

ARTÍCULOS, ENTREVISTAS Y MUCHO MÁS

Nº0

TRABAJO SOCIAL A TU LADO

Entrevista con Neri
Iglesias Fernández
Secretaria de la
Junta de Gobierno del
COTSA

Trabajo Social
Sanitario

Guerras. La paz
fracturada

Inmigración y
refugio, un
fenómeno social



Propuestas para leer la revista

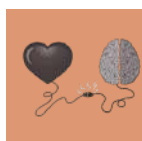
! Si solo te interesa uno de los temas tratados en la revista: sigue nuestra **leyenda de apartados en forma de iconos**.

Si quieres volver a la página de contenidos solo tienes que usar la

! Si solo tienes 🕒 10 minutos para leer: sigue los bocadillos de **SABÍAS QUE... no te dejarán indiferente**.

! Si tienes interés por las redes sociales: síguenos en Instagram, Twitter y TikTok **@tso_atulado**

LEYENDA DE APARTADOS



Aspectos generales



Salutogénesis



Guerras



Igualdad de género



Salud mental



Inmigración



Salud sexual

Presentación del Decano

Como Decano de la Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos me enorgullece poder contribuir con estas breves líneas a la iniciativa de un grupo de estudiantes de la asignatura Antropología Social del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Oviedo que se han lanzado a la aventura de tratar de impulsar una publicación sobre cuestiones relevantes de su disciplina.

Si editar una revista no es para nada una tarea fácil, hacerlo desde el ámbito estudiantil y como proyecto final de una asignatura, resulta tremendamente complicado y exige una gran labor y dedicación. Pues bien, el hecho de que estés leyendo ahora estas líneas es un claro indicio de que lo han conseguido, y con indudable acierto.

Tratar temas de actualidad y de gran relevancia para el colectivo universitario en general, y para el que conforma nuestro centro en particular, como aspectos directamente relacionados con nuestra salud, tanto mental, como física y sexual, y hacerlo desde la perspectiva del propio estudiantado, resulta de gran interés.

Sirvan por tanto estas líneas para apoyar este tipo de propuestas y, en concreto, esta idea en particular, que sin duda es un ejemplo de la aptitud para el trabajo en equipo de las y los estudiantes que integran el colectivo de la Facultad Jovellanos y que demuestra la capacidad de nuestro estudiantado para motivar y comunicar el alcance de los proyectos que desarrollan. Sin duda, iniciativas como esta ponen en valor el buen hacer de todos los agentes que conforman la Facultad.

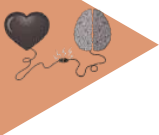
En nombre de todo el equipo decanal de la Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos, no me queda más que transmitir mi más sincera enhorabuena por esta iniciativa, deseando que la revista sea del interés del lector y que este número 0, elaborado con gran rigor, entusiasmo y energía positiva no sea más que el primero de muchos.

Mucho éxito.

Leví Pérez Carcedo

Decano de la Facultad de Comercio, Turismo y
Ciencias Sociales "Jovellanos"





¿Quiénes somos?

Bienvenidos al **número 0** de la Revista Trabajo Social a tu lado! Somos un grupo de estudiantes que estamos cursando segundo de Trabajo Social. Estamos aquí con un objetivo:

¡Que os suméis a nuestro proyecto de aprender e investigar acerca de la sociedad que nos rodea!

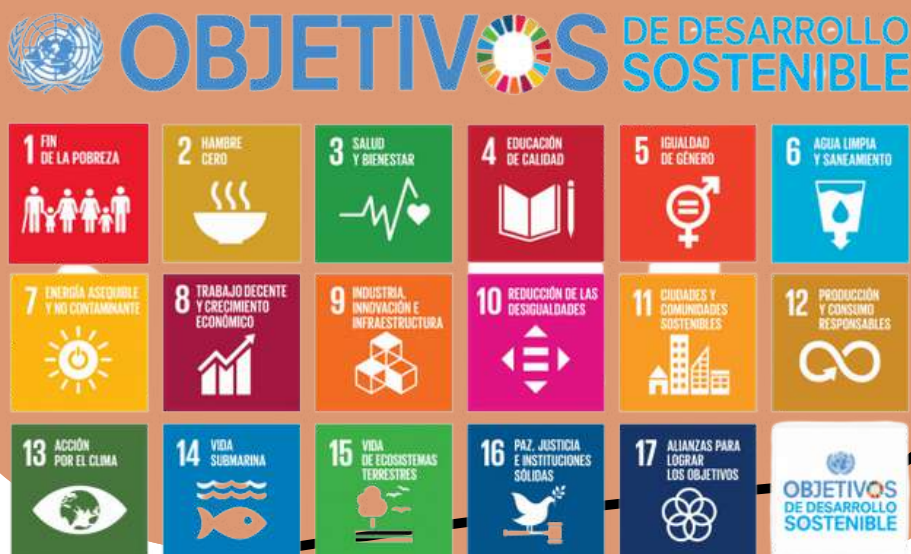
Pero... ¿y si antes de comenzar os contamos un poco ¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?

Tras varios años desarrollando en las asignaturas de El Método de Intervención en Trabajo Social y Antropología Social, proyectos de Aprendizaje y Servicio basándonos en los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), nuestras tutoras, en colaboración con la *ONGD Farmamundi*, nos plantearon la posibilidad de buscar una forma creativa y útil de **PLASMAR** los conocimientos adquiridos en ambas materias. Tras la identificación durante el primer semestre de ciertas necesidades relacionadas con la falta de información sobre las diferentes dimensiones de la salud entre la población joven de Gijón, pensamos... **¿Y POR QUÉ NO HACERLO EN FORMATO DE REVISTA DIGITAL?**

Así, nuestro servicio a la comunidad es esta revista que esperamos no se quede solo en este número 0. Con ella intentamos aportar nuestro granito de arena al conocimiento de diferentes asuntos de interés, no solo para los trabajadores sociales en formación sino también para todo aquel interesado en temas sociales.

SABÍAS QUE...

Los ODS son un llamamiento a la acción global para *acabar con la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas disfruten de paz y prosperidad.*



Curiosidades sobre el Trabajo Social

¿Qué es?

El Trabajo Social es una disciplina, una profesión que promueve el cambio, el desarrollo social, la cohesión y el fortalecimiento y liberación de las personas con el fin de aumentar el bienestar social. (FITS, 2014)

¿Qué hace?

Actúa con personas, familias, grupos y comunidades en muchos sectores (mujer, inmigración, diversidad funcional, mayores, exclusión...)

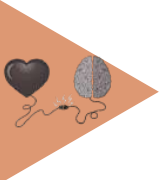
Asociaciones

En el año 2019 se creó la Asociación Universitaria Española de Trabajo Social (AUETS) de la que forman parte 32 universidades. Hay 37 colegios profesionales en todo el Estado incluido el de Asturias (COTSA).



Historia

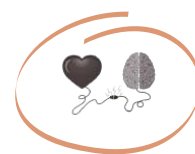
El Trabajo social tal y cómo lo entendemos hoy en día surgió en Inglaterra en el S.XIX como consecuencia de las transformaciones que se produjeron en la sociedad derivadas del proceso de industrialización.



CONTENIDOS

ApS. Transformación social desde la Universidad ¿Por qué esperar a mañana? **Sonia Segarra**

03



El reto de promover **salud y equidad** desde nuestro quehacer educativo y social.
Noa Rodríguez

05



Conociendo el **COTSA**

07



El **Mapa Sanitario** de Asturias

12



Conociendo **Mar de Niebla**

13



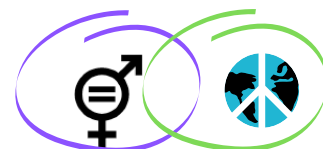
Revolución tecnológica:
dimensiones y alcance de las
guerras modernas

19



Mujeres y Guerra

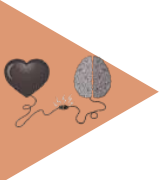
22



¿Sabes los **efectos** que puede producir la **guerra** en algo tan importante como la **salud mental**?

23





CONTENIDOS

Inmigración y refugio,
un fenómeno social

24



Conociendo el **programa** de *Asilo*
y *Refugio* de Cruz Roja

25



Conociendo **LATE**

28



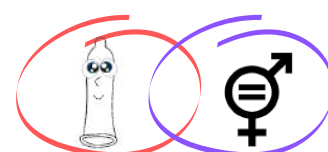
Nuestra relación con las **ETS**

30



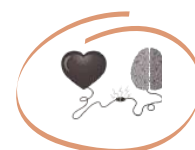
Salud sexual y género en la
adolescencia

33



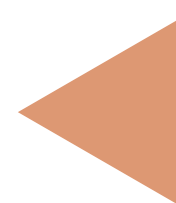
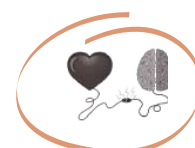
¿Y si te dijéramos que puedes
encontrarnos en **Redes Sociales**?

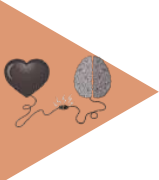
35



El camino recorrido hasta aquí...

36





Editorial

La salud es un derecho humano y uno de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) establecidos por Naciones Unidas en la Agenda 2030. Y es un ODS, precisamente, porque gran parte de la población mundial no tiene reconocido tal derecho, o no puede ejercerlo de forma efectiva al no disponer de los recursos necesarios para disfrutar de una vida saludable en igualdad de condiciones que quienes sí los tienen.

Nos alineamos con quienes defienden que la salud no es la mera ausencia de enfermedad, sino que tener salud -o carecer de ella- depende de la intervención e interrelación de múltiples y diversos factores personales, económicos, sociales, ambientales y culturales. De ahí la revitalización en los últimos tiempos del concepto de Salutogénesis acuñado en los años 70 por el médico sociólogo Aarón Antonowski.

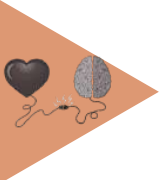
Por tanto, **es necesario sustituir la mirada focalizada en la enfermedad, entendida como déficit, por otra más amplia interesada en los activos de salud**, un modelo que hace de individuos, grupos y comunidades los protagonistas en la gestión de su propia salud y que contribuye a construir sociedades más cohesionadas y resilientes.

La despiadada pandemia desencadenada por el virus SARS-Cov2 en el año 2020 puso de manifiesto nuestra interdependencia y vulnerabilidad y ha evidenciado -más si cabe- lo destructivo que puede llegar a ser nuestro modelo de desarrollo y estilo de vida para nuestra especie y para el conjunto del planeta.

El Trabajo Social Sanitario es un ejercicio profesional caracterizado por desempeñar de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos relacionados con la salud.

Dirige sus intervenciones a la recuperación, la normalización y la adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud.

Para ello garantiza la toma de decisiones responsables, respetuosas con la autodeterminación y la individualización, respetando el ritmo de cada individuo.



Desde una perspectiva sindémica, su impacto y consecuencias en términos sociales, económicos, psicológicos y políticos se dejaron sentir de muy diferente y desigual forma según el sexo, el grupo étnico, la posición socioeconómica de las personas o la zona del mundo en donde hemos nacido por puro azar.

Si hay que hacer alguna lectura positiva de lo que ha supuesto la covid19, quizá sea que ha llevado a la agenda política y al debate público la importancia de la salud mental y la necesidad de mejorar los mecanismos de prevención y atención.

La memoria de la titulación de Trabajo Social, entre las distintas competencias que contempla, recoge dos de carácter transversal que debemos incorporar en todo análisis de la realidad: la perspectiva de género, pues es sabido que la salud de hombres y mujeres difiere, entre otras cosas, por el desempeño de los roles de género y la división sexual del trabajo; y la realidad multicultural de las sociedades pluralistas ya que, sin caer en el relativismo moral, la salud está condicionada por la cultura a la que pertenecemos; como también por los procesos migratorios que viven millones de seres humanos forzados a abandonar sus países por las guerras, el hambre, el cambio climático o la pura y dura explotación laboral y/o sexual.

A este respecto, la guerra desencadenada por la invasión rusa de Ucrania merece nuestra condena y el apoyo y solidaridad con todos los refugiados que huyen de ella, pero no podemos evitar la crítica a la hipocresía - ¿y al racismo?- que supone no haber respondido con la misma contundencia y generosidad, por ejemplo, ante los refugiados sirios que murieron de frío en las fronteras de Polonia hace apenas unos meses.

El Trabajo Social tiene amplia experiencia de trabajo en el ámbito sanitario, más de un siglo ya. Aun así, es larga y tortuosa la lucha que la profesión protagoniza desde hace años para obtener su merecido reconocimiento dentro del sistema de salud. Un enfoque integral de la salud no puede prescindir del Trabajo Social que encuentra su razón de ser en garantizar los derechos sociales a las personas mediante el apoyo y el acompañamiento personalizado, pero también con intervenciones orientadas a la **prevención y la promoción de la salud desde contextos comunitarios.**

Todos estos temas se abordan en esta revista elaborada por estudiantes de Trabajo Social y que hoy inicia su andadura.



ApS Transformación social desde la Universidad ¿Por qué esperar a mañana?

Sonia Segarra Díaz

La **Declaración Mundial de la UNESCO sobre la Educación Superior en siglo XXI** (París, 1998), ya planteaba la necesidad de que la educación superior reforzase sus funciones de servicio a la sociedad y, en concreto, “sus actividades orientadas a erradicar la pobreza, la intolerancia, la violencia, el analfabetismo, el hambre, el deterioro del medio ambiente y las enfermedades, sobre todo con un planteamiento interdisciplinario y transdisciplinario con el objeto de analizar los problemas y las dudas”. La excelencia académica entendida como el mejor instrumento para servir a la comunidad, no como destinataria pasiva sino como un espacio para el aprendizaje, para la investigación y para el encuentro. Un espacio en el que construir alianzas y en el que las iniciativas solidarias, impulsadas de forma conjunta, representen también **una forma de aprender e investigar**.

Las propuestas de aprendizaje-servicio (ApS) introducen un **aprendizaje construido desde la participación del alumnado en un contexto de necesidades reales ofreciéndole así la posibilidad de contribuir personalmente a la mejora de algún aspecto de la vida social de su entorno**. Ponen el acento en la alteridad por encima del individualismo contribuyendo a la creación de un capital social que supera el “yo” y se sitúa en el “nosotros” ofreciendo espacios de implicación en la comunidad, más allá del voluntariado, en los que aterrizar los conocimientos curriculares contextualizándolos en la realidad y haciendo los aprendizajes más significativos. Se trata de combinar el aprendizaje académico y la formación para una ciudadanía activa capaz de trabajar en red por el bien común.

El aprendizaje-servicio como metodología alienta la creación de espacios de aprendizaje colaborativo y cooperativo, de análisis crítico y social del entorno para su transformación y lo hace no solo desde una dimensión profesional, también ética y social. **La presente revista nace con esa vocación, la de fortalecer al alumnado en su proceso de aprendizaje desde la acción y al servicio de la comunidad, potenciando su compromiso desde el hoy, sin esperar al mañana, como futuros profesionales del Trabajo Social.**

“El trabajo social es una profesión práctica y una disciplina académica que reconoce que los factores históricos, socioeconómicos, culturales, geográficos, políticos y personales interconectados sirven como oportunidades y/o barreras para el bienestar y el desarrollo humano” Definición Global de Melbourne 2014.

Si los deberes básicos de la profesión son facilitar el cambio social, el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas.

¿Por qué esperar a mañana?

SABÍAS QUE...

Esta revista nace de los principios del Aprendizaje y Servicio (APS), una metodología que pretende contribuir a transformar la sociedad a través de la educación y la adquisición de conocimientos recíprocos.



Aprendizaje y Servicio

"El aprendizaje-servicio es una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado donde los participantes aprenden al trabajar en necesidades reales del entorno con la finalidad de mejorarlo".

Centre Promotor d'Aprenentatge Servei

DATOS DE INTERÉS

Puntos clave del ApS

- Formar buenos ciudadanos
- Motivar a niños/as y jóvenes a cambiar su entorno y mejorar la sociedad
- Emplear un método de aprendizaje más eficaz



Formas de llevarlo a cabo

No es un método cerrado, sino flexible y heterogéneo, por lo que coexisten muchas formas diferentes de vivirlo y de enfocarlo. Algunos de los proyectos que se han llevado a cabo desde nuestra facultad son:

- Creación de contenido digital para personas mayores
- Campaña de sensibilización para reivindicar el pequeño comercio y la hostelería
- Jornadas Culturales



¿Por qué utilizarlo?

- Para recuperar el sentido social de la educación
- Para aumentar la cohesión social en los barrios y poblaciones
- Para aumentar también la visibilidad y el liderazgo de los docentes.
- Para mejorar la percepción social de los jóvenes.
- Para favorecer la perspectiva comunitaria.



Para más información

Puedes consultar la página web de la Red Española de Aprendizaje y Servicio o de Diverxentes, donde podrás encontrar más experiencias.



El reto de promover salud y equidad desde nuestro quehacer educativo y social



Noa Rodríguez Vázquez

La salud es un “**derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos**”. Este derecho integra la atención oportuna y apropiada de la salud y la promoción de sus determinantes. Por **promoción de la salud** se entiende el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. De acuerdo con la **Carta de Ottawa**, la participación activa, el cuidado de las personas y el planteamiento holístico y ecológico de la vida son esenciales en este proceso.

La salud de las personas y las poblaciones está influenciada por un conjunto de factores personales, sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales. Y existen distintos modelos que los explican. El que se muestra en estas líneas, identifica diferentes niveles de influencia:

Las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida, las redes sociales y comunitarias, los factores psicosociales y estilos de vida; y la relación de estos niveles con factores individuales. La situación de cada persona o grupo social en relación a estos determinantes genera desigualdades que son, de acuerdo con la OMS, injustas y evitables.

Cada vez hay más evidencias que asocian estas inequidades en salud a ejes de desigualdad (**género, migración, situación económica, etnia, edad, diversidad cultural, funcional, sexual, entre otros**). Dichos ejes se interrelacionan y manifiestan múltiples -y combinados-, formas de opresión-privilegio (como machismo, xenofobia, clasismo, racismo, edaismo, capacitismo, LGTBIfobia).

Los **determinantes sociales** y los ejes de desigualdad configuran la estructura social en la que nos desarrollamos personal y colectivamente. Al mismo tiempo, las personas podemos modificar nuestros comportamientos y hábitos, crear o fortalecer redes y participar en la vida pública, transformando nuestro contexto y con ello los determinantes.



La complementariedad de miradas ayuda a analizar las causas inmediatas y subyacentes de las desigualdades y a comprender realidades y posibilidades de actuación a través de procesos de empoderamiento y generación de agencia.



Ejemplo de ello son los enfoques de género, intercultural y ambiental o las perspectivas interseccional, intersectorial o intertransdisciplinarias, que además pueden contribuir a la puesta en valor de la diversidad como enriquecimiento y bienestar, en clave de justicia social y sostenibilidad.

Del mismo modo, el **Enfoque basado en Derechos Humanos** (EbDH), proporciona una visión holística. Se orienta a fortalecer capacidades y permite rendir cuentas en el cumplimiento de derechos mediante la asunción de distintos roles: titulares de derechos (las personas), titulares de obligaciones (instituciones gubernamentales) y titulares de responsabilidades (actores sociales, como la comunidad o las organizaciones sociales).

Entendiendo la salud como un continuo salud-enfermedad, el enfoque de activos, enfatiza en el extremo positivo de la misma. En contraposición al tradicional enfoque occidental patogénico (origen de la enfermedad), este enfoque se basa en la **salutogénesis (origen de la salud), centrada en aquello que crea salud**. Y supone una mirada complementaria a la preventiva, orientada a identificar riesgos y problemas cuando ya existen.

La salutogénesis se presenta como “una forma de mirar a la salud desde aquello que la genera y hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren”. Con lo que ayuda a comprender cómo se origina la salud y el bienestar, **cuáles son y dónde se encuentran los factores generadores de salud que acompañan a las personas en su desarrollo vital** y cómo éstos operan en la percepción de salud que tienen en su vida cotidiana.

Sustentada en este marco teórico, **la Salud Comunitaria Basada en Activos** –con destacado desarrollo en **Asturias**–, pone el foco en las habilidades, recursos y riquezas de las personas o comunidades susceptibles de producir salud y bienestar. Se consideran activos aquellos factores o recursos reconocidos como favorables para mantener o mejorar la salud. Y su identificación supone una herramienta al servicio del conocimiento y la acción comunitaria para la mejora de la calidad de vida y la **cohesión social**.

En fin, la construcción de ciudadanía, requiere una visión global que permita comprender el sentido y alcance de las problemáticas y las **interconexiones en la vida personal, comunitaria y planetaria**. Así como conectar redes de vida con creatividad y resiliencia para la búsqueda conjunta de alternativas viables y efectivas desde lo “glocal”.

En este sentido, hacernos conscientes de nuestras habilidades, capacidades y recursos, y poder hacerlo desde valores de justicia y cuidado y de manera participativa hacia objetivos compartidos, resulta clave para promover una salud en equidad: como derecho y como responsabilidad, a nivel individual y colectivo, desde lo local a lo global.

Así pues, agradecer las aportaciones de las personas que desde sus saberes académicos, profesionales o experienciales contribuyen a la presente reflexión colectiva. Y muy especialmente, el trabajo y compromiso del alumnado de Trabajo Social, que activa sus recursos para ampliar la información, el diálogo y el trabajo en red en su entorno y en pro de objetivos globales como la salud y el bienestar, la equidad de género y la reducción de desigualdades (ODS 3, 5 y 10).

Agentes de cambio, del hoy y del mañana, protagonistas de este aprendizaje-servicio encaminado, así mismo, a una Educación de Calidad (ODS4).



Conociendo al COTSA

Entrevista a Neri Iglesias Fernández Secretaria de la Junta de Gobierno del COTSA (Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias) y presidenta de la Sociedad Científica Española de TSO Sanitario. Trabajadora Social Sanitaria desde el año 2015 en la Consejería de Salud del Principado de Asturias.

- Cuéntenos brevemente el origen del Colegio y su importancia para la profesión

En torno a 1967 empiezan a existir las Organizaciones Profesionales de los Asistentes Sociales. Se creó una **Federación Profesional** a nivel nacional que más tarde se convirtió en lo que hoy es el Consejo General de Trabajo Social, pero esto no pudo ser hasta 1982, que fue cuando se creó la ley que creaba la figura de los **Colegios Profesionales de Asistentes Sociales**. Entonces era el marco normativo por el que se podían crear los colegios, ya que previamente eran asociaciones profesionales. Hace 40 años que conmemoramos el nacimiento del Colegio Oficial de Trabajo Social porque se transformó a partir de esa Sociedad Profesional.

El **Colegio Profesional** es un órgano muy importante porque es una corporación de derecho público, y además defiende la profesión y la representa. Está comprometido tanto con los derechos humanos, como con la justicia social y la igualdad, y se actúa desde principios éticos y deontológicos.

- ¿Cuál es la relación del trabajo social con el ámbito de la salud?

El Trabajo Social Sanitario nace de la mano del doctor Richard C. Cabot en el Hospital General de Massachusetts en Estados Unidos. Este hospital estaba ligado a la Escuela de Medicina de Herbert. Este hombre en octubre de 1905 creó la primera plaza de Trabajo Social Médico.

La primera figura del Trabajo Social Hospitalario era Ida Cannon, que luego fue jefa de los Servicios de Trabajo Social Médico y tenía a su cargo casi a 200 trabajadoras sociales. Durante 39 años trabajó y desarrolló mucho la disciplina del Trabajo Social Sanitario.

A nivel español es pionera la Escuela de Visitadoras Sociales Psicólogas en Cataluña que fue creada por el doctor Sarró, un Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Los primeros pioneros del Trabajo Social Sanitario en España hicieron sus prácticas clínicas en el Hospital Clinic de Barcelona, sus prácticas estaban muy ligadas a las personas enfermas con un trastorno mental. En Asturias nació en los años 60 y una de estas visitadoras psicólogas sociales, **María Asunción Martínez Arrojo**, creó el primer Servicio de Trabajo Social Hospitalario en el Hospital General de Asturias.

Tanto el Trabajo Social en general como el Trabajo Social Sanitario en particular, se basan en la ayuda a las personas, más en el ámbito del trabajo social sanitario ya que no disponemos de recursos sociales, sino que de lo que disponemos es de nuestra formación y experiencia profesional, y el recurso más importante que tenemos es el paciente, la persona a la que atendemos en el contexto de una actuación sanitaria que es donde se desarrolla nuestra labor fundamental.

- ¿Cuál es el objetivo del trabajo social en salud?

La definición del Trabajo Social Sanitario dada por una profesora del Grado de Trabajo Social en la Universidad de Barcelona del Máster Universitario de Trabajo Social Sanitario, que desde el 2013 es un máster oficial, dice: “El Trabajo Social Sanitario es un apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial considerando no sólo las necesidades sanitarias sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento y el cumplimiento terapéutico en las mejores condiciones posibles”.



Por lo tanto, nosotros lo que tenemos que garantizar a la persona es que se pueda hacer ese cumplimiento del tratamiento que le pautan atendiendo a su personalidad, a su entorno y a las posibilidades y dificultades sociales que pueda tener para poder llevar a cabo en la mejor manera posible el cumplimiento de ese tratamiento.

- Funciones del trabajador social en dicho ámbito y más concretamente en el de la salud mental.

Nosotras fundamentalmente seguimos mucho la teoría de **Gordon Hamilton** en el sentido de que trabajamos desde una visión psicosocial, nos fundamentamos en el diagnóstico social sanitario porque sin él no podemos pautar ningún tratamiento y tenemos que ver a la persona en su globalidad.

Básicamente tenemos tres prestaciones básicas, que son el apoyo psicosocial a la persona enferma para reforzar positivamente todos aquellos aspectos que todas las personas tenemos; el apoyo psicosocial a la familia, es decir al entorno más próximo de la persona; y la gestión de aquellos apoyos y servicios que sean necesarios a la persona como apoyo a las dos primeras intervenciones. Algunas de las funciones recogidas son: prestar atención directa de carácter social a la población de la zona que te corresponda; acoger y acompañar a la persona y a su familia durante el proceso asistencial; proporcionar información y asesoramiento sobre recursos, prestaciones tanto en el ámbito sanitario como social. También prestamos atención a aquellas personas más vulnerables como discapacitados, niños, mayores, violencia de género..., o personas con dificultades económicas.

Tenemos que detectar precozmente las necesidades y dificultades de la persona atendida valorando si tiene riesgo social que vaya a repercutir negativamente en su contexto. También estudiamos una serie de datos que recogemos, hacemos el diagnóstico social sanitario, consensuamos con la persona

el plan personal de atención social sanitaria y todo eso lo registramos en la historia clínica de cada paciente. Por otra parte, potenciamos el voluntariado social en salud.

Respecto a la función docente, actuamos como tutores de las personas del grado de Trabajo Social de la Universidad de Oviedo, de la UNED, y también de algún máster.

- ¿A qué responde la reivindicación del reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria? En esta línea, ¿en qué se está trabajando en la actualidad específicamente en Asturias?

El Trabajo Social Sanitario es una prestación básica del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Real Decreto de 1984, regula las estructuras básicas de salud que son las que forman la Atención Primaria. En el Artículo 5, cuando habla de las funciones del equipo de atención primaria dice “realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad”. Formamos parte de los equipos de Atención Primaria de Salud desde el año 84.

La Ley General de Sanidad del 86 hace alusión a la dimensión social que adquiere la atención sanitaria en su Artículo 6 en el punto 2: “está obligada a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada atención sanitaria a la población”.

Luego, a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente.

“El Trabajo Social Sanitario es una prestación básica del Sistema Nacional de Salud”



Por último, la **Ley de Cohesión y Calidad del SNS** de 2003 describe la cartera básica de prestaciones y de servicios del Sistema Nacional de Salud y en su Artículo 12 establece que la Atención Primaria es el nivel básico inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de atención a lo largo de toda la vida del paciente actuando como gestor de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Aquí nos nombra como una prestación dentro del Sistema Nacional de Salud. Además, nos habla de que en las tareas de prevención también hay que poner especial atención a las mujeres, específicamente incluirá la atención y tratamiento de situaciones de violencia de género, infancia, adolescencia, la tercera edad, y los grupos de riesgo.

Por lo tanto, independientemente de que nos quieran reconocer o no, ellos mismos en el redactado de sus normas nos tienen incluidas.

- Ahora que ya conocemos la realidad actual del COTSA, ¿Qué perspectiva tenéis de futuro en el trabajo social sociosanitario?

En primer lugar, hablaré del Trabajo Social Sanitario, porque el Trabajo Social Sociosanitario como tal no existe. El trabajo ejercido en los centros sociosanitarios es Trabajo Social Sanitario. La atención sociosanitaria viene recogida en el catálogo de prestaciones y en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Se utiliza el término sociosanitario de forma ambigua, nada tiene que ver la atención sociosanitaria con la coordinación sociosanitaria.

“Yo estoy legitimada para llamarme Trabajadora Social Sanitaria”

La coordinación sociosanitaria la venimos haciendo los y las trabajadores sociales sanitarios en nuestro ámbito con los servicios sociales comunitarios, los servicios sociales autonómicos, con las entidades del Tercer Sector...

Cuando estamos en el contexto de una atención sanitaria, nosotros evaluamos, valoramos y diagnosticamos que una persona pueda tener necesidades de un apoyo social que nosotros no le podemos prestar. En ese momento, el trabajo necesario junto a nuestros compañeros es la coordinación sociosanitaria.

De cara al futuro, nosotros como trabajadores sociales sanitarios pedimos como prioridad fortalecer la docencia y la investigación. Existe un máster oficial de Trabajo Social Sanitario que está dentro de la normativa que regula la educación universitaria, propia de 2007, para adecuarla al Espacio Europeo de Educación Superior, el llamado Plan Bolonia. Aquí se dice que la Educación Universitaria en España se compone de Grado, Máster y Doctorado. Los másteres pueden ser investigadores, profesionales y habilitadores para una profesión. Este capacita para trabajar como tal en esa especialización y además, te permite denominarte con el título de la denominación específica.

Yo estoy legitimada para llamarme Trabajadora Social Sanitaria.



Todo el mundo sabe que tiene derecho a su médico y enfermera, pero, ¿cuántas personas de la ciudadanía corriente saben que tienen derecho a acudir a su trabajadora social sanitaria en su centro de salud, o en su hospital? Esto no lo sabe nadie. Nosotros buscamos **divulgar** nuestro trabajo, lo que hacemos, dónde estamos...

El derecho que tienen las personas a acudir a nuestro trabajo, la ciudadanía debe reconocer lo que hacemos.

Las personas muchas veces necesitan una escucha activa, necesitan crear un vínculo con alguien para que se sientan acompañadas y acogidas para duros diagnósticos.

Otro reto fundamental es **incrementar la dotación de recursos humanos** en los Centros de Salud. Nosotros, tanto desde el Colegio, como yo, presidenta de la Sociedad Científica Española del Trabajo Social Sanitario, hace tiempo que venimos reivindicando la figura de una Unidad de Trabajo Social Sanitaria por Centro de Salud. Creemos que más allá de 15.000 personas, 17.000 como máximo, no se pueden atender desde un punto de vista profesional ni de calidad. Antes había centros con 35.000 o 37.000 personas por centro de salud. Debemos trabajar en un nuevo enfoque en la atención primaria con nuevos **protocolos** y procedimientos atendiendo a las personas más vulnerables. También se necesita un **cambio** en la mentalidad de los profesionales, porque si son conscientes de que tiene que haber un cambio en la metodología del trabajo profesional, este será posible. En mi opinión, debemos saber en qué punto estamos para saber hacia dónde queremos llegar, realizar un avance en nuestra metodología de profesión, salir de nuestra zona de confort.

- ¿Cuál fue el papel del COTSA en la pandemia COVID-19?

La pandemia nos dejó “trastornados”. Primeramente, tuvimos que quedarnos durante un tiempo determinado en casa teletrabajando, lo que nos afectó mucho; junto al gran número de llamadas de la ciudadanía por las “noticias demoledoras” que escuchábamos y leíamos a diario.

En cuanto al ámbito de la intervención durante la **COVID-19**, elaboramos guías de recursos de Trabajo Social ante la COVID, aportaciones a una Orden Ministerial en referencia al **papel de los Servicios Sociales**, ofrecimos una bolsa de trabajadores sociales para la emergencia en caso de necesidad (se inscribieron 100 profesionales), y estuvimos presentes en el registro de la COVID ayudando a los Servicios Sociales a la hora de solicitar la vacunación para la población.

Estuvimos “a pie de obra” pese a la pandemia.

- ¿Cómo impactó la pandemia en el Trabajo Social en Asturias (especial mención al ámbito sanitario)?

Fue muy duro, debido al problema de la presencialidad y también a la necesidad de... Por ejemplo, en el ámbito hospitalario, había una gran urgencia de alojamientos de personas hospitalizadas ya que tras el alta hospitalaria no podían ir a su casa por diferentes razones. Desde el **ERA** (Establecimientos Residenciales para Ancianos) no se podía, por diferentes protocolos, ingresar a personas>; entonces, a nosotras se nos obligaba a hacer un **informe de urgencia social** para que las personas pudieran ingresar en una entidad privada o privada-concertada.

“ Las personas muchas veces necesitan una escucha activa, necesitan crear un vínculo con alguien ”



Como consecuencia hubo muchísimo trabajo, ya que muchas personas no podían ir a su casa porque mayoritariamente no tenían quienes les cuidaran, o porque tenían personas en su familia que estaban contagiadas y no podían volver al domicilio.

También personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio que se quedaron sin esa prestación y tampoco hubo en ese momento una sustitución por otro servicio; profesionales infectados por COVID que supuso un impacto tanto físico como emocional; personas cuidadoras colapsadas que llamaban presas del miedo, la preocupación y la carencia de conciliación entre las tareas de cuidados y las laborales...

- ¿En qué ámbito sanitario trabajas? ¿Podrías explicarnos tu visión?

He trabajado en el **ámbito hospitalario** y en el **ámbito de la atención primaria**, y desde el año 2015 estoy adscrita a la Consejería de Salud del Principado de Asturias. Hago tareas de gestión y de coordinación del Trabajo Social Sanitario en el Servicio de Salud del Principado. Se puede decir que soy la encargada de la elaboración, diseño e implantación del protocolo informático del trabajo social sanitario, tanto el general como los específicos; en los sistemas informáticos de recogida de datos de la historia clínica del paciente, tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria de salud. Con este protocolo estamos concienciando a nuestras compañeras de que hay que cubrirlo, porque “lo que no se nombra no existe y lo que no se registra no se hace”.

También, tengo a mi cargo la implementación del **programa de la planificación del alta, la implantación y la coordinación asistencial entre el Trabajo Social Sanitario del ámbito hospitalario y el de la Atención Primaria de Salud**. Es un programa muy importante porque se trata de una continuidad asistencial que es imprescindible, y es desde el Trabajo Social Sanitario donde se debe de hacer un seguimiento y acompañamiento de la persona hasta que ésta se pueda dar de alta.

Como mejoras que deberíamos de hacer, la formación y la investigación son muy importantes. Haciendo una crítica constructiva sobre esto, los planes de estudio de grado a pesar de tener gran calidad, se orientan a la formación a los servicios sociales, que a pesar de ser muy importantes no son el único ámbito de atención del Trabajo Social. Hay que tener una **amplitud de miras** en el sentido de que la formación del Trabajo Social es muy rica y transversal, y debe estar presente en todos los ámbitos de bienestar de las personas como son el Sistema Sanitario, el Sistema Educativo y el Sistema de Vivienda, como pilares fundamentales de la justicia social y de los derechos de las personas, pero también en el ámbito judicial, de la prevención de riesgos laborales... Es decir, para tener una vía para aquellas estudiantes de grado que quieran trabajar en el ámbito sanitario, y tengan una formación más adecuada a la **realidad** del trabajo.

“ La formación del Trabajo Social es muy rica y transversal, y debe estar presente en todos los ámbitos de bienestar de las personas ”

Sabías que...

El COTSA tiene su sede en Gijón y puedes seguirlo en

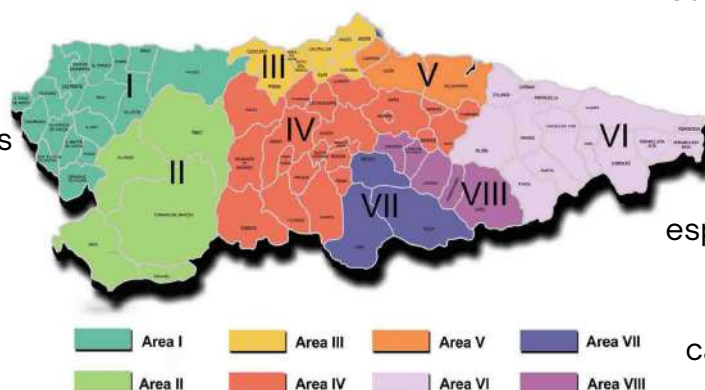


El mapa sanitario de Asturias



El mapa sanitario de Asturias se organiza en **ocho áreas sanitarias**, subdivididas en 68 zonas básicas de salud y 16 zonas especiales de salud.

Las zonas básicas de salud constituyen demarcaciones territoriales dentro de las cuales desarrolla su actividad el equipo de atención primaria, garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios.

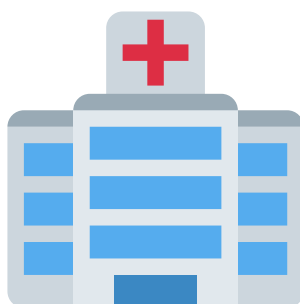


Cuando concurren singulares condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicaciones, se constituyen las zonas especiales de salud, que son demarcaciones que presentan unas características geográficas, demográficas, etc. peculiares, donde no son aplicables las condiciones generales de las zonas básicas.

En dichas áreas, atendiendo a sus características, podemos encontrar diferentes recursos. Aquí puedes consultarlos:



Centros de Atención Primaria



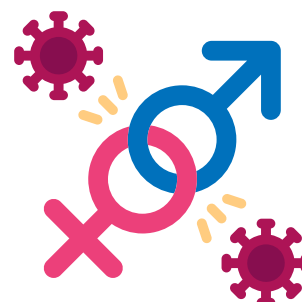
Hospitales



Centros de Atención Especializada



Centros de Salud Mental



Centros de Orientación Familiar



Conociendo Mar de Niebla



Entrevista a Noelia Muñoz: Trabajadora Social. Técnica de la Oficina de Derechos Sociales (ODS) en el ámbito de inclusión, que busca dar respuesta a la necesidad de información, asesoramiento, derivación, acompañamiento y seguimiento de la ciudadanía, y Técnica del Proyecto Club Social, proyecto de ocio para personas con alguna problemática de Salud Mental.

- Explícanos brevemente el origen y objetivos de Mar de Niebla

Mar de niebla (MDN) es una entidad sin ánimo de lucro que nace en el barrio de La Calzada (Gijón) en el año 2004. En la actualidad está constituida bajo la forma jurídica de **Fundación por la Acción Social Mar de niebla** e inscrita en el registro de Fundaciones del Principado de Asturias AS-070. Fuimos publicados en el BOPA como fundación en 2015. El bagaje de la organización, la realidad que nos rodeaba y la inquietud de quienes por entonces estaban en la asociación, marcó nuevos rumbos y proyectos orientados a trabajar con **colectivos en situación de riesgo**. Todos ellos situando a la persona en el centro de nuestra acción, dándole el protagonismo potenciando la intervención socioeducativa.

Nuestra misión es trabajar la **inserción social, laboral y cultural** de las personas, preferentemente en situación de vulnerabilidad, desde un marco socio-educativo y normalizado. Nuestro trabajo se asocia a un seguimiento personalizado de nuestros participantes garantizando el acompañamiento y asesoramiento, dotando de protagonismo a la persona desde una **perspectiva comunitaria**, favoreciendo la capacitación de los individuos en la toma de decisiones y la mejora de sus condiciones de vida.

Los objetivos de esta fundación son los siguientes: Favorecer la integración cultural y sociolaboral de colectivos en riesgo de exclusión social. Promover actividades culturales, formativas y lúdicas que favorezcan la relación entre los diferentes colectivos sociales, favoreciendo así su **integración**, desarrollando hábitos de convivencia. Favorecer la **socialización** contribuyendo a la **ocupación positiva** y saludable del tiempo libre y los espacios de ocio, mediante la transmisión de valores positivos (respeto hacia los demás y hacia nuestro entorno, solidaridad, amistad, empatía hacia iguales y diferentes...).



Revista propia del Club Social

- ¿Qué significa para vosotros la salud mental?

Nosotros como Proyecto de Club Social, seguimos la definición de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición busca un **equilibrio**, nosotros intentamos a través de ella crear el proyecto y lo que conlleva, todas las actividades y acciones que hacemos desde el mismo.



El año pasado, el propio grupo del Proyecto, definió lo que para ellos/as era la **Salud Mental**, se trata de “personas diagnosticadas con algún tipo de problema/trastorno de Salud Mental”. Además, ellos mismos escribieron lo que esperaban de la sociedad, simplemente querían que se les tratase como cualquier otra persona, de forma totalmente **normalizada**.

Esto recoge, cómo las propias personas que definimos por tener algún tipo de problemática o trastornos de salud mental, se "auto-ven", cómo quieren que las tratemos. Por esto, buscamos y perseguimos un **equilibrio** que nos gustaría alcanzar entre todas las personas para tener una vida plena. Esta sería nuestra definición de Salud Mental.

- ¿Cómo funciona el programa de Club Social específico en Salud Mental de esta fundación?

Se trata de un **Proyecto de Ocio** para personas con dificultad de ocio. El grupo de personas es muy **heterogéneo**, en un primer momento el proyecto está dirigido hacia personas con problemáticas de salud mental, pero luego, en la realidad no es así. Hay un porcentaje que no acude a salud mental ni está diagnosticada de ningún trastorno de salud mental, y aún así, participa en el propio proyecto, por lo que no siempre es una condición obligatoria. Al final es ocio para personas con dificultad de ocio. Hacemos un **ocio adaptado** para personas con alguna dificultad, les damos herramientas para favorecer una rutina de ocio y que en un momento esas personas puedan participar en cualquier ocio normalizado. Queremos que se sientan **potenciados** y **empoderados** de poder realizar esas actividades que, en un primer momento, no pueden hacer por sus propias limitaciones, muchas veces autoimpuestas, y otras propias de la enfermedad o de la situación de salud que tienen.

El Club Social es un lugar de encuentro que dota de habilidades, estrategias, conocimientos..., que ayuda paulatinamente a participar de forma activa y normalizada en la comunidad.

- ¿Cuáles son tus funciones específicas como trabajadora social de esta fundación en el ámbito de salud mental?

Soy la parte técnica del proyecto, es decir, soy la que coordino las actividades, la que les doy seguimiento..., me encargo más de las partes que no son tanto acción directa. Además, hasta ahora llevaba un taller semanal en Club Social, era una monitora más, y a parte de ser una actividad de ocio, creo un vínculo con esas personas, me llegan a conocer y tener un espacio más informal o menos dirigido en el cual simplemente lo pasamos bien; favorece esta **creación de vínculos**.

Y a parte de este taller semanal, hago unas tutorías con ellos, son espacios donde las personas que tienen, a veces, alguna dificultad o problema (discuten o les parece mal algo que ocurre) puedan **desahogarse**; otras veces tienen algún problema personal que les afecta en su día a día en la actividad y tratamos de buscar alguna solución. Como estoy en el proyecto de la **ODS** a veces les recojo, les reorganizo y les atiendo otras problemáticas desde ODS. Estas tutorías son ese espacio de acción individual que tenemos para intentar evitar conflictos en el grupo y que esas personas lo necesitan.

Hay veces que son sin importancia, la persona solo necesita una llamada de atención y alguien que le atienda y con eso se cubrió su necesidad y su funcionamiento y participación en el grupo y su estado anímico mejora; y otras veces vienen con mayores problemas, y como no es el proyecto donde se tiene que trabajar eso, aprovechamos para reubicarlos y poder atender esta situación.





- **Qué metodología utilizáis y qué tipo de actividades-protocolos de actuación seguís?**

En general la metodología de la entidad es muy **participativa** en la cual intentamos poner de protagonista a la persona. En concreto en Club Social nunca queremos que sea un consumo de actividades, intentamos que las personas participen dentro de su propio ocio, por lo tanto, todos los talleres que salen son propuestos o votados por el grupo. Intentamos que lideren actividades adaptándonos a sus habilidades para hacerlos protagonistas de ellas, intentamos **favorecer espacios de reflexión** para crear cosas y que ellos sean un poco los protagonistas a través de comisiones, etc.

- **¿Nos podrías indicar cómo acceder a las actividades y/o participar en ellas y cómo se dan a conocer?**

En principio, simplemente con decir que quieres participar en cierta actividad bastaría, normalmente se dice en la recepción, o por correo electrónico o teléfono, esto es cuando la iniciativa es propia, es decir, cuando la persona con un trastorno o un familiar, que suele ser lo más común, dice que quiere participar en esta actividad.

En este momento nos queda en avisos, le hacemos una **entrevista individual** y explicamos el proyecto en profundidad para valorar que la información que tiene es acorde a lo que es la actividad y a sus expectativas. Después hay unos talleres, donde hay una **programación** trimestral que decide en función de los gustos y demás qué hacer, y esa persona se apunta a los que quiere participar y empieza a hacerlo.

Luego hay otro canal, que es el de derivación, de recursos, de administración pública, de salud mental..., es prácticamente lo mismo sólo que nos llaman y/o nos mandan los correos electrónicos directamente. Muchas veces las personas participantes vienen acompañadas con el profesional de salud que les deriva y hacemos la entrevista entre los tres. Estas entrevistas suelen ser hechas por mi como parte técnica o por uno de los monitores que, muchas veces, si se trata de un perfil algo difícil valoramos si es mejor que conozcan directamente a la persona que les va a atender y con quién van a tener la actividad, o es mejor que sea yo quien marque la distancia. Es decir, dependiendo del perfil de la persona uno u otro realizará la entrevista para buscar que esa persona se sienta cómoda y más identificada o comprendida.





- Cuéntanos cómo son los perfiles de los participantes

Este programa va dirigido a personas que presentan algún tipo de necesidad, déficit o disfunción en lo referente al uso del ocio. El 90% son **españoles** y hay más hombres que mujeres, esto siempre intentamos cambiarlo. Históricamente el perfil de los participantes de Club Social más mayoritario han sido los hombres, y cada año aumenta el número de mujeres. Este año 2022 hemos visto en el informe trimestral que hay más mujeres que hombres, y esto es muy importante porque consideramos que el **acceso** de la mujer a las actividades de ocio siempre está mucho más por detrás, y conseguir que tengan la misma **igualdad** en el grupo es fundamental.

El **perfil** de los participantes en principio son personas con problemas de salud mental que van a psiquiatría o salud mental, o personas con discapacidad o diversidad funcional. Luego hay un grupo que no tiene ninguna de estas características, son personas solas sin entorno, de ciertas edades. El grupo de edad mayoritario de estas personas que tiene el Club Social es de más de 40-50 años, se trata de un grupo de edad que muchas veces para hacer actividades o amigos/as les es complicado y en Club Social se sienten **cómodos**.

- ¿Cuál es la visión de Club Social que tienen los usuarios?

Nosotros hacemos evaluación trimestral de las actividades y del proyecto. En general, tenemos una valoración de 1 a 7 en todos los ítems. En todas las evaluaciones que hacemos tanto del proyecto como de las actividades que hacemos es un 6 y algo, 6'7 o 6'5 de media de todos los ítems; hay alguno igual más bajo, con un 5 y pico, pues igual la actividad de cocina por ejemplo no gustó y baja la valoración, pero como regla general tienen muy buena valoración.

De hecho cuando os explico el perfil de los participantes os digo que el año pasado había 55 participantes de los cuales 39 eran antiguos, de otros años, eso al final hace que si hay un grupo muy estable de participantes que repiten todos los años favorece mucho la dinámica porque no hay que explicar todo el rato lo mismo a gente nueva. Como os dije hay 39 personas antiguas y 16 nuevas, eso también es un buen indicador de que las actividades están funcionando.

- ¿Cómo se financian las actividades que lleváis a cabo?

En el Club Social tenemos dos financiadores principales que es la Consejería de Salud y las subvenciones de IRPF del Estado, en concreto son los que nos dan los fondos para poder pagar el personal y las actividades que hacemos con ellos y con ellas.

- ¿Qué tipo de seguimiento se les hace a estas personas?

Nosotros registramos todos los días la asistencia a los talleres donde se apuntan y en las reuniones semanales vemos el porcentaje de asistencia de la semana anterior a los talleres en general y vemos las personas que han participado la semana anterior. Si tenemos por ejemplo 35 personas apuntadas y han venido 25, ¿dónde están esas 10 que faltan?.

Entonces lo primero es identificar quién son, sabemos si por ejemplo están de vacaciones, si están ingresados y por cuánto tiempo... Pero hay gente que no ha avisado y no sabemos nada de esa persona, automáticamente decidimos llamarles para ver si están enfermos, si les pasa algo, ver que les ocurre etc. Este es un seguimiento que semanalmente les hacemos y luego el sistema de tutorías.



Cuando vemos que la persona lo manifiesta ¡genial! pero si vemos que la persona tiene unos altibajos, cambio de comportamiento, algo que vemos que no nos pega con el comportamiento normal de la persona, le ofrecemos hablar en la parte de tutorías y que nos cuente si está bien, si le preocupa algo, si hay algo en lo que le podemos ayudar. Eso lo detectan principalmente los monitores que están en la acción directa, yo los lunes que también estaba en la actividad, o si no somos nosotros, el proyecto en que tenemos que hacer ese seguimiento porque sabemos que es un problema económico, pues podemos hablar con el proyecto que toca, por ejemplo la ODS. Intentamos si no somos nosotras las personas que tenemos que encargarnos de hacer esta función sí trasladar esta preocupación a quién le corresponde.

- ¿En qué aspectos considera que ayudan estas actividades a la salud mental de los participantes?

El ocio es un **derecho**, una persona que no tiene un ocio **saludable** tiene una vida coja. El poder habilitar un espacio en donde las personas tengan un ocio saludable, que trabajen la participación, la **autoestima**, todas las cosas con las que indirectamente estamos trabajando les favorece muchísimo, por lo tanto es un **bienestar**, un cambio normalmente en ellos y en ellas bastante notable. Tenemos muchos participantes, sobre todo cuando las personas llegan con alguna dificultad muy concreta, hay veces que esa persona tiene una situación de salud que no va a poder cambiar mucho, va a estar un poco mejor pero el cambio no va a ser enorme. Pero hay otras personas que sí, personas por ejemplo con temas de adicciones que están en procesos de rehabilitación les viene muy bien este espacio, porque es un espacio saludable, sano, protegido, adaptado a los cambios y a los ritmos que necesitan... Entonces esas personas con el tiempo vas viendo cómo acaban el proyecto y se van.

Es un **proyecto** en que realmente no queremos que se queden, lo ideal sería que estas 39 personas no estuvieran, pero hay perfiles y hay situaciones en las que sabemos que vamos a continuar trabajando con estas personas porque su situación es un poco más complicada. No hay que quedarse ahí y seguir intentándolo y seguramente con el paso del tiempo puedan intercalar acciones más de talleres comunitarios, o acciones de ocio más “normalizado”, aunque no me gusta esa palabra, con la participación en Club Social. ¿Y por qué siguen en el Club Social? Porque se sienten cómodos, importantes, se sienten parte de algo. Ese cambio que hacen es complicado de medir, sobre todo de trasladar la información, pero sí hay una evolución muy favorable de las personas que se adhieren al **proyecto en su vida en general**.

- ¿Qué valoración hacéis del programa y de sus efectos? (por ejemplo, alcance, demanda, participación, reinserción, etc.)

Internamente lo valoramos muy bien. Siempre es **mejorable**, de hecho trimestralmente nos intentamos fijar en algo para poder seguir dándole una vuelta y que realmente no nos conformemos con lo que estamos teniendo, si no que realmente podamos tener una mejor calidad de atención y de acción con las personas con las que trabajamos. Pero si que es verdad que estamos satisfechos con las personas que está habiendo. Por ejemplo, el año pasado en todo el 2021 hubo **55 personas**, y este año -a 28 de abril- hay 49. Es muy probable que a 31 de diciembre hayamos superado las personas que han participado este año, esto también es bueno.

Este año nos hemos planteado también un sistema de difusión potente, hemos enviado cartas a las trabajadoras sociales de los centros de salud, a los trabajadores sociales de los centros de salud mental..., principalmente a las trabajadoras sociales. Hay muchas veces que dices a quién envío esta información, no sabes si al enfermero, al médico, al psiquiatra... entonces nosotros hemos intentado enfocarlo a las trabajadoras sociales para que ellas mantengan esa información.



Aunque no puedan hacer ese trabajo, es propio de sus opciones. Entregamos también en mano las cartas personalizadas y con esto intentamos destacar un poco del resto de difusiones de proyectos y les hemos enviado unos “flyers” para que puedan dar a las personas que consideran que lo pueden necesitar.

Sabemos que son personas que si tienen dificultad de ocio es por algún motivo, hay algo que les impide, que les cuesta, y ese trabajo a veces cuesta mucho que lleguen hasta aquí y luego aquí cuesta mucho que se mantengan. Estamos intentando poner un poco de novedades y de cosas que consideramos nosotras importantes para mejorar esta parte. Con el alcance estamos muy contentos también y yo creo que, en general, es un proyecto bien valorado, tanto internamente para el proyecto, para los participantes, para la entidad, como también externamente porque no hay mucho, entonces somos un poco más **reconocidos**.

- **Desde la pandemia ¿habéis identificado algún cambio relevante en vuestro trabajo y/o los participantes? (por ejemplo, perfiles, demandas, etc.)**

Sí, hemos presentado algún cambio, ya que algunas personas son más o menos persistentes con las medidas lo que puede llegar a dificultar la convivencia. Pero en su mayor parte respetan a los demás y siguen todas las medidas e indicaciones que se les impone.

El problema llega por el cambio inicial, pero consiguieron adaptarse por el “miedo” a la pandemia; que ahora quiten las restricciones les genera **inseguridad** y **miedo** a la hora de “volver a la **normalidad**”.

- **¿Qué tipo de relación tenéis con la red institucional de salud mental? ¿Y con los trabajadores sociales de dicha red?**

Tenemos red con algún personal sociosanitario que están más sensibilizados con el proyecto e hicieron antes de la pandemia una rueda de presentación por entidades y recursos sobre el “Club social” junto a la difusión por correo electrónico habitual.

- **¿Qué percepción creéis que tiene la sociedad respecto a la salud mental?**

No somos plenamente conscientes, pero sí es cierto que después de la pandemia creemos y vemos que las personas están más **sensibilizadas** por ser algo que a todos nos afectó.

También es cierto, que la situación que más nos preocupa son las “inmanejables” y cuando se da una insuficiencia de recursos.

- **Para terminar, ¿Cuáles son los retos a futuro para mejorar la situación?**

Nuestros **retos a futuro** para mejorar esta situación consisten en seguir en esta visualización de que la salud mental es muy necesaria y acceso a un buen tratamiento sin importar la situación económica ni ingresos.





Revolución tecnológica: dimensiones y alcance de las guerras modernas

En la actualidad existen un total de **53 guerras activas**, siendo únicamente una de ellas en territorio europeo. Una guerra, la de Ucrania, que ha conmocionado a la población del continente. Naciones Unidas contabiliza, a 27 de abril, más de 2.665 civiles muertos. Sin embargo, también Naciones Unidas informa de que el conflicto afgano es el que mayor número de mujeres y niños muertos o heridos registra desde el año 2009. Resulta extraño, e incluso incoherente, el gran contraste de cobertura mediática que existe entre ambos conflictos. A continuación, entraremos más a fondo en explicar el origen y dimensiones de las guerras modernas.

La palabra “paz” no hace referencia a la mera ausencia de violencia o guerra, sino que es un concepto con multitud de implicaciones que, podría incluso decirse, está aún por construir. Las falsas concepciones al respecto consiguen, de manera irónica, que la “paz” llegue a convertirse en un obstáculo para la paz.

Si partimos de falsas ideas sobre la paz, el alto al fuego se convierte a menudo en poco más que un periodo de entreguerras (sin posibilidad alguna de que verdaderamente se produzca una paz duradera), y es común que, durante este, la motivación para una acción seria en persecución de la paz se vea deteriorada por esta momentánea falta de efectos visibles y directos.

La violencia directa, física y/o verbal, se hace visible a través de nuestro comportamiento. Pero, como bien dice Johan Galtung, la acción humana no surge de la nada: tiene sus raíces.

Entre estas causas, encontramos claramente un número de factores que juegan un importante papel en relación con la violencia de la que estamos hablando: la cultura de la violencia (heroica, patriótica, patriarcal...), y la estructura violenta en sí misma.

En este sentido cabe destacar la teoría desarrollada por el matrimonio Toffler sobre el conflicto o sucesión de olas. Lo que Heidi y Alvin Toffler argumentaban a finales del siglo pasado (1993), es que la **humanidad ha atravesado una serie de transiciones de carácter crítico, que han determinado la evolución característica de las civilizaciones y, dentro de éstas, del modo de hacer la guerra**. Como puntos de inflexión u olas, destacan: el descubrimiento de la agricultura, la revolución industrial y la revolución tecnológica.

Precisamente es esta tercera ola la que marca el periodo en que actualmente nos vemos envueltos, la era del conocimiento y la comunicación.

En este contexto, nos encontramos con (como expresa F. Javier Franco Suanzes), los tres “parámetros principales” del desarrollo militar en su máximo esplendor: el alcance, la velocidad y la letalidad. En las guerras propias de la tercera ola, el frente (físico) ya no es el lugar más significativo en que se desarrolla la batalla. Por el contrario, el combate se extiende, especialmente al ámbito estratégico, siendo la iniciativa, la preparación y los conocimientos de los soldados, factores más cruciales que el número de efectivos.



Como elementos que juegan un papel crucial dentro de estas guerras de nueva generación, los Toffler destacan, no sólo los propios del método de creación de riqueza de la nueva ola (el conocimiento como factor esencial, la innovación continua y necesaria para sostener la excesiva competitividad, la velocidad exacerbada...), sino, también, la influencia de los medios de comunicación, que tienen el poder de transmitir tanto información como desinformación, manipulando de manera significativa el desarrollo del conflicto.

Johan Galtung elabora la Teoría del Triángulo de la Violencia, cuyo objetivo es representar la dinámica de la generación de la violencia en conflictos sociales y en relación con todos sus tipos, de los cuales el sociólogo distingue tres: directa, estructural y cultural. Partiendo de esto, argumenta que **existen además tres problemas principales en relación con la guerra, que deben solucionarse deshaciendo una serie de círculos viciosos que la rodean:**

- La **resolución de la raíz subyacente del conflicto** (actuando sobre las causas y no sobre la manifestación de estas, preocupándonos por cambiar las tendencias más que por que estas no tengan efectos visibles que nos “incomoden”).
- La **reconstrucción/rehabilitación posterior** de la violencia directa infringida sobre las personas, lo material, lo estructural y lo cultural.
- La **reconciliación de las partes** del conflicto.

Ante todo, de nuevo recordando lo indicado por Galtung, es importante rechazar el popular malentendido de que la violencia se encuentra en la naturaleza humana. Lo cierto, es que el potencial para la violencia, así como para lo contrario, nos son propios, pero son las circunstancias las que condicionan finalmente el desarrollo o no de este potencial.

Todo esto adquiere especial importancia en un contexto como el actual, no sólo por lo obvio (el favorecimiento de la violencia en todas sus formas principalmente en pos de los intereses capitalistas de una minoría privilegiada), sino porque en el centro de todas las miradas hoy en día se sitúa un sonado conflicto que da pie a interesantes reflexiones sobre la violencia en todas sus dimensiones, como es la guerra Ruso-Ucraniana.

Este conflicto, surgido de años de tensión acumulados, ha puesto el tema de la guerra en boca de todos, encontrándose con extensísima repercusión en los medios de comunicación, y llegando incluso a hacer a varias importantes multinacionales teñirse con los colores de la bandera ucraniana en símbolo de solidaridad (ambas podrían considerarse discutiblemente como estrategias de marketing más o menos directas, y sin duda tienen un gran efecto sobre la conciencia popular). Ello nos hace preguntarnos **¿qué sucede con el resto de conflictos que llevan años activos y que de ninguna de las maneras son recibidos con la misma calidez por actores externos?**





Los datos del informe “Asilo en cifras” que realiza el Ministerio del Interior, muestran de manera clara la diversidad, en términos de procedencia, de la multitud de solicitudes de refugio registradas en España. **Países como Venezuela, Sudán, Afganistán o Costa de Marfil, engrosan las cifras comentadas ya que sus poblaciones son víctimas de la guerra o la violencia en todas sus formas.**

Lo cierto es que el conflicto de Ucrania, por mucho que ilustre de manera aterradora lo desolador de la violencia directa que la guerra supone, no puede tomarse como un ejemplo universal. La compasión e idealización mediática de las que Ucrania está siendo objeto hablan sobre el etnocentrismo y el doble rasero existentes entre la población, que se identifica de manera mucho más rápida con un grupo principalmente blanco y europeo (al margen de la durísima historia de opresión que el pueblo ucraniano viene arrastrando, debe entenderse que estas dos cualidades privilegiadas juegan un importante papel con respecto al manejo internacional de la situación). El trato discriminatorio hacia quienes huyen de cualquier conflicto es una forma de violencia ideológica que debe ser combatida de manera prioritaria si queremos verdaderamente alcanzar un futuro pacífico y más justo.

Por último, hay que saber que **el Trabajo Social es una profesión y una disciplina comprometida con la defensa de los Derechos Humanos y de la Justicia.** Por ello, es obvio que en conflictos de este calibre el trabajo social se ve involucrado, aun cuando su capacidad para incidir sea limitada. El Trabajo Social **debe contribuir a prevenir estos conflictos y cualquier violencia formando parte del diseño de las políticas y desarrollando más su vertiente comunitaria en la construcción de sociedades inclusivas y cohesionadas.** El principio básico del trabajo social debe ser la igualdad de todas las personas y la exigencia y defensa de derechos sociales universales, independientemente del área geográfica, el sexo o la "raza". Por ello, como se ha manifestado anteriormente, debería de tenerse igual preocupación por cualquier conflicto que suceda en el mundo y no sólo por aquellos en los que nos veamos involucrados de manera directa o indirecta.

Sabías que...

El Trabajo Social es **esencial** en las **crisis humanitarias** o en situaciones en que se ponen en riesgo los derechos y la seguridad de las personas. Su contribución es fundamental en la **atención directa, la mediación o la acción preventiva.**





Mujeres y Guerra

La mujer, en situaciones de guerra, sufre, además de la desigualdad y discriminación por ser mujer, una violencia añadida derivada de la situación de conflicto como el menor acceso a la salud y a los recursos sanitarios, o a los alimentos y a los recursos para procurar su supervivencia o la de sus hijos, si los tiene.

Asimismo, la ayuda humanitaria en los contextos bélicos relega muchas veces sus necesidades relativas a la salud reproductiva, pues este tipo de programas suelen ser los últimos que se reactivan en estas situaciones.

Sin embargo, a nuestro entender, deberían ser de extrema urgencia, ya que como consecuencia de no implementarlos se observa un aumento de las tasas de mortalidad materno-infantil.

Otras dimensiones de la salud de las mujeres también salen mal paradas. Por ejemplo, en África, donde se concentra el mayor número de conflictos bélicos (18, entre guerras de baja y alta intensidad), se registran las mayores tasas de mortalidad femenina como consecuencia del VIH/SIDA, ya que **en situaciones de guerra las mujeres son más vulnerables a contraer esta enfermedad que los hombres, según los datos recabados.**

Mujeres y niñas son las mayores víctimas de la guerra en muchos países; son muchos los conflictos armados en los que son sometidas a agresiones y violencia precisamente por su condición sexual. Así, en algunas guerras la violación ha sido utilizada como arma en el enfrentamiento entre los contendientes. En otros conflictos las mujeres, especialmente las más jóvenes e incluso las niñas, han sido secuestradas o reclutadas a la fuerza para ser explotadas sexualmente y/o como esclavas.

En estos contextos se agrava la violencia machista ejercida en sus diversas formas en las distintas etapas del ciclo vital de la mujer. Ejemplos de ello son el aborto selectivo por sexo, el maltrato durante el embarazo, el embarazo forzado por violación, el diferencial de alimentos y atención médica para las niñas, el matrimonio infantil, la mutilación genital, la prostitución infantil, el maltrato psicológico, la violación marital (conyugal), la trata de mujeres y la violación de mujeres de edad avanzada.

Por otra parte, sabemos que la mujer en países con culturas patriarcales muy fuertes experimenta un cambio de roles cuando desaparece la figura del hombre (voluntariamente o por coerción) para incorporarse al ejército. Esto es debido a que la guerra puede hacer que se conviertan en cabezas de familia bien porque se han quedado viudas, bien porque han muerto o desaparecido todos los varones mayores de edad de la familia. Esto es complicado para ellas en una sociedad profundamente machista ya que no es frecuente que la mujer trabaje fuera del hogar, y no existen mecanismos de apoyo para las nuevas situaciones que deben afrontar. Asimismo, la ausencia de una figura masculina que las "proteja" frente a otros varones, las hace más vulnerables a sufrir todo tipo de violencia y abusos. Para sobrevivir, en muchas ocasiones, sus estrategias de supervivencia son la mendicidad y la prostitución. **La falta de formación y la vulnerabilidad económica en contextos de desigualdad de género, convierten a mujeres y niñas en presa fácil de las redes de trata y tráfico para la explotación sexual.**



¿Sabes los efectos que puede producir la guerra en algo tan importante como la salud mental?

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Según un estudio de la propia **OMS**, **los efectos que tiene la guerra sobre la salud mental son: depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastorno bipolar y esquizofrenia.** Las enfermedades mentales afectan a más de una de cada cinco personas -alrededor de un 22%- que viven en zonas de conflicto. Mientras que las personas que viven en un contexto normal y no han experimentado estas vivencias violentas, las sufren en menor medida: 1 de cada 14 personas.



La prevalencia puntual de las formas leves de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático en las zonas afectadas por conflictos es del 13%, y la de las formas moderadas, del 4%. En cuanto a los trastornos graves, alcanza el 5%. De acuerdo con las estimaciones, el 9% de quienes han vivido bajo un conflicto bélico o violento padece un trastorno mental de moderado a grave.

En la población que vive en zonas de conflicto, la depresión suele ser más habitual en las mujeres que en los varones. Los más vulnerables durante las emergencias son las personas que padecen trastornos mentales graves, por lo que es necesario asegurar su acceso a los servicios sanitarios y garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas.

El colectivo cuya salud mental sufre más en las guerras son los niños ya que, según *Save the Children*, millones de ellos en el mundo están en riesgo de sufrir problemas emocionales por culpa de los conflictos armados.





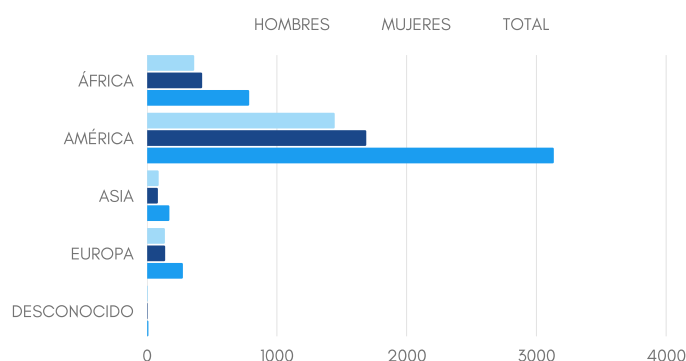
Inmigración y refugio, un fenómeno social

Las **migraciones internacionales son movimientos de personas que se desplazan hacia un país o región diferente de su lugar de origen**. Según Naciones Unidas, en el año 2020, había 272 millones de personas migrantes en el mundo, un 48% de ellos mujeres.

En España, la llegada de inmigrantes es bastante reciente, intensificándose mucho en las últimas dos décadas. En todo caso, es un tema que genera grandes polémicas y posiciones ideológicas muy antagónicas.

La inmigración más conocida, por la repercusión que tiene en los medios de comunicación, es la procedente del continente africano, en general; sin embargo, el grueso de los inmigrantes procede de América Latina y de Europa. De hecho, según Andreu Domingo (2015), entre 2008 y 2013, la inmigración magrebí cayó en un 66% y la subsahariana en un 60%. Por otro lado, las características sociodemográficas de los inmigrantes actuales son muy diferentes de las del boom migratorio de los primeros años de este siglo, siendo, por ejemplo, la proporción de mujeres y menores superior.

Reconocimiento en España de la condición de refugiado y concesión del derecho de asilo por continente y sexo (2020)



Ministerio de Interior Del Gobierno de España 2020

Una de las formas que adquieren las migraciones es la de quienes se ven forzados a abandonar su país por la guerra (u otras causas y formas de violencia que suponen un riesgo para su vida). Así, los **refugiados** son una figura específica regulada por el derecho internacional para garantizar la protección y la seguridad de quienes huyen de un conflicto armado. Dicha protección se obtiene mediante la oportuna solicitud de asilo.

En España, según datos del Ministerio de Interior, en el año 2020, hubo 88.826 solicitudes de asilo, de las cuales el 53% las realizaron hombres, y 4.359 resoluciones favorables. En el gráfico que acompaña estas líneas presentamos los datos de las resoluciones concedidas por continente de origen y sexo.

Sabías que...

El Trabajo Social con personas refugiadas es un servicio especializado que se concreta en los Programas de Acogida Temporal. Dicho programa se articula en tres fases: Acogida, Integración y Autonomía.





Conociendo el programa de Asilo y Refugio de Cruz Roja

Entrevista a Sandra Fernández Barrero, trabajadora social de primera acogida del Programa de Acogida a Personas Solicitantes y Beneficiarias de Protección Internacional, situado en Gijón. Con su ayuda indagaremos brevemente en qué es el asilo y el refugio y cómo se trabaja con estas personas desde su recurso.

- Para empezar, ¿podrías explicarnos qué son el refugio y el asilo?

En España el derecho de asilo se regula por la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y protección subsidiaria. En esta ley se recoge la obligatoriedad de definir un sistema de acogida para las personas solicitantes y beneficiarias. En este marco es donde se encuadra el programa de acogida.

- ¿Desde cuándo está en marcha el programa de Refugio y Asilo de Cruz Roja en Asturias y por qué se promovió?

En Cruz Roja en Asturias se inicia la gestión del programa de acogida en 2016 coincidiendo con la crisis humanitaria provocada por el conflicto en SIRIA. Desde esta fecha hasta la actualidad se han ido aumentando el número de plazas de acogida hasta llegar a las 141 actuales.

- ¿En qué consiste el programa? ¿Cómo se incorpora la perspectiva de género?

El programa trata de cubrir las necesidades básicas a las personas atendidas además de facilitar la adquisición de habilidades que aumenten la autonomía a través del acompañamiento del equipo técnico multidisciplinar.

La perspectiva de género se incluye de forma transversal a las diferentes actividades del programa tanto en intervención individual como a través de actividades grupales o talleres (igualdad de género y nuevas masculinidades) La entidad ha empezado a desarrollar un proyecto piloto en materia de igualdad de género a través del cual se pretende contar con información sobre las posibles desigualdades, cargas de cuidado, participación, motivación de ausencias a las citas a través de una serie de fichas que se cumplimentan de forma periódica

- ¿Cuál es el perfil más habitual de las personas que llegan al centro? (género, edad, lugar de procedencia, etc.)

No hay un perfil definido, el criterio común es que las personas sean solicitantes o beneficiarias de protección internacional o apátrida. En cuanto a los lugares de procedencia, van variando a lo largo del tiempo según la presencia de conflictos en diferentes países. Actualmente atendemos a personas que son originarias de Malí, Sahara, Ucrania, Siria, Venezuela, Colombia... entre otros. Nos encontramos con perfiles muy diferentes: unidades familiares monomarentales con menores, unidades familiares nucleares, hombres solos y, en menor medida, mujeres solas.



- **¿Qué diferencias de género existen en las causas para solicitar el estatus de refugiado y el asilo? ¿Se puede solicitar protección internacional por razones de género?**

Hemos acompañado a diferentes casos en los que ha solicitado y han obtenido el estatuto de refugiada por razones de género y/u orientación sexual, por situaciones vividas de violencia de género en país de origen o en trayecto migratorio, trata, tráfico, violaciones... Son los casos más complejos a nivel de intervención y que requieren de un acompañamiento más cercano por parte del equipo.

- **Respecto a las personas que están en el programa, ¿qué itinerarios suelen realizar desde su país de procedencia hasta que llegan al programa? ¿Cómo afecta a su salud, en general, este proceso?**

Dependiendo de la procedencia el trayecto es muy diferente. Nos encontramos con personas de origen africano que llegan al centro tras un itinerario de años y de muchos riesgos, más aún en el caso que sean mujeres. En el caso de personas de origen latinoamericano hay casos en los que proceden directamente de país de origen, pero sí hay otros en los que han pasado por terceros países viviendo situaciones de vulnerabilidad. Seguimos acogiendo a personas de origen sirio que llevan varios años fuera de su país de origen (Programas de reasentamiento).

- **¿Qué funciones desarrolla el profesional de TS en el programa?**

Las tareas de trabajo social están relacionadas con la gestión de la ocupación de las plazas, la atención directa a las personas alojadas en el recurso y la dotación de las ayudas económicas.

Además de la participación en las diferentes reuniones de coordinación interna con el resto de servicios del programa y con recursos externos.

- **¿Cómo ha impactado la pandemia en la situación de las personas refugiadas a las que se dirige el programa?**

El momento del confinamiento en el recurso fue realmente duro para las personas alojadas porque es una vivienda semi-institucionalizada.

Se trató de facilitar información y orientación sobre la Covid en diferentes idiomas y acompañar a las personas durante este tiempo, además de continuar garantizando la cobertura de necesidades.

El Ministerio ha facilitado la solicitud de prórrogas de estancia en el programa motivadas por la pandemia, por Covid, lo que ha reducido los factores de vulnerabilidad.

- **¿Dispone la entidad de servicios –en ese caso cuáles- para atender las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas usuarias?**

Uno de los servicios transversales con los cuales cuenta el sistema de acogida es el Servicio de Atención psicológica al cual tiene la posibilidad de acceder todas las personas que llegan centro. Hay otros casos en los que las personas son derivadas a salud mental a través de atención primaria del centro de salud de referencia.





- En cuanto a la legislación vigente en materia de refugio y asilo ¿Qué aspectos positivos destacarías y cuales crees que se deberían mejorar en el futuro? ¿Y en cuanto al programa que desarrolla Cruz Roja?

Lo positivo es la propia definición de la obligatoriedad de España de definir un sistema de acogida en la ley de asilo, que, a pesar de su carácter temporal, da cobertura a personas que no cuentan inicialmente con autorización para trabajar y que se encuentran en situación de riesgo de exclusión. La legislación define los perfiles de vulnerabilidad en los cuales se fundamentan las solicitudes de prórrogas en el programa, si bien hace una categorización muy escueta que no representa a la totalidad de

factores de riesgo que presentan las personas que atendemos en el centro. Se podrían mejorar los tiempos de resolución de las solicitudes de protección internacional y, sobre todo, de las solicitudes de apátrida.

El programa de acogida está definido en un Manual de Gestión facilitado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones que orienta a las entidades para gestionar los centros. Uno de los aspectos más positivos es el hecho que se cuente con un equipo formado por diferentes disciplinas profesionales. La mayor debilidad desde el punto de vista del trabajo social es el volumen de tiempo de la jornada que nos vemos obligadas a dedicar a la gestión en detrimento de la atención directa.

Sabías que...

Persona refugiada:

La condición de **refugiado** se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país

Persona solicitante de asilo:

Alguien que se ha ido de su país de origen y ha solicitado reconocimiento como refugiado en otro país, del que espera una decisión al respecto.

Sabías que...

No a toda persona que solicita asilo se le reconoce finalmente como refugiada





Conociendo a LATE ASTURIAS

Entrevista con Flor María Baldó Fernández, trabajadora social en la entidad LATE Asturias

- ¿Qué es LATE Asturias?

Los Amigos de Thionck Essyl de Asturias es una ONG de Cooperación al Desarrollo. Dado que el nombre de la entidad está en masculino, utilizamos el acrónimo LATE Asturias con el fin de integrar la perspectiva de género.

Nuestro objetivo es que en la próxima asamblea se apruebe cambiar el nombre al de "La Amistad Con Thionck Essyl"

- ¿Desde cuándo está en marcha y por qué se promovió?

En Asturias, se constituye como asociación en el año 2007 con el fin de ayudar y colaborar al desarrollo de la región de Casamance y en particular al pueblo de Thionck Essyl.

La asociación "Los amigos de Thionck-Essyl" se creó en el año 1999. Entre las personas fundadoras está la directora de la Alianza Francesa de Granada. Gracias a la amistad entre ella y a una de las socias fundadoras de Gijón, ésta última decide viajar a Thionck y colaborar en los proyectos que la asociación lleva a cabo. Es así como se inicia la relación de un grupo de amigos y colaboradores de Asturias con un pueblo de Senegal.

A partir de aquí, se empieza a juntar dinero para comprar una serie de recursos como poleas, máquinas de coser... Y es en septiembre de 2007 cuando se decide registrar la asociación en el Principado de Asturias.

- ¿A qué colectivo se atiende?

En un principio se comenzó trabajando con las ciudadanas y ciudadanos de Thionck. Posteriormente, se amplió el ámbito de actuación a Asturias para atender a las familias africanas (mujeres principalmente) que viven en el Principado de Asturias.

- ¿Qué proyectos se están llevando a cabo?

Teniendo en cuenta que son dos los ámbitos en los que LATE lleva a cabo su actuación, por un lado tenemos el trabajo que se realiza en Senegal, donde nos centramos en proyectos que contribuyan al desarrollo local agrícola, mediante la construcción de pozos, una casa de transformación, huertas... También se están reformando y construyendo escuelas para contribuir al Derecho a la educación y, finalmente, se llevan a cabo proyectos de sensibilización que impulsen la lucha contra la violencia de las mujeres y las niñas (matrimonios forzados, mutilación genital femenina, ...)





En lo que respecta a Asturias, buscamos concienciar a la gente de que la cooperación al desarrollo es una cuestión de justicia, por lo que realizamos proyectos de sensibilización, tales como ciclos de cine africano, una fiesta intercultural... Además, este año estamos formalizando la intervención social con el colectivo, debido a que era algo bastante demandado que se llevaba tiempo haciendo pero de manera informal.

- ¿Qué funciones desarrollan las profesionales de TS?

En relación a los proyectos, las profesionales del Trabajo Social son las encargadas de elaborarlos y ejecutar todas las fases de estos, tanto aquí como en Senegal. Además, también realizan acompañamientos, intervención no directa, orientación, información...



- ¿Cuáles son vuestras expectativas de futuro?

Queremos ampliar el ámbito de actuación en Senegal, ya que son varios los pueblos cercamos a Thionck los que demandan nuestro trabajo.

Respecto a la parte de intervención social en Asturias, queremos que nuestros proyectos sigan estando relacionados con la igualdad de género, enfocándonos también en los hombres para que esta sea realmente efectiva. Por otro lado, queremos ofrecer herramientas a las familias africanas para que tengan la oportunidad de entrar en igualdad de condiciones que el resto de la población, por ejemplo con temas relacionados con la burocracia, el apoyo educativo...



Nuestra relación con las ETS

Las **Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)** son aquellas que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Según el **Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)** son comunes sobre todo en la juventud: cerca de la mitad de estas infecciones se dan en personas de entre 15 y 24 años. La desinformación sobre estas enfermedades y sus características, junto a los tabús que rodean la sexualidad, limitan el conocimiento de esta realidad entre los jóvenes. A esta conclusión hemos llegado después de realizar nuestra dinámica sobre qué sabe y qué no sabe la gente sobre estas enfermedades.

Todo comenzó en una clase de la asignatura *El Método de Intervención en Trabajo Social*, en la que se nos propuso, como paso previo a la realización de un proyecto de Aprendizaje y Servicio, la identificación y valoración de necesidades sociales presentes en nuestro entorno. Con la colaboración de *Partycipa* y de *Farmamundi* llevamos a cabo diversas actividades y dinámicas para conseguir dicho objetivo, teniendo siempre en perspectiva los ODS. Formamos los grupos de trabajo y el nuestro estuvo compuesto por: Cristina Pérez Fernández, Sara Requeijo Freije, Verónica Rodríguez Alejo, Aida Rodríguez Rodríguez, Carlota Rodríguez Rubio y Daniel Romero Batista.



Decidimos hacer el trabajo sobre el ODS 3 Salud y Bienestar y, más concretamente, sobre las ETS. Nos decantamos por este tema porque una de nuestras compañeras estaba haciendo prácticas en el **Comité Ciudadano Antisida de Asturias (CCASiPA)**, y además consideramos que era un aspecto de la salud que desde hace bastante tiempo parece relegado a un segundo plano. Es por ello, que escogimos nuestro nombre de grupo con un doble sentido que creímos que iba a impactar: **“ETS: Estudiantes de Trabajo Social”**.

Para llevar a cabo el estudio quisimos enfocarnos en el ambiente universitario porque sería más sencilla la recolección de información, ya que es el ámbito en el que nos relacionamos en nuestra vida cotidiana.

Para construir nuestra dinámica de nuestro trabajo, nos sirvió de inspiración una actividad que hicimos con los miembros de la asociación *Partycipa*: escoger un material cualquiera y pensar qué hacer con él. En nuestro caso escogimos unos sacos en los cuales se pondría un cartel con una frase: “¿Qué sabes de las ETS?” y “¿Qué no sabes de las ETS?”. Con esto, cada persona que quisiera participar en nuestra dinámica introduciría en dichos sacos un papel con su respuesta.

Pensamos en ofrecer algún tipo de recompensa por participar y nos dimos cuenta de que la mejor opción era repartir preservativos dada la temática escogida. Nos pusimos en contacto con la **Oficina de Juventud de Gijón, en la que hay un servicio llamado SOISEX**, para preguntar si podían proporcionarnos los preservativos necesarios para nuestro proyecto. Allí les explicamos lo que queríamos hacer y nos apoyaron en todo momento. Nos dieron los preservativos y además información para que pudiéramos compartirla con nuestros compañeros de la facultad.



Una vez puesta en marcha la dinámica decidimos realizar una encuesta online para ampliar información sobre el grado de conocimiento de los jóvenes. Tras la recogida de la información (tanto de la dinámica como de la encuesta online) clasificamos las respuestas obtenidas siguiendo diferentes criterios como pueden ser: las personas que realmente saben sobre las ETS, las personas que creen que saben pero en realidad no saben y personas que no saben.

Los resultados nos mostraron que muchas de las personas solo tenían información muy básica sobre las ETS, sin embargo, las personas que no sabían ni lo más básico las superaban. A partir de ello, pudimos concluir que existe una gran desinformación general sobre el tema de las ETS entre los estudiantes de nuestra facultad.

Hemos observado que hay bastantes personas que sí conocen las ETS de las que más se habla en el mundo, como por ejemplo el VIH. También observamos numerosas respuestas que simplemente se mofaban de que habláramos de este tema o parecía que no les gustaba tener que pensar sobre él y eso nos da que pensar, ya que, podría estar relacionado con la falta de información y educación sexual o los tabús de los que hablamos antes.

Como respuesta a estas carencias, y con la información disponible en la página de Instagram de SOISEX, decidimos confeccionar y distribuir por la facultad un cartel informativo en el que damos algunos consejos para la prevención las ETS haciendo referencia a las más habituales. Podéis ver nuestro cartel en la [siguiente página](#).

Para finalizar, nos gustaría mencionar que no solo nosotros identificamos necesidades sociales. Nuestros compañeros de clase han realizado unos estupendos e interesantes trabajos, que se pueden ver [aquí](#).



PREVENIR LAS ETS

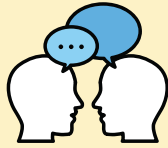
LAS ETS SON ENFERMEDADES QUE SE PASAN DE UNA PERSONA A OTRA A TRAVÉS DEL CONTACTO SEXUAL

(PARA ACLARARNOS: CUANDO NOS REFERIMOS A UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR UNA RELACIÓN SEXUAL HABLAMOS DE ITS. CUANDO ESTA INFECCIÓN PASA A SER ENFERMEDAD HABLAMOS DE ETS.)



USA PRESERVATIVO

USA UN PRESERVATIVO CADA VEZ QUE PRACTIQUES ALGÚN TIPO DE SEXO (ORAL, VAGINAL, ANAL)



COMUNÍCATE

COMUNÍCATE CON TU PAREJA O PAREJAS SEXUALES Y SE HONESTO/A

CUIDATE

HAZTE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ETS
VACÚNATE DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y DE LA HEPATITIS B (VHB)



NO ELIJAS EL RIESGO

HAY MUCHAS MANERAS DE SER SEXUAL Y MANTENERSE SEGURO. HAY MÁS PRÁCTICAS APARTE DE LA PENETRACIÓN (BESOS, ABRAZOS, MASTURBACIÓN...)



INFÓRMATE

INFÓRMATE SOBRE LOS SINTOMAS DE, POR LO MENOS, LAS ETS MÁS COMUNES. (CLAMIDIA, HERPES GENITAL, SIFILIS, GONORREA, VIH, VPH...)

ALGUNAS ETS

CLAMIDIA

SÍNTOMAS:

- EN GENITALES MASCULINOS: SECRECIÓN DEL PENE, SENSACIÓN DE ARDOR AL ORINAR, ARDOR O PICAZÓN EN LA ABERTURA DEL PENE, DOLOR O INFLAMACIÓN EN LOS TESTÍCULOS.
- EN GENITALES FEMENINOS: FLUJO VAGINAL ANORMAL, DOLOR DURANTE LA PENETRACIÓN, SENSACIÓN DE ARDOR AL ORINAR.

SÍFILIS

SÍNTOMAS:
3 FASES

1. APARICIÓN DE UNA LLAGA EN LA ZONA DONDE SE ORIGINA LA INFECCIÓN.
2. APARICIÓN DE ERUPCIONES (PUEDEN SER POR TODO EL CUERPO) CUANDO LA 1 YA SE ESTÁ CURANDO.
3. POSIBLES PROBLEMAS NEUROLÓGICOS, OSTEOPARTICULARES O CARDÍACOS, AÑOS DESPUES DE LA INFECCIÓN.

GONORREA

SÍNTOMAS:

- EN GENITALES MASCULINOS: SECRECIÓN PARECIDA AL PUS EN EL PENE, SENSACIÓN DE ARDOR AL ORINAR, NECESIDAD DE ORINAR MÁS FRECUENTEMENTE
- EN GENITALES FEMENINOS: DOLOR ABDOMINAL, FLUJO VAGINAL AMARILLENTO, SANGRADO ENTRE PERÍODOS MENSTRUALES, VÓMITOS, FIEBRE, HINCHAZÓN O SENSIBILIDAD EN LA VULVA.

VIH

SÍNTOMAS:

- FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR, ERUPCIÓN, DOLOR DE GARGANTA Y LLAGAS DOLOROSAS EN LA BOCA, GANGLIOS INFLAMADOS, DIARREA, PÉRDIDA DE PESO, TOS, SUDORES NOCTURNOS

HERPES GENITAL

MUCHAS PERSONAS NO PRESENTAN SÍNTOMAS O SON MUY LEVES. CUANDO SI HAY SÍNTOMAS, PUEDEN APARECER AMPOLLAS EN LA VULVA O VAGINA, PENE, ANO RECTO Y MUY RARAMENTE EN LA BOCA. OTROS SÍNTOMAS PUEDEN SER: FISURAS EN LA MUCOSA GENITAL, SECRECIÓN CON OLOR, ARDOR AL ORINAR, SANGRADO ENTRE MENSTRUACIONES, MALESTAR O FIEBRE.

HEPATITIS B

LA MAYOR PARTE DE LAS PERSONAS NO PRESENTAN SÍNTOMAS AL INICIO. EN CASO DE PRESENTARLOS PUEDEN SER LA COLORACIÓN AMARILLENTO DE LA PIEL Y OJOS, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS O CANSANCIO EXTREMO.

VPH

NO SUELEN PRESENTARSE SÍNTOMAS. SIN EMBARGO, PUEDE OCASIONAR VERRUGAS TANTO EN LA PIEL COMO EN MUCOSAS, SOBRE TODO EN LA ZONA GENITAL.

¡TEN EN CUENTA QUE PUEDE QUE NO SE MANIFIESTE NINGÚN SÍNTOMA O QUE TARDE HASTA AÑOS EN MANIFESTARSE!



Salud sexual y género en la adolescencia

La igualdad de género supone el reconocimiento de los mismos derechos, responsabilidades y oportunidades para hombres y mujeres. Debe ser un pilar más en el logro de un mundo sostenible, pacífico, próspero, saludable y que no deje a nadie atrás. Es un derecho humano fundamental establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y es esencial para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Antes de comentar la importancia del sistema sexo/género en la salud de los y las adolescentes, creemos que es necesario aclarar ambos términos. Así pues, aunque el sexo y el género están relacionados, son cosas diferentes. El primero hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a los hombres y las mujeres, mientras que el género es un concepto más complejo. Se trata de una categoría social que define las expectativas y estándares de la sociedad sobre los comportamientos, pensamientos y características esperados de las personas en función de su sexo.

En el mismo sentido, **los determinantes sociales de la salud relacionados con el género** son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad de las mujeres frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos. Dichos determinantes influyen en las actividades de promoción de la salud, la propia atención sanitaria y las respuestas que articula el sistema de salud en función del género. **El género es uno de los principales factores que explica las inequidades sanitarias en el mundo según la OMS.**


Dado que la salud sexual es una de las dimensiones de la salud general, la relación que tiene con el género a lo largo de la vida resulta muy relevante, pero en las líneas que siguen nos centraremos en la adolescencia.

Es durante esta fase cuando todo lo asociado al sexo y la sexualidad cobra mayor presencia, ya que es una etapa del ciclo vital en la que suelen aparecer muchos cambios físicos, psicológicos y sociales que generan confusión en múltiples aspectos de nuestra personalidad, entre ellos las relacionadas con la identidad sexual y la sexualidad.

La adolescencia es un periodo en el que algunos jóvenes comienzan a tener sus primeras parejas. En estas primeras relaciones afectivas, **los mitos del amor romántico contribuyen a reproducir los modelos de género** y pueden hacer que las agresiones no sean percibidas como tales (como pueden ser entender los celos como algo positivo, o la idea de que el amor lo puede todo). Es preocupante que en estos últimos años la violencia de género en parejas adolescentes parece estar aumentando significativamente. Hay múltiples factores que influyen en ello, como son la perpetuación de los roles de género, la baja autoestima e inseguridad o aceptar la violencia como medio de resolución de conflictos.

En cuanto a las relaciones sexuales y la salud sexual, hay numerosas cuestiones a tener en cuenta. Lo más importante es saber si se está listo o no, pero una vez que se está seguro, es importante aprender a protegerse de un embarazo no deseado y/o de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), así como saber qué es el consentimiento, el placer, etc.; **es decir, es crucial tener una buena educación afectivo-sexual.**

Es común pensar que únicamente se tiene sexo cuando se introduce el pene en la vagina. Sin embargo, existen diferentes tipos de sexo, como pueden ser la masturbación, el sexo oral, anal y vaginal.



Además, a la hora de tener sexo con otra persona, lo importante es tener en cuenta qué prácticas nos gustan y, sobre todo, si la otra persona se siente cómoda con ellas. También, pensar en qué cosas no nos gustan y comunicarse con la pareja sexual. Si en mitad de una práctica sexual cambiamos de opinión y queremos dejar de realizarla, está bien. Podemos parar siempre que queramos.

Por último, no podemos dejar de mencionar una realidad que afecta especialmente a las mujeres, aunque trasciende la etapa de la adolescencia: **las agresiones sexuales**. Esta violencia desencadena problemas de salud, tanto mentales como físicos, siendo una situación muy traumática y dolorosa que afecta de manera transversal a la salud y el bienestar de las mujeres. Los delitos contra la libertad y la indemnidad sexuales recogidos en el Código Penal (a la espera de la entrada en vigor de la llamada "ley del sólo sí es sí") incluyen:

- **Agresión sexual:** el uso de violencia o intimidación para atacar la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento.
- **Abuso Sexual:** agresión contra la libertad sexual o indemnidad sexual sin consentimiento, sin uso de violencia o intimidación.

Para perseguir tales delitos, las víctimas, su representante legal o la fiscalía de oficio, tendrán que presentar la correspondiente denuncia. Recientemente se ha puesto en marcha en Oviedo el **Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales**, un servicio de atención inmediata y especializada dirigido a mujeres víctimas de agresiones sexuales en todo el territorio asturiano que funciona 24 horas todos los días del año. Sus profesionales ofrecen acompañamiento y/o atención psicológica tanto a las víctimas como a sus familias.

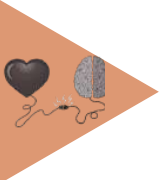


Sabías que...

Si eres víctima de agresión o abuso sexual:

Lo que pasó no es tu culpa. Los únicos culpables son los agresores. No estás sola. Hablar con personas de confianza, familiares, amistades es una buena práctica.

Haz justicia no solo por ti sino también por otras posibles víctimas. Busca ayuda profesional para remediar esta situación.

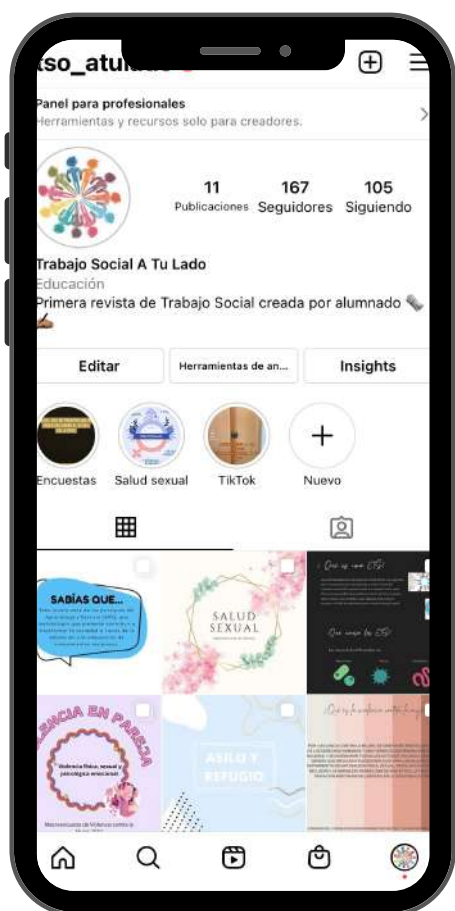


¿Y si te dijéramos que puedes encontrarnos en redes sociales?

Contenido interactivo, video en Tik Tok, posts en Instagram, ¡y muchos más!

En las siguientes redes podrás encontrar noticias de actualidad, curiosidades sobre el trabajo social, información útil...

Además, podrás hacernos preguntas y escribirnos sobre qué temas te gustaría que tratásemos en próximos números de la revista.



A tu lado... ¡Manos a la obra!

Instagram: @tso_atulado

Tik Tok: @tso_atulado

Twitter: @tso_atulado

Gmail: trabajosocialatulado@gmail.com



Esta revista se ha hecho gracias a:

Lucía Amago Rey

Lola Amandi Rodríguez

María Arenas Arce

Andrea Arias Suárez

Diana Azpiazu Valle

Sofía Barredo Arango

Silvia Barrera Menéndez

Marta Barriocanal Moya

Roberto Berbia Pérez

Michelle Covadonga Bermúdez León

Alejandro Bermúdez Rosario

Irene Cabezón Urbina

Raquel Cernuda Alvarez

Emma Cué Anta

Irene Díaz Alonso

Sara Díaz Barber

Nerea Díaz Sampedro

Andrea Fernández Fernández

Idoia Fernández Fernández

Noelia Fernández López

Laura Fernández Menéndez

Lucía Fernández Ortega

Paula Ferreiro Viejo

Angela García Fuente

Lucía García Silva

Julieta García Vázquez

Clara Gómez Castaño

Sylvia Gómez Gayol

Inés Gontán Méndez

Pablo González Rodríguez

Gemma Gonzalo Marcos

Mencía Ibáñez Bayón

Irene Jiménez Arias

Yerenny María Jiménez Arias

Alba Jiménez Torres

Victoria Esther Junqueira Soares

Lucía Laine Perez

Andrea Lara Robledo

Nuria López Valea

Daniel Losa Begega

Alba Martínez Calvo

Mayerlin Antonia Mateo Rodríguez

Ángel Matilla González

Carla Páez Casanova

Cristina Pérez Fernández

Gabriel Pérez Galindo

Sofía Pool Palicio

Sara Requeijo Freije

Jorge Ríos Montoya

Natalia Rivero Puerta

Ares Rodiño Rodríguez

Verónica Rodríguez Alejo

Alba Rodríguez González

Carlota Rodríguez Rubio

Lara Rodríguez Varela

María Suárez Gayo

José Ángel Valle Hidalgo

Celia Vallina Ruiz

Aitana Vázquez González

Jenifer Vázquez Sánchez

**Y a la confianza de entidades, instituciones y profesionales
que han creído en nuestro ApS.**

Gracias



Facultad de Comercio, Turismo
y Ciencias Sociales Jovellanos
Universidad de Oviedo

