidades positivas.
- Se proporcionan pautas de autocuidado y organización de las ABVD junto con el cuidador principal.
- Se promueve la autonomía en la realización de las AVD básicas e instrumentales mediante el establecimiento de objetivos reales en función de sus limitaciones (p. ej.: poner la mesa tres días a la semana, caminar diez minutos diarios, etc.). Siempre consensuándolos con el paciente y teniendo en cuenta la capacidad que tiene en ese momento.

Cuándo:

- Al inicio del proceso.
- Cuando esté previsto el alta al domicilio y pueda ir familiarizándose con la nueva situación.
- Durante todo el proceso, se realizarán seguimientos.

Herramientas:

- Listado de fortalezas.
- Listado de debilidades y alternativas.
- Listado de acciones para la realización de las ABVD.
- Historia de vida.
- Escala Zarit.

FICHA 3

Objetivo 3: Concienciar de las limitaciones funcionales que presente

Objetivos específicos:

1. Promover la aceptación de la enfermedad y las limitaciones que puede conllevar.

Cómo:

- Se informa de las posibles secuelas de la enfermedad y los factores de riesgo para su prevención.
- Se ofrecen orientaciones para aprender a vivir con las secuelas de la enfermedad.
- Se anima al paciente y a la familia a acudir a asociaciones en las que pueda beneficiarse de los servicios que prestan y de establecer redes de apoyo y/o participar en grupos de ayuda mutua.

Cuándo:

- Desde el momento del diagnóstico.

Herramientas:

- Entrevista.
- Documentos informativos sobre el ictus: síntomas, secuelas, pronóstico, etc.
- Artículos científicos sobre los factores de riesgo y protectores.

FICHA 4

Objetivo 4: Promover la actividad funcional de la persona

Objetivos específicos:

1. Realizar actividades físicas o cognitivas en función de su estado de salud actual.

Cómo:

- Se orienta sobre tratamientos rehabilitadores ambulatorios.
- Se orienta sobre actuaciones a realizar por la persona y familia que promuevan la actividad funcional.
- Los objetivos a corto plazo que pueden establecerse podrían ser, por ejemplo: dedicar todos los días un rato al autocuidado, entrenar productos de apoyo que puedan mejorar su desempeño funcional.

Cuándo:

- Tras el alta hospitalaria.
- Durante la intervención.

Herramientas:

- Hoja de instrucciones.
- Autorregistro de actividades.

FICHA 5

Objetivo 5: Mejorar la capacidad de autoestima y autoconcepto

Objetivos específicos:

1. Promover las habilidades sociales, emocionales o cognitivas de bienestar y aceptación personal.
2. Potenciar la realización de actividades beneficiosas para su estado de salud.

Cómo:

- Se facilita e informa sobre técnicas de estimulación y refuerzo positivos.
- Se proporcionan herramientas para manejar el estrés, informando al paciente sobre técnicas de alivio del estrés, como por ejemplo técnicas de respiración y aprender a identificar qué situaciones desencadenan el estrés.
- Se anima al paciente a planificar tareas y/o actividades que tiene que hacer, para que tenga una motivación diaria.
- Se promueve la elaboración de una lista de actividades que le provocan emociones positivas, así como un listado de diferentes emociones que ha sentido a lo largo del día.

Cuándo:

- Tras el diagnóstico cuando el paciente está estable.
- Durante todo el proceso de rehabilitación.

Herramientas:

- Entrevista.
- Registro de emociones.
- Legitimación.
- Refuerzo positivo.

FICHA 6

Objetivo 6: Posibilitar espacios de comunicación con su familia

Objetivos específicos:

1. Mejorar y mantener las relaciones familiares.
2. Favorecer la confianza con su familiar/cuidador de referencia.

Cómo:

- Se estimula para la celebración de encuentros conjuntos.
- Se anima al paciente a realizar un diario de actividades que haya llevado a cabo con su familia a lo largo de la semana.

Cuándo:

- Cuando el paciente esté estable y preparado para realizar este tipo de actividades.
- Desde el momento del diagnóstico, en la primera entrevista, se indagará sobre las relaciones familiares.

Herramientas:

- Entrevista.
- Diario de actividades.
- Planificación semanal.

FICHA 7

Objetivo 7: Garantizar la participación social de la persona que sufre ictus

Objetivos específicos:

1. Promover la participación en asociaciones u organizaciones.
2. Promover la creación de redes de apoyo fuera del círculo familiar.

Cómo:

- Se promueven espacios donde pueda colaborar, tomar decisiones y trabajar sus habilidades sociales.
- Se estimula a la persona para que proponga alternativas que promuevan su participación.

Cuándo:

- Cuando esté preparado para mantener relaciones sociales más allá de su familia y los profesionales de referencia.

Herramientas:

- Contacto con entidades.

FICHA 8

Objetivo 8: Paliar los efectos adversos del contexto

Objetivos específicos:

1. Prevenir situaciones que empeoren la salud del paciente durante el proceso de rehabilitación.

Cómo:

- Se adaptan los objetivos y actuaciones a las necesidades y posibilidades que presente el paciente en cada momento.
- Se lleva un seguimiento del estado de salud emocional: situaciones positivas y negativas.

Cuándo:

- Durante todo el proceso de rehabilitación. Las entrevistas nos permitirán conocer el estado de salud del paciente y su adaptación.

Herramientas:

- Diario de campo.
- Cuestionarios de evaluación.
- Hoja de registro.

La información, orientación y asesoramiento técnico para el acceso a recursos materiales, presenciales, entre otros, que complementen y apoyen a la persona en aquellas actividades que, debido a su DCA, no puede llevar a cabo; es una acción que está presente desde la fase de acogida, acercando los recursos de toda índole a la persona para garantizar un desenvolvimiento en las AVD y en su cuidado.

5. CONCLUSIONES

A tenor de todo lo expuesto, es innegable que el incremento de la prevalencia de los casos de ictus y su repercusión en nuestro medio es la primera causa de discapacidad en España, es imprescindible abordar una intervención psicosocial sólida, estructurada y adaptada a la magnitud del problema. Una intervención psicosocial que aborde a la persona en su totalidad y a su familia.

El modelo psicosocial diferencia entre lo psicológico y lo social. Como destaca Medina Montáñez *et al.* (2021) en la perspectiva psicológica encontramos los recursos internos de la persona: proyecto de vida, creatividad, sentido del humor, inteligencia, experiencia, motivación al logro, etc., y en la perspectiva social están las interacciones entre los diferentes ámbitos de socialización, vincularidad, liminaridad, otredad y las redes de apoyo (p. 185). Por ello, es fundamental trabajar desde una perspectiva psicosocial para abarcar todos estos aspectos que intervienen entre sí.

El bienestar psicológico de la persona se ve afectado debido a la situación de discapacidad sobreenvenida por las secuelas ocasionadas por el ictus. Estas deben adaptarse a una nueva vida teniendo que hacer cambios en todos los ámbitos, laboral, personal, familiar y social.

Con la creación del nuevo baremo de discapacidad, que se comenzó a implementar en 2023, se tienen en cuenta más factores que en el baremo anteriormente establecido, incluyendo factores sociales, psicológicos y de apoyo, entre otros, permitiendo a la persona adquirir el grado de discapacidad acorde a su situación psicosocial.

Como se destaca a lo largo del artículo, la presencia de un/a Trabajador/a Social especializado/a en el ámbito de la neurología es fundamental a la hora de llevar a cabo la intervención con personas que han sufrido un DCA, prestándoles apoyo y las herramientas necesarias para adaptarse a la nueva situación. Este/a se convertirá en su persona de referencia durante todo el proceso.

En base a esto y a la escasa documentación encontrada sobre la rehabilitación psicosocial, situación opuesta a la que se da respecto al ámbito de salud mental, surge la necesidad de crear un modelo de rehabilitación psicosocial para llevar a cabo con las personas que han sufrido un ictus con el fin de intentar mejorar o mantener su calidad de vida. La implicación de la familia es fundamental para lograr mantener la motivación de la persona durante todo el proceso y así conseguir potenciar sus fortalezas y capacidades; necesarias para alcanzar su máxima recuperación.

El presente plan de rehabilitación psicosocial individualizado mostrado en este artículo, dota a la persona de las herramientas necesarias para adaptarse a su nueva situación con el mayor grado de autonomía posible, evitar la exclusión social por sus limitaciones funcionales y, contribuir con esta rehabilitación psicosocial a evitar un aumento de la discapacidad por las barreras contextuales y ambientales que presenta la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Idáñez, María José y Olmedo Vega, Verónica (2022). *Guía práctica de Trabajo Social Neurológico* (vol. 36). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. https://doi.org/10.18239/atenea_2022.36.00
- Cayuela, A.; Cayuela, L.; Escudero-Martínez, I.; Rodríguez-Domínguez, S.; González, A.; Moniche, F.; Jiménez, M. D. y Montaner, J. (2016). «Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011». *Neurología*, 31(6), 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.09.002>
- Cerero Carrasco, María del Carmen (n.d.). «Papel del trabajador social en el ictus». *Atención Integral del ictus en Atención Primaria*.
- Fernández, Jaime A. (2010). «El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación», en *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez y Cristina Abelleira, vol. 6, pp. 39-49).
- Florit-Robles, Alejandro (2006). «La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica». *Apuntes de Psicología*, vol. 24 (1-3), 123-244.

- Hernández Martín, Beatriz (2013). «El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo». *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 52, 314-325.
- Leno Díaz, Clara; Holguín Mohedas, Marta; Hidalgo Jiménez, Noelia; Rodríguez-Ramos, Marcelina y Lavado García, Jesús María (2016). «Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo». *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 44, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.12.002>
- Mar, J.; Álvarez-Sabín, J.; Oliva, J.; Becerra, V.; Casado, M. Á.; Yébenes, M.; González-Rojas, N.; Arenillas, J. F.; Martínez-Zabaleta, M. T.; Rebollo, M.; Lago, A.; Segura, T.; Castillo, J.; Gállego, J.; Jiménez-Martínez, C.; López-Gastón, J. I.; Moniche, F.; Casado-Naranjo, I.; López-Fernández, J. C. y ... Masjuan, J. (2013). «Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES». *Neurología*, 28(6), 332-339. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.004>
- Medina Montañez, María Victoria; Layne Bernal, Benilda; Galeano Heredia, María del Pilar y Lozada Puerto, Carolina (2007). «Lo psicosocial desde una perspectiva holística». *Tendencias y Retos*, 11, vol. 12, 177-189.
- Noé Sebastián, Enrique; Balasch Bernat, Mercè; Colomer Font, Carolina; Moliner Muñoz, Belén; Rodríguez Sánchez-Leiva, Clara; Ugart, Patricia; Llorens, Roberto y Ferri Campos, Joan (2017). «Ictus y discapacidad: estudio longitudinal en pacientes con discapacidad moderada-grave tras un ictus incluidos en un programa de rehabilitación multidisciplinar». *Revista de Neurología*, 64(09), 385. <https://doi.org/10.33588/rn.6409.2016527>
- Olascoaga Urtaza, Javier (2010). «Calidad de vida y esclerosis múltiple». *Revista de Neurología*, 51(05), 279. <https://doi.org/10.33588/rn.5105.2010277>
- Olmedo Vega, Verónica y González Aguado, Ruth (2018). «Repensando la intervención psicosocial en pacientes con ictus». *Acciones e Investigaciones Sociales*, 39. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2018393233
- Pérez Menéndez, Ana (2022). *29 de octubre de 2022: Día Mundial del Ictus*. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link388.pdf>
- Quezada García, Martha Yolanda; Huete García, Agustín y Bascones Serrano, Luis Miguel (2017). «Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España». *FEDACE*, 71.
- Quiñones, Paula (2019). «La motivación como base del proceso rehabilitador tras una lesión cerebral». *Red Menni de Daño Cerebral*. <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/la-motivacion-como-base-del-proceso-rehabilitador-tras-una-lesion-cerebral/>
- Ramírez Cabrales, Almudena (2010). «La motivación del paciente en la rehabilitación». *ASEM*. <https://www.emsevilla.es/la-motivacin-del-paciente-en-la-rehabilitacin/>

- Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, Pub. L. núm. 252, 401 (2022). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/10/18/888>
- Ríos Lago, Marcos; Benito León, Julián; Paúl Lapedriza, Nuria y Tirapu Ustárroz, Javier (2008). «Neuropsicología del daño cerebral adquirido». *Manual de Neuropsicología*, 307-336.
- Sánchez Álvarez, M. J. (2017). «Epidemiología y causas de la patología vascular cerebral en niños». *Revista Española de Pediatría*, 73 (supl. 1), 1-5.
- Soto, A.; Guillén-Grima, F.; Morales, G.; Muñoz, S.; Aguinaga-Ontoso, I. y Fuentes-Aspe, R. (2022). «Prevalence and incidence of ictus in Europe: Systematic review and meta-analysis». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1), e0979. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0979>
- Truelsen, T.; Piechowski-Józwiak, B.; Bonita, R.; Mathers, C.; Bogousslavsky, J. y Boysen, G. (2006). «Stroke incidence and prevalence in Europe: A review of available data». *European Journal of Neurology*, 13(6), 581-598. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01138.x>
- Tsze, Daniel S. y Valente, Jonathan H. (2011). «Pediatric Stroke: A Review». *Emergency Medicine International*, 2011, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2011/734506>
- Turabián, J. L. y Pérez-Franco, B. (2014). «Viaje a lo esencial invisible: Aspectos psicosociales de las enfermedades». *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(2), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.03.002>
- Ursa Herguedas, María Teresa (2007). «Grupos socioterapéuticos con mujeres en atención primaria. Instrumentos del trabajador social para incidir en las problemáticas psicosociales». *Revista de Trabajo Social y Salud*, 57, 235-250.
- Urzúa M, Alfonso (2010). «Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales». *Revista médica de Chile*, 138(3). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Winters, J. M. (2002). «Telerehabilitation Research: Emerging Opportunities». *Annu Rev Biomed Eng* [Internet]. 4(1), 287-320. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12117760>

ANEXOS

Tabla 1. Modelo de entrevista para realizar con persona con DCA.

La entrevista se realiza por separado a persona y familia.
BLOQUE PERSONA
<p><u>HISTORIA CLÍNICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede decirme cómo se encuentra? - ¿Es consciente de lo que le ha ocurrido? ¿Cómo se siente? - Previo al ictus, ¿tenía conocimientos acerca de esta enfermedad? - ¿Podría indicarme que secuelas o cambios observa que se han producido en su cuerpo? - ¿Ha comprendido todo lo que le han explicado los médicos? ¿Tiene alguna duda? <p><u>DESCUBRIMIENTO PERSONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se siente emocionalmente en este momento? - ¿Cuál considera que es su mayor preocupación a partir de este momento? - ¿Cómo se describiría a sí mismo/a? - En cuanto a antecedentes de salud, ¿ha tenido que enfrentarse a algún otro problema de salud suyo o de una persona cercana? - ¿Qué hace para manejar el estrés en su vida diaria? - ¿Cómo se comunica cuándo hay que resolver un conflicto o se encuentra ante una situación de estrés y necesita ayuda? <p><u>HÁBITOS DE SU VIDA DIARIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Podría contarme un día rutinario de su vida? Organización del día, trabajo, etc. - ¿Realiza alguna actividad de ocio? - ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? ¿Tiene algún hobby?
BLOQUE FAMILIA
<p><u>SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ahora me gustaría que me hablara un poco de usted y de su familia. ¿Podría decirme quién es la persona que le acompaña? - ¿Vive solo/a o acompañado/a? - ¿Cómo es el estado de salud de sus familiares cercanos? - ¿Qué tal se organizan en casa en el día para la realización de tareas? - ¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? ¿y con el resto de su familia? - ¿Considera que tiene buena comunicación con su familia a la hora de manifestarle sus preocupaciones o incomodidades?

DESCUBRIMIENTO DE LA PERSONA DESDE SU FAMILIA

- ¿Cómo me describiría a su familiar?
- ¿Es conocedor de situaciones difíciles a las que se ha enfrentado?
- ¿Cómo su familiar ha sido capaz de afrontar esas dificultades?
- ¿En alguna ocasión les pidió ayuda?
- ¿Con qué resistencias en su familiar puedo encontrarme para lograr cada objetivo propuesto con su familiar?

BLOQUE SOCIALVIVIENDA

- ¿Podría indicarme dónde vive?
- ¿Sabría decirme qué servicios hay cerca de su domicilio? (supermercados, hospital, centro de salud, etc.).
- ¿Cómo realiza los desplazamientos? (coche, autobús, etc.).
- ¿Qué tipo de vivienda es? ¿Identifica algún obstáculo que pueda dificultar sus desplazamientos dentro del domicilio? (escaleras, bañera, etc.).

SITUACIÓN ECONÓMICA

- Antes hablando sobre su día a día, ha mencionado el trabajo, ¿a qué se dedica? ¿cuál es su horario de trabajo? ¿está contento/a con su situación laboral?
- Hasta ahora, su trabajo ¿le permite cubrir sus necesidades?
- (En caso de que conviva con su pareja u otro familiar): ¿a qué se dedica su pareja? ¿cuánto tiempo le dedica al trabajo?

REDES SOCIALES DE APOYO

- ¿Cómo se siente con la red de apoyo que tiene actualmente? Tanto de familia como de amigos/as.
- ¿Quién es la persona en la que más se apoya cuando necesita ayuda?
- Me gustaría que me hablara de otras personas de confianza que no sean de su familia y del tipo de relación que tiene con ellas (amigos, compañeros de trabajo, etc.).

Tabla 2. Conceptualización de las herramientas y técnicas utilizadas por parte del/la trabajador/a social a lo largo del proceso de rehabilitación para lograr los objetivos.

Hoja de registro	Diseñada por el trabajador social sanitario de neurología, del área de salud adscrita.
Entrevistas estructuradas	Entrevista aplicada en trabajo social neurológico de HCUV.
Hoja de instrucciones	Claras, concretas, concisas y adaptadas al entorno y realidad del paciente. Atendiendo aspectos de su enfermedad y contexto.
Escalas	Algunas aplicadas por el trabajador social sanitario del hospital y otras por el propio paciente (p. ej.: Escala Apgar, Escala Gijón, Lawton y Brody).
Cuestionarios de evaluación	Para pacientes y familias con espacio para incluir problemas que se presentan, dudas, sugerencias (p. ej.: Escala Likert).
Diario de campo	Para recoger todos los hechos, situaciones y acciones percibidas durante el proceso de intervención.
Ficha social	Instrumento para registrar toda la información personal y sociofamiliar del paciente.
Informe social	Instrumento específico de trabajo social, utilizado al final de la intervención reflejando la situación del paciente, valoración, dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
Genograma	Se incluye en la ficha social. Representa información sobre las relaciones familiares.
Ecomapa	Se incluye en la ficha social. Permite apreciar la estructura familiar y las conexiones que hay entre sus miembros.
Historia de vida	Permite recoger datos de la vida del paciente desde su propia mirada relatando su trayectoria vital y sus experiencias.



autores

información

Trabajo Social Hoy es una marca registrada en el Registro de Marcas Comunitarias con número 3028044/3

<p>Temática y alcance de la revista</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista profesional editada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid desde el año 1993. Esta revista tiene como finalidad principal la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionadas con el Trabajo Social. Con esta publicación, se pretende crear un espacio de colaboración, desarrollo y aprendizaje de las/os profesionales del Trabajo Social, en pos de una evolución de los principios y conocimientos generales de la disciplina y la profesión. Desde 2004 la Revista está disponible en formato digital y en acceso abierto, estando todos los contenidos disponibles de forma gratuita para las/os lectoras/es. La publicación es de periodicidad cuatrimestral, contando con tres números al año.</p>
<p>Tipos de trabajo</p>	<p>El contenido de la revista cuenta con artículos de investigación, revisión bibliográfica, artículos de intervención, de casos y experiencias prácticas, así como recensiones de libros de actualidad y noticias relacionadas con la profesión.</p>
<p>Proceso de selección de artículos y contenidos</p> <p>(La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los trabajos realizados en el correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com, acompañados de una carta de presentación en la que se solicita la evaluación del artículo para su publicación, con indicación expresa de que se trata de un trabajo que no ha sido ni difundido ni publicado anteriormente, y que es enviado únicamente a la revista Trabajo Social Hoy con esta finalidad. La carta debe ir firmada por los/as autores/as del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la secretaría de la Sección de Publicaciones del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid notificará mediante email la recepción de este, indicando en su caso si procede la realización de cambios en el formato de presentación si no se cumple los requisitos mínimos indicados en las instrucciones a los/as autores/as. 3. Una vez recepcionado, la secretaría de Publicaciones procederá a su anonimización para garantizar que los datos de los/as autores/as no están disponibles durante la evaluación del artículo.

Proceso de selección de artículos y contenidos

(La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación)

4. Tendrá lugar la primera evaluación que será realizada por un miembro del Consejo de Redacción, el cual comprobará la adecuación del contenido del artículo con el alcance de la temática de la revista y su calidad en general.
5. El miembro del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores/as externos/as, para realizar la evaluación también de forma anónima. El/la evaluador/a emitirá las consideraciones oportunas sobre la calidad del artículo, que se tendrá en cuenta por el Consejo de Redacción. Se dispondrá de un mes para que los/as evaluadores/as realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.
6. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los/as evaluadores/as para adoptar la decisión final. Los/as autores/as de los artículos serán informados por correo electrónico de la aceptación o no del trabajo, con su respectiva fundamentación.
7. Se podrán adoptar cinco decisiones:
 - a. Puede publicarse sin modificaciones.
 - b. Puede publicarse con correcciones menores.
 - c. Proponer una revisión de este para su publicación.
 - d. Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración de este siguiendo las indicaciones recibidas.
 - e. Rechazar la publicación.
8. Se informará a los/as autores/as de las fechas de publicación de su artículo, en el caso de que fuera aceptado.
9. Los criterios que fundamentan la decisión del Consejo de Redacción son los siguientes: originalidad, importancia de la temática, presentación y redacción.
10. Al finalizar el año la sección de publicaciones publicará las estadísticas de los artículos: número de artículos recibidos, aprobados, rechazados y tiempo promedio desde la recepción hasta su aprobación y correspondiente publicación.

Instrucciones a los/as autores/as

(Antes de enviar el artículo el/la autor/a deberá verificar que el contenido de este se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación)

1. Los/as autores/as que tengan aceptado un trabajo en la revista podrán enviar su traducción a cualquier idioma diferente al español, la cual se publicará en formato PDF en la revista digital.
2. Las páginas de la Revista de Trabajo Social Hoy están abiertas a cualquier tipo de colaboración: artículos de investigación o de revisión bibliográficas sistemáticas, trabajos de reflexión, experiencias prácticas, colaboraciones especiales y otras secciones como reseñas o cualquier solicitud que pueda considerarse y que reúna los mínimos exigidos para su publicación.
3. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com en formato Word (.doc o .docx), especificando en el asunto "envío publicación TSH". Se deberá acompañar junto con la carta de presentación cuyo modelo está disponible en la página web www.trabajosocialhoy.com.
4. El envío de los trabajos presupone, el conocimiento y aceptación de estas instrucciones, así como de las normas editoriales.
5. La extensión del texto no deberá superar las 30 páginas a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. Cada artículo deberá incluir palabras clave (cinco) que identifiquen el contenido del texto, para realizar el índice general y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas.
6. El documento será enviado respetando el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. En castellano y en inglés. Nombre y apellidos de los/as autores/as. Nombre completo de la institución donde trabajan todos/as ellos/as, y selección de la persona responsable quien incorporará los datos de correspondencia (dirección postal, teléfono, fax, email). En la segunda página dará comienzo el texto.
7. El artículo irá acompañado, en otro documento aparte, de una carta de presentación, se adjunta modelo al final de la revista: www.trabajosocialhoy.com
8. Los manuscritos deberán ser inéditos. El/la los/as firmante/s del artículo responden de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se trata de un artículo ya publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en la revista *Trabajo Social Hoy*.

Instrucciones a los/as autores/as

(Antes de enviar el artículo el/la autor/a deberá verificar que el contenido de este se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación)

9. Todos los artículos deberán estar escritos sujetos a un lenguaje inclusivo, no sexista e igualitario, a través del cual todos/as los/as lectores/as se sientan identificados/as, representados/as y, en ningún caso, excluidos/as de la lectura o del proceso de investigación.

10. Los manuscritos no deben haber sido publicados previamente. La persona que firma el artículo será responsable de que el artículo no haya sido publicado antes o enviado a otra revista para su publicación. Si el artículo ha sido publicado, deberá mencionarlo en el artículo, el cual deberá ir acompañado de un documento -emitido por el organismo correspondiente- autorizando su posible reproducción en la revista *Trabajo Social hoy*.

11. Todas las referencias de la bibliografía deberán aparecer citadas en el texto. Se evitará la utilización de notas a pie de página, así las referencias deberán aparecer en el cuerpo del texto. Se harán indicándose entre paréntesis el apellido del/de la autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012, p. 23). Si dos o más documentos tienen el/la mismo/a autor/a y año, se distinguirán entre sí con letras minúsculas a continuación del año y dentro del paréntesis (García, 2008a). Los documentos con dos autores/as se citan por sus primeros apellidos unidos por "y", (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores/as se abreviará la cita indicando solamente el apellido del/de la primer/a autor/a seguido/a de "et al.," (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un/a autor/a ya citado/a en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

12. Cuando se citen en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.

13. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido de los/as autores/as. Si un/a autor/a tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. De igual manera, y teniendo en cuenta la representatividad de la mujer en la profesión del Trabajo Social, se recomienda incluir los dos apellidos de los/as autores/as referenciados/as (siempre que esto sea posible y se conozcan), contando con perspectiva de género en todo el proceso de la autoría y reconociendo las relaciones jerárquicas socialmente construidas entre géneros.

o Para artículos de revista, p. ej.:

Deusdad, B., Moya, E. M., y Chávez, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso, Texas. *Portularia*, XII, 13-21. doi: 10.5218/PETS.2012.0002
Si el artículo además tiene número d.o.i. se añade al final.

- o Para libro completo, p. ej.:
Fernández, T., (2012). Trabajo Social con casos. Madrid: Alianza Editorial.
- o Para capítulos de libro, p. ej.:
Carvalho, M. I., y Pinto, C. (2014). Historia del Trabajo Social en Portugal. En T. Fernández y R. de Lorenzo (Ed.), Trabajo Social una historia global (pp. 307-333). Madrid: McGraw-Hill Education.
- o Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor/a, a efectos del orden alfabético se considera por "crisis", p. ej.:
La crisis económica. (2012, enero 27). El País, p. 21.
- o Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo tiene autor/a, p. ej.:
Millás, J. J. (2012, agosto 26). Dan ganas de morir. El País semanal, p.11.
- o Para informes o estudios seriadados, p. ej.:
IMSERSO. (2009). Informe 2008: Las personas mayores en España. Madrid: Observatorio de personas mayores. IMSERSO.
- o Para medios electrónicos en Internet, p. ej.:
INE. (2011). Encuesta Condiciones de Vida. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instrucciones a los/as autores/as	14. Los cuadros, tablas, figuras y mapas deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo (Formatos: excel o jpg).
	15. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al/a la autor/a modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere oportuno.
	16. El Consejo de Redacción de la Revista Trabajo Social Hoy y el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los/as autores/as cuyos trabajos sean publicados.
Código Ético	www.trabajosocialhoy.com
Archivado	La revista Trabajo Social Hoy está registrada en CrossRef, lo que permite etiquetar los metadatos de los artículos, facilitando la recuperación de los contenidos y el acceso a las citas.
Indicadores de calidad	<p>BASES DE DATOS</p> <p>La Revista Trabajo Social Hoy aparece indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España - Compludoc - Dialnet - Latindex (Catálogo y Directorio) - Psycodoc. - ERICH PLUS

<p>Indicadores de calidad</p>	<p>PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice: https://resh.cindoc.cesic.es Cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/ ERICH PLUS: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/</p> <p>REPOSITORIOS Google Scholar: http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.google.es//</p> <p>OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org</p>
<p>Frecuencia de publicación</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista científica de publicación cuatrimestral. Los números son editados en los meses de enero, mayo y diciembre de cada año, mediante la elaboración previa de una estructuración de contenidos.</p>
<p>Política de acceso abierto</p>	<p>Esta revista provee acceso libre a su contenido bajo el principio de hacer disponible gratuitamente la investigación al público y fomentar un mayor intercambio de conocimiento global. Trabajo Social Hoy quiere contribuir a las iniciativas de acceso abierto a la información científica, que actualmente están siendo consideradas internacionalmente, respetando a su vez las leyes de copyright existentes. Desde la publicación de la Revista en formato digital se asumió el compromiso por la difusión universal de los contenidos publicados. Publicar en la Revista Trabajo Social Hoy no tiene ningún coste.</p>
<p>Nota de copyright</p>	<p>Los artículos a texto completo incluidos en la revista son de acceso libre y propiedad de sus autores/as y/o editores/as. Por tanto, cualquier acto de reproducción, distribución, comunicación pública y/o transformación total o parcial requiere el consentimiento expreso y escrito de aquéllos.</p>
<p>Suscripciones y solicitudes</p>	<p>La Revista Trabajo Social Hoy es una publicación cuatrimestral, que se distribuye gratuitamente a los/as colegiados/as de Madrid. Para obtener una información actualizada de cómo obtener la revista a través de suscripciones, privadas o institucionales, o cualquier aclaración relacionada con las mismas, por favor, consulte la página www.trabajosocialhoy.com.</p>

Trabajo Social Hoy is a trademark registered in the Spanish Office of Patents and Trademarks, entry number 3028044/3

<p>Subject matter and scope of the journal</p>	<p>Social Work Today is a professional magazine published by the Official College of Social Work of Madrid since 1993. The main purpose of this magazine is to disseminate scientific studies and professional experiences related to Social Work. With this publication, it is intended to create a space for collaboration, development and learning of Social Work professionals, in pursuit of an evolution of the principles and general knowledge of the discipline and the profession.</p> <p>Since 2004, the Journal has been available in digital format and in open access, with all content available free of charge for readers. The publication of this is quarterly, with three issues a year</p>
<p>Type of works accepted</p>	<p>The content of the magazine includes research articles, bibliographic reviews, intervention articles, cases and practical experiences, as well as reviews of current books and news related to the profession.</p>
<p>Selection process (The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texts are received at the following e-mail address: tsh@trabajosocialhoy.com. They are to be accompanied by a letter of presentation in which the sender requests review of the article for publication. It should be expressly mentioned that the work has not been published or disseminated elsewhere and that for purposes of publication it is being sent only to the journal Trabajo Social Hoy. The letter must be signed by the authors of the manuscript. 2. Upon receiving the original manuscript in electronic format, the secretary's office of the Professional Association of Social Workers of Madrid's publications department will confirm that the manuscript has been received, indicating, if necessary, any changes that must be made in the presentation format, in the event that the manuscript does not fulfil the requirements specified in the Instructions to Authors section.

Selection process

(The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below)

3. Once received the article, the secretary's office of the publications department will anonymize the texts, making sure that the authors' name and details are not visible during the manuscript's evaluation.
4. The first evaluation will be performed by a member of the Editorial Board. He or she will confirm the suitability of the manuscript's contents as regards the journal's subject matter and the submission's quality in general.
5. The member of the Editorial Board will propose two professional external referees, to do the next stage of review, which is also anonymous. This referee will read the manuscript and write up his or her comments and opinion regarding its quality, and forward them to the Editorial Board. Referees will have a period of one month to review and send, by e-mail, their considerations, which must be well-reasoned and constructive.
6. The Editorial Board will take into account the referee's opinion and recommendation as its make the final decision. The authors of the submission will be informed by e-mail of the acceptance or rejection of the article, and of the reasons justifying the decision.
7. There are four possible decisions:
 - a. Publication with no modifications.
 - b. Publication with no modifications.
 - c. Proposal that the article be thoroughly revised by the authors prior to publication.
 - d. Rejection of the manuscript, proposing that it be reformulated according to the indications made by the reviewers.
 - e. Rejection of the manuscript.
8. Authors will be informed of the date of publication of their article, in the event that it is accepted.
9. The criteria used by the Editorial Board in making its decision are the following: originality, importance of the subject matter, presentation, quality of the writing.
10. At the end of each year the publications department will publish the statistics pertaining to the articles: number of articles received, the number accepted, the number rejected and the average time elapsing between acceptance and publication of each article.

Instructions to Authors

(Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation)

1. The authors of articles that have been accepted for publication can also send a version in a language other than Spanish, and such translation will be published in the digital journal in PDF format.
2. The pages of the journal Trabajo Social Hoy are open to all types of contributions: articles on research conducted, systematic reviews of bibliography, reflective pieces, practical experiences, special collaboration projects and other sections, such as brief contributions or any text that may be of interest and meets the minimum requirements needed for publication. Preferably the articles will be send in Spanish, but also allowed English articles. Preferably the article will be sent in Spanish, but also it will be allowed in English.
3. The works must be sent to the e-mail address tsh@trabajosocialhoy.com in Word (.doc or .docx), specifying in the subject line "submission publication TSH". The submission must be accompanied by the letter of presentation, a form for which is available on the Association's web page, at www.trabajosocialhoy.com.
4. By submitting the article, it is assumed that you understand and accept these instructions as well as the publication guidelines.
5. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Each article must include a 5-10 line abstract and five key words that identify the contents of the text (to facilitate preparation of the journal's table of contents).
6. The manuscript must include the information and pages in the order indicated below, all in one file. On the first page will appear the title of the article, in Spanish, followed by: the abstract, also in Spanish; key words, in Spanish and English; names and surnames of all the authors; full name of the institution in which the authors work; e-mail addresses of all the authors, with one of them also including correspondence details (postal address, telephone, fax). On the second page the text of the manuscript will begin.
7. The article will be accompanied, in a separate document, of a letter of presentation (please use the form provided on the web page: www.trabajosocialhoy.com, and on this journal).
8. Manuscripts must be unpublished. The signatories of the article respond that it has not been published or sent to another journal for publication. If it is an article already published, this circumstance will be recorded in the work and will be sent accompanied by the authorization of the corresponding entity for its possible reproduction in Social Work Today.

Instructions to Authors

(Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation)

9. All articles must be written subject to inclusive, non-sexist and egalitarian language, through which all readers feel identified, re-presented and, in no case, excluded from the reading or research process.

10. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document -issued by the appropriate body- authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

11. All the bibliographical references must be cited in the text. The use of footnotes is to be avoided, so references must appear within the text. Such citations must be inserted inside parentheses, indicating the surname of the author in upper case, followed by the year and page number of the publication, for example (Fernández, 2012, p. 23). If two or more references have the same author and year of publication, they will be distinguished from each other by lower case letters next to the year, inside the parentheses (García, 2008a). The documents with two authors will be cited using the two surnames linked by "and" (Sánchez and Torre, 2010). For references with more than two authors, the citation will be abbreviated, indicating only the surname of the first author, followed by "et al.," (Payne et al., 2003). When the citation is of an author cited by another author, the following structure is to be used (Serrano, 2005 cited in Pérez, 2010).

12. When the article uses an acronym to refer to a body or group, the group's full name must appear the first time it is mentioned in the text.

13. The bibliographic references will follow the APA norms, according to the alphabetical order according to the surname of the authors. If an author has different works, they will be arranged in chronological order. In the same way and taking into account the representativeness of women in the Social Work profession, it is recommended to include the two surnames of the referenced authors (whenever this is possible and they are known), with a perspective of gender throughout the authorship process and recognizing the hierarchical socially constructed relationships between genders.

o For journal articles:

Deusdad, B., Moya, E. M., y Chávez, S. (2012). Domestic Violence Against Migrant Women at the Border: The Case Study of El Paso, Texas. *Portularia*, XII, 13-21. doi: 10.5218/PETS.2012.0002

If the article also has a DOI (Digital Object Identifier), it is added at the end.

- o For a complete book:
Fernández, T., (2012). Social Casework. Madrid: Alianza.
- o For book chapters:
Carvalho, M. I., y Pinto, C. (2014). History of social work in Portugal: In T. Fernández y R. de Lorenzo (Ed.), Social work. A global history (pp. 307-333). Madrid: McGraw-Hill Education.
- o For an article in a newspaper or mass media publication: if the article has no author, for purposes of alphabetical order, the first important word is considered (“economic” in the example):
The economic crisis. (2012, enero 27). El País, p. 21.
For an article in a newspaper or mass media publication: if the article does have an author:
Millás, J. J. (2012, Agosto 26). It makes you want to die. El País weekly, p. 11.
- o For serial reports or studies:
IMSERSO. (2009). Report 2008: Older persons in Spain. Madrid: Observatory of elderly. IMSERSO.
- o For electronic media in Internet:
INE. (2011). Living Conditions survey. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instructions to Authors	14. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.
	15. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.
	16. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.
Ethical code	www.trabajosocialhoy.com
Archiving	The journal Trabajo Social Hoy is registered with CrossRef, which enables the metadata in the articles to be tagged and thus facilitates retrieval of the contents and access to references.
Quality indicators	NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES - ISOC, CINDOC - Compludoc - Dialnet - Latindex - Psycodoc - Erich Plus

<p>Quality indicators</p>	<p>JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS CARHUS Plus+: Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice. https://resh.cindoc.cesic.es Cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/ ERICH PLUS: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/</p> <p>REPOSITORIES Google Scholar: http://www.scholar.google.es/ Google: http://www.google.es//</p> <p>ANOTHER DATA Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org</p>
<p>Frequency of publication</p>	<p>Trabajo Social Hoy is a scientific journal published every four months. The issues are published in January, May and December of each year. The journal uses a preestablished structure for its contents.</p>
<p>Open access policy</p>	<p>This journal provides open access to its contents, in accordance with the principle of making research available to the public free of charge and promoting greater exchange of global knowledge. Trabajo Social Hoy wishes to contribute to the initiatives fomenting open access to scientific information that are currently under consideration around the world, while at the same time respecting current copyright laws. When the journal began publishing in digital format, it took on the commitment of allowing universal dissemination of the contents published. To publish in Trabajo Social Hoy is free of charge.</p>
<p>Copyright note</p>	<p>The full-text articles in the journal can be accessed freely and are the property of their authors and/or publishers. Therefore, any act of reproduction, distribution, public communication and/or total or partial transformation requires express written permission from them.</p>
<p>Subscriptions, advertising and requests</p>	<p>The journal Trabajo Social Hoy is a quarterly publication distributed free of charge to members of the Professional Association of Social Workers of Madrid. To receive updated information on how to obtain a journal by subscription, either private or institutional, or to clarify any other issue related to subscriptions, please consult the web page of the Professional Association of Social Workers of Madrid www.trabajosocialhoy.com</p>

TRABAJO SOCIAL HOY 102. 2024. 2º semestre

Presentación | Presentation **5-6**

Artículos | Articles

La soledad como fenómeno social y estructural:
Una reflexión crítica desde la interseccionalidad.

*Loneliness as a social and structural phenomenon:
A critical reflection from intersectionality.*

Daniel Fernández-Roses, Sonia García- Aguña
y Pablo de Gea Grela.

7-20

Análisis de la nueva era de la infancia y la adolescencia.
Modificación del sistema de protección según la legislación estatal
y autonómica: retos y desafío

*Analysis of the new era of childhood and adolescence: modification of
the protection system according to state and autonomous legislation:
challenges and obstacles.*

Irene Beltrán Ramírez y María Fernández Martín.

21-36

Factores protectores en la crianza del trauma
infantil desde el trabajo social.

Protective factors in parenting childhood trauma from social work.

Susana Merino Lorente.

37-49

Innovación en metodología docente universitaria
en la disciplina de Trabajo Social.

*Innovation in university teaching methodology in the
discipline of social work.*

Fátima Centenero de Arce y M^a Virginia Sánchez Rivas.

51-62

El impacto del desempleo y desafíos para las mujeres mayores
de 45 años: análisis de la efectividad de los itinerarios
personalizados de inserción.

*The impact of unemployment and challenges for women over 45 years
old: analysis of the effectiveness of personalized insertion routes.*

Cristina María González Noda, Felipe Santiago Fernández Méndez y
José Manuel Díaz González.

63-75

La rehabilitación psicosocial con personas que
sufren daño cerebral adquirido.

*Psychosocial rehabilitation for people suffering
from acquired brain damage.*

Verónica Olmedo Vega y Celia Martín Cepeda.

77-98