

***CUATRO PRUEBAS INDICIARIAS DE LA DESVALORIZACIÓN DEL
TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS BIOPSIKOSOCIALES.
UN ESTUDIO DE CASO EN ANDALUCÍA***

***FOUR INDIRECT INDICATORS OF THE DEVALUATION OF SOCIAL
WORK IN BIOPSYKOSOCIAL TEAMS.
A CASE STUDY IN ANDALUSIA***

Inmaculada Asensio-Fernández¹

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 14 (2024)

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v14.31990>

¹ Centro de Investigación Comunicación y Sociedad CySOC, Universidad de Almería (España).

Contacto: iasensiof@gmail.com

Recibido: **23-11-2024** Revisado: **15-12-2024** Aceptado: **16-12-2024** Publicado: **19-12-2024**

Cómo citar / How to cite:

Asensio-Fernández, I. (2024). Cuatro pruebas indiciarias de la desvalorización del trabajo social en los equipos biopsicosociales. Un estudio de caso en Andalucía. *Trabajo Social Global – Global Social Work, 14*, e31990, 1-12. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v14.31990>

Resumen

Este artículo presenta un estudio de caso expuesto en las II Jornadas Intercolegiales de Trabajo Social Sanitario (septiembre de 2024, Universidad de Deusto). Sistematiza la experiencia de una trabajadora social durante un año de contrato en un servicio público de tratamiento de las adicciones, y aporta la identificación de cuatro pruebas indiciarias de la desvalorización de la profesión de Trabajo Social en los equipos biopsicosociales de los Centros de Tratamiento de las Adicciones.

Abstract

This article presents a case study showcased at the II Intercollegiate Conference on Health Social Work (September 2024, University of Deusto). It systematizes the experience of a social worker during a one-year contract in a public addiction treatment service and highlights the identification of four indicative signs of the devaluation of the Social Work profession within the biopsychosocial teams of Addiction Treatment Centers.

PC: Biopsicosocial; Adicciones; Empoderamiento profesional; Defensa profesional; Autocuidado.

KW: *Biopsychosocial; Addictions; Professional empowerment; Professional defense; Self-care.*

1. Introducción

"Estaban jugando con mi dignidad. Querían que me marchara como si hubiera hecho algo malo, como si fuera una incompetente". Estas palabras de Nevenka Fernández durante el juicio contra su acosador (Alcalde de Ponferrada), sirven para introducir a las personas lectoras en las dificultades que entraña sufrir una situación de acoso, sobreponerse a ella, y continuar con la carrera profesional (Lázaro y Moreno, 2002).

Nevenka evidenció el significado del acoso sexual, y esta experiencia se asemeja a la incorporación de evidencia sobre las cuatro pruebas indiciarias de la desvalorización profesional en un equipo. Esto facilita la comprensión de los elementos adversariales que afectan la convivencia pacífica en los espacios laborales, e impulsa la toma de conciencia preventiva y de cuidado. Estos elementos permiten (auto)diagnosticar dicha

desvalorización y proporcionan argumentos sustentables para defender la profesión frente a quienes la relegan a los estratos inferiores de las dinámicas organizacionales, e incluso para reclamar la restitución del daño.

2. El estatus de la profesión de Trabajo Social

El trabajo social del siglo XXI necesita superar viejos obstáculos y dejar atrás los asuntos con los que viene bregando desde su surgimiento en España, de la mano de la Transición y con un importante florecimiento en la década de los 80, gracias a la apuesta democrática por el bienestar social que llevaba años en las agendas públicas europeas. Se creó, entonces, un Sistema Público de Servicios Sociales donde el *trabajo social*, como profesión y como disciplina, ha sido absolutamente referencial, y lo sigue siendo (Consejo General de Trabajo Social, 2023). Sin embargo, hay cuestiones incómodas que se deben abordar con firmeza para permitir que el trabajo social pueda extender su brazo de acción hacia toda la ciudadanía, sin excepción. Tal como se establece en el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" (Naciones Unidas, 1948), por lo que esta dignidad debe ser preservada e impulsada como eje central de toda intervención profesional. Los asuntos señalados se resumen en los siguientes apartados:

- a) La cuestión del estatus académico, que acompaña la consolidación de los estudios universitarios de Trabajo Social, ha caracterizado el esfuerzo por pasar de "*asistentas sociales*" a diplomadas universitarias en Trabajo Social, hasta finalmente lograr la equiparación de estudios de Grado universitario en el año 2009. Sin embargo, en la práctica, el trabajo social sigue siendo clasificado dentro del grupo A2 en las administraciones públicas, a pesar de haber alcanzado el mismo nivel académico que otras titulaciones de Grado pertenecientes al grupo A1. Esta clasificación no solo limita el acceso a puestos de mayor responsabilidad, sino que afecta a sus condiciones salariales y al reconocimiento institucional, perpetuando una posición de inferioridad en comparación con otras profesiones equivalentes académicamente, lo que contribuye a su desvalorización dentro del sistema público.
- b) La cuestión del estatus epistemológico del Trabajo Social se ve afectada por su pertenencia al ámbito de las Ciencias Sociales, tradicionalmente menos

valoradas en comparación con otras áreas del conocimiento, como las Ciencias Experimentales (De León, 2014). Esta situación, sumada a la imposibilidad de acceder al Doctorado desde los estudios de Trabajo Social hasta hace pocos años (Lorente y Luxardo, 2018), ha contribuido a la ocupación de posiciones subalternas dentro del ámbito científico. Esta realidad ha comenzado a transformarse significativamente desde el año 2009, con un notable incremento en la producción científica dentro de la disciplina, favorecido por su integración plena en los estudios de Grado y Posgrado, (Raya y Caparrós, 2014, p.173), incluido, claro, el Doctorado.

c) La cuestión del estatus profesional ha sido un tema recurrente de debate debido a las múltiples experiencias de menosprecio en entornos como el sanitario y socio-sanitario; también, a la falta de reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria por parte de la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad (Asensio, 2024). Esto tiene implicaciones significativas, pues afecta a la consideración del Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinarios, relegándolas a roles subalternos y limitando su capacidad de incidencia en las decisiones clínicas (nosoyasistentia.com, 2024).

La precariedad laboral y la falta de reconocimiento institucional perpetúan una situación en la que los trabajadores sociales tienen contratos inestables y salarios más bajos, lo que refuerza la idea de que su labor es menos importante que la de otras profesiones. Incluso en el ámbito de las administraciones públicas, como señalamos anteriormente, el Trabajo Social sigue clasificado en el grupo A2, a pesar de que académicamente está equiparado a Grado, A1 (Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga, 2023).

d) La cuestión del estatus social, ya que, al dirigir sus intervenciones hacia las personas y colectivos en mayor situación de vulnerabilidad, marginación y pobreza, muchas personas consideran estas labores de interés menor para el conjunto de la sociedad, máxime en un momento histórico en el que se valora el éxito económico, independencia, belleza y juventud, sobre el resto de cosas. Esta idea se refuerza en el blog de trabajo social de nosoyasistentia.com que informa sobre mitos que afectan el prestigio de la profesión, como, por ejemplo, la idea de que este perfil se ocupa de *quitarles los hijos a las familias*, lo cual distorsiona su verdadera función social (nosoyasistentia.com, 2024), más relacionada con el acompañamiento y la promoción del bienestar personal, familiar y social.

Los obstáculos mencionados reflejan la complejidad de la lucha por la defensa y el reconocimiento del trabajo social, no solo dentro de las administraciones públicas y los entornos científicos, sino también en la percepción general de la sociedad. Para que se dé un verdadero cambio, es necesario analizar los elementos determinantes de la desvalorización, con el fin de atajar conjuntamente cada uno de ellos, desde el imperativo de la dignidad manifestada a través de la historia de Nevenka Fernández.

3. Metodología

La metodología utilizada para esta sistematización sigue la propuesta de Cifuentes y Pantoja (2019), permitiendo reconstruir la experiencia de una trabajadora social, contratada como funcionaria sustituta interina en un servicio público de tratamiento de adicciones en Andalucía, durante el período que va desde septiembre de 2020 a septiembre de 2021. La secuencia metodológica comienza con la constitución de un *grupo de reflexión* compuesto por 10 trabajadoras/es sociales, más la protagonista de la vivencia, cuyo denominador común es que todas ejercen en la administración pública. Tras la redacción del relato *en primera persona*, la trabajadora social titular de la vivencia distribuyó entre las personas participantes su relato vivencial para una lectura crítica. Posteriormente, cada una respondió un cuestionario estructurado en seis preguntas abiertas que permitieron reflexionar sobre la desvalorización profesional, y ofrecer recomendaciones para prevenir situaciones similares en el futuro.

El análisis de las respuestas permitió identificar cuatro evidencias clave de la desvalorización del trabajo social en el tratamiento de las adicciones, extrapolables a otros ámbitos. Posteriormente, se elaboró un artículo científico (Asensio, 2023), a su vez presentado en las II Jornadas Intercolegiales de Trabajo Social Sanitario, organizadas por el Consejo General de Trabajo Social y celebradas en Bilbao el 19 de septiembre de 2024 (Asensio, 2024).

4. Resultados. Las cuatro pruebas indiciarias de la desvalorización del Trabajo Social

A continuación, se presentan los resultados de la sistematización de esta experiencia profesional, resumidos en cuatro pruebas indiciarias que, desde nuestro punto de vista

y a partir del análisis realizado, permiten evidenciar la desvalorización del trabajo social en el tratamiento de las adicciones:

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

Uno de los primeros signos de desvalorización es la asignación de un espacio físico inadecuado. En este caso, la trabajadora social fue relegada a un espacio marginal en condiciones inaceptables de habitabilidad (sucio, repleto de enseres, desordenado, sin ventilación, ni iluminación natural), y significativamente en peores condiciones que el resto del equipo clínico. Mientras el médico y las dos psicólogas de ese centro de tratamiento ambulatorio de las adicciones disfrutaban de despachos bien equipados, dos de ellos con luz natural, la trabajadora social fue colocada en un habitáculo más parecido a un almacén- trastero, que a una consulta clínica. Siguiendo la lógica de la distribución de los espacios en los centros de trabajo, enunciada hace décadas por José Luis Rodríguez, encontramos un criterio formal relacionado con las funciones a desempeñar, y un criterio relacionado con el rango (estatus), bajo el cual, a mayor rango, mayor espacio y mejor acondicionado (Rodríguez, 1986). Esta experiencia refleja el tipo de discriminación que obedece a una jerarquía profesional que sitúa al trabajo social en una posición de desventaja evidente respecto al resto del equipo.

El espacio de trabajo afecta a la calidad de la atención a los pacientes, y al bienestar del profesional. Las condiciones precarias de trabajo son un símbolo claro de la falta de respeto y reconocimiento hacia el rol de la trabajadora social dentro del equipo biopsicosocial.

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

El segundo indicador de desvalorización es la delegación de tareas no cualificadas y auxiliares a la trabajadora social, como la atención telefónica, la gestión de citas y la realización de tareas administrativas, que corresponden a perfiles auxiliares de la Relación de Puestos de Trabajo (RPT) de ese centro. Esta continua delegación de responsabilidades menores, en ausencia de la figura auxiliar (por enfermedad, vacaciones, días de permiso...) no solo interfirió con su labor principal: la realización de la entrevista motivacional de acogida y el triaje al resto de profesionales clínicos, sino que también redujo su tiempo y energía para finalizar sus propias tareas diarias (p.e.,

redacción de informes solicitados por otras administraciones públicas), debilitando su rol y su consideración por el resto del equipo.

Al asumir estas funciones, la trabajadora social se vio relegada a un papel secundario, con pocas oportunidades para ejercer plenamente sus competencias. El trato desigual que recibe la trabajadora social, a quien sistemáticamente se le asignan tareas que no realizan el resto de miembros del equipo, y por debajo de su categoría profesional, refuerza una discriminación profesional (todo el equipo la considera inferior), es una clara muestra de la ausencia de profesionalidad y de respeto, pero nadie repara en esta circunstancia¹

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

En esta experiencia, el equipo va marcando a la trabajadora social en qué van a consistir sus principales tareas, fundamentalmente la realización de entrevistas de acogida a tratamiento, siguiendo el modelo propuesto por Miller y Rollnick (2015), así como el triaje y derivación de casos al resto del equipo para iniciar tratamiento: con carácter general, medicina, en casos de desintoxicación, y psicología, en casos de deshabituación. El proceso asistencial, definido y delimitado por el personal de la Medicina y de la Psicología, permite que la trabajadora social exponga cada una de las acogidas realizadas en las sesiones clínicas, a la vez que se le realizan preguntas exploratorias sobre detalles concretos del caso, recogidos en el modelo de informe estandarizado, pero se rechazan sus propuestas de intervención y se cuestionan sus opiniones, de manera que no tiene posibilidad de liderar ninguna intervención específica.

El resto del equipo (biopsicológico) impone las directrices del tratamiento, mientras que las contribuciones de la trabajadora social se limitan a peticiones administrativas sencillas, a aspectos periféricos del caso (solicitud de reconocimiento de la discapacidad, dependencia, ayudas puntuales económicas...), sin permitirle una participación real. Por ejemplo, en aquellos casos en los que se dan situaciones de violencia o maltrato en pacientes o en sus familiares, cuando la trabajadora social pone de relieve su mirada profesional respecto al tipo de intervención necesaria en estas situaciones (que además suelen ser recurrentes en este tipo de establecimientos), el equipo le recuerda que la centralidad del tratamiento es psicológica, y en todo caso, médica.

Según Barreto, el trabajo social tiene como objetivo prioritario en estos recursos estimular a la persona para que se sienta útil socialmente, a través de la mejora de su situación socio-laboral (cualificación profesional, apoyo en la búsqueda de empleo, etc.), pero tomando en consideración el momento del proceso rehabilitador en el que se encuentre la persona, respetando su voluntad y libertad de decisión (Barreto, 2017). Sin embargo, en este centro de tratamiento no se valora la implicación de la trabajadora social en las intervenciones, o cuando decide iniciar relaciones de coordinación con otros centros y servicios municipales; por ejemplo, en la búsqueda de alternativas de ocio saludable, o programas de empleo municipales. La primacía del modelo biomédico no se enfoca en los determinantes sociales de la salud, ni en sus consecuencias, sólo en el objetivo de la abstinencia².

4. Se produce un uso inadecuado de poder (abuso) que desemboca en una situación de opresión hacia la figura profesional del trabajo social.

La cuarta prueba indiciaria de la desvalorización culmina con un abuso de poder dentro del equipo hacia su figura profesional. Las aportaciones de la trabajadora social eran constantemente cuestionadas, ignoradas o minimizadas en las reuniones clínicas; además, el coordinador asistencial, médico del centro, y la psicóloga titular de la plaza, ambos contemporáneos en edad (ella en situación de prejubilación), dirigían la actuación de la trabajadora social. La psicóloga, quien ejercía un liderazgo informal incluso superior al del coordinador asistencial, intervenía de forma activa en la definición de las respuestas que la trabajadora social debía ofrecer a las y los pacientes, sin tener en cuenta su criterio profesional, consolidando una relación de subordinación.

Esta dinámica de exclusión no solo afectaba a su capacidad para contribuir al bienestar de los pacientes, sino que fue generando una serie de tensiones profundas e invisibles entre los miembros del equipo, dada la negativa de la profesional a aceptar ese rol de subalternidad. Recibía expresiones de autoridad y tonos elevados de voz ante su insistencia por realizar algún tipo de intervención ante situaciones de violencia de género o maltrato; de manera que esta rígida jerarquía y dinámicas de poder profundamente arraigadas, provocaron situaciones de abuso que, al saberse embarazada, decidió cortar de inmediato, abandonando ese puesto de trabajo.

En el relato vivencial, la trabajadora social describe cómo fue compartiendo con otras colegas profesionales, amistades y familia la situación que estaba viviendo, y nadie,

absolutamente nadie, le recomendó denunciar o pedir ayuda a su Colegio Profesional. Más bien, los consejos eran que se aislara en su consulta, que no se relacionara con el resto, que aceptara las dinámicas de funcionamiento sin resistencia, y que se limitara a percibir su sueldo, mientras iba cimentando una coraza para resistir y acudir a su trabajo cada día. Lógicamente, esta no es la solución a medio o largo plazo para una persona que quiere mantener su salud mental, tampoco lo fue para ella.

5. Conclusiones. Algunas lecciones aprendidas

Cuando preguntaron a Nevenka Fernández qué consejo daría a las mujeres que estuvieran pasando por su misma situación, contestó que no se callaran y que lo contaran, "*hablar me salvó la vida*". (Bocanegra, 2024). A partir de este enfoque, se han desarrollado diversas comunicaciones basadas en la experiencia descrita sobre la desvalorización sufrida en el Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones. Es necesario poner voz a estas situaciones.

Las trabajadoras sociales no deben enfrentarse solas a este tipo de situaciones, deben unirse en su lucha por el reconocimiento y por la dignidad profesional, esto es una responsabilidad colectiva. Es deber de los colegios profesionales y de las instituciones apoyar a sus profesionales para que puedan defender su espacio en los equipos interdisciplinares; los colegios profesionales deben constituirse como auténticos lugares de referencia para ayudar a la persona a identificar situaciones de desvalorización, y acompañarla en el proceso de defensa de sus derechos y de su legitimidad profesional.

Es necesario planificar la resiliencia, y que los Colegios Profesionales provean a su colectivo de las herramientas de autocuidado necesarias para identificar situaciones de *burnout*, sus síntomas, así como las posibles estrategias de respuesta como colectivo profesional en el propio centro de trabajo. La formación, además, genera conciencia y permite prevenir situaciones similares en otros contextos.

Se debe *deconstruir* la visión reduccionista del trabajo social en los equipos biopsicosociales. Es necesario revisar el papel y las funciones asignadas al trabajo social en los servicios públicos de tratamiento de las adicciones, y garantizar su presencia en los centros donde aún no se contempla. Se deben actualizar sus funciones según las aportaciones teóricas más recientes, y adaptar los protocolos a las necesidades actuales, y a la evolución de las normativas de referencia, no sólo respecto al tratamiento de las adicciones, sino en consonancia con la protección de la

infancia y la protección integral de las víctimas de violencia de género, por poner algunos ejemplos. Esta revisión podría iniciarse a iniciativa de los Colegios Profesionales de Trabajo Social a través de grupos de trabajo específicos.

Para finalizar, como alguien dijo en alguna cita perdida del mundo internauta, “las opresiones sistémicas no se resuelven con amor propio”. Es necesario defender la profesión ante organizaciones y profesionales diversos, pero también exigir el reconocimiento de la especialidad del Trabajo Social Sanitario a la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, pues es *prueba viva* de una exclusión sistémica que mantiene al Trabajo Social Sanitario en el *cuarto oscuro* de la sanidad pública.

Referencias bibliográficas

Asensio, I. (2023). Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones. *Servicios Sociales y Política Social*, 129, 51-66.

Asensio, I. (2024, septiembre 29) *Argumentos para incluir el Trabajo Social como Profesión Sanitaria*.

<https://inmaculadasol.com/2024/07/23/argumentos-para-incluir-el-trabajo-social-como-profesion-sanitaria/>

Asensio, I. (2024, septiembre 22) *¿Te sientes desvalorizada como trabajadora social en el espacio clínico?* <https://www.youtube.com/watch?v=p3TX3qF0xz4>

Barreto, M. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i4.688>

Bocanegra, M. (2024, 27 de septiembre). *El consejo de Nevenka Fernández a las mujeres que sufren maltrato: 'Hablar me salvó la vida'*. <https://www.20minutos.es/television/consejo-nevenka-fernandez-las-mujeres-que-sufren-maltrato-hablar-me-salvo-vida-5637947/>

- Cifuentes, M. R., y Pantoja, G. F. (2019). Sistematización de experiencias para construir saberes y conocimientos desde las prácticas: sustentos, orientaciones, desafíos. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i28.8079>
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga. (2023). Comunicado en defensa de la profesión de Trabajo Social. <https://www.trabajosocialmalaga.org/comunicado-en-defensa-de-la-profesion-de-trabajo-social/>
- Consejo General de Trabajo Social (2023, septiembre 29). *Trabajo Social profesión de referencia del Sistema Público de Servicios Sociales*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/trabajo-social-profesion-de-referencia-del-sistema-publico-de-servicios-sociales/9010/view>
- Consejo General de Trabajo Social-2012. (2023, septiembre 29). *Código deontológico de trabajo social*. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- De León, C. (2014). *¿Por qué la profesión de Trabajo Social está poco valorada en España?* <https://itrabajosocial.com/por-que-trabajo-social-esta-poco-valorada-en-espana/>
- Lorente, B., y Luxardo, N. (2018). Hacia una ciencia del Trabajo Social: Epistemologías, subalternidad y feminización. *Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, (61), 95-109. <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/48583>
- Miller, W., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*. Grupo Planeta (GBS).
- Lázaro, J. M. y Moreno, M. (2002, 2 de mayo). *La Fiscalía General abre diligencias al fiscal por tratar a Nevenka como una acusada*. https://elpais.com/diario/2002/05/02/espana/1020290411_850215.html
- Naciones Unidas (1948; 2024, septiembre 27). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Nosoyasistentia.com (2024). *¿Por qué el trabajo social está poco valorado?* <https://nosoyasistentia.com/por-que-el-trabajo-social-esta-poco-valorado/>

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

Rodríguez, J. L. (1986, 21 de junio). *El espacio del trabajo*. https://elpais.com/diario/1986/06/21/opinion/519688810_850215.html

NOTAS

- ¹ En el relato original, la trabajadora social expone cómo el auxiliar de clínica afirmaba que, en ausencia del coordinador (médico), la psicóloga asumía el mando, y en su ausencia, la trabajadora social.
- ² Durante una sesión clínica impartida por la trabajadora social sobre dilemas éticos relacionados con la intervención clínica, la Directora del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones le recordó que nuestro cometido como centro era la “abstinencia”, y que las situaciones de violencia de género o maltrato quedaban fuera de la intervención clínica en este Servicio Provincial.