

RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

217 DICIEMBRE 2019

A fondo_ La vivienda en el marco de las leyes autonómicas de servicios sociales, de 1982 a 2019 | Violencia de género y Trabajo Social. Análisis de los discursos y abordajes de los/las profesionales de Trabajo Social en materia de violencia de género | La “carrera moral” de las madres que sobreviven al abuso sexual de sus hijos

Compartiendo la práctica profesional_ El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona | Estructuras de trabajo en red con infancia y adolescencia en Cataluña. Aportaciones de un estudio piloto | Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias

Directora: Rosa M. Carrasco Coria

Subdirectora: Susana Lara Navas

Equipo de redacción: Josep Cazorla Palomo, Yolanda Fierro Fidalgo, Matilde González Jiménez, Andrés Lorenzo Aparicio, Clara Santamaria Jordana

Soporte técnico: Jaume Ferrández Rubió

Consejo Asesor Editorial

Ana Alcázar Campos, Universidad de Granada. **Beth Bàrbara Sirera**, Ajuntament de Barcelona. **Maite Boldú Alfonso**, Universitat de Girona. **Annamaria Campanini**, Università degli Studi di Milano-Bicocca. **Cristina De Robertis**, autora i docent. **Teresa Facal Fondo**, Universidad de Santiago de Compostela. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Rosa Maria Ferrer Valls**, directora de l'RTS 2014-2018. **Josefa Fombuena Valero**, Universitat de València. **Maria Victòria Fornés Fernández**, Universitat Rovira i Virgili. **Marga García Canela**, vicedegana del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Victor Manuel Giménez-Bertomeu**, Universidad de Alicante. **Carme Guinovart Garriga**, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. **Francisco Idareta Goldaracena**, Universidad Pública de Navarra. **María Tereza Leal Cavalcante**, Grup de Recerca Innovació i Anàlisi Social. Universitat Ramon Llull. **Silvana Martínez**, Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). **Miguel Miranda Aranda**, Universidad de Zaragoza. **Xavier Miranda Ruche**, Universitat de Lleida. **Carlos Montañó Barreto**, Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Laura Morro Fernández**, Parc Salut Mar de Barcelona. **David Nadal Miquel**, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Enrique Pastor Seller**, Universidad de Murcia. **Francina Planas Vilella**, Vinclé, Associació per la Recerca i l'Acció Social. **Laura Ponce de León Romero**, Universidad Nacional de Educación a Distancia. **Esther Raya Díez**, Universidad de La Rioja. **Enrique Raya Lozano**, Universidad de Granada. **Vicenta Rodríguez Martín**, Universidad de Castilla-La Mancha. **Montserrat Rovira Jarque**, Ajuntament de Barcelona. **Emma Sobremonde de Mendicuti**, Universidad de Deusto. **Octavio Vázquez Aguado**, Universidad de Huelva. **Teresa Zamanillo Peral**, Universidad Complutense de Madrid.

Equipo de revisión externa de la RTS 217

Carlos Alarcón Zwirnmann, Ajuntament de Barcelona i Universitat de Barcelona. **Oriol Imbernon Valiente**, Institut Català de la Salut i Universitat de Barcelona. **Laura Crous González**, LCG Treball Social Consulting. **Yolanda Doménech López**, Universidad de Alicante. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Maria José Giménez Elizondo**, Institut Municipal de Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona. **José Antonio Langarita Adiego**, Universitat de Girona. **Sergi Martí Moreno**, Ajuntament de Barcelona. **Maribel Martín Estalayo**, Universidad Complutense de Madrid. **Xavier Martínez Ramírez**, Consorci Sanitari de Terrassa. **Anna Mata Romeu**, Universitat de Lleida. **Josep M. Mesquida González**, Universitat de Barcelona. **Ariadna Munté Pascual**, Universitat de Barcelona. **Càndid Palacin Bartroli**, Universitat de Barcelona. **Mercè Riquelme Olivares**, Institut Català d'Oncologia. **Miriam Sánchez Reyes**, Hospital Universitario del Sureste (Madrid) i Universitat Oberta de Catalunya. **Eva Somovilla Adame**, Universidad de Málaga. **Raül Soto Esteban**, Universidad Complutense de Madrid. **José Juan Zurro Muñoz**, Universidad de Valladolid.

Diseño y maquetación: Carme Guri Feliu

Corrección y traducción: Miquel Saumell Santauegènia

Traducción y corrección inglés: Nicholas G. Charles Colomina

Imprenta: Sprint Copy

Depósito legal: B-19535/1968

ISSN: 0212-7210

ISSNe: 2339-6385

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Portaferrissa 18, 1r 1a - 08002 Barcelona

Tel. 93 318 55 93 - Fax 93 412 24 08

Correo electrónico: rts@tscat.cat - **Web:** www.revistarts.com

Junta de Gobierno del Col·legi

Decana: Conchita Peña Gallardo

Vicedecana 1a: Marga García Canela

Secretario: Juan Manuel Rivera Puerto

Vicesecretaria: Lucia Guerrero Ruiz

Tesorera: Mercè Civit Illa

Vicedecana 2a: Núria Trepal Secanell

Vicedecano 3a: Jaume Fort Cònsul

Vicedecana 4a: Emma Pérez Pla

Vicedecana 5a: Gemma Solanas Bacardit

Vicedecana 6a: Caterina Cortés Sabaté

Vocalías: David Rodríguez Abellán, Montse Pérez Escobar, Juan Roman Roldan, Arantza Rodríguez Juano

El equipo de redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

Sumario

Editorial invitado	5
---------------------------	----------

A fondo

La vivienda en el marco de las leyes autonómicas de servicios sociales, de 1982 a 2019 <i>Rafael Arredondo Quijada y María de las Olas Palma García</i>	9
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Violencia de género y Trabajo Social. Análisis de los discursos y abordajes de los/las profesionales de Trabajo Social en materia de violencia de género <i>Janet Romero Delgado</i>	31
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

La “carrera moral” de las madres que sobreviven al abuso sexual de sus hijos/as <i>Christoffer Reyes Legaza y Constanza Cantera Rey</i>	55
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Compartiendo la práctica profesional

El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona <i>Xavier Solench Arco y Xavier Casademont Falguera</i>	75
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Estructuras de trabajo en red con infancia y adolescencia en Cataluña. Aportaciones de un estudio piloto <i>Conxita Vila Vila, José-Manuel Alonso Varea y Eveline Chagas Lemos</i>	97
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias <i>Tre Borràs Cabacés, Àlex Pérez Folch y Antoni Llord Suárez</i>	119
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Reseñas

La infancia que queremos	141
--------------------------	-----

Cuando el Trabajo Social es literatura	145
----------------------------------------	-----

Trabajo Social con familias	149
-----------------------------	-----

Normas para la presentación de artículos en la RTS	153
-----------------------------------------------------------	------------

Compromiso ético de la RTS	161
-----------------------------------	------------

Editorial invitado

Xavier Miranda Ruche

Miembro del Consejo Asesor Editorial. Universidad de Lleida

Daniel Innerarity afirma que en una sociedad del conocimiento, como la nuestra, no es tan importante el conocimiento mismo como saber gestionar el desconocimiento. Es una paradoja interesante a partir de la cual el filósofo vasco sostiene la necesidad de aplicar criterios de racionalidad y prudencia en contextos de incertidumbre como aquellos en los que nos vemos obligados a actuar a partir de saberes escasos e imperfectos.

Saco esta idea a colación porque me parece una aportación interesante que habría que tener en cuenta en un contexto en que la proyección y la legitimación social de nuestra profesión pasa por la posibilidad de acumular mayores cuotas de conocimiento científico. Aunque hablamos de un desafío de alta complejidad que estamos obligados a afrontar, estaría bien aprovechar la oportunidad para abordarlo de la manera más amplia y positiva posible, generando debates a partir de los que la profesión exprese su heterogeneidad y, en cualquier caso, pueda salir reforzada.

En este sentido, uno de los debates prioritarios que hay que afrontar está relacionado, precisamente, con la noción de ciencia a la que podemos adherirnos las profesiones que, como el trabajo social, actuamos en espacios “abiertos”, que se caracterizan por la imposibilidad de controlar íntegramente las condiciones bajo las que llevamos a cabo nuestra intervención. Espacios complejos, fluctuantes y, muchas veces, imprevisibles, configurados a partir de varios niveles –estructurales, grupales, individuales– y en los que las personas y las situaciones que atendemos no se encuentran, ni de lejos, sujetas a leyes verificables. Espacios que la actuación científica tilda, incluso, de dificultosos, puesto que a los aspectos anteriores hay que añadir también el carácter normativo que rige la actuación profesional.

En el marco de esta discusión, y desde mi perspectiva, resulta ciertamente arriesgado confiar el desarrollo científico del trabajo social exclusivamente a los procedimientos de carácter empírico, que, bajo la denominación de las prácticas basadas en la evidencia, han tomado un impulso muy significativo en los últimos tiempos, especialmente en el ámbito de la salud. Unas prácticas asociadas a una noción de ciencia demasiado restringida para el trabajo social. Así, en su necesidad de objetivar y uniformar –y por tanto de reducir– las variables que tienen que ser observadas, estos procedimientos presentan dificultades serias cuando se trata de incorporar los elementos culturales, políticos y estructurales –de desigualdad, opresión, injusticia social, clase, género, etnia, entre otros– que se encuentran en el sustrato de una gran parte de las situaciones que pretendemos modificar.

No se trata, en ningún caso, de renunciar a los métodos de carácter empírico, porque hablamos de un recurso muy preciado que tenemos que conocer y usar de manera competente, porque a partir de estos métodos

podemos extraer ciertas explicaciones útiles y significativas de algunas partes de la realidad con la que trabajamos. Pero sí que se trata de ajustar su ensamblaje en el trabajo social, especialmente cuando se presentan como la única vía que puede canalizar las aspiraciones científicas de la profesión.

Entiendo que el trabajo social requiere una noción de ciencia más abierta y plural que la que ofrece esta posibilidad. Una noción que le permita acumular y acomodar un tipo de conocimiento que se genera en el marco de un trabajo con un objeto de naturaleza dinámica, que no puede reducirse a un orden puramente explicativo ni predictivo. Una noción que permita dar cobertura a una profesión que no interviene en escenarios en los cuales pueda establecer decisiones irrefutables basadas en la lógica de la comprobación y la experimentación. Las decisiones que toman las trabajadoras y los trabajadores sociales, sin embargo, muchas veces están muy alejadas de esta lógica y tienen que ver más con otras lógicas fundamentadas en la consistencia argumental, la adecuación y la comprensión.

Para empezar este texto, he empleado la idea de un filósofo actual; ahora, para terminar, tomo otra, en este caso, de Immanuel Kant, uno de los grandes filósofos de la modernidad. Kant señalaba que a pesar de que hay objetos que no pueden conocerse completamente, esto no imposibilita el hecho de poderlos pensar.

Lejos de entenderlo como una debilidad, asumir los límites que presenta la naturaleza del objeto que tratamos nos puede ayudar a orientarnos mejor en este debate.

A fondo

La vivienda en el marco de las leyes autonómicas de servicios sociales, de 1982 a 2019

Rafael Arredondo Quijada y María de las Olas Palma García

Violencia de género y Trabajo Social. Análisis de los discursos y abordajes de los/las profesionales de Trabajo Social en materia de violencia de género

Janet Romero Delgado

La “carrera moral” de las madres que sobreviven al abuso sexual de sus hijos/as

Christoffer Reyes Legaza y Constanza Cantera Rey

La vivienda en el marco de las leyes autonómicas de servicios sociales, de 1982 a 2019

Housing within the framework of the autonomous regional laws on social services from 1982 to 2019

Rafael Arredondo Quijada¹

ORCID: 0000-0002-4301-3376

María de las Olas Palma García²

ORCID: 0000-0003-1271-5604

Recepción: 25/04/19. Revisión: 22/07/19. Aceptación: 25/09/19

Para citar: Arredondo Quijada, R., y Palma García, M. de las O. (2019). La vivienda en el marco de las leyes autonómicas de servicios sociales, de 1982 a 2019. *Revista de Treball Social*, 217, 9-29. DOI: 10.32061/RTS2019.217.01

Resumen

Los servicios sociales, cuarto pilar del bienestar social, constituyen parte de la columna vertebral de las políticas sociales en el conjunto de las comunidades autónomas, en base al ámbito competencial recogido en la Constitución española de 1978. Las primeras leyes de servicios sociales a nivel autonómico marcaron el inicio del aún hoy incipiente Sistema Público de Servicios Sociales. Estas leyes fueron abordando aspectos desde el modelo de acción y gestión, donde el Trabajo Social ha sido parte esencial, hasta los sectores y ámbitos a considerar de cara a la intervención, entre los que de manera muy primaria se encontraba la vivienda, principalmente como prestación básica incorporada en el Plan Concertado.

Este artículo lleva a cabo una revisión y establece una radiografía, un cuarto de siglo después de la primera ley de servicios sociales aprobada en 1982 por parte de la comunidad autónoma del País Vasco, de cuál ha sido y es el tratamiento que se ha realizado de la vivienda a la hora de legislar, considerando para ello las leyes aprobadas hasta la fecha por parte de las diferentes comunidades autónomas.

1 Trabajador Social, doctor por la Universidad de Málaga. Profesor en el Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Málaga. rafaelarredondo@uma.es

2 Trabajadora Social, doctora por la Universidad de Málaga. Profesora en el Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Málaga. mariola@uma.es

Palabras clave: Servicios sociales, vivienda, Trabajo Social, bienestar social.

Abstract

Social services –the fourth pillar of social welfare– are part of the backbone of social policies in autonomous communities as a whole, based on the areas of authority set out in the Spanish Constitution of 1978. The first laws on social services at regional level marked the beginning of the public system of social services, which is still in its early stages even today. These laws addressed aspects ranging from the action and management model, in which social work has been an essential part, to the sectors and areas to be considered for intervention, including a very basic approach to housing, primarily as a basic benefit incorporated in the Plan Concertado (or subsidised plan).

More than a quarter of a century after the first social services law approved in 1982 by the autonomous community of the Basque Country, this article conducts a review and sets out a detailed overview of what has been and still is the manner in which housing is addressed when legislating, taking into consideration the laws that have been approved by the various autonomous communities to date along these lines.

Keywords: Social services, housing, social work, social welfare.

1. Introducción

En 2019, con la aprobación de la nueva ley de Servicios Sociales de Canarias, ha finalizado un proceso que empezó en 1982: todas las comunidades autónomas han actualizado sus leyes de servicios sociales, aunque si bien es cierto que algunas incluso lo han hecho en más de dos ocasiones.

Una lectura pausada de las diferentes leyes teniendo en cuenta los marcos temporales en los que se elaboraron, pone sobre la palestra cuáles eran las inquietudes en lo que a política social se refiere en cada momento, y pueden determinarse las prioridades y necesidades, así como los medios, los instrumentos y los objetivos planteados para alcanzar cotas de bienestar con la incorporación de nuevos derechos sociales o el afianzamiento de otros existentes.

En este sentido, y ante una problemática no resuelta en el estado español como es el derecho del acceso a la vivienda, incorporado por primera vez en el año 1948 tras la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el papel que han jugado los servicios sociales respecto a este derecho como cuarto pilar del estado del bienestar, ha venido marcado por los aspectos normativos recogidos en las leyes autonómicas que se han ido generando en cada uno de los territorios. De ahí que se plantee una investigación desde un análisis comparativo de las distintas leyes de servicios sociales autonómicas aprobadas en el período 1982-2019, considerando cada una de ellas como unidad de análisis y descartando el resto de las normativas que han generado las comunidades durante todo este período, ya que se ha querido considerar el marco normativo básico existente de mayor rango común a todas. Para ello se ha extraído el término *vivienda* a fin de detectar en qué aspectos se incorpora este concepto, y desde qué perspectiva se considera su tratamiento.

2. Las respuestas públicas ante la necesidad de vivienda

Acceder a una vivienda es parte del proyecto de vida en el que cada ciudadano se encuentra inmerso (Malagón, 2008), juega un papel fundamental en su desarrollo y realización personal (Contreras, 2013) y está presente en sus procesos de socialización (Paniagua, 2015). Se considera un objetivo para alcanzar la felicidad, pero si además se adquiere la vivienda en propiedad, el ciudadano se siente “triunfador” (Jiménez y Fernández, 2014, p. 148). En consecuencia, disponer y acceder a una primera vivienda, independientemente del modelo de tenencia, se considera uno de los momentos más importantes en la vida de las personas.

La vivienda ha sido y es considerada un elemento fundamental a la hora de abordar el estado del bienestar, lo es como recurso para la intervención y la promoción de la cohesión social (Vázquez, Fernández, Relinque y Álvarez, 2016). Para ello, las actuaciones en materia de vivienda deben

complementarse y coordinarse, además, con otras políticas y acciones en los ámbitos de la salud, la educación, la regeneración urbana, el medio ambiente o los servicios sociales (Rodríguez, 2010). La conjunción de todos estos ámbitos de actuación es un objetivo de intervención contra la pobreza desde un enfoque integrado, tal como se ha planteado desde el Comité Europeo de las Regiones (Ralph, 2013), donde la vivienda puede convertirse en un “factor potenciador de la exclusión social” o, todo lo contrario, en elemento que “genera posibilidades de mayor participación y promoción social” (Malagón, 2008, p. 105).

Los cambios políticos y sociales producidos a partir de la constitución de 1978, con la incorporación de la vivienda como derecho (art. 47), han marcado un camino que obliga al conjunto de las administraciones a desarrollar políticas sociales en este sentido, desde una visión amplia y para el conjunto de las personas. En su defecto, la no intervención pública hacia este derecho genera un coste mayor tanto en lo económico, como en lo personal o lo social (Pérez, 2008). Un coste que en muchas ocasiones pasa a engrosar las demandas hacia los servicios sociales.

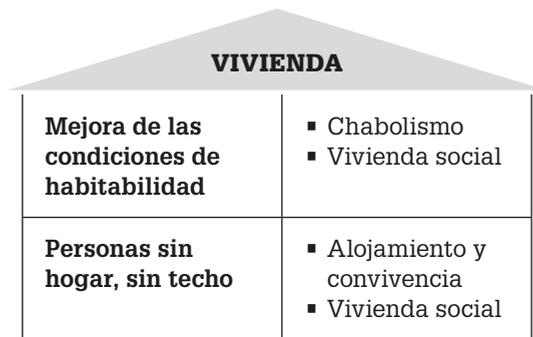
En el ámbito de los servicios sociales, la intervención relacionada con el acceso a la vivienda dirige la mirada hacia el Trabajo Social como disciplina profesional de referencia en el Sistema Público de Servicios Sociales (Resolución, de 23 de abril de 2013), una profesión visible y que abarca mucho más que el propio ámbito de los servicios sociales, aunque este sea el más habitual (Vázquez, 2005). En este escenario de la intervención, la vivienda y el Trabajo Social han estado además ligados a contextos de pobreza y exclusión social, centrados al principio en la erradicación del chabolismo y la infravivienda de los años 60 y 70 (Colomer, 2009). Con el tiempo, esta relación ha ido ampliando su campo de actuación hacia otros elementos relacionados con la formación, el empleo y la inclusión social (Paniagua, 2015). En todo ello no hay que olvidar los orígenes del compromiso del Trabajo Social con las personas sin hogar (Chalmers, 2011), y son un ejemplo de ello Concepción Arenal y su construcción de casas baratas para los obreros en España o Octavia Hill en Londres, ambas en el siglo XIX (Hill, Dillane, Bannister y Scott, 2002).

El Sistema de Servicios Sociales en España se estructura y se configura de cara a la intervención a nivel comunitario o de atención primaria, desde los programas establecidos por el Plan Concertado de Prestaciones Básicas. Dicho plan prevé como una de las prestaciones la de “alojamiento alternativo”, desde la que se dirige la intervención sobre aquellas personas que se encuentran sin vivienda o en situación de lo que se ha dado en llamar “marginados sin hogar”, “indigentes”, “sin techo”. Es la prestación sobre la que la falta de vivienda de los usuarios atendidos juega un papel fundamental, definiéndose como la que “[...] da respuesta a la necesidad de todas las personas de disponer de un espacio digno donde alojarse y en el que desarrollar los aspectos más elementales de la convivencia social” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 126). Esta prestación, en palabras de Pérez (2008, p. 41), “no ha sido satisfactoria y podemos afirmar con concreción que, en presupuestos, recursos y centros,

es muy deficitaria”. Aun así, la prestación como tal es un instrumento de la intervención social y no “se debe confundir el derecho a la prestación básica de alojamiento en el marco del Sistema de Servicios Sociales con el derecho social a una vivienda” (Pérez, 2008: 44).

La intervención en materia de vivienda llevada a cabo por los servicios sociales en España puede llegar a concretarse en el desarrollo de dos enfoques (ver fig. 1). Por un lado, la marcada por la atención a la población con menos recursos y con índices de pobreza, a fin de facilitar un medio para la protección física y mejorar las condiciones sociosanitarias de habitabilidad. Este enfoque ha desembocado en procesos de inclusión social más amplios, sumados en la intervención con otros instrumentos y recursos sociales de actuación. Y, por otro lado, la que se ha llevado a cabo con la población existente en la calle, sin un recurso habitacional, y con otras problemáticas colaterales: adicciones, problemas mentales, etc., a fin de intervenir con objetivos de inclusión social y mejora de las condiciones mínimas de supervivencia.

Figura 1. Intervención en el ámbito de la vivienda, enfoque desde los servicios sociales



Fuente: Elaboración propia.

Partiendo de este marco de actuación, y ante la situación sin precedentes vivida a partir de la crisis en 2008, con la que se alcanza el mayor número de desahucios de familias respecto de sus viviendas habituales, los servicios sociales se han mostrado poco útiles, con una falta “de respuestas ágiles y el poco desarrollo, coherencia y uniformidad de muchos de nuestros servicios y prestaciones” (Barriga, 2012, p. 32) para dichas situaciones. Reflexión también abordada por García (2011) al indicar que no se están ofreciendo respuestas rápidas y homogéneas en el conjunto de los territorios, limitándose esta en muchos de los casos a la información y a la escucha activa de los usuarios que acuden a exponer sus circunstancias y problemáticas. Por su parte, Cortés y Navarrete (2009, p. 49) plantean que la “intervención social a través del alojamiento se antoja fundamental y no solo desde acciones fruto de una derivación sino como instrumento preventivo que se anticipe y forme parte de esa interferencia intencionada

que constituye la intervención social”. De ahí que se plantee la necesidad de marcar líneas de intervención que obliguen a tener una visión amplia y multisectorial a la hora de abordar el acceso a la vivienda, desde políticas integradas en las que la vivienda sea un vector presente en medidas adoptadas respecto a sanidad, seguridad y ayuda social (Trilla, 2001).

En la actualidad, el Trabajo Social no puede ser ajeno a los problemas de acceso a la vivienda que sufre la población, ya que muchas de las demandas atendidas están soportadas o supeditadas a la disponibilidad de un hogar digno y adecuado. Efectos como la gentrificación, los desahucios (hipotecarios o de alquiler), los pisos patera, la imposibilidad de que las personas jóvenes se independicen por no disponer de recursos económicos suficientes, o el acceso de personas inmigrantes son realidades que superan en la actualidad a las meras prestaciones de los servicios sociales. Por lo que urge un rearme en cuanto a medidas y acciones que debieran ser encabezadas desde la profesión, para hacer efectivo este derecho, sin olvidar los principios de justicia y transformación social que se defienden como columna vertebral del Trabajo Social.

3. Las leyes autonómicas de servicios sociales y su relación con la vivienda

Como ya se ha indicado, se han utilizado las leyes de servicios sociales aprobadas por cada comunidad autónoma como unidad de análisis para poder realizar la comparativa entre ellas, al ser la norma de mayor rango y la que establece las bases para el desarrollo normativo posterior, y se han descartado el resto de normas.

La comunidad autónoma del País Vasco es la que, en 1982, aprueba la primera ley de servicios sociales en el conjunto del Estado (Ley 6/1982, de 20 de mayo) sin recoger en ella ninguna alusión al ámbito de la vivienda. No es hasta la publicación de su tercera ley de servicios sociales en el año 2008 (Ley 12/2008, de 5 de diciembre), cuando se menciona el concepto vivienda ya en su exposición de motivos. Se argumenta el hecho de que son los colectivos más vulnerables los que mayor dificultad tienen para el acceso a la vivienda, circunstancia abordada por los servicios sociales. A su vez incorpora los conceptos de vivienda tutelada y vivienda comunitaria en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y aborda la colaboración y coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales con otros sistemas y políticas públicas. En concreto apuesta por las políticas de vivienda como elemento necesario para que exista dicha coordinación, junto a los servicios de salud, de educación, de empleo y de garantía de ingresos e inclusión social. También se recoge la vivienda de protección oficial, a fin de que puedan acceder a ellas las diputaciones y los ayuntamientos para poder establecer alternativas de residencia.

La segunda comunidad autónoma en aprobar una ley específica sobre servicios sociales fue Navarra en 1983 (Ley Foral 14/1983, de 30 de

marzo). En una de sus disposiciones recoge la necesidad de establecer programas en coordinación con las áreas que intervienen sobre diferentes problemáticas, de cara alcanzar niveles de bienestar, como la vivienda, paro y condiciones de empleo, planificación sanitaria y urbanística, actuaciones educativas y culturales, etc. Por el contrario, en su segunda ley de servicios sociales elaborada en 2006 (Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre), el concepto de vivienda no se encuentra en todo su articulado, lo que se pudiera interpretar como una posible vuelta atrás en lo que respecta al abordaje de necesidades que afectan al bienestar de las personas.

Es la comunidad de Madrid con su primera ley de servicios sociales del año 1984 (Ley 11/1984, de 6 de junio), la tercera en disponer de este tipo de norma. En su exposición de motivos se alude a aspectos recogidos constitucionalmente, como responsabilidad de los poderes públicos, para su abordaje de cara a la ciudadanía. De esta forma, con referencia al artículo 50 (CE) en cuanto a la promoción de las personas mayores, señala los problemas de vivienda que este sector de población pudiera tener. Posteriormente se refiere a la vivienda en los servicios generales que recoge la ley, estando entre ellos el de convivencia, que requiere de la disponibilidad de vivienda para las personas carente de hogar o con graves problemas de convivencia. Por último, en las disposiciones adicionales, se recoge también la vivienda como uno de los problemas que necesita de la coordinación de otras áreas para su intervención, lo que coincide en su totalidad con lo recogido en la ley de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra del año 1983. En la segunda ley de servicios sociales de Madrid aprobada en el año 2003 (Ley 11/2003, de 27 de marzo), se continúa con la necesidad de coordinación de aquellas actuaciones que conlleven el desarrollo del bienestar social, aludiendo al empleo, la salud, la educación, la vivienda y la cultura.

Siguiendo con la cronología normativa, en el año 1985 surgen dos nuevas leyes de servicios sociales, correspondientes a las comunidades de Cataluña y de Murcia.

La comunidad de la Región de Murcia, en su primera ley de Servicios Sociales (Ley 8/1985, de 9 de diciembre) recoge el concepto de vivienda a la hora de abordar las funciones del Servicio Social de Convivencia. También cuando se incluyen como un equipamiento del que dispondría el Servicio Social de la Juventud, para poder atender sus fines bajo el concepto de viviendas tuteladas. Se alude a su vez a la vivienda, en el Servicio Social de Minorías Étnicas, indicándose que habrá de construirse viviendas que respeten sus usos, costumbres, oficios y número de miembros de la familia. Además, se incorpora el concepto de la coordinación cuando se trata este Servicio Social de Minorías Étnicas, aludiéndose a las administraciones competentes en materia de cultura, sanidad, educación, vivienda y trabajo. Por otro lado, se alude también a la vivienda en el momento de elaboración del presupuesto destinado a los servicios sociales, al indicarse que cada una de las administraciones mencionadas anteriormente, tendrán que recoger en programas específicos las acciones encaminadas a los objetivos propuestos en la ley. Se realiza una referencia final en las funciones de los

Consejos Sectoriales, los cuáles emitirán informes previos de cualquier norma que tenga relación con: Vivienda y Urbanismo, Educación y Cultura, Sanidad y Transportes y Comunicaciones. En su segunda ley del año 2003 (Ley 3/2003, de 10 de abril) desaparece el concepto de vivienda, al igual que en el caso de la Comunidad Foral de Navarra. Dicha ley ha sufrido diferentes modificaciones: en el año 2015 a través del Decreto-Ley 2/2015, de 7 de agosto, y de la Ley 16/2015, de 9 de noviembre. Y en el año 2016 a través de la Ley 5/2016, de 2 de mayo. En ninguna de estas normas se alude a la vivienda.

Respecto a la comunidad de Cataluña, en su primera ley, del año 1985 (Ley 26/1985, de 27 de diciembre), no se recoge el término *vivienda* en su texto. En la segunda, del año 2007 (Ley 12/2007, de 11 de octubre), se menciona ya en el preámbulo, refiriéndose con ello al artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y posteriormente al considerar los diferentes sistemas del estado del bienestar: los Servicios Sociales, la Seguridad Social, el Sistema de Salud, el Sistema de Educación, las políticas para la ocupación, las políticas de vivienda y otras actuaciones públicas. También se menciona la vivienda al hacer referencia a los principios rectores del sistema público de Servicios Sociales, entre ellos el correspondiente a la coordinación, a través de la educación, la salud, las pensiones, el trabajo y la vivienda. Continúa mencionándose la vivienda cuando se alude a las personas que serán destinatarias de los servicios sociales, indicándose aquellas relacionadas con la falta de vivienda. Y por último, en el anexo, donde se recoge el Catálogo clasificado de servicios y prestaciones sociales del Sistema Catalán de Servicios Sociales. En el apartado de servicio se menciona el concepto de vivienda tutelada para personas mayores de carácter temporal o permanente, y para personas con problemática social derivada de enfermedad mental. Por último, en cuanto a las prestaciones, se recogen: ayudas para evitar la pérdida de la vivienda, ayudas al alquiler de la vivienda para determinados colectivos, y ayudas para la adaptación de viviendas para personas con discapacidad.

En el año 1986 la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha aprueba su ley de servicios sociales (Ley 3/1986, de 16 de abril). En su exposición de motivos se refiere a la vivienda, relacionada con el artículo 50 de la Constitución española. Expresa, además, el deseo para que con el tiempo se puedan establecer unas bases integradoras de los servicios sociales con otros servicios como los de salud, consumo, vivienda, ocio y cultura. Posteriormente, solo existe una mención a la vivienda, cuando se indica el Servicio de Convivencia al hablar de viviendas tuteladas. En la segunda ley de servicios sociales de esta comunidad (Ley 14/2010, de 16 de diciembre), se alude a la vivienda al indicar la coordinación y la colaboración que, desde el Sistema de Servicios Sociales, deberá mantenerse con el sistema de salud, educativo, de empleo, de vivienda y de promoción de la igualdad, ya que todos ellos vienen a mejorar la calidad de vida de las personas. Posteriormente, al hablar de los Equipamientos de Servicios Sociales de Atención Especializada, se vuelve a aludir a la vivienda como uno de estos equipamientos. También se recoge en la prevención

y atención integral ante situaciones de exclusión social, como una de las prestaciones técnicas de los servicios sociales de atención primaria, a fin de facilitar el derecho a la vivienda. Y como última mención, dentro de las prestaciones tecnológicas de cara a la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda.

En el año 1987 se aprueban el mayor número de leyes de servicios sociales, concretamente las correspondientes a las comunidades de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Extremadura y Galicia.

Entre ellas, la primera de este año sería la de las Islas Baleares (Ley 9/1987, de 11 de febrero), en la que no existe ninguna alusión al término de *vivienda*. En su segunda ley aprobada en el año 2009 (Ley 4/2009, de 11 de junio), el término ya se recoge tanto en su exposición de motivos, como posteriormente en el articulado. La alusión que se hace a la vivienda en la exposición de motivos sirve para indicar los instrumentos que tienen las administraciones públicas de cara abordar la política social, entre ellos las políticas de vivienda, en referencia al artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En lo que respecta al articulado, la primera mención se encuentra cuando se refiere a la necesidad de coordinación de los servicios sociales con todos los sistemas y subsistemas que intervendrán en la calidad de vida: de salud, educativo, culturales, de ocupación, de vivienda, urbanísticos, judiciales y otros. Esta cuestión de la coordinación se trata nuevamente al mencionar los principios rectores de los servicios sociales y al referirse a los servicios sociales comunitarios. Se hace una última mención al hablar de la coordinación y colaboración interadministrativa, para lo que establece el Consejo de Coordinación de Bienestar Social. La siguiente referencia se encuentra a la hora de abordar cuáles serán los destinatarios de los servicios sociales, desde la base de alguna necesidad, entre ellas la falta de vivienda. Existe una tercera ley del año 2013 (Ley 10/2013, de 23 de diciembre), que tan solo modifica algunos aspectos de la de 2009, sin que se aluda al término *vivienda*.

La segunda comunidad que aprueba una ley de servicios sociales este año (1987) es Aragón (Ley 4/1987, de 23 de marzo), y en ella no se recoge el término *vivienda*. Será en su segunda ley (Ley 5/2009, de 30 de junio) cuando para hablar de la coordinación de los servicios sociales se recoja que esta tendrá que realizarse junto con educación, salud, cultura, empleo, urbanismo, transporte, vivienda, innovación tecnológica, medio ambiente y otras acciones sectoriales que incidan en el bienestar social. No se vuelve a mencionar para ninguna otra cuestión.

Tras las Islas Baleares y la Comunidad de Aragón, será el Principado de Asturias el que apruebe su primera ley de servicios sociales en 1987 (Ley 5/1987, de 11 de abril). En su preámbulo se alude al término *vivienda* al referirse al concepto de vivienda tutelada e incorporarlo como uno de los recursos de que se dispondrá para abordar la promoción de la integración. Esta circunstancia vuelve a mencionarse al desarrollar las funciones de los servicios sociales comunitarios, relacionándolas con la promoción de la convivencia para aquellas personas que no dispongan de un hogar o tengan graves problemas de convivencia. Esta primera ley quedará dero-

gada por una segunda que entrará en vigor en el año 2003 (Ley 1/2003, de 24 de febrero), en la que se recoge la necesidad de fomentar pautas de convivencia que faciliten el acceso a la vivienda dentro de los programas de inclusión social.

Extremadura será la siguiente comunidad que aprueba su primera ley de servicios sociales en 1987 (Ley 5/1987, de 23 de abril), en la que no aparece el término *vivienda*. Esta ley se deroga con la Ley 14/2015, de 9 de abril, que recoge en el prólogo una mención a la Declaración Universal de los Derechos Humanos que alude al término *vivienda*. Las políticas de vivienda se incorporan también junto al Sistema de Seguridad Social, el Sistema de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Servicios Sociales, como los que conforman la protección social que garantizará el bienestar social para los ciudadanos. A la hora de hablar de los principios rectores dentro de la coordinación y cooperación, esta se establece entre los sistemas de protección social, como: salud, empleo, educación, justicia, pensiones, vivienda y la iniciativa privada que preste servicios sociales en esa región. También está entre las funciones de los servicios sociales de atención social básica la participación en órganos donde se trate materias de servicios sociales, salud, educación, vivienda y empleo. Por último, se incorpora como prestación garantizada por parte de los Servicios Sociales de Atención Social Básica, el acompañamiento social de personas en situaciones de exclusión social, abordando su intervención desde los ámbitos de servicios sociales, vivienda, educación, salud y participación social entre otros.

Canarias será la siguiente en aprobar su ley de servicios sociales (Ley 9/1987, de 28 de abril), en la que el término *vivienda* quedará recogido para referirse a las competencias de la comunidad. Una de estas competencias es la elaboración de programas y actuaciones en las áreas relacionadas con el bienestar social, tales como la cultura, la salud, la vivienda, el trabajo y la educación. En dicha ley no existe ninguna referencia posterior a la vivienda. Tras treinta y dos años de su primera ley, Canarias ha sido la última comunidad en aprobar una segunda ley de servicios sociales (Boletín Oficial del Parlamento Canario, 2019), en cuyo prólogo alude al artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde se recoge el de la vivienda, así como al relacionar los sistemas que inciden en la calidad de vida de las personas: salud y sanidad pública, igualdad de género, prevención y protección de las mujeres contra la violencia de género, educativo, de ocupación y empleo, de vivienda y judiciales, entre otros. Posteriormente, también se alude al término a la hora de abordar las prestaciones económicas del sistema público de servicios sociales, entre las que se recogen ayudas de rehabilitación de vivienda y mejora de la accesibilidad en orden a la mejora y la inclusión social, a la vez que también se definen qué aspectos son los que se consideran como suministros básicos de la vivienda. Por último, define cuáles son las funciones de los servicios sociales de atención primaria y comunitaria, entre las que se recogen la coordinación con los servicios públicos de vivienda.

En este mismo año 1987, también Galicia aprueba su primera ley de servicios sociales (Ley 3/1987, de 27 de mayo), en la que no aparece el término *vivienda*. Será con su segunda ley (Ley 4/1993, de 14 de abril), al hablar de los servicios sociales de atención especializada, cuando se recoge el término *vivienda tutelada* como equipamiento propio de este tipo de atención, dirigido concretamente a la normalización, personalización e integración sociofamiliar de las personas que lo utilicen. Se menciona a su vez el término *vivienda tutelada* al referirse a la intervención con minusválidos, de la tercera edad y para lo que llama minorías étnicas. Es en su tercera ley, más reciente (Ley 13/2008, de 3 de septiembre), cuando el concepto de vivienda aparece ya en el preámbulo refiriéndose a ella tras mencionar el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Vuelve a ser considerada cuando se habla de los servicios sociales comunitarios, a la hora de indicar que estos estarán coordinados con otros servicios dedicados al bienestar del mismo territorio, como la salud, la educación, la cultura, el empleo, la vivienda, las migraciones y, en su caso, el desarrollo rural. Se insiste en que todo ello incidirá en una intervención integral hacia las personas, sin que posteriormente tenga más desarrollo. Esta última ley ha sufrido una modificación con fecha del 12 de julio de 2016 (Ley 8/2016, de 8 de julio), en la que no se recoge ninguna alusión al concepto de vivienda.

En 1988 dos comunidades autónomas aprueban sus leyes de servicios sociales, Andalucía y Castilla y León. En Andalucía se aprueba la Ley 2/1988, de 4 de abril, sin referencia a la vivienda, ley que ha quedado derogada tras la aprobación de una segunda en diciembre de 2016 (Ley 9/2016, de 27 de diciembre), en la que la vivienda sí se hace presente. Por un lado, como sistema de protección a coordinar con los servicios sociales, entre otros; por otro lado, como sistema con el que se debe de actuar cara a la intervención igual que con el sistema educativo, el judicial o el de empleo, así como variable a tener en cuenta a la hora de abordar el sistema de información sobre servicios sociales.

La segunda ley aprobada en 1988 es la de la comunidad de Castilla y León (Ley 18/1988, de 28 de diciembre), que sí recoge el término *vivienda* para referirse a las tuteladas, como posible recurso de las corporaciones locales para garantizar los servicios básicos. En la segunda ley de esta comunidad autónoma (Ley 16/2010, de 20 de diciembre), se recoge el término *vivienda* ya en su preámbulo, al hablar de la necesidad de coordinación con otros servicios y sistemas de bienestar social, educación, empleo y vivienda, y de manera particular con el sanitario. Esta misma circunstancia queda recogida más adelante, cuando se refiere al régimen de coordinación y colaboración de los mismos servicios y sistemas. Se plantea nuevamente la necesidad de que exista esta coordinación con la justicia y la cultura, además de las ya mencionadas.

La Comunidad Valenciana aprueba su primera ley de servicios sociales en 1989 (Ley 5/1989, de 6 de julio), sin que en ella se recoja el término *vivienda* ni exista alusión a la misma. En su segunda ley (Ley 5/1997, de 25 de junio), solo se recoge este término cuando se alude a la erradicación

del chabolismo y la vivienda precaria, y en el abordaje de la intervención con las minorías étnicas. En su tercera y última ley (Ley 3/2019, de 18 de febrero), se recoge la vivienda a la hora de aludir a la coordinación interdepartamental, incorporando a los departamentos con competencias en sanidad, justicia, trabajo, formación ocupacional, economía social, vivienda, educación, responsabilidad social y hacienda, a la vez que fijando una coordinación, colaboración y cooperación entre el sistema público valenciano de servicios sociales y el sistema valenciano de vivienda; pero también se alude al término *vivienda* a la hora de definir los “espacios vulnerables” (art. 25), marcándolos cuando entre otras cuestiones concurra: falta de conservación o deterioro de las viviendas, o infravivienda. A la vez que se incorpora en las denominadas “prestaciones profesionales” el concepto de viviendas colaborativas y en la atención residencial. Por último, también se hace referencia a la vivienda cuando definen las funciones del Consejo Valenciano de Inclusión y Derechos Sociales, donde se articulan políticas públicas entre los sistemas de educación, salud, cultura, empleo, vivienda y justicia, así como en la aplicación de tasas en materia de atención social en lo que a la vivienda tutelada se refiere.

En el año 1990, La Rioja aprueba su ley de servicios sociales (Ley 2/1990, de 10 de mayo). En ella, el término *vivienda* se incorpora en los servicios sociales generales, dentro del apartado de servicios de convivencia como un recurso bajo el epígrafe de viviendas tuteladas. También en la intervención con minorías étnicas, cara a su integración y normalización. En su segunda ley (Ley 1/2002, de 1 de marzo), el concepto de vivienda sorpresivamente desaparece y no se recoge. Tampoco aparece en su última ley publicada en el año 2009 (Ley 7/2009, de 22 de diciembre).

Para finalizar, Cantabria aprobó la ley de servicios sociales en el año 1992 (Ley 5/1992, de 27 de mayo). En ella no se hace ninguna alusión al término *vivienda*. En el año 2007, aprueba una segunda ley (Ley 2/2007, de 27 de marzo), que sí recoge este término al referirse a la necesidad de la coordinación del Sistema Público de Servicios Sociales con otros servicios de la Administración Pública –todo ello cara a garantizar y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos–, como los sanitarios, educativos, culturales, de empleo, de vivienda, de promoción de la igualdad, medioambientales y, de forma específica, con el Servicio Cántabro de Salud. El término también queda recogido, como un elemento para poder acceder a una prestación de emergencia social, en el momento en que no exista posibilidad de usar y disfrutar de una vivienda. Se menciona, además, al plantear la necesidad de conseguir condiciones de habitabilidad y equipamientos básicos de la misma. Por último y en aras a la coordinación, se describe el Consejo Asesor de Servicios Sociales compuesto, entre otros, por personas que actuarán en el ámbito de la educación, la sanidad, la igualdad, el empleo, la vivienda y la economía.

4. Conclusiones

Tras el análisis de las diferentes leyes autonómicas en materia de servicios sociales y su relación con la vivienda, se pueden extraer una serie de elementos que definen qué circunstancias, con qué objetivos y qué funciones se le ha ido asignando por parte de los poderes públicos en el ámbito de los servicios sociales, estableciendo una serie de elementos coincidentes recogidos en la tabla 1, cuando en la actualidad ya todas las comunidades han elaborado como mínimo dos leyes propias, siendo Canarias la última (2019). En este sentido es posible apuntar que:

- La vivienda se plantea como un objetivo para lograr la convivencia, dirigido fundamentalmente a la integración de minorías étnicas, la erradicación del chabolismo y la vivienda precaria. Solo en ocho comunidades es incorporada o bien al catálogo de prestaciones, o a la hora de abordar la atención especializada. Por tanto, se sitúa con debilidad como recurso en el marco de las leyes de servicios sociales.
- El factor de la coordinación en servicios sociales se establece como objetivo fundamental. La vivienda se encuentra entre los instrumentos o medios a tener en consideración, planteándose como necesaria para que exista dicha coordinación. En quince comunidades de las dieciséis, con excepción de Asturias, existe alusión al término *vivienda* a la hora de señalar la importancia de esta coordinación, aunque con cierta disparidad en cuanto a los sectores con los que deben estar coordinados. Se repiten en todos los textos los sectores de salud, educación y empleo, aunque en algunos casos a este último se le denomina *trabajo* u *ocupación*.
- En cuatro comunidades, Madrid, Cataluña, Extremadura y Andalucía, se incorpora o se menciona la vivienda como sistema que formaría parte del estado del bienestar o de la protección social.
- La alusión a la vivienda como derecho no recogido únicamente en el marco constitucional español, sino también en la Declaración de los Derechos Humanos, es planteada por siete comunidades. Esto se produce fundamentalmente a partir del año 2007, en segundas leyes, y en cinco de estas leyes (Cataluña, 2007; Galicia, 2008; Islas Baleares, 2009; Extremadura, 2015; Canarias, 2019).
- Las comunidades de Navarra, Murcia, Islas Baleares y La Rioja son las que aunque en sus primeras leyes aludieron a la vivienda, en la actualidad ya no recogen el término en sus leyes posteriores.

La vivienda incorporada como sistema de protección no se encuentra integrada de una manera real en las políticas de bienestar, donde tampoco

se han desarrollado intervenciones sociales que generen una red en este sentido (Vázquez, 2009), ya que la intervención en y con la vivienda no se puede realizar de manera desligada de las diferentes problemáticas sociales que afectan a las personas, tanto a nivel individual, como las que conforman unidades de convivencia. Por el contrario, es necesario verlo como un todo, “hacer una actuación integral e integradora” (Delgado, en entrevista personal realizada por García, 2011). La intervención en vivienda desde el trabajo social debe enmarcarse en procesos de desarrollo comunitario, desde la generación de tejido social y empoderamiento de los residentes en la activación de medidas que den respuesta no solo al acceso, sino también a los entornos donde tienen que desarrollar su día a día.

Tener cubierta la necesidad de vivienda va a promover la integración e inclusión social, a la vez que posibilita la intervención desde otros recursos o servicios, por lo que la vivienda se convierte en un pilar de apoyo hacia la persona o familia en el sistema de servicios sociales (Vázquez, 2009). En base a ello, la intervención en política de vivienda se sitúa como reto para superar lo realizado hasta el momento, y tiene que avanzar en su consideración como derecho de las personas, y contemplar su inclusión como meta conceptual de cara a la intervención. De lo contrario se seguirán reproduciendo modelos prestacionistas, que impiden oportunidades para generar cambios en las personas (Cortés y Navarrete, 2009), y que no son capaces de dar respuesta a situaciones que llegan a cronificarse y multiplicarse. De acuerdo con lo anterior, Juan Toset (2011) plantea intervenciones donde se consideren elementos que conjuguen lo micro y lo macro desde un conocimiento de los procesos vitales, teniendo en cuenta cómo la vivienda incide en otros ámbitos de las personas, por lo que el diseño de los requisitos de acceso ha de partir del conocimiento de la realidad social en la que se interviene desde diagnósticos sociales. Y todo ello desde un trabajo en red y de manera colaborativa, que sume la intervención profesional a las prestaciones técnicas, donde el Trabajo Social se hace imprescindible.

El Trabajo Social como profesión de referencia del sistema público de servicios sociales, aboga y sitúa principios éticos como: la promoción de los derechos humanos o la promoción de la justicia social, entre otros (IFSW, 2018), que deben ser inspiradores en las intervenciones y acciones que se realizan. Por lo que el trabajo social debe ser un activo en todos los ámbitos a fin de que el derecho de acceso a la vivienda sea una realidad, y no puede ser partícipe de acciones que puedan impedir tal derecho, a la vez que debe superar medidas e intervenciones de carácter puramente asistencialistas.

Es por todo ello que de cara al trabajo social, una falta de implicación normativa en cuanto a una apuesta clara por el derecho a la vivienda, pone en juego los propios cimientos de esta profesión, que es clave en la defensa de la justicia social, los derechos humanos y la dignidad de la persona.

Tabla 1. Elementos coincidentes en las leyes de servicios sociales de las diferentes comunidades a la hora de mencionar el término *vivienda*

Como objetivo para la convivencia o dirigido a algún sector de población.	Madrid (1984) / Murcia (1985), juventud / Castilla-La Mancha (1986) / Asturias (1987) y (2003) / Galicia (1993), minusválidos y tercera edad / La Rioja (1990)
Como elemento en la integración de minorías étnicas y erradicación del chabolismo y la vivienda precaria.	Murcia (1985) / Galicia (1993) / La Rioja (1990)
Como área a tener en cuenta para la coordinación con otros servicios o sectores que intervienen en aras a alcanzar bienestar social para las personas.	<p>Pais Vasco (2008), con salud, educación, justicia, empleo, inserción laboral y formación, accesibilidad, garantía de ingresos e inclusión social, igualdad.</p> <p>Navarra (1983), con empleo, salud, urbanismo, educación y cultura</p> <p>Madrid (1984), con empleo, salud, urbanismo, educación y cultura. / Madrid (2003) Con empleo, salud, educación y cultura.</p> <p>Murcia (1985), con cultura, sanidad, educación y trabajo.</p> <p>Cataluña (2007), con educación, salud, pensiones y trabajo.</p> <p>Castilla-La Mancha (2010), con salud, educación, empleo y promoción de la igualdad.</p> <p>Baleares (2009), con salud, educación, cultura, ocupación, urbanismo, justicia y otros.</p> <p>Aragón (2009), con educación, salud, cultura, empleo, urbanismo, transporte, innovación tecnológica, medio ambiente, y otras acciones.</p> <p>Galicia (2008), con salud, educación, cultura, empleo, migraciones y desarrollo rural.</p> <p>Castilla y León (2010), con educación, empleo, salud, justicia y cultura.</p> <p>Cantabria (2007), con salud, educación, cultura, empleo, promoción de la igualdad y medioambiente.</p> <p>Extremadura (2015), con salud, empleo, educación, justicia y pensiones.</p> <p>Andalucía (2016), con salud, educación, justicia, empleo y formación.</p> <p>Canarias (2019), con salud y sanidad pública, igualdad de género, prevención y protección de las mujeres contra la violencia de género, educativo, de ocupación y empleo, judiciales y otros.</p> <p>Valencia (2019), con sanidad, justicia, trabajo, formación ocupacional, economía social, vivienda, educación, responsabilidad social y hacienda.</p>

A fondo

La vivienda en el marco de las leyes autonómicas de servicios sociales, de 1982 a 2019

Como recurso desde la vivienda de protección.	País Vasco (2008)
Incorporada al catálogo de prestaciones y servicios. O dentro de los recursos de atención básica o especializada de los servicios sociales.	País Vasco (2008) / Cataluña (2007) / Castilla-La Mancha (2010) / Galicia (1993) / Castilla y León (1988) / Extremadura (2015) / Valencia (2019)
	Con alusión a la Constitución o a la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
	Madrid (1984) / Cataluña (2007) / Castilla-La Mancha (1986) / Baleares (2009) / Galicia (2008) / Extremadura (2015) / Canarias (2019)
Como parte de los sistemas del estado del bienestar o de la protección social.	Madrid (2003), junto a servicios sociales, seguridad social, educación, sanidad y empleo.
	Cataluña (2007), junto a servicios sociales, seguridad social, salud, educación, las políticas para la ocupación, y otras actuaciones públicas.
	Extremadura (2015), junto a servicios sociales, seguridad social, salud y educación.
	Andalucía (2016), junto a servicios sociales, educación, justicia y empleo.
	Valencia (2019), junto a educación, salud, cultura, empleo y justicia.
Como prestaciones económicas del sistema público de servicios sociales.	Ayuda a la rehabilitación y mejora de la accesibilidad (Canarias 2019).

Fuente: Elaboración propia. Boletín Oficial del Estado.

Referencias bibliográficas

- Barriga, L. A. (2012). La protección a las situaciones de quiebra económica de particulares. Un desafío para los Servicios Sociales en España. *Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1, 21-38.
- Beltrán, R. (2002). De aquellos barro, estos lodos. La política de vivienda en la España franquista y postfranquista. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 16, 25-67.
- Chalmers, T. (2011). Using Common Themes: Cost-Effectiveness of Permanent Supported Housing for People With Mental Illness. *Research on Social Work Practice*, 21(4), 404-411.
- Colomer, M. (2009). El trabajo social que yo he vivido. Madrid, Barcelona: Impulso a la Acción Social; Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.
- Contreras, E. (2013). *El desahucio de viviendas y su incidencia sobre el sujeto. Una perspectiva antropológica* (Tesis de doctorado, Universidad Complutense, Madrid, España). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/47100/1/T39900.pdf>
- Cortés, L., y Navarrete, J. (2009). Reflexiones en torno al sistema residencial y el derecho a la vivienda en nuestra sociedad. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 33, 37-63.
- Decreto-Ley 2/2015, de 6 de agosto, por el que se modifica la Ley 3/2013, de 10 de abril, del sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 7 de agosto de 2015, núm. 181, p. 29683-29688.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW). (2018). Declaración global de los principios éticos del Trabajo Social. Recuperado de <https://www.ifsw.org/es/declaracion-global-de-los-principios-eticos-del-trabajo-social/>
- García, G. (2011). Protección de las personas físicas en situación de quiebra económica. Casas para vivir, no para arruinar la vida. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 97, 9-19.
- Hill, M., Dillane, J., Bannister, J., y Scott, S. (2002). Everybody needs good neighbours: an evaluation of an intensive project for families facing eviction. *Child & Family Social Work*, 7(2), 79-89.
- Jiménez, C., y Fernández, C. (2014). Casas sin gente, gente sin casas: el fracaso del modelo inmobiliario español. *Revista INVI* (Universidad de Chile), 29(82), 133-155.

- Juan Toset, E. M. (2011). Derechos humanos y vivienda en España. El papel del Trabajo Social en las políticas de Vivienda. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 97, 37-46.
- Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de abril de 2012, núm. 100, pp. 32117-32126.
- Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de junio de 1983, núm. 148, pp. 17598-17600.
- Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de julio de 1984, núm. 176, pp. 21851-21854.
- Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de marzo de 1986, núm. 66, pp. 10271-10281.
- Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 7 de marzo de 1986, núm. 57, pp. 8779-8782.
- Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de julio de 1986, núm. 174, pp. 26389-26392.
- Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social. *Boletín Oficial del Estado*, 13 de mayo de 1987, núm. 114, pp. 13982-13988.
- Ley 4/1987, de 23 de marzo, de Ordenación de la Acción Social. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de abril de 1987, núm. 86, pp. 10749-10753.
- Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 9 de junio de 1987, núm. 137, pp. 17219-17222.
- Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales. *Diario Oficial de Extremadura*, 12 de mayo de 1987, núm. 37, pp. 591-600.
- Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de mayo de 1987, núm. 126, pp. 15618-15624.
- Ley 3/1987, de 27 de mayo, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de julio de 1987, núm. 173, pp. 22213-22216.
- Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, 28 de junio de 1988, núm. 154, pp. 20135-20139.
- Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 8 de marzo de 1989, núm. 57, pp. 6520-6526.
- Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, 7 de agosto de 1989, núm. 187, pp. 25324-25327.

- Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de junio de 1990, núm. 132, pp. 15397-15403.
- Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de julio de 1992, núm. 181, pp. 26306-26311.
- Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de mayo de 1993, núm. 112, pp. 13897-13910.
- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, 12 de agosto de 1997, núm. 192, pp. 24405-24422.
- Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de abril de 2002, núm. 79, pp. 12550-12558.
- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de abril de 2003, núm. 86, pp. 14069-14081.
- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de julio de 2003, núm. 157, pp. 25487-25505.
- Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de febrero de 2004, núm. 34, pp. 5792-5803.
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de enero de 2007, núm. 27, pp. 4507-4525.
- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 19 de abril de 2007, núm. 94, pp. 17216-17242.
- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de noviembre de 2007, núm. 266, pp. 45490-45519.
- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicio Sociales de Galicia. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de enero de 2009, núm. 15, pp. 5513-5553.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 7 de octubre de 2011, núm. 242, pp. 105335-105396.
- Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears. *Boletín Oficial del Estado*, 7 de julio de 2009, núm. 163, pp. 56578-56640.
- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial del Estado*, 20 de agosto de 2009, núm. 201, pp. 71537-71584.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de enero de 2010, núm. 14, pp. 3808-3852.

- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de febrero de 2010, núm. 38, pp. 15496-15540.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 8 de enero de 2011, núm. 7, pp. 1756-1803.
- Ley 10/2013, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicio sociales de las Illes Balears. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de enero de 2014, núm. 20, pp. 4183-4187.
- Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de mayo de 2015, núm. 108, pp. 39626-39664.
- Ley 16/2015, de 9 de noviembre, por la que se modifica la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de noviembre de 2015, núm. 284, pp. 112072-112077.
- Ley 5/2016, de 2 de mayo, por la que se modifica la Ley 3/2003, de 10 de abril, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de junio de 2016, núm. 150, pp. 44593-44595.
- Ley 8/2016, de 8 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, 12 de julio de 2016, núm. 131, pp. 29779-29787.
- Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 29 de diciembre de 2016, núm. 248, pp. 2-73.
- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, 12 de marzo de 2019, núm. 61, pp. 23249-23349.
- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 141, 13 de junio de 2019, pp. 61699 a 61773.
- Malagón, S. (2008). La vivienda y los procesos de exclusión social. *Trabajo Social Hoy*, núm. extra 2, 101-114.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Memoria 2014-2015. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/MemoriaPlanConcertado_2014-15.pdf
- Paniagua, J. L. (2015). Política de ciudad y política de vivienda. *Documentación Social*, 176, 153-176.

- Pérez, D. (2008). La prestación de alojamiento como instrumento para la intervención social en el marco del Sistema de Servicios Sociales. *Trabajo Social Hoy*, núm. extra 2, 41-56.
- Ralph, M. (2013). Fighting poverty and social exclusion: What role for regions and cities? Recuperado de <http://cor.europa.eu/en/news/events/Documents/M%20Ralph%20workshop%202%20%5bCompatibility%20Mode%5d.pdf>
- Rodríguez, R. (2010). La política de vivienda en España en el contexto europeo. Deudas y retos. *Revista INVI*, 25(69), 125-159.
- Rolnik, R. (2012). Informe de la Relatora Especial: El derecho a una vivienda adecuada. Naciones Unidas.
- Trilla, C. (2001). *La política de vivienda en una perspectiva europea comparada*. Madrid: Fundación La Caixa.
- Trilla, C. (2004). Vivienda y exclusión social. *Educación Social*, 27, 41-54.
- Vázquez, C. (2009). El sentido del Trabajo Social en un sistema de protección social: Vivienda. XI Congreso Estatal de Trabajo Social. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- Vázquez, O. (Coord.) (2005). *Libro Blanco del Grado en Trabajo Social*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Vázquez, O., Fernández, M. A., Relinque, F., y Álvarez, P. (2016). Trabajo Social e intervención social en vivienda social. En L. Cano y E. Pastor, *Políticas e intervenciones ante los procesos de vulnerabilidad y exclusión de personas y territorios: análisis comparado México-España* (p. 245-262). Madrid: Dykinson.

Violencia de género y Trabajo Social. Análisis de los discursos y abordajes de los/las profesionales de Trabajo Social en materia de violencia de género

Gender-based violence and social work:
An analysis of the discourse and approaches
adopted by social work professionals when
it comes to gender-based violence

Janet Romero Delgado¹

ORCID: 0000-0001-6984-2722

Recepción: 26/08/19. Revisión: 26/11/19. Aceptación: 27/11/19

Para citar: Romero Delgado, J. (2019). Violencia de género y Trabajo Social. Análisis de los discursos y abordajes de los/las profesionales de Trabajo Social en materia de violencia de género. *Revista de Treball Social*, 217, 31-53. DOI: 10.32061/RTS2019.217.02

Resumen

En el presente artículo se exponen los resultados de un estudio cualitativo acerca de los discursos que se dan en Trabajo Social sobre la violencia de género. Concretamente, se trata de un estudio que tiene por finalidad identificar y reflexionar sobre las implicaciones que generan los discursos en el desarrollo de la praxis profesional. Con ello, se pretende contribuir a la reflexión sobre los fundamentos teóricos y los discursos, poniendo en relieve la realidad de las intervenciones de las trabajadoras y de los trabajadores sociales de la provincia de Barcelona.

Para ello, se realizaron y analizaron 20 entrevistas en profundidad a profesionales del Trabajo Social en las que se aborda la conceptualización y los abordajes realizados en violencia de género. Los resultados evidencian: 1) la falta de consensos acerca de la conceptualización del fenómeno; y 2) las incoherencias entre las comprensiones y los abordajes profesionales ejecutados en materia. Aspecto que, junto con otros elementos identifica-

1 Graduada en Trabajo Social. Máster Oficial en Estudios Avanzados en Exclusión Social. janetromerodelgado@gmail.com

dos y expuestos en el artículo, da cuenta de las dificultades presentes en cuanto a la atención y transformación de dicha realidad.

Palabras clave: Violencia de género, Trabajo Social, discursos y praxis profesional.

Abstract

The purpose of this article is to set out the results of a qualitative study on the discourse produced in the field of social work concerning gender-based violence. It is a study that aims to identify and reflect on the implications of discourse in the development of professional practice. The aim is thus to contribute to a reflection on theoretical foundations and discourses, highlighting the reality of interventions by social workers in the province of Barcelona.

To this end, we conducted and analysed 20 interviews with social workers in depth, addressing conceptualisation and approaches to gender-based violence. The results reveal: 1) the lack of a consensus on the conceptualisation of the phenomenon; and 2) the incoherence between understandings and professional approaches. Together with the other elements identified and set out in this research, this illustrates the difficulties existing in terms of the attention to and transformation of this reality.

Keywords: Gender-based violence, social work, discourses and professional practice.

Introducción

La violencia de género (en adelante VG) es un fenómeno social y cultural que ahonda su origen en “las definiciones y relaciones de género dominantes en una sociedad dada” (Espinar, 2007, p. 40). De él emergen diferentes formas de violencia, desigualdad y discriminación, razón por la cual es comprendido como un delito, un problema de salud pública y a su vez una violación de los derechos humanos (Almendros, Munilla y Bernabeu, 2015, p. 205; Gállego, 2005, p. 85). De aquí la importancia que asume la profesión de Trabajo Social (en adelante TS), ya que tiene por propósito promover vínculos humanos saludables, velar por el cumplimiento de los derechos humanos y fomentar cambios sociales (IFSW, 2014, p. 1). De hecho, Santana (2010, p. 92) refiere que es un objeto de intervención casi tan antiguo como la propia profesión.

Ahora bien, autoras como Fernández (2015, p. 35-36) indican que a menudo, de forma inconsciente, los trabajadores o las trabajadoras sociales actúan como un mecanismo más de perpetuación de las desigualdades que produce el sistema de género. Explicitan que ello se debe a que: 1) el/la profesional está socializado/a bajo unos valores y principios patriarcales; e 2) investiga e interviene de forma condicionada por la institución en la que trabaja y por las estructuras de poder imperantes (Elboj y Ruíz, 2010, p. 226; Fernández, 2015, p. 32, 35-36). Es por ello que nos aventuramos a preguntar a trabajadores y trabajadoras sociales, que prestan servicios de atención social a víctimas de VG en la provincia de Barcelona, sobre: ¿qué discursos hay con relación a la violencia de género en la práctica profesional del Trabajo Social? y ¿cuáles son los efectos que genera el discurso en el desarrollo de la praxis profesional y en la transformación de dicha problemática?

Aproximación al concepto violencia de género

Posteriormente a una extensa búsqueda de referencias dimos cuenta de la dificultad que ha habido, y aún hay, con relación a la conceptualización del término VG. Los motivos radican en: 1) la falta de consensos claros sobre qué es VG (Coll, García-Romeral, Mañas y Navarro, 2008, p. 199-200; Zurbano, Liberia y Campos, 2015, p. 841-843); 2) el debate abierto con respecto a la idoneidad del término *género* (Coll et al., 2008, p. 189-191; Velando, 2005, p. 108-122); y 3) la elevada presencia de múltiples términos a los que se dota, en ocasiones, de significaciones sinónimas (Fernández, 2004, p. 156-157; López, 2013, p. 62-64; Peris, 2013, p. 177-180, 183-184).

A través de la clasificación sugerida por Coll et al. (2008, p. 199-200), hemos reagrupado en tres aproximaciones los discursos acerca de la comprensión del fenómeno de la VG. Dicha clasificación, se rige bajo la identificación de los actores, el rol que cumplen estos y los objetivos que persiguen.

Aproximación de casos extremos

Actualmente es una de las aproximaciones más contrarrestadas y criticadas por la producción teórica ejecutada. Consiste en un modelo explicativo unicausal acerca del origen de la VG, entendiendo que la problemática se origina a causa de los factores personales de las personas involucradas (López, 2013, p. 67). La justificación suele realizarse en base a teorías biológicas y psicológicas² (Álvarez, Sánchez, Bojó, Zelaiaran, Aseguiñolaza, Azanza y Caballero, 2016, p. 15,17; Alencar y Cantera, 2013, p. 117-119; Miguel, 2003, p. 139; Ramírez, 2002, p. 28-29). Estas tienen como nexo común la individualización del origen de la VG, la figura exclusiva del hombre como agresor, un fuerte sesgo patriarcal ante los estereotipos de género y la diferenciación de sexos en cuanto a atributos biológicos y/o rasgos psicológicos.

Aproximación de grupos sociales

Actualmente es la más sustentada a nivel de producción teórica. Figura como la más compartida tanto por las instituciones como por parte de los distintos actores que conforman la sociedad (Fuente, 2012, p. 371; Miguel, 2003, p. 139-142; Piedra, Rosa, Muñoz, 2018, p. 198-201; Maqueda, 2006, p. 2-3). Esto es debido a que la expresión “violencia de género” se empieza a gestar en los años 70, época en que toma fuerza el feminismo y se empieza a poner en el punto de mira el maltrato conyugal, el rol establecido en función del sexo, entre otras cuestiones que revelan el patriarcado como forma de organización social (Miguel, 2005, p. 238-240). La detección de una clara diferencia entre valores y expectativas que construye simbólicamente la sociedad sobre los sexos, donde el hombre establece una relación de poder desigual sobre la mujer, consolidará la visión de la mujer como única posible víctima de la VG (Maqueda, 2006, p. 2).

Aproximación de género

Se diferencia de las demás aproximaciones principalmente por dos razones. La primera de ellas corresponde a las corrientes teóricas empleadas, que generalmente la más utilizada es la postura crítica del postfeminismo (Cantera, 2004, p. 95-102). Esta se caracteriza por contemplar, en su pluralidad, las relaciones de dominación interpersonal desigualitarias superando el concepto binario de sexo-género y la heteronormatividad (Cantera, 2004, p. 95-97).

La segunda diferencia, en consonancia con lo anteriormente mencionado, se basa en el hecho que no se asocia el binomio hombre-mujer con el de agresor-víctima respectivamente (Coll et al., 2008, p. 200; Solá, 2011,

2 Esclarecer que existen múltiples posicionamientos tanto dentro de las teorías biológicas como psicológicas. No obstante, apelamos a aquellas que adquieren una visión unicausal y comprenden que el origen de la VG radica exclusivamente en los factores personales.

p. 41). Ello permite no cosificar la posición de los hombres y las mujeres, contrarrestando el discurso patriarcal vigente y evitando su reproducción y legitimación (Trujano, Martínez y Camacho, 2010, p. 351-352; Coll et al., 2008, p. 200).

Facio y Fries (2005, p. 261) consideran que los hombres, aunque partan de una posición privilegiada, también pueden ser víctimas del sexismo, de los valores y de los estereotipos establecidos sobre la masculinidad. Es por ello que se centra en las relaciones de dominación interpersonales, asociadas a la posición de género, con independencia del sexo (Coll et al., 2008, p. 200; Solá, 2011, p. 41). Con ello no quieren decir que piensen que se da el mismo número de casos en hombres que en mujeres. No obstante, consideran que esa minoría de casos también requiere de reconocimiento y visibilidad (Herrero, 2013, p. 110).

Por otra parte, cabe destacar que hay una creciente demanda de atención por parte del colectivo LGTBIQ+. Se trata de una realidad invisibilizada debido a factores como la homofobia, el discrimen y el sexismo (Rodríguez, Rodríguez, Lameiras y Carrera, 2017, p. 65). Este último aspecto genera debate y posturas diferenciadas dentro de una misma aproximación (Bravo, 2014, p. 3). Por una parte, hay posturas que consideran que la VG puede tener en cuenta las relaciones entre personas de un mismo sexo (Mujika, 2012, p. 11-13). Zurbano et al. (2015, p. 830) apuntan que “el género está en el origen de la creación y reproducción de múltiples tipos de violencia sobre todas las formas de ser, sentir y pensar que quedan fuera de la «normalidad» genérica y sexual”. Mientras que otros niegan esto mismo, puesto que consideran que operan factores culturales y estructurales distintos no basados únicamente en el sexismo (Bravo, 2014, p. 5; Rebollo y Gómez, 2011, p. 7-8).

Trabajo Social y violencia de género

A pesar del reconocimiento de la incidencia de la VG en distintas áreas de desarrollo personal y social, las orientaciones e intervenciones se centran mayormente en la violencia que deviene en las relaciones afectivas heterosexuales (Reina, 2010, p. 34). Ello se debe en gran parte al hecho que los abordajes y recursos existentes están sujetos a la LOMPIVG³ (Santana, 2010, p. 93-94).

La LOMPIVG marcó un antes y un después en materia de VG (Ortubay, 2015, p. 3). Aún a día de hoy sigue siendo la ley de referencia desde la cual se articulan las diferentes actuaciones de atención y prevención. No obstante, se trata de una ley que despierta cierta ambivalencia en el seno de la comunidad. Refieren que: 1) se dan incoherencias entre el nombre y el contenido; 2) se trata de una ley sexuada y heterosexista; y 3) promueve medidas paternalistas y asistencialistas que favorecen la despolitización

3 Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado, núm.313, 29 de diciembre de 2004.

de la problemática y la victimización de la figura femenina (Bolea, 2007, p. 22; Coll et al., 2008, p. 189-192, 201; Ortubay, 2015, p. 11-16; Solá, 2011, p. 40-46; Trujano et al., 2010, p. 340).

A esto cabe añadir que se trata de una ley que emplea un enfoque teórico que se ajusta a la aproximación de grupos sociales. Asimismo, en el desarrollo de las medidas en las que la responsabilidad del hombre se sobredimensiona y la agencia de la mujer desaparece, este se diluye y toma un enfoque más propio a la aproximación de casos extremos (Coll et al., 2008, p. 201-204). De modo que las críticas que se realizan a menudo también se ven reflejadas en las intervenciones y recursos que se emprenden desde el TS.

Respecto a la **prevención**, se contempla en el marco de la LOMPI-VG a través de medidas como la sensibilización, prevención y detección por parte de los poderes públicos. También en la atención a la formación complementaria y de reciclaje de los/las profesionales que intervienen (art. 3 LOMPIVG, de 28 de diciembre). No obstante,

a pesar de la declaración de intenciones y de la importancia que parece conceder a las materias de prevención, sensibilización, etc., la ley sigue el camino que se inició a finales de los 80 y que hacía pivotar la respuesta frente a la violencia de género en el sistema penal (Ortubay, 2015, p. 3).

Fernández (2015, p. 31) y Ríos (2003, p. 80-81) apuntan que estas mismas lógicas suceden en el ejercicio del TS. Refieren que las intervenciones no van tan dirigidas a incidir en los factores estructurales y culturales, sino que por el contrario se interviene de forma paliativa una vez emergida la problemática. Señalan la exigüidad de estudios acerca de la VG, la ausencia de una comprensión teórica de fondo, la falta de formación por parte de los/las profesionales, la burocratización y la presión asistencial como principales causantes (Alcázar, 2012, p. 104-106; Fuente, 2012, p. 388; Fernández, 2015, p. 31; Jovaní, 2014, p. 264-265; Ríos, 2003, p. 84; 2010, p. 135; Santana, 2010, p. 95-97; Tobías, 2018, p. 142-143).

Referente a la **intervención**, Mullaly (1997, p. 24-25) refiere que hay dos filosofías de intervención en TS que guían la manera de proceder y efectuar los abordajes. Encontramos la perspectiva convencional, la cual se centra en la persona entendiendo que el problema reside en su inadaptación al sistema social. O bien la perspectiva progresista, que reconoce la existencia de sectores de población más desaventajados a razón de un orden social desigualitario e injusto. Razón que implica ir más allá de la atención individual.

Autoras como Fernández (2015, p. 31) y Ríos (2003, p. 80-81) refieren que las actuaciones parten principalmente del asistencialismo con una perspectiva centrada en las deficiencias y necesidades que presenta la mujer víctima de VG. Aspecto que acaba reduciéndose en dar ayudas puntuales para solventar los problemas más urgentes, no prestando aten-

ción a otros aspectos de tipo estructural o cultural (Ríos, 2003, p. 84). Esto mismo resulta evidente si leemos algunos documentos en materia que conciernen a la provincia de Barcelona, como por ejemplo la protocolización de la intervención individualizada con mujeres que viven o han vivido violencia de género (2007)⁴ u otros documentos marco como el protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña (2009)⁵ o el protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja (RVD-BCN) (2011).⁶

Paralelamente, Alcázar (2012, p. 113-115) identifica otras inercias y dificultades que obstaculizan que se logre una intervención eficaz y eficiente, concretamente: 1) la tendencia a homogeneizar la figura y situación de la mujer que sufre maltrato, dando lugar a programas y servicios que no acaban de ajustarse a las necesidades que esta presenta; 2) la implementación de objetivos de éxito marcados por la profesional y la institución, que pueden no ser compartidos con la persona que se atiende; 3) la ejecución de programas y recursos con objetivos y procedimientos muy definidos, que despojan de agencia a la propia víctima y refuerzan su victimización; y 4) la tendencia a ejecutar intervenciones a nivel individual y no grupal, propiciando así que las mujeres vivan el fenómeno como un fracaso individual.

A ello se suma la ya mencionada falta de formación por parte de algunos/as profesionales. Al no estar sensibilizadas o formadas bajo la perspectiva de género, llevan a cabo actuaciones guiadas por la intuición y la buena voluntad, dificultando así una gestión ágil, eficiente y eficaz (Jovaní, 2014, p. 264-265).

Inclusión de la perspectiva de género en la intervención de Trabajo Social

Varios autores ponen en manifiesto la necesidad de incorporar la perspectiva de género (PG en adelante) como marco interpretativo transversal de la intervención social (Fuente, 2012, p. 388; Fernández, 2015, p. 31; Fidalgo, 2005, p. 21, 25; López, 2013, p. 81; Tobías, 2018, p. 142-143).

La PG es una categoría analítica compuesta por diferentes corrientes del feminismo que

4 Primer documento que tiene por propósito aunar y protocolizar la atención individualizada ofrecida a las mujeres víctimas de VG de la ciudad de Barcelona, <https://bit.ly/2Clge0e>

5 Documento editado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya que tiene por finalidad devenir una herramienta práctica para guiar las intervenciones en materia de violencia machista en cualquier ámbito de salud de Cataluña, <https://bit.ly/2Nux4ju>

6 La RVD-BCN es un protocolo promovido por el Circuito Barcelona contra la Violencia hacia las Mujeres que se realizó con el fin de crear una herramienta para valorar, en el caso de las mujeres, el riesgo de actos violentos a corto plazo dentro de un contexto de violencia machista, <https://bit.ly/2PXA26E>

se aproxima a la realidad teniendo en cuenta la existencia de diversos géneros y sus relaciones de poder, que se imbrican con otros elementos generadores de desigualdad, tales como la etnia/raza, la clase social, el origen nacional, etc. (Alcázar, 2012, p. 99-100).

La primera vez que se habló de dicha perspectiva, como elemento estratégico para lograr la igualdad, fue en la IV Conferencia sobre la Mujer celebrada en el año 1995 en Pekín (Alonso-Fernández, 2016, p. 3; Tobías, 2018, p. 144). Aunque Berasaluze (2009, p. 138) y Fernández (2015, p. 33) sostienen que su aplicación a fecha de hoy es incipiente. Por ello, se aconseja encauzar e incentivar su incorporación desde la formación. Diferentes autores/as exponen o hasta evidencian la ausencia u opcionalidad de contenidos de género y violencia en el plan formativo del Grado de TS (Elboj y Ruíz, 2010, p. 230-231; Rubio, Gil, Paz, Peralta, Alcázar y Gila, 2009, p. 7; Santana, 2010, p. 95-97).

La justificación de su relevancia recae en: 1) la necesidad de toma de conciencia acerca de las relaciones de poder dadas por el género y sus efectos con independencia del sexo, ya que toda intervención social no es neutral sino que tiene un impacto de género; 2) la importancia de la introducción de dicha perspectiva para propiciar transformaciones sociales que aboguen por la igualdad entre las personas; 3) detectar prácticas e intervenciones reproductoras y sostenedoras del sexismo y desigualdades (Alcázar, 2012, p. 104-106; Fernández, 2015, p. 31; Tobías, 2018, p. 142-143).

En efecto, se trata de una perspectiva que incita la prevención, el pensamiento de abordajes más colectivos y plantea no exclusivamente a la mujer como sujeto de intervención (Alcázar, 2012, p. 100; Alonso-Fernández, 2016, p. 4-5). En relación con esto último, Alonso-Fernández (2016, p. 7) reflexiona ante la necesidad de pensar “acerca de si se les debe incluir solo en la búsqueda del objetivo de igualdad de género o si también sería posible asumir que los hombres pueden tener sus propias necesidades y vulnerabilidades”.

Metodología

La investigación realizada se inscribe dentro del paradigma interpretativo y parte de una perspectiva teórica-metodológica fenomenológica. Behar (2008, p. 45) refiere que “el método fenomenológico puede resultar particularmente útil para la interpretación de los hechos y procesos estudiados; para captar el sentido de los fenómenos y la intención de las actividades sociales”.

Teniendo en cuenta el objetivo, la perspectiva teórica-metodológica y el enfoque emergente y exploratorio de la presente investigación, hemos considerado emplear metodología de carácter cualitativo. Así lo hemos decidido puesto que no hay un marco teórico definido y la búsqueda de datos narrativos pueden llegar a aportar un conocimiento más profundo (Vivar, McQueen, Whyte, Canga, 2013, p. 224).

Muestra

Consiste en un muestreo teórico integrado por un total de 20 trabajadores/as sociales. Se caracteriza por un índice de proporcionalidad equivalente entre ambos sexos biológicos. Puesto que la VG se trata de un fenómeno multidimensional que se detecta y atiende desde servicios muy distintos, se escogió una muestra de profesionales ubicados en diferentes espacios de atención social, tal y como se concreta a continuación.

Tabla 1. Composición de la muestra

Nombre Ficticio	Ámbito	Experiencia en TS	Sexo Biológico
Javier	Sanitario / Atención primaria	23 años	M
Sonia	Sanitario / Atención primaria y servicio especializado para personas transexuales	5 años	F
Teo	Sanitario /Atención primaria	+ de 20 años	M
Noemí	Sanitario /Atención primaria	14 años	F
Jacinto	Sanitario/ Atención hospitalaria	7 años	M
Mireia	Sanitario/Salud mental	18 años	F
Yoali	Sanitario/Drogodependencias	18 años	F
Ignacio	Servicios sociales básicos	20 años	M
Laia	Servicios sociales básicos	13 años	F
Alan	Servicios sociales básicos	10 años	M
Elsa	Servicios sociales básicos	22 años	F
Jandro	Servicios sociales básicos	9 años	M
Roc	Servicios sociales básicos	3 años	M
Edna	Servicios de información y atención a las mujeres	12 años	F
Juan	Docente de TS	30 años	M
Antón	Docente de TS	27 años	M
Carlos	Docente de TS	10 años	M
Natalia	3.º sector-violencia machista y VG	12 años	F
Mónica	3.º sector-VIH	20 años	F
Maya	3.º sector-abusos sexuales	10 años	F

Fuente: Elaboración propia.

Especificar que, de acuerdo con el Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres,⁷ la muestra está compuesta por espacios profesionales reconocidos en cuanto a su implicación en la detección y atención de dichas realidades. Clarificar que la composición fue no probabilística y se configuró por los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 2. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener la titulación de TS	Actualmente inactiva como trabajadora social
Disponer de 3 años o más de experiencia dentro del campo del TS	Trabajar fuera de la provincia de Barcelona

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos

Utilizamos la técnica de la entrevista individual. Esta nos permitía recoger información sobre hechos y aspectos subjetivos de las personas, conocer la perspectiva de los individuos en relación con los hechos y construir significados a través de sus comportamientos (Behar, 2008, p. 55; Palou, 2013, p. 3). El modelo de entrevista empleado fue de tipo individual semiestructurado y presentó una duración aproximada de 30-45 minutos. Al tratarse de un fenómeno de tal magnitud consideramos establecer un mínimo guion para que nos permitiera obtener la información más relevante a explorar en función a nuestros objetivos. Clarificar que se veló por garantizar la confidencialidad de los sujetos entrevistados, por ello se les informó sobre el alcance de la protección de la confidencialidad a través de un consentimiento informado.

Análisis

Se realizó un análisis temático del contenido extraído de las entrevistas. Primero se transcribieron estas y posteriormente se fragmentó el corpus textual en diferentes unidades, las cuales se codificaron en función del contenido básico de interés para el objeto de estudio (modelos de intervención, limitaciones y potencialidades contextuales, institucionales y personales, definición de perspectiva de género y formación profesional). La codificación fue generalmente de carácter inductivo debido al carácter exploratorio del objeto de estudio y la consecuente falta de validación de ejes temáticos en estudios anteriores similares. Sin embargo, a menudo se tuvo

⁷ Proyecto interinstitucional coliderado por el Ayuntamiento de Barcelona y el Consorcio Sanitario de Barcelona. Como ellos indican, su finalidad es “establecer un sistema articulado de trabajo en red, cooperativo y colaborativo entre los diferentes agentes de los ámbitos sanitario, social, policial, judicial y educativo” (Ayuntamiento de Barcelona, s. f.).

en cuenta el marco teórico para nombrar fragmentos de intereses teóricos específicos de las investigadoras. Más concretamente, en lo que refiere a la definición del fenómeno de la VG, se tuvo en cuenta la clasificación de Coll et al. (2008), identificando consecuentemente los elementos diferenciales entre las distintas aproximaciones (actores implicados, relación y rol que cumplen estos mismos y la causa o causas y origen de la VG).

Apuntar que con el fin de dotar el estudio de mayor validez interna se trianguló la información obtenida con el marco teórico. Ello ha permitido el diálogo entre los resultados y la literatura vigente especializada en materia, dando lugar a otra fuente de construcción de conocimiento y reflexiones (Cisterna, 2005, p. 69-70).

Limitaciones de la investigación

1. La muestra de trabajadores/as sociales es limitada y no se garantiza la recogida de todos los discursos acerca de la VG. También quisimos que se caracterizara por un índice de proporcionalidad equivalente entre sexos (entendidos desde el binarismo). No obstante, al ser un número reducido de profesionales no pudimos indagar en profundidad en la existencia o no de ciertas tendencias, razón por la cual no se profundiza acerca de ello. Merece la pena destacar que se trata de un estudio configurado por una muestra reducida, no obstante no por ello menos válida para empezar a reflexionar acerca de una realidad expuesta por una serie de profesionales.

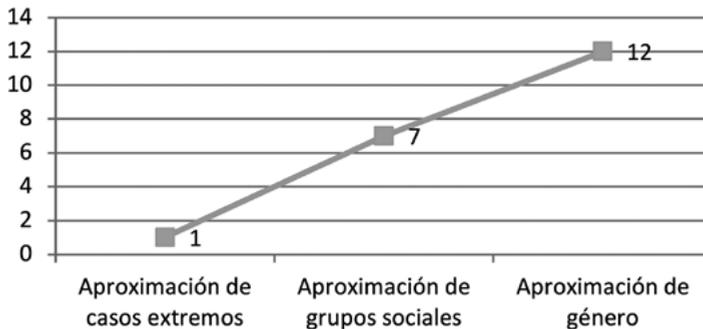
2. No se trata de una muestra uniforme por ámbitos de intervención en TS. Queríamos que fuera lo más diversa posible para obtener una visión más holística sobre las comprensiones y abordajes. Ahora bien, posteriormente pensamos que quizá hubiera sido interesante tener un mismo número de profesionales en función de los ámbitos de intervención, ya que nos hubiera permitido identificar ciertas tendencias y particularidades de cada ámbito.

Resultados

Conceptualización de la violencia de género

A continuación se muestran los resultados obtenidos acerca de la clasificación de los discursos sobre VG de los/las trabajadores/as sociales entrevistados/as.

Figura 1. Clasificación de los discursos acerca de la VG



Fuente: Elaboración propia.

– La **aproximación de casos extremos** es la menos compartida, solo hemos detectado un caso y con ciertos matices. La persona alude que la víctima puede pertenecer a cualquier sexo, aspecto no propio de la concepción de casos extremos. Sin embargo, enfatizaba que en su mayoría se da en mujeres debido a una serie de diferencias principalmente biológicas, poniendo como ejemplo la superioridad física de los hombres.

– Respecto a la **aproximación de grupos sociales** ha habido un mayor consenso. Ahora bien, dentro de esta misma aproximación se dan puntos de vista muy distintos. Por una parte, de estas 7 personas 2 contemplan y afirman que la mujer solo puede ser la víctima de este fenómeno.

Es la violencia del hombre hacia la mujer por el simple hecho de serlo. Una definición breve, clara y concisa [...]. Hay muchos tipos de violencia, los abuelos reciben violencia, los niños reciben violencia, pero eso son otros tipos de violencia. Si hablamos de violencia de género hablamos de la violencia del hombre hacia la mujer (Natalia).

Una tercera persona apunta que se deberían incluir en la VG las parejas LGTBIO+ que no tienen un trato de iguales. Expone que con frecuencia se cumplen roles propios de las parejas heterosexuales, entendiendo que se asumen roles femeninos y masculinos, respectivamente.

El resto parte de una concepción más amplia en la que entienden que todas las identidades de género pueden sufrir VG, aunque reafirman no querer englobar todo bajo una misma categoría fenomenológica.

Los hombres son víctima también del machismo, pero no los metería en la misma categoría para no invisibilizar la realidad mayoritaria en el caso de las mujeres (Edna).

– En cuanto a la **aproximación de género**, encontramos que es el que cuenta con más aceptación entre los/las profesionales. Aunque cabe señalar que 4 de las personas entrevistadas efectuaron una definición propia de grupos sociales y posteriormente acabaron retractándose, no otorgando un sexo concreto a la figura del agresor/víctima. Algunos plantean diferentes dudas y ponen de manifiesto la necesidad de reflexionar más al respecto.

La violencia de género la sufren las mujeres a pesar de que el sistema de género es muy maltratador también para los hombres. Claro es que sería una violencia del sistema de género hacia los hombres, no lo sé. La realidad es que yo con estos términos muchas veces no lo tengo claro, me encuentro con muchos discursos que van y vienen (Ignacio).

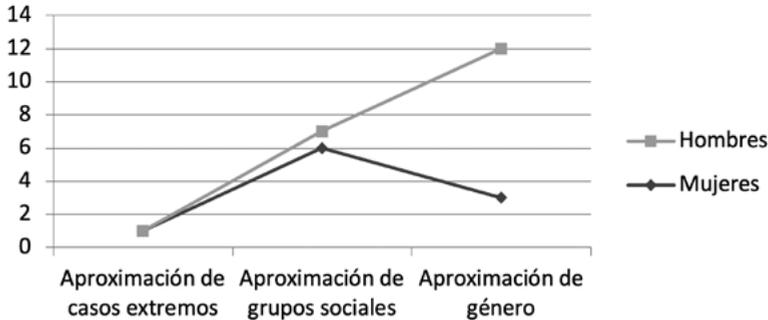
Exponen que la aproximación de grupos sociales ha devenido hegemónico, y poco se ha reflexionado y cuestionado posteriormente al respecto.

Como profesionales es necesario tener una visión crítica. Incluso cuando conseguimos que los discursos críticos calen y lleguen a ser hegemónicos, tenemos que seguir siendo críticos para no recaer nuevamente en la reproducción (Carlos).

Paralelamente señalan que se trata de un fenómeno en el que la mujer muestra más predisposición a vivirlo y, en consecuencia, el número de casos que se dan es mayor. Sin embargo, indican que omitir otras posibles víctimas puede generar invisibilidad y situaciones de desigualdad y vulnerabilidad. De facto, piensan que se dan a conocer menos casos de los que realmente existen debido a: 1) el escaso reconocimiento de la problemática en otros colectivos; y 2) la operatividad propia de los constructos de género vigentes en la actualidad. Es por ello que mayormente propugnan la idea de incluir todo bajo una misma categoría fenomenológica, matizando posteriormente cada casuística.

A continuación se muestran estos mismos resultados clasificados en función del sexo de los/las entrevistados/as.

Figura 2. Clasificación de los discursos sobre la VG en función del sexo



Fuente: Elaboración propia.

Paralelamente, respecto al término VG y la amplitud del fenómeno, cabe señalar que:

– Un 35% de la muestra se posicionan disconformes con el uso de la expresión VG. Concretamente, una persona apuesta por la expresión *violencia doméstica* porque cree que es más descriptiva. Otras dos personas estiman que es violencia en sí y que no debería tener “apellidos”. No piensan que el concepto género sea el idóneo, ya que creen que atenúa las dimensiones del fenómeno y ha acabado empleándose como sinónimo de mujer. Mientras que en los casos restantes prefieren emplear la expresión *violencia machista*, puesto que la propia expresión indica el origen estructural de la violencia y sus connotaciones presentan mayor fuerza y visibilidad en el contexto actual.

Del mismo modo, hay que señalar que dos personas también hacen crítica del concepto violencia. Indican que se trata de un concepto con connotaciones siempre negativas, ya que se trata de una cuestión intrínseca en los seres humanos y no siempre es utilizada para infligir daño a otro. Además, exponen que muchas veces la violencia parece adoptar un carácter reduccionista, contemplando solo las agresiones físicas o verbales.

– Un 35% de las personas entrevistadas considera que la VG se encuadra exclusivamente dentro de las relaciones afectivas. Simultáneamente, el 65% restante expone que va más allá, incluyendo otros actores (personas, instituciones...) que puedan atentar contra la propia identidad de género de los sujetos.

Hay diferentes tipos desde la cuestión más social en la cual se da una violencia estereotipada de género, hasta una situación más de convivencia cuando una persona a otra por su condición de género le genera un mal trato [...]. Incluso personas que no se identifican ni con hombres ni mujeres. El hecho de querer encorsetar a estas personas dentro de un binomio para mí también es un mal trato por razón de género (Jandro).

Abordaje de la violencia de género en Trabajo Social

Respecto a la prevención, subrayan que son pocas las tareas ejecutadas desde el TS. Consideran que un condicionante de ello es la escasa apuesta por parte de las instituciones en las que trabajan. Creen que ello es debido a las dificultades para demostrar su efectividad, ya que cuesta más medir y demostrar los resultados obtenidos.

Por otro lado, explican déficits en cuanto a la prevención secundaria debido a las dificultades de detección del fenómeno. Ello lo atribuyen a la fuerte socialización de los/las profesionales y la falta de formación. Mayoritariamente identifican el fenómeno ante la verbalización expresa de la víctima.

En cuanto a la intervención, damos cuenta que el discurso mayormente empleado es el de la aproximación de género. A pesar de ello, cuando se les pregunta acerca de las intervenciones, mayoritariamente solo hacen referencia a la mujer heterosexual víctima dentro del marco de las relaciones afectivas. Aspecto contradictorio, teniendo en cuenta que: 1) solo un 35% de las personas entrevistadas consideraba que la VG se encuadra dentro de las relaciones afectivas; y 2) un 60% incluye otras identidades de género como posibles víctimas. Es más, la gran mayoría de actuaciones y recursos mencionados se centran exclusivamente en la mujer como sujeto de intervención. Ello sorprende si tenemos en cuenta que el 95% de la muestra hacen énfasis en el origen estructural de la problemática.

No estamos trabajando para toda la población, sino para aquellos grupos que tienen unas necesidades legitimadas como tales. Aquí habría que debatir con relación al hecho que es Trabajo Social. Posiblemente no nos gusta la respuesta, porque tenemos más a ver con el orden y control que no con la transformación y emancipación (Juan)

También damos cuenta que las intervenciones mencionadas son, generalmente, de carácter individual y hay un amplio consenso acerca de cómo actuar en el caso de las mujeres heterosexuales. Ahora bien, en el momento que se plantea actuaciones con otras identidades de género se hacen más latentes las dificultades y faltas de consenso. Unos plantean que el abordaje debe de ser el mismo independientemente del sexo y orientación sexual del sujeto. Otros estiman que pueden adaptar sus herramientas, como por ejemplo la RVD-BCN, a otras casuísticas de la VG, aunque plantean dudas en el momento de derivar y actuar ante determinadas situaciones. Por ende, también se da el caso en el cual directamente manifiestan desconocimiento respecto a cómo abordar dichas situaciones.

Finalmente hacen especial alusión a la tarea de coordinación debido a que a menudo no se establece. Alegan que ello no es por falta de canales de comunicación o protocolos, sino porque los/las profesionales no disponen de tiempo suficiente para coordinarse o hacer los traspasos de casos. Con relación a esto último, apuntan que la elevada presión asistencial, la

precarización de las condiciones de empleo y el poco tiempo de que disponen para las entrevistas, conllevan dificultades para su cumplimiento.

Perspectiva de género y Trabajo Social

En la investigación se pregunta acerca de la definición y aplicación de la PG en TS. Cabe destacar que el 60% de la muestra sabe en qué consiste la PG. El 40% restante se enmarca dentro de las siguientes situaciones: 1) expresan literalmente desconocimiento acerca de en qué consiste la PG; 2) la definen como la toma de conciencia de las desigualdades y constructos sociales que incumben exclusivamente a la mujer; 3) la entienden como el hecho de dar un mismo trato independientemente del sexo, omitiendo las diferencias sociales y culturales de base. De hecho se muestran más conformes hablando en clave de “perspectiva de persona”; o bien 4) contemplan la PG únicamente como aquellas influencias de la profesional derivadas de su proceso de socialización particular.

También se pregunta acerca de si piensan que lo aplican en su praxis diaria. Excluyendo los casos que no supieron definir en qué consistía la PG, damos cuenta que: el 57,14% consideran que en su día a día emplean la PG; el 28,57% estima que se esfuerzan para aplicarlo pero que no lo hacen en su plenitud; mientras que el 14,29% restante explicitan que no trabajan bajo la PG aunque les gustaría hacerlo.

Subrayan que desde varias instituciones se está apostando por la inclusión y promoción de prácticas con PG. No obstante, destacan la necesidad de promover más formación al respecto y de forma continuada para poder integrarla plenamente.

Creo que haría falta un trabajo propio que va desde la parte formativa, la parte de conocerte a ti mismo para ser capaz de desmontar y desarticular todos los discursos que tenemos, que realmente nos han formado. Por muy críticos que decimos que somos nos hemos socializado en estos discursos y parte de este machismo que criticamos lo llevamos nosotros (Carlos).

En relación con esto último, cuando se les preguntó acerca de si habían recibido formación sobre PG, el 55% del total de entrevistados había recibido formación. Acerca de los que sí que habían recibido formación, hay que destacar en la mayoría de casos: 1) habían hecho solamente un curso acerca de la PG y había sido durante el año 2018-2019; o bien 2) habían tratado la PG en diferentes cursos como elemento transversal pero no de manera exclusiva. Solo se dan 6 casos en los que afirman haber sido formados exclusivamente en PG.

Para terminar, se ha hecho elevada incidencia en la importancia de la formación e integración de la PG en TS. Hay que destacar que cuando se les ha preguntado a tres docentes sobre cómo lo introducen en las formaciones de grado, han indicado que hay una consigna explícita de su integración en los planes docentes, pero que al final depende de la voluntad del profesorado. Señalan que no hace muchos años que se aceptó la PG en

el entorno universitario, pues por ello indican que aún queda mucho camino por hacer y recorrer como en cualquier otra disciplina social.

Es decir no tenerlo claro es no tenerlo claro, porque yo siempre he tenido mucho miedo de la ideologización de las lecturas profesionales [...]. Entre otras cosas porque considero la ideología como una forma de legitimación de dominaciones sociales. Entonces me da miedo que sea esta o la que sea (Antón).

Conclusiones

- No hay un discurso homogéneo o un mínimo consenso acerca de la conceptualización del fenómeno entre los/las profesionales del TS. La relación de afectividad, el sexo biológico y la orientación sexual se han identificado como elementos principales generadores de desacuerdo y divergencias. También se ha hecho presente la presencia de múltiples términos para mencionar una misma realidad (VG, violencia machista, violencia doméstica) y la emergencia de debates acerca de la idoneidad del término *género*. Estos elementos inferen en el proceso de conceptualización y hacen evidente la necesidad de profundizar acerca de los marcos referenciales establecidos. Más teniendo en cuenta la dificultad de integración y claridad por parte de los distintos profesionales del Trabajo Social. De hecho me gustaría matizar que dos personas entrevistadas ponían en entredicho las connotaciones de la palabra *violencia*, manifestando su carácter intrínseco en el ser humano. Elemento relevante a matizar puesto que la violencia no es innata sino un producto cultural e intencionado y por esa razón evitable (Dahlberg y Krug, 2003, p. 3; OMS, 2002, p. 2-4).
- Se ha podido identificar que los discursos predominantes tienden a corresponder propiamente a la aproximación de género, entrando en contraste con la producción teórica predominante. Inciden en incluir la pluralidad de relaciones de dominación interpersonal desiguales como VG, ya que poner solo el foco en la mujer heterosexual como posible víctima reproduce y legitima lógicas heteropatriarcales y sexistas. Subrayan la importancia de favorecer espacios de reflexión y crítica acerca de los marcos de referencia, prácticas y objetos de intervención de los profesionales. Todo ello con el propósito de superar una concepción conservadora y reproductora del Trabajo Social que a menudo tanto lo aleja de los principios inspiradores de la profesión.
- Las conceptualizaciones de los/las profesionales del TS tienen poco que ver con las intervenciones que ejecutan en materia de VG. De manera que hallamos que los procesos de socialización, las estructuras de poder imperantes y las instituciones en las que trabajan acaban condicionando su quehacer. Tal y como indica Santana (2010, p. 93-94), las intervenciones del TS están fuertemente arraigadas a la LOMPIVG y en

consonancia a la producción teórica vigente. En este sentido, las prácticas expuestas en materia de VG generalmente se han caracterizado por: 1) centrarse exclusivamente en la figura de la mujer heterosexual víctima; 2) emplear un encuadre despolitizado y consecuentemente individualista, favoreciendo sentimientos de responsabilidad y culpabilidad por parte de la víctima; 3) actuar una vez emergida la problemática y no tanto de manera preventiva; y 4) tener un carácter asistencialista y paternalista poco transformador. Aspectos que ya apuntaban autoras como Alcázar (2012, p. 113-115), Fernández (2015, p. 31) y Ríos (2003, p. 80-81, 84).

Lo dicho hasta aquí, supone que gran parte de los/las profesionales entrevistados/as trabajan bajo un sistema que no acaba de ser afín con la manera en cómo ven y entienden la problemática. Sin embargo, en vez de transformar dichas lógicas se impregnan y actúan acorde a ellas. Esto invita a preguntarse acerca de si el rol profesional tiene más que ver con el orden y el control que no propiamente con la transformación y la emancipación.

- Los resultados obtenidos señalan como principales dificultades de los/las profesionales la escasa formación, los exiguos estudios y la falta de recursos de reflexión/crítica en torno a los discursos hegemónicos y las propias categorías de pensamiento. Para poder trascender y lograr transformar dichas realidades, se enfatiza en la importancia de la formación e incorporación de la PG (Fuente, 2012, p. 388; Fernández, 2015, p. 31; Fidalgo, 2005, p. 21, 25; López, 2013, p. 81; Tobías, 2018, p. 142-143).

En relación con esto último hemos podido dilucidar que la incorporación de la PG se muestra incipiente, puesto que se ha hecho evidente el desconocimiento, la escasa formación al respecto y la dificultad de su aplicación en la praxis profesional. Algunos entrevistados alegan que se trata de una cuestión novedosa y que requiere de tiempo, ahora bien, cabe preguntarse si el factor tiempo es la única razón o si se debe a que la academia opera bajo la pervivencia de una ideología patriarcal.

Referencias bibliográficas

- Alcázar Campos, P. (2012). La intervención social en centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género en Andalucía. Análisis desde una perspectiva de género. En Y. M. de la Fuente Robles y O. Vázquez Aguado (Eds.), *IX Congreso Nacional de Facultades de Trabajo Social* (p. 96-118). Jaén: Universidad de Jaén.
- Alencar Rodrigues, R. de, y Cantera Espinosa, L. (2013). Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica. *Psico*, 43(1), 116-126. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/130820>
- Almendros Simón, A., Munilla Rebollo, R. V., y Bernabeu Domínguez, A. C. (2015). Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 55, 204-222. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5610941>
- Alonso-Fernández de Avilés, B. (2016). Trabajo Social y perspectiva de género: los hombres como colectivo de intervención. En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimeno (Coord.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social* (p. 1-23). Logroño: Universidad de la Rioja.
- Álvarez García, M. A., Sánchez Alías, A. M., Bojó Ballester, P., Zelaiaran Miranda, K., Aseguinolaza Chopitea, A., Azanza Azanza, M. T., y Caballero Tena, S. (2016). *Manual de atención Psicológica a víctimas de maltrato machista*. Gipuzkoa: Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa. Recuperado de: <https://www.cop.es/GT/Manual.pdf>
- Ayuntamiento de Barcelona (s. f.). BCN Antimasclista. Circuit Barcelona contra la Violència Masclista. Recuperado de: <https://bit.ly/2NMv7xO>
- Behar Rivero, D. S. (2008). *Metodología de la investigación* [online]. 2.ª Edición. Editorial Shalom. Recuperado de: <https://bit.ly/1Am9IHU>
- Berasaluze Correa, A. (2009). El devenir del Trabajo Social en clave de género. *Zerbitzuan*, 46, 133-140. Recuperado de: <https://bit.ly/2GeVP1V>
- Bolea Bardon, V. (2007). En los límites del derecho penal frente a la violencia doméstica y de género. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 9(02), 1-26. Recuperado de: <http://criminet.ugr.es/recpc/09/recpc09-02.pdf>
- Bravo, F. (2014). El activismo LGBT ante la violencia intragénero. En *XXVI Encuentros estatales LGTB* (p. 1-9). Gandía: Universitat Politècnica de València.

- Cantera Espinosa, L. M. (2004). Más allá del género. Nuevos enfoques de “nuevas” dimensiones y direcciones de la violencia en pareja. (Tesis de doctorado). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/5441>
- Cisterna Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/299/29900107.pdf>
- Coll Planas, G., García-Romeral Moreno, G., Mañas Rodríguez, C., y Navarro Varas, L. (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. *Papers*, 87, 187-204. Recuperado de: <https://bit.ly/2DIen8z>
- Dahlberg, L. L., y Krug, E. G. (2003). La violencia, un problema mundial de salud pública. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano, *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (p. 1-23). Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/2OMfbfD>
- Elboj, C., y Ruíz, L. (2010). Trabajo social y prevención de la violencia de género. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 1(2), 220-233. Recuperado de: <https://bit.ly/2AQN348>
- Espinar Ruiz, E. (2007). Las raíces socioculturales de la violencia de género. *Escuela Abierta*, 10, 23-48. Recuperado desde: <https://bit.ly/2yHPPhRo>
- Facio, A., y Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia*, 6, 259-294. Recuperado de: <https://bit.ly/2yQ1feY>
- Fernández Montaña, P. (2015). Trabajo Social Feminista: Una revisión teórica para la redefinición práctica. *Trabajo Social Global - Global Social Work*, 5(9), 24-39. Recuperado de: <https://bit.ly/2yu6XBt>
- Fernández Villanueva, C. (2004). Violencia contra las mujeres: una visión estructural. *Intervención Psicosocial*, 13(2), 155-164. Recuperado de: <https://bit.ly/2qNa2IE>
- Fidalgo Delgado, A. (2005). La intervención de las trabajadoras sociales en los casos de violencia de género. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 35, 21-31. Recuperado de: <https://bit.ly/2Uek9DN>
- Fuente Urbón, M. J. de la (2012). Proceso de atención en casos de violencia de género en el Ayuntamiento de León: en los CEAS y en la Oficina Municipal de Información a la Mujer. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 51, 370-399. Recuperado de: <https://bit.ly/2L7fNKZ>

- Gállego Estévez, F. (2005). Apoyo Psicológico a las mujeres víctimas de violencia de género. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 35, 83-106. Recuperado de: <https://bit.ly/2PmUepM>
- Herrero Ríos, J. (2013). Eficacia de la Ley de violencia de Género. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, 22, 108-131. Recuperado de: <https://bit.ly/2LaA8is>
- IFSW. International Federation of Social Workers. (2014). Global definition of social work. Recuperado de: <https://bit.ly/2EbmfXz>
- Jovaní Roda, E. (2014). Cuando nos llega una mujer maltratada: la primera entrevista. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 54, 251-269. Recuperado de: <https://bit.ly/2ARtatB>
- López Núñez, M. I. (2013). La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 5, 61-84. Recuperado de: <https://bit.ly/2OJt10k>
- Maqueda Abreu, M. L. (2006). La violencia de género. Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 8(02), 02:1-02:13. Recuperado de: <https://bit.ly/1RP67kx>
- Miguel Álvarez, A. de (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 61(35), 127-150. Recuperado de: <https://bit.ly/2ozInfK>
- Miguel Álvarez, A. de (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 231-248. Recuperado de: <https://bit.ly/2lKWbxT>
- Mujika Flores, I. (2012). Por los buenos tratos en las relaciones lésbicas y homosexuales. Informe para la inclusión de la perspectiva LGTB en los planteamientos sobre violencia de género: propuestas para el debate. Bilbao: Aldarte. Recuperado de: <https://bit.ly/2DW05Bs>
- Mullaly, B. (1997). *Structural Social Work. Ideology, Theory and Practice*. Toronto, Canadá: Oxford University Press.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. Ginebra (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis [En línea]. Recuperado de: <https://bit.ly/2skbN4a>
- Ortubay Fuentes, M. (2015). Diez años de la "Ley integral contra la violencia de género": Luces y sombras. *Revista Ventana Jurídica*, 2, 1-30. Recuperado de: <https://bit.ly/2AL9ibJ>

- Palou Julian, B. (2013). Tècniques de recollida de dades qualitatives. Material de clase Universitat de Barcelona. Recuperado de: <https://bit.ly/2Jefob6>
- Peris Vidal, M. (2013). La despolitización de la violencia de género a través de la terminología. *Asparkia: Investigació feminista*, 24, 176-194. Recuperado de: <https://bit.ly/2P14tA2>
- Piedra, J., Rosa Martín J. J., y Muñoz Domínguez, M. C. (2018). Intervención y prevención de la violencia de género: un acercamiento desde el trabajo social. *Trabajo Social Global- Global Social Work*, 8(14), 195-216. Recuperado de: <https://bit.ly/2Q3nPsV>
- Ramírez Hernández, A. (2002). Violencia masculina en el hogar. *El Cotidiano*, 18(113), 28-36. Recuperado de: <https://bit.ly/2A22tSK>
- Rebollo Norberto, J., y Gómez Gracia, B (coord.). (2011). Informe sobre la situación de la violencia entre parejas del mismo sexo. Datos sobre la violencia intragénero: Casos atendidos y derivados y datos de las encuestas a grupos dentro de la comunidad LGTB (jóvenes y gays seropositivos). Recuperado de: <https://bit.ly/2YF8i7B>
- Reina Giménez, E. (2010). ¿Existe violencia en las parejas del mismo sexo? Buenas prácticas en la intervención en violencia en parejas del mismo sexo. *TS nova: Trabajo Social y Servicios Sociales*, 2, 27-37. Recuperado de: <https://bit.ly/2DWqor1>
- Ríos Campos, P. (2003). Intervención desde el Trabajo Social en situaciones de malos tratos contra las mujeres. *Portularia*, 3, 79-86. Recuperado de: <https://bit.ly/2E7R1bL>
- Rodríguez Otero, L. M., Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., y Carrera Fernández, M. V. (2017). Violencia en parejas gays, lesbianas y bisexuales: una revisión sistemática 2002-2012. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 13, 49-71. Recuperado de: <https://bit.ly/2DI1CtG>
- Rubio Castro, A., Gil Ruiz, J. M., Paz Rodríguez, J. I., Peralta López, E., Alcázar Campos, A. M., y Gila Ordoñez, P. (2009). *Intervención profesional en mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito del trabajo social*. Sevilla: Dirección General de Violencia de Género. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Recuperado de: <https://bit.ly/1TNZBwQ>
- Santana Hernández, J. D. (2010). La formación para el trabajo social en contextos de desigualdad de género y violencia contra las mujeres. *Portularia*, 10(2), 91-99. Recuperado de: <https://bit.ly/2U3ZanA>
- Solá García, M. (2011). Ampliando nuestra mirada sobre la violencia de género. Herramientas para la transformación desde la perspectiva feminista queer de la diversidad sexual. Proyecto de recerca finançat

- per l'Ajut a la Recerca Francesca Bonnemaïson. Barcelona, España: Diputaci3n de Barcelona. Recuperado de: <https://bit.ly/2TiV4Yw>
- Trujano, P., Mart3nez, A. E., y Camacho, S. I. (2010). Varones v3ctimas de violencia dom3stica: un estudio exploratorio acerca de su percepci3n y aceptaci3n. *Perspectivas en Psicolog3a*, 6(2), 339-354. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67915140010.pdf>
- Tob3as Olarte, E. (2018). La aplicaci3n del enfoque de g3nero en Trabajo Social: debilidades y fortalezas. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 10, 141-154. Recuperado de: <https://bit.ly/2zP6QRD>
- Velando Casanova, M. (2005). La RAE y la violencia de g3nero: reflexiones en torno al debate ling3istico sobre el t3tulo de una ley. *Cultura, lenguaje y representaci3n: Revista de estudios culturales de la Universitat Jaume I*, 2, 107-124. Recuperado de: <https://bit.ly/2RUPsld>
- Vivar, C. G., McQueen, A., Whyte, D. A., y Canga Armayor, N. (2013). Primeros pasos en la investigaci3n cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigaci3n. *Index de enfermer3a*, 22(4), 222-227. Recuperado de: <https://bit.ly/2ySefPb>
- Zurbano Berenguer, B., Liberia Vay3, I., y Campos Mansilla, B. (2015). Concepto y representaci3n de la violencia de g3nero. Reflexiones sobre el impacto en la poblaci3n joven. *Oñati socio-legal series*, 5(2), 822-845. Recuperado de: <https://bit.ly/2DIId2P5>

La “carrera moral” de las madres que sobreviven al abuso sexual de sus hijos/as

The “moral career” of mothers who survive the sexual abuse of their children

Christoffer Reyes Legaza¹

ORCID: 0000-0002-2939-1231

Constanza Cantera Rey²

ORCID: 0000-0003-0131-5277

Recepción: 06/11/19. Revisión: 12/12/19. Aceptación: 16/12/19

Para citar: Reyes Legaza, C., y Cantera Rey, C. (2019). La “carrera moral” de las madres que sobreviven al abuso sexual de sus hijos/as. *Revista de Treball Social*, 217, 55-71. DOI: 10.32061/RTS2019.217.03

Resumen

El artículo lleva a cabo una revisión teórica del lugar que ocupan las madres co-víctimas del abuso sexual de sus hijos. Intenta desmontar ideas arraigadas como instinto materno y las reacciones sociales esperadas al género femenino. Posteriormente, se caracterizan las particularidades de aquellas madres implicadas en la credibilidad y apoyo a sus hijos, además de los obstáculos que conlleva posicionarse en el lugar de las víctimas. Asimismo, se ofrecen pistas respecto al trabajo terapéutico a desarrollar a nivel individual y grupal. Por último, se analiza desde distintas perspectivas el concepto del perdón y su pertinencia en el proceso reparador.

Palabras clave: Carrera moral, abuso sexual, madres sobrevivientes, victimización secundaria, trabajo terapéutico.

1 Trabajador social. Diplomado en Parentalidad, Apego y Desarrollo. Diplomado en Diagnóstico y estrategias de intervención en abuso sexual infantil. christoffereyes@hotmail.com

2 Psicóloga. Diplomada en Psicoterapia Sistémica Narrativa Infanto-Juvenil. Diplomada en Diagnóstico y estrategias de intervención en abuso sexual infantil. ccanterar@outlook.es

Abstract

This article offers a theoretical examination of the position held by mothers who are joint victims when it comes to the sexual abuse of their children. It seeks to dismantle deep-rooted ideas such as maternal instinct and the social reactions expected from the female gender. Subsequently, the article describes the specific characteristics of mothers involved in the credibility and support of their children, as well as the hurdles entailed by placing themselves on the victims' shoes. Moreover, the article offers a number of clues concerning the therapeutic work to be carried out individually and on a group basis. Lastly, this paper analyses the concept of forgiveness and its appropriateness within the process of repair from different perspectives.

Keywords: Moral career, sexual abuse, surviving mothers, secondary victimisation, therapeutic work.

1. Introducción

A partir de la segunda mitad del siglo XX el programa de investigación teórico/clínico en abuso sexual ha generado un nutrido desarrollo de literatura especializada, buscando comprender este fenómeno en la infancia y su abordaje interventivo. Este auge se ha hecho manifiesto tras un proceso de visibilización sociocultural de este fenómeno y la preocupación por las implicancias psicosociales y jurídicas que conlleva en la trayectoria vital de los sujetos que lo experimentan. Sin embargo, en el derrotero histórico el lugar de los adultos no ofensores ha sido motivo de controversias y, salvo excepciones significativas (Hooper, 1994; Barudy, 1998; Muller y López, 2013), un objeto de estudio al que pocos autores se han referido.

Se vuelve aún más complejo el escenario cuando se analiza el rol materno –entendido como punto de apoyo y víctimas indirectas de niños/as sobrevivientes al abuso sexual–, puesto que “es común referirse a quienes se encuentran en esta situación solo como «madres» (y a veces reducirías aún más, a respuestas maternas)” (Hooper, 1994, p. 11-12).

Comúnmente se suele oír hablar, tanto en el imaginario colectivo como en círculos profesionales e incluso académicos, de la existencia de un supuesto “instinto materno” que es puesto en tela de juicio; construcción social e histórica que atraviesa culturalmente prácticas y discursos y que aquí se desestima, pues subsume la labor de las mujeres a un plano de acatamiento frente al género masculino y al mandato de amor incondicional en la crianza de los hijos, como si ambas condiciones fueran inherentes al deber moral femenino y a su naturaleza biológica respectivamente. “Como la procreación es natural, nos imaginamos que al fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder una actitud maternal determinada [...] como si se tratara de una actividad performativa, automática y necesaria que solo espera la oportunidad de ejercerse” (Badinter, 1981, p. 12), creencia de la cual se tomará distancia debido a la falta de asidero teórico y por las posibles implicancias negativas en la subjetividad de las madres.

A lo largo del artículo, más que entrar en discusiones referidas a las razones de por qué algunas madres se agencian en la protección de sus hijos o no, por qué algunas dan muestras de credibilidad y apoyo y otras no (situación que desborda las pretensiones de este trabajo), el foco para efectos de análisis se centrará en las madres que se implican activamente en la interrupción de los abusos hacia sus hijos y su posterior reparación.

Para poder dimensionar comprensivamente el fenómeno traumático que puede significar en una madre sobreviviente el abuso sexual hacia un hijo y el largo proceso reparador o judicial posterior –que confronta a las mujeres con lo que la sociedad espera de ellas en tanto rol estereotipado, así como con la internalización del daño derivado del abuso hacia un hijo–, se estima pertinente rescatar de Barudy (1998) el concepto de “carrera moral”, categoría analítica que da origen al título de esta revisión y que será utilizado para dar cuenta del proceso existencial que, igual que los niños

o niñas, las madres pueden llegar a experimentar y cuyos componentes centrales son el carácter traumático de la experiencia y los mecanismos de adaptación a las situaciones que están obligadas a desarrollar, pese a no ser las víctimas directas de los abusos.

Llegado a este punto, surgen entonces los siguientes interrogantes que servirán de guía en el mapeo de respuestas tentativas: ¿qué características presentan las madres que creen y se disponen a resguardar a los niños y niñas?, ¿cuáles son las principales dificultades que deben atravesar a partir del descubrimiento?, y ¿de qué manera intervenir con las madres a nivel terapéutico?

Si bien es cierto que no se trata de realizar perfiles o establecer certezas acabadas, lo que se espera es responder sucintamente a lo expuesto mediante la revisión de la principal bibliografía en el área. Cabe destacar que el abordaje de esta temática descansa y se fundamenta en la necesidad de relevar el papel de las madres como puntales en el proceso reparador, sobre todo en una sociedad que tiende a culpabilizarlas o responsabilizarlas aun cuando se descarte el conocimiento de los hechos o la complicidad con el/los abusador/es.

2. Metodología

La revisión bibliográfica desarrollada en este artículo asume como objetivo principal las descripciones teóricas elaboradas acerca del lugar que ocupan las madres frente al fenómeno del abuso sexual hacia sus hijos. Para ello se llevó a cabo la búsqueda de literatura especializada en el tema, a través de dos fuentes: revistas de difusión científica y libros en español especializados en el área. Una vez seleccionada la base de datos (5 artículos y 15 libros), la estrategia de búsqueda se basó en la elección de conceptos clave (5) que permitieran dar respuesta al tema de investigación. Estos conceptos fueron los siguientes:

1. Abuso sexual y enfoque de género.
2. Madres frente al abuso de sus hijos/as.
3. Victimización secundaria en madres.
4. Intervención con madres sobreviviente del abuso de sus hijos.
5. Características de las madres co-víctimas.

Esta labor se demoró alrededor de dos meses y su criterio de selección se fundó en los títulos de las fuentes indagadas, el reconocimiento académico de los autores y su impacto en la temática estudiada.

3. Resultados

Después de realizado el análisis de las aportaciones efectuadas por los autores consultados, los principales aspectos a destacar en relación

con las preguntas planteadas en el presente trabajo se agruparán bajo los siguientes epígrafes.

3.1. Creer en la veracidad del relato

Creer deviene en un acto de convencimiento personal y, por lo tanto, en una declaración de posición por parte de las madres no ofensoras frente a un hecho que remueve la vida cotidiana de una familia en los planos objetivos y subjetivos, y que se enmarca en “una franja de decisiones razonables posibles” en la crianza, y el descubrimiento del abuso sexual infantil no es una excepción (Freeman, 1983).

En esta línea, resulta, por lo menos arriesgado, emitir juicios someros de la conducta materna sin antes conocer sus características, la fenomenología del abuso y las reacciones ante la vulneración del niño o niña. Baita y Moreno (2015, p. 98) advierten que no existe un único tipo de respuesta materna frente al abuso, en especial frente al abuso que sucede dentro de la propia familia y que partir de una actitud exclusiva de culpabilización podría derivar en el riesgo de sesgar la intervención posterior. Esta tentación habitual en quienes evalúan, intervienen o se encargan de juzgar la situación, corresponde a una primera hipótesis de aproximación reduccionista y poco rigurosa de la dinámica abusiva, que pareciera encubrir prejuicios ideológicos –en términos de la herencia patriarcal que se carga socialmente– por encima de una visión compleja y multifactorial.

Algunas de las investigaciones revisadas (Intebi, 2013; Malacrea, 2000; Barudy, 1998) sugieren una magnitud de apoyo materno variable después del descubrimiento del abuso. Malacrea, por ejemplo, cita estudios de Everson y otros (1989) que hablan que solo el 40% de las madres se pone del lado de las víctimas, mientras que Intebi constata que más de la mitad de las mujeres apoya a sus hijos. Al observar las cifras expuestas, una primera reacción social superficial invitaría a cuestionar el bajo porcentaje de madres que creen en sus hijos, deslizándose habitualmente reproches a las mujeres por su “responsabilidad” en el abuso sexual, más que “detenerse a pensar que los hechos fueron cometidos por un adulto [...] que tuvo la oportunidad de decidir sus actos” (Intebi, 2013 p. 270). En efecto, esta inversión insidiosa de responsabilidades (que se observa principalmente en los defensores penales de los imputados) solo sirve para intentar que las madres queden en jaque ante la sociedad y la judicatura, buscando reducir sus acciones responsivas mediante la retractación o la idea de no prosperar en materia investigativa y, por encima de todo, desviar el foco de atención que concierne de manera exclusiva a los autores de actos abusivos.

Ahora bien, la realidad es mucho más compleja que lo antedicho y cualquier análisis serio de las reacciones maternas debe, necesariamente, leerse en clave de la ideología patriarcal dominante de socialización (Barudy, 1998; Hooper, 1994; Intebi, 2013). Se ha podido constatar frecuentemente rechazo y descreimiento del entorno familiar hacia quienes creen en las revelaciones de sus hijos, sobre todo cuando el perpetrador mantiene un

ajuste social adecuado. Barudy hablará –en los casos de abusos sexuales intrafamiliares– de la sospecha inicial hacia la víctima y la acusación a la madre suponiéndola cómplice de su esposo o reprochándole su pasividad. Para las madres esta situación no es inocua, dado que el mandato social dicta sentimientos de culpa y de desprotección, los cuales pueden ser sobrellevados “cuando se les explica el proceso de «acicalamiento» que lleva a cabo el abusador [y] comienzan a ver que sus niños/as fueron atraídos por el abusador y preparados para el abuso [...]” (Bannister, 2012, p. 157). En el ejercicio de intervención/reparador, se ha podido constatar que en aquellas madres cuya línea demarcatoria es difusa o inexistente entre el convencimiento acérrimo del ejercicio materno como una obligación instintiva proveniente de la naturaleza inherente al género, la culpa se exacerba en relación con aquellas que presentan un raciocinio crítico o cuestionan al menos aquella ilusión del “deber ser” maternal.

3.2. Condicionantes de las madres que creen y apoyan a sus hijos

Es innegable la trascendencia materna cuando esta responde de manera atinada y oportunamente a la revelación de un hijo que ha sufrido abusos o en el descubrimiento de alguna vulneración sexual infantil. De hecho, su papel como agente activo es fundamental tanto en el curso de acción terapéutica que se desarrolle con los distintos actores como en el pronóstico de recuperación del niño o niña y su grupo de referencia próximo.

La práctica clínica permitió a Barudy (1998) conceptualizar a estas mujeres responsivas como *madres tipo A*, vale decir, adultas que en el momento de la denuncia no podían ni siquiera imaginar la posibilidad de que su cónyuge pudiera hacer algo parecido con sus hijos³ (Barudy, 1998, p. 230), menos aún de una manera tan sutil y solapada, suficiente para violentar limpia e invisiblemente.

Para estas madres, dice el autor, chocar de frente con la prueba categórica del incesto supone comúnmente un verdadero cataclismo, desmoronándose la confianza en el perpetrador y asumiendo ellas la culpa de lo ocurrido. Del lado de estas emociones dolorosas, por momentos el apoyo al sobreviviente puede ser ambiguo, aunque no menos importante. Se recalca a estas figuras como piezas clave de la intervención social, asegurando “la protección de la víctima para que pueda continuar viviendo en su hogar y para exigir y controlar el alejamiento efectivo del abusador del domicilio conyugal” (Barudy, 1998, p. 231).

Forward (1990, p. 191), por su parte, plantea que “hay tres tipos de madres en las familias incestuosas: las que auténticamente no lo saben, las que quizá lo sepan, y las que efectivamente lo saben”. En este análisis las madres que se estudian se ubican mayoritariamente en la primera tipología; la autora se muestra contraria a aquellas voces que sostienen la incompatibilidad de vivir en una familia incestuosa e ignorar los abusos.

3 Cabe advertir que el análisis llevado a cabo por el autor toma como referencia abusos sexuales de tipo incestuosos.

En esta línea de pensamiento, no se puede perder de vista los costos personales que subyacen en la conducta materna protectora, ya que nadie resulta inmune a los daños directos y colaterales del abuso. En las madres que actúan desde la credibilidad a sus hijos se han podido observar resonancias en tres ámbitos: la victimización secundaria, las vivencias respecto al niño o niña y las vivencias respecto al rol materno (Sinclair y Martínez, 2006). En este sentido, las constataciones expuestas se solapan con lo que Malacrea (2000, p. 26) establece como “una angustia mortal y al desgarrar de encontrarse entre los brazos a un niño deformado por la experiencia traumática”. Desde la perspectiva del clínico que ayuda a los sobrevivientes y sus madres, considerar estas reacciones emocionales podría posibilitar acciones que disminuyen la presión de estas últimas de mostrarse impávidas, siempre seguras y sin miedo a equivocarse frente a los profesionales.

Se ha hablado de culpa y responsabilidad como ejes característicos en la experiencia de madres no ofensoras. Sin perjuicio de aquello y desde los estudios llevados a cabo por Hooper (1994), la pérdida se configura como un factor adicional que se entronca en la vivencia materna y que es necesario mencionar a efectos de hacer complejo el fenómeno de estudio. La autora distingue el sentimiento de pérdida en las madres sobrevivientes describiendo cuatro posicionamientos distintos:

- Las pérdidas en las que hay implicación afectiva con el abusador suelen ser más extensas cuando los abusadores son sus parejas.
- La pérdida de vínculos se experimenta como una pérdida del yo.
- La expectativa de deber impedir el daño a un hijo implica, por lo común, que las mujeres se sientan comprometidas con la aparición del abuso.
- Su posición difiere de la de otras víctimas secundarias debido a las altas expectativas sociales de apoyo que deben prestar hacia sus hijos victimizados y la elección entre el niño y el abusador.

A lo antedicho, cabe agregar que las pérdidas ocasionan una modificación sustantiva del mapa relacional en quienes experimentan los abusos y en sus unidades familiares, horadando la confianza depositada en el abusador y conflictuando a su vez las relaciones con los familiares de este, mermando las ideas de un mundo justo con la consecuente inseguridad del control vital y haciendo que pasado y futuro sean percibidos, respectivamente, como cuestionable e impredecible.

Sin la intención de ser exhaustivos y a sabiendas de que esta es una revisión acotada, a continuación se presentan algunas particularidades referentes a las actitudes maternas que permiten predecir sus comportamientos (Intebi, 2012; Hooper, 1994):

- Hay menos probabilidad de que la mujer apoye a su hijo si la persona de la que se sospecha de las agresiones sexuales es su pareja actual o si es el padre del niño o niña.

- Es más probable que responda con una actitud protectora si pre-existe un vínculo tierno de la mujer con su hijo.
- Hay mayor probabilidad de que aquellas mujeres que hayan tenido vínculos hostiles con sus hijos o se hayan sentido agobiadas por las responsabilidades inherentes a la crianza, reaccionen con ira y no les apoyen ante la revelación.
- Las mujeres dan más apoyo a sus hijos cuando trabajan que cuando no lo hacen, y es más probable que se aleje a los niños de la casa cuando las madres no tienen un empleo retribuido que cuando sí lo tienen.

En virtud de lo expuesto, es preciso subrayar la necesidad de conocer para intervenir, de integrar la experiencia del adulto no ofensor en concomitancia con su historia y de reflexionar que en la declaración de credibilidad se conjugan factores culturales, de género, económicos y vinculantes que configuran su lugar de apoyo, exigiendo un régimen de mirada no opresiva que interpele los ya mencionados cuestionamientos apriorísticos.

3.3. Consecuencias para las madres

Como ya se ha venido esbozando, para la madre que ofrece credibilidad a su hijo o hija resulta imposible asumir esa postura sin que queden huellas o magulladuras emocionales y relacionales. Es más, "se verifica [...] un trauma agudo, que no es inferior en entidad al sufrido por las víctimas" (Malacrea, 2000, p. 60).

El tránsito entre desconocer los hechos y hacerse cargo de la revelación es eminentemente conflictivo, recayendo sobre las mujeres vivencias similares a las que se constatan en las víctimas. El adulto tendrá que confrontarse a una realidad que invita a la culpa como experiencia particularmente grave y posiblemente le acompañe por un tiempo prolongado. "[...] paradójicamente, cuanta mayor sea la culpa que una madre siente, más será el tiempo que le demandará el hecho de tomar conciencia y/o reaccionar de manera óptima ante el abuso de su hijo/a" (Muller y López, 2013, p. 53). Como clínicos se deberá poner atención a los sentimientos que suscita en su vida la persona que perpetró los abusos, el autocuestionamiento respecto al vínculo de confianza construido entre la diada parento-filial y a la sensación de desprotección frente a la evidencia que pudo haber pasado ante sus ojos.

Otro de los avatares con los que deberán lidiar las madres responsables tiene relación con la violencia de género, que engloba una serie de reacciones e incide de manera profunda en la actitud de acogida de estas mujeres hacia sus hijos y con el contexto sociofamiliar más amplio. Sabido es que en los conflictos con las figuras masculinas, las mujeres tienen, generalmente, más que perder. La habitual dependencia hacia los hombres se traduce en retraimiento, ambivalencia y una tendencia a evitar

confrontarse con ellos, dada la disparidad de fuerzas físicas y simbólicas. En los estudios de Hooper (1994, p. 156-157) las madres:

[...] se describieron a sí mismas como desconfiadas y sus descripciones de la respuesta demostraron a menudo incertidumbre en cuanto a la validez de su juicio de la situación [de abuso], y con ello en cuanto a la acción apropiada, una incertidumbre que había sido manipulada y explotada con frecuencia por los abusadores. [...] El miedo al conflicto deja a las mujeres no preparadas para una situación en la cual alguien tiene que ser lastimado y en la que su rol es proteger a la víctima. El miedo a causar daño no significa, desde luego, que eviten provocarlo. Al contrario, la renuencia a enfrentar el conflicto puede inhibirlas seriamente de satisfacer las necesidades de sus hijos cuando estos son abusados sexualmente por otro integrante de la familia.

De este modo, asistimos a una realidad en la que el adulto no ofensor que cree y puede proteger a su hijo o hija no solo carga con el trauma de lo acontecido, sino que afronta vicisitudes como la regular falta de apoyo en la toma de decisiones y el desgaste de llevar adelante un proceso judicial en muchas ocasiones con quien hasta hace poco fue la pareja afectiva o un integrante significativo del núcleo cercano a la víctima. Se añade aquí un nuevo problema; el deseo de que en algún momento surjan antecedentes que invaliden las sospechas, o, en caso contrario, que las pruebas sean tan consistentes que dejen a las madres sumidas en la desesperanza. Sea cual sea el caso y como resulta evidente, las madres que por opción toman partido por sus hijos inevitablemente empezarán una larga carrera moral cuyo desenlace pocas veces encuentra término y, más difícil aún, con los resultados esperados judicialmente.

3.4. El género como categoría es una variable a considerar

En paralelo a lo establecido, una lectura a las inequidades de género señaladas hacia las madres se puede contemplar en las manifestaciones de atribución social de responsabilidad y culpa. En la práctica clínica es frecuente oír distintos argumentos utilizados por las personas, que adquieren condición de mitos y que es necesario avanzar en su desnaturalización. Entre los más comunes se escucha la “necesidad” sexual masculina como pulsión que debe ser satisfecha de la manera que sea y, que deriva o toma forma en otra de las creencias comunes: que los hombres no son capaces de controlar su sexualidad y las mujeres tienen el “deber” de contenerla. Contrario a la creencia popular, Intebi (2013) ha corroborado que la privación sexual en los hombres no constituye una preconditione prevalente en la ocurrencia de abusos sexuales, como sí lo son la sensación de necesidad de control y poder hacia los niños y niñas y la lealtad del amor filial que estos pueden brindar.

El planteamiento de estas cuestiones no es fortuito, puesto que las madres, a lo largo de la carrera moral que transitan, habitualmente deben lidiar con arremetidas despiadadas de personas pertenecientes a su red

vincular e instituciones que conforman el aparato jurídico, en lo que se configura como una verdadera escalada de violencia de género que se articula en la inequidad de la distribución de poder y en la asignación social de roles. Por consiguiente, la calidad de víctimas secundarias en las madres queda relegada y puesta entre paréntesis –independientemente de que no exista prueba alguna de participación materna–, solo por el hecho de ser mujeres y no haber cuidado "instintivamente" como dicta la exigencia cultural.

El ataque es directamente proporcional a la cantidad de energía que ponen para defender a sus crías, cuanto más inteligentes y aguerridas son y se plantan frente a ellos para evitar que los victimicen, se tomen medidas que los exponen al agresor, etc., mayor es el ataque, llegando incluso a una reversión de la tenencia a favor del agresor (Muller y López, 2013, p. 42).

Así pues, con todos estos hándicaps expuestos, cabe preguntarse si al pensar el abordaje terapéutico es considerado el enfoque de género como imperativo en el recorrido pedregoso que transitan las madres en el abuso sexual de sus hijos y en qué medida el ámbito familiar, social y profesional reproduce lógicas que acentúan procesos dolorosos cuando el camino elegido fue la credibilidad y apoyo.

3.5. La intervención con madres de sobrevivientes al abuso sexual infantil

Como se ha venido diciendo, para los profesionales que intervienen a madres no ofensoras que creen y apoyan activamente a sus hijos no debe quedar espacio para la duda en cuanto a su condición de co-víctimas del abuso sexual. Partir de esta premisa fundamental contribuirá a disipar temores y a conducir la compleja tarea reparatoria hacia ellas y los niños y niñas.

En primer lugar resultará necesario realizar una apreciación diagnóstica que, a la vez que contenga emocionalmente a la madre, permita discernir el impacto subjetivo, despejando en qué medida los mecanismos psíquicos defensivos interfieren en su desarrollo parento-filial y en sus interrelaciones sociales. De igual forma, se buscará activamente conocer apoyos situacionales que sirvan de soporte a las madres (López y Muller, 2013).

En la medida que se den las condiciones para la intervención terapéutica, el proceso deberá ser progresivo y respetuoso con la capacidad que tengan las madres para sobrellevar la resignificación de la experiencia. Será conveniente en etapas iniciales socioeducar y psicoeducar en ámbitos como el reconocimiento de emociones asociados a la situación, permitir hablar de lo ocurrido, conocer brevemente qué son los abusos y su fenomenología como pedagogía preventiva, establecer límites de autocuidado familiar y contribuir a la comprensión y reacomodación de las nuevas configuraciones de funcionamiento. Del mismo modo que lo establecen autores como Walsh (2004) y Delage (2010), se considera perentorio que desde el

inicio al final del proceso se trabaje la resiliencia como fase intermedia entre el dolor por lo ocurrido y la reescritura del evento vital adverso.

Fiorini (1992) propone considerar a nivel terapéutico el abordaje de este tipo de población a través de las intervenciones verbales, a saber: interrogar para adquirir la perspectiva particular de su situación; proporcionar información que inste juicios críticos; confirmar o rectificar ideas preconcebidas pero en un clima de empatía; clarificar relatos recortando sus elementos significativos para que adquieran preponderancia de análisis; recapitular lo que para la persona fue lo más esencial de cada sesión; señalar las relaciones existentes entre las variables que se conjugaron en la experiencia abusiva; interpretar e hipotetizar para generar conexiones que reconstruyan racionalmente respuestas frente a lo ocurrido, y sugerir prescripciones conductuales alternativas a las ya utilizadas con anterioridad, favoreciendo la creatividad e implicación de las madres en su proceso de cambio

Al hacer referencia al tipo de madres con las que uno puede encontrarse en el quehacer terapéutico, Muller y López (2013) aluden inicialmente a aquellas “con conocimiento de la ocurrencia del abuso” y “aquellas que sospechan”, con quienes es característica la experimentación de miedo por la reacción del abusador y ante una posible respuesta de incredulidad del entorno familiar y social. La intervención con ambos grupos de madres se centra en rectificar la información que manejan, comprendiendo y desplegando estrategias para afrontar el proceso judicial. Durante este primer momento, es frecuente la aparición de reacciones emocionales en las madres, principalmente por el conocimiento que van adquiriendo de la experiencia de abuso sexual experimentada por sus hijos o de retracción de la información proporcionada durante el proceso interventivo. Lo antedicho podría ser explicado por la aparición de mecanismos defensivos desplegados como forma de respuesta al trauma. Por esta razón resulta trascendental que el profesional permita contener y empatizar con la vivencia de las madres, propiciando la reducción de la victimización y favoreciendo la “reconstrucción del futuro”, aumentando su autoestima, revalorizando sus cualidades y su capacidad de resiliencia como oportunidad de reorganización de la experiencia.

Posteriormente, las autoras antes señaladas constatan otro tipo de madres con las cuales la labor de cambio resulta más compleja; aquellas que “no saben ni sospechan”, las cuales son derivadas a la intervención frecuentemente por los cambios conductuales en los niños y niñas observados por terceros. El trabajo con este grupo se centra en elaborar el proceso diagnóstico prestando especial énfasis en la anamnesis co-construida con la adulta, recabando información detallada del niño o la niña y su historia familiar (López y Muller, 2013). Durante esta etapa es habitual que aparezcan mecanismos defensivos como la negación, por lo cual se requiere una preparación de la madre para el momento de entregar los resultados diagnósticos, puesto que la información que reciban seguramente desorganizará sus vidas. Cuando se confirma el abuso o existen claros indicadores del mismo, lo aconsejable es que sea la propia madre

quien realice una denuncia penal. De no prosperar la denuncia al abusador –por miedo, dependencia o incredulidad–, será el profesional –sujeto a las leyes que los rijan y a su propio código deontológico– quien está obligado a efectuar la denuncia.

Finalmente y siguiendo con el planteamiento teórico propuesto por las autoras, la última clasificación hará alusión a las "madres que saben pero que no les importa saber", habitualmente portadoras de problemas psiquiátricos severos y estructura de personalidad psicopática. Es preciso resumir que lo característico en este tipo de casos es la carencia de empatía y una elevada tasa de irreversibilidad de sus conductas (López y Muller, 2013).

Otra modalidad interventiva poco explorada que se estima necesaria revisar se enfoca a las terapias grupales realizadas junto a las madres de hijos víctimas de abuso sexual. Álvarez, Socorro y Capella (2012) pudieron evaluar por medio de una intervención psicoeducativa grupal para madres no agresoras los cambios psicoterapéuticos de sus hijos. En dicho estudio, comparan dos grupos de madres cuyos hijos participan de intervención individual en centros especializados de reparación, diferenciando un grupo de madres que participan de procesos grupales y otro grupo que no. Los resultados son alentadores puesto que dan cuenta de que la participación de las madres en este tipo de intervenciones potenciaría además el cambio psicoterapéutico de sus hijos. Krause et al. (2006; citado en Álvarez et al., 2012, p. 16) exponen que esto provocaría el desarrollo de teorías subjetivas en torno a la vivencia relacionada con el abuso, modificando las estrategias de interpretación de sí mismos y de otros. De igual manera, la participación de las madres influye en la percepción respecto de sus hijos, visibilizando recursos y promoviendo una visión más integrada de estos.

Una de las particularidades de la terapia de grupo con madres de hijos que han sufrido abuso sexual es la experimentación de sentimientos de aislamiento y escasa red de apoyo experimentado por las participantes. No obstante, a medida que la persona se va incorporando al proceso grupal, el aislamiento disminuye, recibiendo aliento y apoyo (Forward, 1990). Soza y Gómez (2012) reportan como factor característico evidenciado dentro de las dinámicas grupales la empatía de los participantes, quienes experimentan sentimientos relacionados a rabia e impotencia. Al ver reflejadas sus propias emociones en los demás integrantes, movilizan acciones que permiten elaborar la situación traumática. Es así como la experiencia del abuso sexual sufrido se universaliza, y disminuye la experimentación de estigmatización.

A medida que se avanza en el proceso terapéutico grupal, las madres recuperan la confianza de poder avanzar, reparar y recuperar sus vidas (Grosz, Kempe y Kelly, 2000). Asociado a lo anterior, los autores exponen que una vez que los niños y niñas víctimas comienzan a evidenciar mejoras en su sintomatología y disminución en sus dificultades conductuales, las madres recuperan su confianza y mejoran simultáneamente. Indicadores significativos de mejoras en los adultos no ofensores se asociaron con disminución de sentimientos de ansiedad, rabia, tristeza y culpa asociada al

abuso sexual. Se evidenció, asimismo, la recuperación de la confianza en sus habilidades parentales y en el bienestar de sus hijos. De igual manera, desarrollan una perspectiva realista de cómo ser útiles y protectores, facilitando un grado apropiado y saludable de independencia para sus hijos. A su vez, recuperan la confianza perdida en el entorno y disminuyen sus sentimientos de autoculpabilización (Grosz et al., 2000).

3.6. El perdón en el marco terapéutico

Uno de los aspectos que genera mayor debate teórico y clínico tiene relación con el lugar que ocupa el perdón en los casos de abuso sexual, su pertinencia para superar el daño de las víctimas –directas e indirectas– y la necesidad de los afectados de otorgarlo o no. Si bien es cierto que no existe una regla general, se ha podido constatar que un número importante de madres sobrevivientes al abuso de sus hijos hablan de la posibilidad de perdonar a los ofensores en etapas avanzadas de la intervención, sobre todo cuando precede un fuerte vínculo emocional o existe una clara adhesión religiosa que entiende el perdón como acto de sanación. Pero, ¿debe ser ese el objetivo que oriente el trabajo terapéutico? Claramente la respuesta debería ser negativa. Algunos de los fundamentos que sostienen esta premisa descansan en evitar exponer nuevamente a los sujetos a una dinámica de sometimiento por parte de quien es visto detentando mayor poder en la relación de ayuda y, porque puede restringir las posibilidades de elaboración del trauma y sus diversas manifestaciones, entre ellas la liberación de emociones reprimidas de agravio, resentimiento y dolor. En palabras de Forward (1990), la absolución es, en realidad, una forma más de negación que impide que muchas personas puedan sacar adelante su vida. Por otro lado, exigir el perdón puede llevar a la creencia errónea del término de la terapia, precipitando retrocesos producto de promesas vacías que no siempre serán cumplidas, acentuando decepciones que diluyen la fantasía del cambio.

Barudy (1998), desde su posicionamiento eticopolítico, acuña el término *exoneración* en lugar de *perdón*, y explica que dispensar al culpable por sus acciones no implica que sea perdonado y que se trata de un derecho de las víctimas cuando el abusador es capaz de reconocer sus errores aceptando la responsabilidad por el daño ocasionado. Sostiene, al mismo tiempo, que el sentimiento de “exoneración” supondría una manera modulada de superar el odio y los sentimientos de venganza hacia el abusador. Exonerar, por lo tanto, conlleva la toma de distancia respecto al agresor y su agresión, con lo cual estas dimensiones pierden sentido respecto al proyecto vital de las víctimas. Este camino podría abrir paso a la disipación del material tóxico que implica sobrevivir con una memoria saturada de conflictos personales e interrelacionales.

4. Conclusiones

El tabú del incesto y la invisibilización cultural consiguiente es una de las causas que retrasó el estudio del abuso sexual infantil como objeto de interés científico, fenómeno que favorablemente ha ido revirtiéndose en las últimas décadas, lo que ha suscitado esfuerzos importantes y nuevas líneas de trabajo que comprendan su dinamismo y complejidad.

El rol materno –injusta e inevitablemente– sigue siendo flanco de juicio crítico, tanto si toma parte por sus hijos como si no, si lucha por la justicia restaurativa o simplemente se subsume en el abatimiento que es propio de un sistema que otorga mínimas garantías para perseverar. Ideas enquistadas como "instinto materno" o "inequidad de género" siguen siendo variables que socavan debidos procesos judiciales y terapéuticos, afectando el abordaje clínico con los niños y niñas y con sus madres como co-víctimas; estas últimas sumidas en las borrosidades de la culpa, responsabilidad, trauma, ira y pérdida, en tanto atravesamientos configurativos que de no ser percibido profesionalmente, desdibujará el potencial resiliente posterior.

Se analizó de qué manera el acto de creer no es innato, sino que surge a partir una declaración de posición compleja de asumir por parte de las madres no ofensoras, que se encuentra lejos de ser la primera (y la única) reacción y que invariablemente definirá en gran medida el curso del devenir biográfico. En este marco, la interpelación remite a evitar exploraciones someras que afecten la intervención, proponiendo la realización de un ejercicio constante en el plano de la vigilancia epistemológica y las propias resonancias personales, con el fin de sortear lo que se ha denominado "inversión insidiosa de responsabilidades"; es decir, una desviación consciente y maliciosa en la atribución apriorística de culpa (social y jurídica) por meras sospechas hacia la madre no ofensora, por encima del rigor investigativo hacia quien es indicado como el presunto abusador.

Por otra parte, resulta útil constatar que la probabilidad de experimentar culpa por parte de las madres co-víctimas está mediatizada por el mandato social de la maternidad como una obligación instintiva, siendo además un predictor clínico del tiempo necesario para reaccionar óptimamente al abuso de un hijo y que debe ser considerado en el proceso diagnóstico y en la ejecución terapéutica.

Se estima, conclusivamente, que los ejes transversales sobre los cuales versa el trabajo con las madres deben incluir, al menos, los siguientes elementos: apreciación diagnóstica empática, andamiaje de redes que sirvan de soporte social y respeto al *timing* particular de cada sujeto; socioeducación y psicoeducación, en un proceso en el que es relevante empezar el trabajo de resiliencia resignificativa y de reelaboración de la experiencia como adulta sobreviviente a nivel individual y grupal, con la implicación activa de la madre en el proceso de cambio.

Se concluye que el perdón se encuentra lejos de ser prioritario como objetivo último en la terapia. Al hacerlo, es probable que se atente contra

la autodeterminación de las consultantes por la mera rigidez profesional, y lo que podría ser pensado como una acción bien intencionada podría terminar revictimizando a las madres co-víctimas.

En este estudio se intentó descubrir el lugar de las madres como figuras preponderantes en el proceso inmediato a la develación o descubrimiento de abuso sexual infantil. En este contexto, emerge una primera conclusión: existe una relación con la trascendencia del posicionamiento profesional de quien interviene, puesto que el hecho de que el terapeuta sitúe a los adultos no ofensores en parte de la solución y no del problema marca una diferencia en la trayectoria del caso. En este sentido, supervisar la praxis podría clarificarnos algunas interrogantes, como por ejemplo: ¿consideramos en nuestro quehacer una ética del cuidado hacia las madres tal y como pedimos que ellas actúen con sus hijos?, ¿valoramos y reforzamos suficientemente el papel de las adultas que deciden creer en sus hijos? y ¿tomamos en cuenta la particularidad de la experiencia traumática en la planificación de las intervenciones?

Finalmente, cabe reconocer la enorme tarea que implica –en una sociedad como la nuestra– enfrentarse y sobrevivir no solo al abuso sexual de un hijo, sino a las distintas presiones y mandatos sociales, judiciales o profesionales que, en mayor o menor medida, interfieren en un mejor despliegue del cuidado a la infancia o intentan mermar a la madre que se agencia en el apoyo. En resumen, una verdadera carrera moral que se corre a la par del niño que ha sufrido abusos.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, P., Socorro, A. y Capella, C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología*, 21(2), Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26424861002>.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós-Pomaire.
- Baita, S., y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Montevideo, Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay; Fiscalía General de la Nación; Centro de Estudios Judiciales del Uruguay.
- Bannister, A. (2012). *Terapias creativas con niños traumatizados*. Buenos Aires: Lumen.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Delage, M. (2010). *Resiliencia Familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa

- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyon, D. K., Edelson, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 197-207. doi:10.1111/j.1939-0025.1989.tb01651.x
- Fiorini, H. (1992). *Teorías y técnicas de Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Nueva Edición.
- Forward, S. (1990). *Padres que odian. La incompreensión familiar: un problema con solución*. Barcelona: Grijalbo.
- Freeman, L. y Megale, M. (1983). *Kid's guide to first aid*. Chicago: Parenting press
- Grosz, C. A., Kempe, R. S., y Kelly, M. (2000). Extrafamiliar sexual abuse: treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 9-23. doi:10.1016/s0145-2134(99)00113-1.
- Hooper, C. (1994). *Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Intebi, I. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Colección documentos técnicos. Santander: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Intebi, I. (2013). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Buenos aires: Granica.
- Krause, M., Parra, G. de la, Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- López, F. (2014). *Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Muller, M., y López, M. (2013). *Madres de hierro. Las madres en el abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Editorial Maipue.
- Sanhueza, L. (Ed.) (2010). *Abuso sexual infanto juvenil. Reflexiones desde la práctica*. Temuco, Chile: Ediciones Universidad Católica de Temuco.
- Sinclair, C., y Martínez, J. (2006). Culpa o Responsabilidad: Terapia con Madres de Niñas y Niños que han Sufrido Abuso Sexual. *Psykhé*, 15(2), 25-35.
- Soza, S., y Gómez, M. (2012). Psicoterapia de grupo de padres: intervención en problemáticas de delitos contra la integridad sexual. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 20, 81-

89. Recuperado de: <http://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Elian-Sabrina-20.pdf>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Compartiendo la práctica profesional

El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i
Addiccions (XSMiA) de Girona

Xavier Solench Arco y Xavier Casademont Falguera

Estructuras de trabajo en red con infancia y adolescencia
en Cataluña. Aportaciones de un estudio piloto

**Conxita Vila Vila, José-Manuel Alonso Varea
y Eveline Chagas Lemos**

Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde
la óptica del trabajo social en los centros de atención y
seguimiento (CAS) a las drogodependencias

Tre Borràs Cabacés, Àlex Pérez Folch y Antoni Llort Suárez

El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona

The role of social work within the Mental Health and Addictions Network of Girona

Xavier Solench Arco¹

ORCID: 0000-0002-1038-0970

Xavier Casademont Falguera²

ORCID: 0000-0002-3821-4245

Recepción: 15/07/19. Revisión: 30/10/19. Aceptación: 04/11/19

Para citar: Solench Arco, X., i Casademont Falguera, X. (2019). El rol del Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona. *Revista de Treball Social*, 217, 75-95. DOI: 10.32061/RTS2019.217.04

Resumen

A partir de 1978, las primeras trabajadoras sociales se incorporan en el ámbito de la salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Salt. Cuarenta años después, estas profesionales se han convertido en una pieza clave en el modelo de atención a la salud mental en Girona. Este artículo tiene como objetivos: 1) analizar cómo se introduce el Trabajo Social en la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona (XSMiA) del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS); 2) examinar la evolución que ha experimentado esta figura profesional; y 3) identificar los retos de futuro que contemplan las profesionales. La investigación se estructura en cinco dimensiones de análisis: el tipo de intervenciones y las tareas desarrolladas; la representación, el rol y el valor dentro de los equipos; las dificultades propias de su incorporación; y finalmente los retos de futuro identificados por las profesionales. Desde un punto de vista metodológico, la información se ha obtenido mediante la exploración teórica, la investigación documental y los discursos de los profesionales, adquiridos mediante entrevistas semiestructuradas. Entre otros, la investigación constata que la figura del Trabajo Social en la XSMiA está consolidada y goza de un cierto reconocimiento, a pesar de

1 Graduado en Trabajo Social en la Universidad de Girona. Grupo de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (CISA). Universidad de Girona. xewisolench@gmail.com

2 Doctor y profesor del Departamento de Pedagogía de la Universidad de Girona. Grupo de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas de la Universidad de Girona. xavier.casademont@udg.edu

que la indefinición de la profesión en el ámbito sanitario es un elemento que dificulta la delimitación de sus funciones y el tipo de intervenciones.

Palabras clave: Trabajo Social, salud mental, Trabajo Social clínic, Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona.

Abstract

In 1978, the first social workers joined the mental health field at the Psychiatric Hospital of Salt. Forty years later, these professionals have become a key component in the model of mental healthcare in Girona. This article aims 1) to analyse how social work is introduced into the Mental Health and Addictions Network of Girona (XSMiA) attached to the Healthcare Institute (IAS), 2) to review the development this professional figure has witnessed; and 3) to identify future challenges observed by professionals. The research is structured into five analysis areas: the kind of intervention and the tasks conducted; representation, role and value within teams; difficulties inherent to their incorporation; and the future challenges identified by professionals. From a methodological point of view, the information was obtained through theoretical exploration, documentary research and lectures by professionals, acquired using the semi-structured interview technique. Among other aspects, the research confirms that the figure of social work within the XSMiA is well-established and benefits from some recognition, despite the fact that the non-definition of the profession within the health field is an aspect that makes it difficult to define its functions and the type of intervention.

Keywords: Social work, mental health, Mental Health and Addictions Network of Girona

1. Introducción

En la provincia de Girona, la atención a la salud mental es gestionada por un único distribuidor: la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS). A partir del año 1974 se inició la transición de un modelo manicomial hacia un modelo comunitario, en el cual participaron profesionales de distintas disciplinas, entre ellas del Trabajo Social. La presencia del Trabajo Social no respondió a una invitación desinteresada de la psiquiatría, sino a la necesidad de integrar la disciplina por “lo que sabe hacer” (Méndez, Wraage y Costa, 2012).

Con el paso de los años, la Xarxa ha acumulado y disfruta de prestigio y reconocimiento, no solo en el ámbito estatal, también internacionalmente, como lo demuestra el estudio RENIMENT (Research on Financing Systems' Effect on the Quality of Mental Health Care). Esta trayectoria dilatada explica que a menudo se describa este caso como el “modelo gerundense”. Cómo se verá a lo largo del artículo, la XSMiA apuesta por la atención comunitaria y los recursos de proximidad, minimizando las estancias hospitalarias y sin contemplar el ingreso permanente. Así mismo, se pretende garantizar el acceso a la psicoterapia y a la rehabilitación psicosocial, y promover el acceso a una vivienda digna, al trabajo y al ocio, entre otros.

¿Pero cuáles han sido las bases de este modelo? ¿Qué circunstancias han favorecido el desarrollo de una aproximación de estas características? Este artículo analiza las principales etapas en la construcción del modelo gerundense de atención a la dolencia mental y a las adicciones. Partiendo del final del franquismo y del advenimiento de la democracia hasta la actualidad, la investigación identifica tres grandes etapas en la atención a la salud mental y las adicciones. En paralelo, este análisis histórico se desarrolla a partir del rol del Trabajo Social desde la incorporación de las primeras profesionales. Se trata, pues, de un análisis evolutivo de la disciplina del trabajo social dentro de la XSMiA, desde su introducción, en un contexto de apertura comunitaria, hasta la actualidad, identificando los acontecimientos más significativos durante su despliegue.

2. Marco teórico

A lo largo del siglo XX, la investigación en el ámbito de la salud mental ha experimentado un adelanto considerable desde distintas perspectivas. El Trabajo Social ha sido una de las disciplinas y profesiones que han hecho aportaciones a esta materia, especialmente desde la vertiente de la intervención, la formación, la epistemología, entre otros (Richmond, 1993, 2005; Carballeda, 2012; Garcés, 2007, 2010; Colom, 2008; Fernández, 1997; Ureña, 2006, 2010; Ituarte, 1982, 1994). Todas estas contribuciones apuestan porque el abordaje en salud mental requiere una mirada holística que debe tener en cuenta los factores sociales a la hora de dar respuesta a la problemática.

En cuanto al estudio de la evolución histórica de la salud mental a Girona, destacan las aportaciones de Gil i Boadas (1987) y Aparicio (1980), que han contribuido a la reconstrucción del abordaje de la salud mental.

En relación con el rol del Trabajo Social en la XSMiA, no hay demasiadas publicaciones que lo aborden, a pesar de la existencia destacada del monográfico coordinado por Gisbert y Cid (2012), en que profesionales de la institución reflexionan sobre el modelo de este territorio en la atención a la salud mental; o el dossier publicado recientemente en la *Revista de Girona*, en el que algunos de los protagonistas reflexionan en primera persona sobre el cambio de modelo logrado (Gil, Masferrer i Vilà, 2019).

En Girona, la atención a la salud mental se inicia en 1212, con el primer asilo de la ciudad, y la posterior construcción del primer Hospital de Santa Caterina, entre los años 1666 y 1679 (Castells, Puigdevall i Reixach, 1989). A partir de la Ley de Beneficencia, en 1855, la Diputación de Girona asume la dirección del centro (Gil y Boadas, 1987), y en 1870 se inician los servicios de salud mental (Instituto de Asistencia Sanitaria, 1992). En el año 1886, este mismo organismo adquiere el Mas Cardell (Diputación de Girona, 1984), donde se ubicaría el Hospital Psiquiátrico de Salt, el primer manicomio público de Cataluña.

Durante gran parte del siglo XX, el manicomio cumple con la función social de las instituciones psiquiátricas del momento. Los internos eran atendidos con escasos medios económicos y por un número reducido de personal sanitario con baja calificación (Gil y Boadas, 1987). Hasta los años 70, se hicieron intentos de mejorar y abandonar el tratamiento manicomial, pero la situación económica y política hicieron inviable cualquier intento de aplicar las corrientes reformistas que llegaban de Europa (Aparicio, 1980).

En los años 70, en un contexto político y social de cierta eferescencia previa al final de la dictadura, se inicia un movimiento contrario a los manicomios, propiciado por el crecimiento de la antipsiquiatría liderada por Cooper y Laing, y las corrientes reformistas antiinstitucionales, mayoritariamente italianas, de la mano de Jervis, Pirella o Basaglia (Mauri y Rotelli, 1987). Simultáneamente, la firma del concierto con la Seguridad Social en 1970 promueve un cambio de percepción de la hospitalización psiquiátrica, tradicionalmente vista como un acto benéfico, que ahora pasa a ser más profesionalizada.

En este contexto, en 1974 los médicos residentes en el entonces hospital psiquiátrico de Salt emiten un informe de denuncia altamente crítico sobre las condiciones del Hospital (Diputación de Girona, 1984), que tuvo un notable eco en la prensa. Todo ello provocó que la Diputación asumiera las demandas que se reclamaban y adoptara decisiones para mejorar la situación (Aparicio, 2019). Estos acontecimientos hicieron posible un replanteamiento del modelo manicomial e impulsaron la formulación de alternativas que, entre otras cosas, favorecerían la incorporación del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

La incorporación del trabajo social en el ámbito de la salud mental surge en un periodo de tecnificación y profesionalización de la misma disciplina, a principios del siglo XX (Fernández, 1997). Según Garcés (2010,

p. 334), en 1904, en el Hospital John Hopkins de Baltimore, Adolph Meyer, con el objetivo de “dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y la masificación de los manicomios”, incorpora por primera vez en un hospital psiquiátrico la figura del trabajador social. Desde entonces, distintas instituciones fueron incorporando gradualmente este perfil a los equipos multidisciplinarios, reconociendo así el valor de la información social de los pacientes para abordar la dolencia, y el papel del trabajador social (Garcés, 2010).

En Cataluña, las primeras trabajadoras sociales en el ámbito de la salud mental aparecen en los años sesenta, a partir de la primera Escuela de Trabajo Social (1932), de la mano de Raúl Roviralta, y de la segunda, en 1952, de la mano del Dr. Sarró (Miranda, 2017). Su incorporación a la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet, al Preventorio de Urgencias Psiquiátricas del Ayuntamiento de Barcelona y a la Diputación de Barcelona significará el punto de partida del trabajo social en salud mental (Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2001).

Actualmente, según Díaz (2002, en Garcés, 2010), la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental parte de un modelo interdisciplinario donde los trabajadores sociales se encargan de trasladar la mirada ambiental, relacional, cultural, económica, etc., y posteriormente incorporarla a la biológica y psicológica, para finalmente realizar una valoración global del paciente y el tratamiento. En cuanto a las funciones del trabajo social en este ámbito, Garcés (2010, p. 341-342) identifica tres funciones: “atención directa; preventiva y de promoción e inserción social; y de coordinación”. Partiendo de estas ideas, el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016) define las actividades específicas de intervención social en salud mental, y las agrupa en seis “grupos”: asistencial, coordinación y participación, docencia e investigación, planificación y organización, evaluación y gestión.

3. Metodología

Para lograr sus objetivos, esta investigación adopta una metodología cualitativa, dado que se estudia la evolución histórica de la XSMiA y el papel que los y las trabajadoras sociales de esta institución han desarrollado desde el advenimiento de la democracia. Por esta razón, las técnicas de investigación y fuentes de información seleccionadas han sido la exploración teórica de fuentes bibliográficas; la investigación documental en el Archivo General de la Diputación de Girona; y las entrevistas en profundidad.

Con el objetivo de profundizar en la comprensión del periodo de estudio, se han analizado las principales publicaciones relacionadas con la salud mental situadas en este territorio. También se hizo revisión de la documentación interna (memorias, registros, expedientes, informes de derivación, etc.) de la Diputación de Girona, existente en el archivo público de este organismo y en la biblioteca del IAS. A pesar de haber consultado estas fuentes, no se encontró información relevante que ayudara a lograr

los objetivos de esta investigación. Por este motivo, las entrevistas adquirieron más importancia como fuente de información.

En total, se han hecho 17 entrevistas, dos a informantes clave y el resto a profesionales de la XSMiA. Para orientar la investigación, inicialmente se llevaron a cabo dos entrevistas exploratorias. La primera, al Dr. Antoni Vilà, integrante del Consejo de Administración del IAS en la época de reconversión del Hospital Psiquiátrico e investigador en materia de servicios sociales; y la segunda, a la Dra. Rosa Gil, historiadora y experta en la historia de la XSMiA. Estas entrevistas sirvieron para orientar los principales focos de la investigación, así como para identificar recursos útiles para su desarrollo.

En cuanto a las entrevistas a los profesionales de la red, se redactó un guion previamente validado por una trabajadora social con más de treinta años de experiencia en la institución. La selección de los informantes se hizo mediante un muestreo no probabilístico intencional, y los participantes fueran anonimizados (I + n.º de entrevista) para garantizar la confidencialidad. Las entrevistas a los profesionales de la Xarxa partieron de un muestreo estructural, seleccionando cuatro informantes en función de su posición jerárquica, dos psiquiatras y una trabajadora social; y de un muestreo de informantes estratégicos, todos ellos trabajadores sociales de la institución.

Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados, y posteriormente fueron transcritas para facilitar el análisis y la explotación. El vaciado y el análisis de las entrevistas se ha estructurado en base a cuatro dimensiones: la tipología de intervenciones y tareas desarrolladas por las trabajadoras sociales, de acuerdo con Garcés (2010) y el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016); la representación, el rol y el valor del trabajo social en los equipos; las vicisitudes de las trabajadoras sociales para hacerse un lugar en el ámbito de la salud mental y, finalmente, los retos de futuro identificados.

4. Resultados: El rol de la trabajadora social y las principales etapas históricas de la XSMiA de Girona

En este apartado se expone el grosor de esta investigación cualitativa a manera de resultados. Mediante las entrevistas a profesionales de la XSMiA, se identifican tres grandes etapas; y se analiza el rol del Trabajo Social en esta evolución histórica.

4.1. 1974-1986: la incorporación de las primeras trabajadoras sociales

Como ya se ha anticipado, es a partir de 1974 cuando el Hospital Psiquiátrico de Salt modifica las prácticas propias de las antiguas instituciones manicomiales (Gil y Boadas, 1987), inspirado por las corrientes

reformistas provenientes de Europa y los Estados Unidos (Rotelli, Leonar-dis i Mauri, 1987). Fue un periodo de cambio en la filosofía hospitalaria, estimulado por la incorporación de nuevos facultativos con ideas innovadoras. En este periodo se fomentó la participación de los internos en la vida diaria del centro (Sambola, 2019) y se introdujeron cambios estructurales (Gil y Boadas, 1987). Entre otros, se promovió la sectorización territorial de recursos a la comunidad y la reducción de los ingresos hospitalarios, reservados solo para casos extremos. Para hacerlo, “hacía falta una red extrahospitalaria adecuada, es decir, la creación de dispensarios en cada sector, centros de día, un mínimo de camas en hospitales municipales o comarcales, etc.” (Diputación de Girona, 1984, p. 8).

A partir de 1978, a iniciativa de los profesionales que disientían del modelo vigente hasta entonces, se abrieron progresivamente los primeros dispositivos ambulatorios, conocidos como centros de higiene mental, pioneros en la reforma mental. Eran centros “de carácter comunitario, preventivo, que otorgan gran importancia a los elementos psicoterapéuticos y que intentan realizar su tarea en la propia comunidad” (Capellá, 2001, p. 103). Inicialmente se distribuyeron en cuatro sectores (Figueres, Olot, Girona y Palamós) y se formaron “incipientes equipos formados por un psiquiatra y una asistente social” (Vallhonrat, Pérez y Aguado, 2012, p. 23).

En cuanto a los recursos hospitalarios, se sectorizó el hospital y se puso en funcionamiento un nuevo pabellón de agudos situado en el edificio Els Til·lers, favoreciendo así la restricción de los ingresos a los pabellones de crónicos (Gil y Boadas, 1987).

En 1981 la Generalitat recibió las competencias en materia de salud por parte de la Seguridad Social, cosa que facilitó el establecimiento del nuevo mapa sanitario (Capellá, 2001). Tres años más tarde, en 1984, se crea el Instituto de Asistencia Sanitaria, un organismo autónomo encargado de la gestión directa de los servicios hospitalarios y de asistencia médica, dependiente de la Diputación de Girona. En 1985 se incorpora a la Red Hospitalaria de Utilidad Pública (XHUP, por su sigla en catalán). En esta etapa, también se pone en funcionamiento la Cooperativa La Fageda (González, 2008), una iniciativa normalizada que daría trabajo, entre otros, a personas con trastorno mental.

4.1.1. Hacerse un lugar en el ámbito de la salud mental

En 1978 se incorpora al Hospital Psiquiátrico la figura de la trabajadora social en el ámbito de la salud mental, espacio que hasta el momento habían ocupado congregaciones religiosas y otras figuras no profesionales (Gil y Boadas, 1987). La aparición del trabajo social en el ámbito contribuye al reconocimiento de los factores sociales como determinantes de la salud. Inicialmente, tal como pasó en otros lugares, la figura del trabajador social era ambigua (Garcés, 2010). El mundo médico reclamaba su presencia pero desconocía su campo de intervención, por lo cual las profesionales necesitaron un periodo de adaptación para delimitar su perímetro de intervención.

La atención se centralizaba en el Hospital Psiquiátrico de Salt, y los psiquiatras, a iniciativa propia, visitaban en dispensarios municipales, entendidos como recursos comunitarios. Con una voluntad de apertura comunitaria y de trabajo psicoterapéutico, a principios de los ochenta se crean equipos formados por dos psiquiatras, una enfermera, una psicóloga, dos auxiliares y una trabajadora social. Los equipos multidisciplinares permitían que cada profesional aportara su mirada y conocimientos propios de su disciplina, pero la perspectiva del trabajo social, alejada de las maneras de entender la salud mental propias de tiempos anteriores, lo convertía en una figura clave. Tal y como afirman algunas entrevistadas la relación intragrupal era próxima, en la cual destaca el estrecho vínculo con el colectivo de enfermería, con quien a menudo se trabajaba conjuntamente.

El tipo de intervención hospitalaria variaba según las circunstancias y el equipo. Es decir, no había unanimidad en cuanto al modelo, sino que cada uno de los equipos concebía el abordaje de la salud mental de distinta manera. Las funciones de las trabajadoras sociales eran fundamentalmente asistenciales y de coordinación interna. Destacaban el asesoramiento y valoración de nuevos casos, bajo la demanda de intervención de los psiquiatras; la participación en las reuniones del equipo asistencial, en los que fueron introduciendo progresivamente sus valoraciones sociales. Esta función no siempre fue fácil, puesto que determinados psiquiatras, con una aproximación biológica, entendían la tarea de las trabajadoras sociales como subsidiaria a la psiquiatría. Sin embargo, con el tiempo las trabajadoras sociales consiguieron ser reconocidas dentro de los equipos:

Algún doctor me usaba como secretaria y yo accedí [...]. Cuando ya estuve más integrada los dije que cuando quisieran que interviniera me lo dijeran directamente, [...] que yo decidiría cuál era el mejor recurso o apoyo [...]. A la vez, el psiquiatra decía que era imposible trabajar en salud mental sin la figura del trabajador social (I-11).

También eran habituales la emisión de informes sociales por otros organismos, la tramitación de ayudas, o el establecimiento de vínculos con los servicios sociales y las familias. Dar respuesta a todas las necesidades era complejo dado que, además de la atención en la reciente unidad de agudos, se atendía a los aproximadamente quinientos internos de los pabellones de crónicos.

Aun así, con el tiempo se inició la descentralización, y la atención a la salud mental abandonó el contexto hospitalario para pasar a atender en los dispensarios, ofreciendo una atención de proximidad lejos del hospital psiquiátrico, que cargaba un fuerte estigma. La dirección optó por el modelo de psiquiatría francés, en el que es el mismo equipo quien hace la atención hospitalaria y a la comunidad. Así, las trabajadoras sociales dedicaban dos o tres días a la atención hospitalaria y dos o tres días a visitar en los dispensarios por todo el territorio.

Inicialmente, las funciones a la comunidad estaban relacionadas con la gestión, las actuaciones asistenciales y de planificación, así como tareas

de organización. Aun así, había dificultades para ejercerlas plenamente, teniendo en cuenta la falta de recursos por parte de las administraciones y de la red, a pesar de la manifiesta voluntad de cambio. Esto provocaba que las trabajadoras sociales tuvieran que ser creativas para dar respuesta a las carencias del sistema.

En relación con las tareas asistenciales, destacaban las visitas domiciliarias, el acompañamiento y el apoyo al paciente y su familia y la valoración de pacientes, tanto para conocer su funcionalidad, adaptación o idoneidad a los recursos, como para realizar solicitudes de prestaciones y servicios. A la vez, se realizaba intervención comunitaria, enfocada a potenciar los recursos de apoyo social, mediante la alianza con varias entidades.

En cuanto a la planificación y organización, las trabajadoras sociales se incorporaron de varias maneras a las diferentes comarcas con el encargo de organizar la base de lo que hoy en día es la atención comunitaria. Lo hicieron sin unas directrices concretas por parte de los jefes,³ apostando así para darles confianza y autonomía para “hacer lo que sabían hacer” (I-2) y definir su rol. Las profesionales contactaron con todos los agentes vinculados con la salud mental: ayuntamientos, servicios sociales, entidades...:

En aquella época teníamos más relación con los ayuntamientos que ahora, porque lo primero que hacíamos era ir a los ayuntamientos de cada pueblo a buscar referentes (I-4).

Sin embargo, puntualmente necesitaron el apoyo de los responsables institucionales o de los líderes de los equipos, como muestra de fuerza ante algún agente político. Otra tarea de planificación y organización fue la participación en la elaboración de protocolos de intervención, que eran elaborados conjuntamente con el equipo.

4.2. 1986-2003: El despliegue comunitario y la reconversión del antiguo hospital psiquiátrico

A partir de 1986, en consonancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la persona con problemas de salud mental se consolida como sujeto con derechos y obligaciones que requiere intervenciones multidimensionales: técnicas, psicológicas y sociales (Garcés, 2010). Diferentes grupos profesionales piden una mejora en la gestión en el ámbito de la salud, lo que favorece las condiciones ideales para propiciar un cambio (Espino, 2002). Todo ello, estimula un periodo con numerosos cambios normativos que serán decisivos en el éxito del desarrollo de la reforma.

En el ámbito estatal, la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, universaliza el derecho a la protección de la salud (Espino, 2002), e integra la

3 La Diputación, formalmente, sí que les designa unas funciones, como: visitas domiciliarias, tramitación de ayudas, elaboración de informes sociales, investigación, seguimiento de las familias, entre otros (Diputació de Girona, 1984).

asistencia psiquiátrica al sistema sanitario general. En Cataluña, en 1990, con la Ley de ordenación sanitaria, se hace el traspaso de competencias de las diputaciones a la Generalitat de Cataluña, se crea el Servicio Catalán de Salud y se elabora el Plan de Salud Mental. En Girona, el traspaso se hace efectivo en 1992 y el IAS se convierte en un organismo público. Así, se reafirma la atención desde un modelo comunitario; se divide el territorio en Áreas Básicas de Salud (ABS) y “se crean los primeros Centros de Salud Mental (CSMA), Centros de Día (CD) y Comunidades terapéuticas fundamentadas en la Psiquiatría Comunitaria” (Vallhonrat et al., 2012, p. 23), entre otros. En 1997, el antiguo hospital psiquiátrico se reorganiza en tres líneas: Psicogeriatría, Retraso Mental y Trastorno Mental Severo-Larga estancia (Gisbert y Cid, 2010). Todos estos cambios permiten al modelo gerundense promover un nuevo sistema de atención en salud mental moderno ya desarrollado en otros países europeos, alejándose del hospital psiquiátrico como institución total (Capellá, 2001).

4.2.1. La consolidación profesional

La creación del ABS conlleva una nueva sectorización territorial, que pasa a dividirse en cinco sectores, para posteriormente aumentar hasta los siete actuales: Gironès-Pla de l'Estany, Baix Empordà, Alt Empordà, Selva Marítima, Selva Interior, Garrotxa y Ripollès (Instituto de Asistencia Sanitaria, 1992). Así, progresivamente aumenta el número de servicios comunitarios y se incorporan nuevos profesionales de otras disciplinas. El aumento de sectores reducía la representación dentro de los equipos de las trabajadoras sociales, menguaba su presencia en el territorio, y multiplicaba su trabajo. Es decir, no aumentaron en número, sino que se optó porque las mismas trabajadoras sociales repartieran sus jornadas laborales entre los servicios comunitarios ya existentes y los de nueva creación.

En esta etapa, las tareas asistenciales aumentan, sobre todo a causa de la aparición de la pensión no contributiva (PNC), que incrementa las valoraciones sociales.

Durante este periodo, las trabajadoras sociales reivindican una implicación mayor por parte de las administraciones, concretamente con la demanda de un Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD) por parte de las entidades locales, o de viviendas al Departamento de Bienestar Social.

En cuanto a la atención hospitalaria, se pone en funcionamiento la Comisión de Crónicos, con el encargo de recibir las solicitudes de ingreso a los pabellones, y realizar un análisis de la situación con el objetivo de buscar alternativas al ingreso. A pesar de la voluntad de evitar nuevos ingresos, a menudo eran inevitables, a causa de la falta de despliegue de los recursos comunitarios. En esta función, la trabajadora social asume un rol central, porque es la única profesional con derecho a vetar la solicitud y evitar el ingreso, y esto la situaba en una posición de poder. En relación con la población ingresada, a pesar de que la situación había empezado a mejorar en la primera etapa, la mayoría de las profesionales entrevistadas destacaban las condiciones en que se encontraban los pacientes:

Había usuarios en algo parecido a un almacén, mezclados de cualquier manera, sin ningún criterio profesional, con enormes salas con camas unos junto a los otros, más de 500 personas viviendo (I-3).

Lo que más me sorprendió fue la cantidad de gente que había [...] la idea que una persona se quedara ingresada durante toda la vida era normal, se podía hacer (I-13).

No obstante, se introduce progresivamente una intervención rehabilitadora y recuperadora, y se trabaja en la desinstitucionalización y la dignificación de los pacientes. Se apuesta por ofrecer una atención integral a las personas con trastorno mental severo (TMS), ayudándolas a volver a la comunidad, apoyándolos para favorecer su presencia en el entorno y propiciando unas posibilidades reales para desarrollarse con autonomía y calidad de vida.

En el proceso de externalización, las profesionales intervienen con pacientes que acumulan muchos años institucionalizados, y con limitaciones considerables de la autonomía:

[Hacía falta] trabajar mucho el tema de responsabilidades, dado que la institución las había asumido y no se les había dado autonomía... (I-9).

Para llevar a cabo este proceso, se desarrolla el programa individual de rehabilitación para cada paciente con TMS. El trabajo social aporta sus conocimientos sobre todo en los ámbitos familiar, económico y laboral, y en la revisión de la capacidad de obrar. Las relaciones con los familiares, se afirma, no siempre fueran sencillas:

[costaba] que la familia aceptara que la persona tenía que vivir fuera [...] se tenía que ir trabajando (I-5).

En todo este proceso, las entrevistadas afirman que tienen el reconocimiento del resto de profesionales. A pesar de esto, también mencionan dificultades con algunos profesionales que actuaban de manera paternalista y con poca predisposición a cambiar las dinámicas de trabajo, cosa que dificultaba la implantación de la perspectiva rehabilitadora.

En esta etapa se producen dos cambios más que hay que considerar. En primer lugar, la puesta en funcionamiento de los CSMA, entendidos como el pivote de la asistencia en salud mental y como puerta de entrada para las actividades preventivas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras. Y en segundo lugar, el paso de un modelo de psiquiatría de tipo “francés” –en el que el mismo equipo profesional presta asistencia a los pacientes en el ámbito hospitalario y en el ámbito comunitario–, hacia un nuevo modelo de tipo “inglés” –en el que hay dos equipos diferenciados; es decir, un equipo de profesionales que presta atención comunitaria en los CSMA, y un equipo de profesionales que presta atención hospitalaria.

Para adaptarse a estos cambios, se fija un sistema de coordinaciones semanales entre los CSMA y los servicios hospitalarios, a iniciativa de las

mismas profesionales. Las trabajadoras sociales de los CSMA se trasladaban un día a la semana a los servicios hospitalarios para coordinarse, garantizando el continuo asistencial, favoreciendo el vínculo con los pacientes ingresados y el trabajo en red entre los profesionales hospitalarios y comunitarios. A la vez, los planes de trabajo se definen conjuntamente, mejorando la calidad de las intervenciones. Esta metodología singulariza el trabajo social dentro de la XSMiA y es uno de los rasgos distintivos del modelo gerundense.

Otra de las dificultades mencionadas por las entrevistadas durante esta etapa es una cierta sensación de soledad y la falta de apoyo, puesto que la mayoría eran las únicas profesionales de su disciplina en el equipo, a diferencia de otros con varios profesionales. Además, a pesar de que el trabajo social ya contaba en este momento con una cierta trayectoria en el sector, las trabajadoras sociales continúan identificando profesionales que desconocen su rol y funciones:

La gente no sabía qué era. Recuerdo que nos veían como tramitadores de pagos. [...] No se veía la parte terapéutica de nuestro trabajo (I-11).

Aun así, poco a poco, las diferentes disciplinas van percibiendo la contribución positiva de la figura de la trabajadora social, puesto que el hecho que el paciente disponga de los recursos sociales necesarios contribuye a visualizar la contribución y a dotar de más reconocimiento y poder a los profesionales.

4.3. 2003-2019: La consolidación del trabajo social

En el año 2003 toma el relevo de la XSMiA el Dr. Claudi Camps, un psiquiatra comprometido con la mirada rehabilitadora y recuperadora, con la intención de potenciar los recursos comunitarios. A pesar de la voluntad de cambio de la dirección, el estallido de la crisis económica del 2007 conllevó una reducción económica de aproximadamente seis millones de euros, que afectó el despliegue y la consolidación de los recursos comunitarios y la contratación de nuevos profesionales. A pesar de las dificultades mencionadas, a principios de esta etapa se empiezan a desplegar nuevos programas, como los Equipos de Intervención Precoz a la Psicosis (EIPP), o el Programa de Apoyo de Salud Mental a la Primaria (PSP).

En este periodo, distintas normas y convenciones impulsan una mejora en el abordaje de la dolencia mental. En primer lugar, se aprueba la Declaración de Helsinki (2005), que fija la salud mental como prioridad; en segundo lugar, la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (2006); y, finalmente, en 2006 se aprueba el primero Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña (PDSMA), para la atención a las personas con trastorno mental y adicciones. Este último documento define el modelo de atención y organización de servicios y apuesta por abordar los problemas de salud mental desde las políticas públicas, con una perspectiva integradora, por

el respeto de los derechos humanos, y el rechazo del estigma y de la discriminación. Para hacerlo propone el despliegue de políticas de promoción y prevención, así como la implementación de modelos de atención comunitaria y multidisciplinares (Departament de Salut, 2006, p. 5)⁴.

En el año 2013 la XSMiA participa en el Proyecto REFINEMENT, un análisis comparativo sobre la eficiencia y calidad en la atención a la asistencia a la salud mental, en qué participaron ocho regiones europeas de distintos estados (Reino Unido, Finlandia, Italia, Francia, Austria, Rumanía, Noruega y España). El modelo gerundense se situó como adalid, convirtiéndose en referente mundial en la atención a la asistencia a la salud mental (Kalseth y Magnussen, 2013). La investigación reconocía el valor de la atención comunitaria basada en un modelo sin larga estancia psiquiátrica, con recursos de proximidad, capaz de garantizar el acceso a las intervenciones en psicoterapia, la rehabilitación psicosocial en los TMS y promotor del acceso a una vivienda digna, a un trabajo y al ocio. En 2017 el Departamento de Salud aumenta de manera considerable la financiación de la Xarxa, cosa que facilita el despliegue de nuevos programas y servicios, y la contratación de personal, entre los cuales, nueve trabajadoras sociales.

De este modo, la aprobación de nuevas normas internacionales, la reformulación de las políticas catalanas y la recuperación de la financiación, permitieron reforzar la apuesta por el modelo de atención comunitario.

4.3.1. La situación actual

Gran parte de esta etapa se ha visto afectada por los efectos directos e indirectos de la crisis económica. El recorte presupuestario que se llevó a cabo durante el periodo más intenso de la crisis, entre el 2007 y el 2017, empuja, sobre todo a las trabajadoras sociales, a trabajar en un contexto de más precariedad: un número inferior de profesionales de los deseados para realizar intervenciones fuera de la atención directa, más presión asistencial a causa del incremento de los trastornos mentales más frecuentes, y menos oportunidades formativas y de cura por el puesto de trabajo a causa de la falta de tiempo. Así lo expresa una de las entrevistadas:

[...] la cantidad de gravedad y de sufrimiento por hora de trabajo mío era realmente... Hemos sufrido mucho aguantándonos como podíamos (I-11).

El incremento presupuestario del 2017 permite ampliar el despliegue de recursos con la puesta en funcionamiento del Programa de Servicios Individualizado (PSI), o el Equipo de Salud Mental a las personas sin hogar (ESMAS). Simultáneamente, se amplían las ratios de trabajadoras sociales, cosa especialmente valorada por los entrevistados. La XSMiA inicia la etapa con 17 trabajadoras sociales y, en 2019, dispone de 37, algunos

⁴ Otras medidas posteriores fueron: Plan Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental y Adicciones de 2010; el Acuerdo con las entidades sociales del documento de Priorización de Actuaciones para el Periodo 2014-16; y finalmente el Documento de Estrategia 2017-19.

con dedicación completa y otras parcial. Aun así, algunas entrevistadas afirman que el incremento de personal ha sido limitado y desigual en comparación con otras profesiones, lo que los ha hecho ir “desfasados” respecto a otros grupos profesionales (I-5). Otros añaden que, entre 2017 y 2019, se han cubierto las faltas que se reclamaban antes del inicio de la crisis, por lo cual hoy en día, con el aumento de población con trastorno mental, hace falta nuevamente un incremento de trabajadores sociales y de los recursos vinculados.

En cuanto a los nuevos servicios, el PSI interviene con personas con TMS con “el objetivo primordial de adaptar los servicios sanitarios y sociales a las necesidades concretas de cada paciente y acercarlos tanto como sea posible a su medio natural, para consolidar la continuidad asistencial” (CatSalut, 2003, p. 5). Se requiere que el gestor o coordinador disponga de “titulación superior o diplomatura, [...] experiencia y conocimientos sobre la salud mental, la organización de los servicios especializados y del resto de servicios comunitarios...” (CatSalut, 2003, p. 19). Es decir, a pesar de que la naturaleza del trabajo social sanitario encaja con esta figura, no es específico para él. En este sentido, la XSMiA incorpora una trabajadora social en este programa, ante el cual la mayoría de profesionales se muestran en desacuerdo:

La esencia del trabajo social es el *case work* [...]. Somos las que mejor sabemos hacer este trabajo [...] es nuestra filosofía de trabajo (I-5).

Sin embargo, algunas profesionales creen que se asignan tareas de gestión de casos propias de los profesionales de la enfermería o del trabajo social a otros profesionales que no están calificados para ejercerlas. Muchas profesionales reconocen que el programa funciona, lo que ha incrementado su volumen de casos.

En relación con las funciones, las trabajadoras sociales llevan a cabo tareas asistenciales, de coordinación y participación, de docencia e investigación, de planificación y organización, de evaluación y de gestión. Todas son valoradas como importantes, pero dependiendo del servicio se hacen más o menos.

Como ya hemos avanzado, buena parte de su actividad se concentra en funciones asistenciales y de atención directa, a causa de la falta de profesionales. De este modo, las visitas domiciliarias, el trabajo grupal, y la intervención comunitaria, a pesar de ser consideradas como algo muy importante, se han reducido. Se admite que no siempre se invierte el tiempo necesario. Sobre la prevención y la promoción de la salud mental desde la vertiente propia del trabajo social, se lleva a cabo principalmente realizando seguimiento indirecto de los pacientes a través de coordinaciones; mediante la atención directa a los pacientes, pero sin un programa específico; y con la interacción profesional. En este sentido, algunas de las profesionales echan de menos programas específicos enfocados a las poblaciones más vulnerables.

La coordinación y la participación son dos elementos muy valorados por las profesionales. Las reuniones de equipo se consolidan, y la mayoría participa activamente aportando la perspectiva del trabajo social. Como se ha visto en etapas anteriores, la representación de las trabajadoras sociales estaba en minoría respecto a otras disciplinas profesionales. En esta etapa, crecen los equipos con más de una profesional, cosa que se vive como muy positiva. Entre los servicios comunitarios y hospitalarios de la XSMiA sigue habiendo coordinación, a pesar de que no siempre es fácil disponer de tiempo para hacerlo y se corre el riesgo de perderlo. A su vez, se coordinan con servicios externos a la red, como servicios sociales, atención primaria o recursos específicos. Finalmente, respecto a la participación, las profesionales son presentes en mesas de salud mental y adicciones, en el Col·legi de Treball Social, o en grupos de trabajo y comisiones técnicas territoriales. Finalmente, las profesionales lamentan no poder participar en espacios de decisión estratégica.

La docencia y la vinculación con la universidad toma fuerza entre los profesionales, sobre todo a partir del inicio de los estudios de grado de Trabajo Social en la Universitat de Girona, a mediados de esta etapa. Entre otros, algunas participan como profesoras en diferentes asignaturas, o como tutoras de Prácticum. Además, imparten formación interna a residentes en la XSMiA y a otros compañeros, y externa a servicios del territorio. En cuanto a la investigación, si bien algunas han llevado a cabo, en términos generales se practica de manera esporádica y habitualmente por iniciativa propia, a pesar de que hay una voluntad por parte de las profesionales de incrementarla (Colectivo de trabajadores y trabajadoras sociales del Instituto de Asistencia Sanitaria, 2014). En cuanto a la evaluación, muchas analizan los mismos registros de actividad, valoran los resultados y hacen propuestas de mejora. Finalmente, en cuanto a la gestión, tan solo una trabajadora social ejerce como jefa de servicio.

El hecho de que la mayoría de las tareas que llevan a cabo sean asistenciales es lo que más angustia a las participantes. Señalan la falta de profesionales sociales como origen de la sobrecarga, lo que ha impedido llevar a cabo otro tipo de intervenciones, que a la vez son menos valoradas:

[...] vas saturado a nivel asistencial, no puedes hacerlo. No es por falta de ganas... [...]. A todas nos gustaría (I-2).

Muchas veces no nos creemos que podemos hacer algunas cosas de otro modo [...] se pueden hacer muchas cosas aquí, es más un chip nuestro [...] lo usamos como excusa, porque el tiempo lo encuentras. Es una cuestión de prioridades (I-10).

Otros mencionan que no se han sabido transmitir los beneficios que implica la intervención social para la persona; o incluso los beneficios de estas intervenciones en términos de rentabilidad económica. Es decir, que no han sido capaces de transmitir que determinadas intervenciones sociales pueden contribuir a reducir el número de ingresos hospitalarios o que sean de una duración inferior; con el beneficio económico que esto conlleva.

En los equipos, la mayor parte de las participantes manifiestan sentirse valoradas, a pesar de que todavía se percibe la existencia de jerarquías entre profesiones y una cierta confusión respecto a las funciones. Al mismo tiempo, algunas trabajadoras sociales se sienten cuestionadas en determinadas ocasiones por otros profesionales:

[...] los temas sociales son los únicos en los cuales todo el mundo se atreve a opinar (I-6).

En cuanto a la dirección, hay un reconocimiento y valoración de su tarea. Aun así, muestran la necesidad de disponer de un canal de comunicación reglado con la dirección de la XSMiA y una participación mayor en la toma de decisiones que les afectan directamente.

El aumento de la implicación y la participación de usuarios y familiares en el abordaje de la dolencia es uno de los cambios relevantes de este periodo. Actualmente, los pacientes opinan sobre qué tipo de salud mental y tratamiento quieren, y no se resignan a un rol pasivo respecto a lo que se les impone:

Ahora sí que nos encontramos ante un momento en que por fin ellos ponen voz. Ahora es el momento en que la lucha contra el estigma puede avanzar (I-9).

Finalmente, en cuanto a la relación entre trabajadoras sociales, se siguen realizando encuentros periódicos del colectivo, pero el incremento de profesionales, la falta de liderazgo y la actual carga asistencial ponen en entredicho su continuidad.

5. Conclusiones y retos de futuro

Tal y como se ha analizado a lo largo del artículo, la figura de la trabajadora social y la inclusión de la profesión en la XSMiA de Girona cuenta ya con más de cuarenta años de trayectoria. En el análisis, se han identificado tres grandes etapas históricas, de las cuales destacaríamos:

Una etapa inicial, entre 1974 y 1986, en la que el trabajo social se introduce en el ámbito de la salud mental, en un contexto con voluntad de cambios que se materializan con la descentralización de la asistencia del hospital psiquiátrico a los dispensarios comunitarios. Un segundo momento, entre 1986 y 2003, en el que la apertura de nuevos servicios a la comunidad, la apuesta por la rehabilitación psicosocial y la recuperación, y la desinstitucionalización facilitan la delimitación del papel de las trabajadoras sociales en los equipos. Finalmente, una tercera etapa en la que el trabajo social se consolida como disciplina en el ámbito de la salud mental, tal y como lo hace el “modelo gerundense”, pero donde el contexto de crisis empuja su figura a la realización de actividades asistenciales, en detrimento del resto de actividades que se llevaban a cabo en la etapa anterior.

Tabla 1: Evolución histórica del trabajo social en la XSMiA de Girona

	1.ª ETAPA (1974-1986)	2.ª ETAPA (1986-2003)	3.ª ETAPA (2003-2019)
A destacar del TS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ introducción en el ámbito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definición del rol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ consolidación de la figura
Actividades principales del TS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asistencial ▪ coordinación y participación ▪ planificación y organización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asistencial ▪ coordinación y participación (equilibrio) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asistencial ▪ coordinación y participación
Dificultad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ incipiencia del TS en el ámbito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falta de representación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ crisis económica ▪ sobrecarga ▪ crecimiento del colectivo
Modelo organizativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ modelo tipo francés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ transición de modelo francés a inglés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ modelo tipo inglés
A destacar de la XSMiA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ descentralización ▪ aparición dispositivos comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nueva sectorización ▪ rehabilitación y recuperación ▪ desinstitucionalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ reconocimiento del modelo ▪ inyección de capital (2017) ▪ empoderamiento pacientes

Fuente: Elaboración propia.

En términos generales se constata que la figura del trabajo social en la XSMiA está consolidada, a pesar de que todavía hay aspectos a mejorar. A pesar de que disfruta de un reconocimiento institucional, así como del resto de disciplinas con las que convive, la indefinición de la profesión en el ámbito sanitario es un elemento que dificulta la delimitación de sus funciones y el tipo de intervenciones que le son propias. Un hecho, por otro lado, similar al mismo sistema de Servicios Sociales, un sector que tradicionalmente ha tenido dificultades para definir su perímetro y objeto, con todo lo que esto conlleva (Peregrino, 2015). Del mismo modo, los profesionales manifiestan cierta incapacidad de modificar la tipología de intervención a causa, entre otros, de la sobrecarga derivada de la crisis económica de los últimos años.

Las profesionales del trabajo social afirman que los profesionales clínicos, con más recorrido en el sector de la salud mental, tienen más poder y reconocimiento que el trabajo social. Aun así, la mirada externa a la dinámica clínica que aporta el trabajo social a los equipos implica un salto cualitativo en las intervenciones multidisciplinares (I-3). Según las profesionales, uno de los retos de futuro es conseguir que el trabajo social sea reconocido como una profesión sanitaria, del mismo modo que el resto de profesiones con las que convive. Este reconocimiento haría posible una formación especializada en el ámbito de la salud mental, la conocida como

“residencia” que ya llevan a cabo enfermeros, médicos o psicólogos. Estas profesionales consideran que esto facilitaría el desarrollo de la disciplina y los equiparía con el resto de profesionales clínicos. Incluso, algunas piensan que facilitaría su acceso a lugares estratégicos de responsabilidad y gestión. De algún modo, se espera que la especialización ayude a singularizar el trabajo social en este ámbito, y a legitimar la profesión.

Las profesionales identifican otros retos clave en la materia, como los posibles cambios respecto a la manera de abordar la autonomía de las personas con trastorno mental, la incorporación de una figura que represente al colectivo de trabajadoras sociales para dar respuesta al crecimiento del colectivo en la XSMiA, el tratamiento de la cronicidad y los nuevos trastornos, o cambios en la forma que convergen los servicios sociales y el ámbito de la salud.

Referencias bibliográficas

- Aparicio, V. (1980). Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Salt. En González de Chávez (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica* (p. 553-565). Madrid: Editorial Mayoria.
- Aparicio, V. (2019). Salt: una institució qüestionada. *Revista de Girona*, 313, 63-67.
- Capellá, A. (2001). La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 79, 101-128.
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *V Xerte*, 38. Recuperado de <http://www.margin.org/suscri/margen77/carballeda77.pdf>
- Castells, N., Puigdevall, N., i Reixach, F. (1989). *L'Hospital Santa Caterina de Girona*. Girona: Diputació de Girona
- CatSalut. Servei Català de la Salut (2003). Pla de Serveis Individualitzats (PSI). *Quaderns de salut mental 2*. Barcelona: Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
- Colectivo de trabajadores y trabajadoras sociales del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona (2014). Documento base: Plan funcional (Documento interno de trabajo inédito). Salt: Instituto de Asistencia Sanitaria.
- Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. (2001). *Funcions del Treballador Social al camp de la Salut Mental*. Barcelona: Grupo de Trabajo de Sa-

- lud Mental. Recuperado de <http://www.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-salud-mental>
- Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (2016). Intervención de Trabajo Social en Salud Mental. Actualización del Monográfico 2: *Funcions del Treballador Social en el Camp de la Salut Mental*. Barcelona: Grupo de Trabajo de Salud Mental.
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- Departament de Salut (2006). *Pla Director de Salut Mental i Addiccions*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacatalan.pdf>
- Diputació de Girona (1984). *Memòria-Projecte de la Xarxa Psiquiàtrica de les comarques gironines dependent de la Diputació de Girona*. Girona: Diputació de Girona.
- Espino, A. (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría* 22(81) 39-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4531200>
- Fernández, X. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 145, 48-58.
- Garcés, E. (2007). La especificidad del trabajador social en salud mental ¿Un rol reconocido? *Trabajo Social y Salud*, 56, 309-332.
- Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 332-352.
- Gil, R. M., i Boadas, J. (1987). *El Psiquiàtric de Salt: Cent anys d'història*. Girona: Diputación de Girona; Instituto de Asistencia Sanitaria.
- Gil, R. M., Masferrer, M., i Vilà, T. (2019). El model gironí d'assistència psiquiàtrica. *Revista de Girona*, 313, 58-93.
- Gili, M., García, J., i Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es-crisis-economica-salud-mental-informe-articulo-S0213911114000454>
- Gisbert, C., i Cid, J. (2010). Evaluación en unidades de rehabilitación hospitalaria: un balance entre síntomas, funcionalismo, necesidades, expectativas y soporte comunitario. En M. Vargas i R. Touriño (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación psicosocial* (p. 213-231). Valladolid: FEARP.
- Gisbert, C., i Cid, J. (2012). Salud Mental Comunitaria: El Modelo de Girona. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(1).

- González, D. (2008). *La Fageda, història d'una bogeria*. Barcelona: La Magrana.
- Instituto de Asistencia Sanitaria (1992). *Memòria 87-92: Xarxa de Salut Mental*. Girona: Diputació de Girona.
- Ituarte, A. (1982). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Ituarte, A. (1994). El papel del trabajador social en el campo sanitario. *Trabajo Social y Salud*, 20, 275-290.
- Kalseth, J., i Magnussen, J. (2013). *The REFINEMENT decision support toolkit for improving the financing of mental health care. The manual*. Recuperado de http://www.refinementproject.eu/APPENDIX_REFINEMENT_Decision_Support_T
- Mauri, D., i Rotelli, F. (1987). Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista de Asociación de Neuropsiquiatría*, 7(21).
- Méndez, R., Wraage, D., i Costa, A. M. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 17(1), 407-435.
- Miranda, X. (2017). *Treball social en salut mental a Catalunya: una anàlisi de la disciplina a partir dels discursos professionals* (Tesis doctoral). Universidad de Lleida, Lleida.
- Pelegri, X. (2015). Repensant la política de serveis socials per a un canvi d'època. *Revista de Pedagogia i Treball Social. Revista de ciències socials aplicades*, 4(1), 52-73.
- Richmond, M. (1993). *El caso social individual* (3.^a ed.). Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Richmond, M. (2005). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Rotelli, F., Leonardis, O., i Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 165-187. Recuperado de <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2018/02/F.-Rotelli-O.-De-Leonardis-D.-Mauri-Desinstitucionalizacion-otra-viareforma-psiquiatrica-italiana-en-el-contexto-de-la-europa-occidental-y-de-los-paises-avanzados.pdf>
- Sambola, A. (2019). El manicomi de Salt. *Revista de Girona*, 313, 60-62.
- Ureña, A. (2006). L'especialitat: un requeriment per al Treball Social en Salut Mental. *Revista de Treball Social*, 178, 35-41.

Ureña, A. (2010). La salud mental del Trabajo Social en Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 353-360.

Vallhonrat, A. C., Pérez, M. F. M., i Aguado, J. M. (2012). Los centros de salud mental en la XSM-IAS de Girona. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(1), 23-40.

Estructuras de trabajo en red con infancia y adolescencia en Cataluña. Aportaciones de un estudio piloto

Networking structures involving children and adolescents in Catalonia. Contributions from a pilot study

Conxita Vila Vila¹

ORCID 0000-0003-4812-4881

José-Manuel Alonso Varea²

ORCID 0000-0002-0595-8889

Eveline Chagas Lemos³

ORCID: 0000-0001-5591-908X

Recepción: 28/06/19. Revisión: 15/11/19. Aceptación: 18/11/19

Para citar: Vila Vila, C., Alonso Varea, J.-M., i Chagas Lemos, E. (2019). Estructuras de trabajo en red con infancia y adolescencia en Cataluña. Aportaciones de un estudio piloto. *Revista de Treball Social*, 217, 97-117. DOI: 10.32061/RTS2019.217.05

Resumen

Constituidas la Mesa Nacional de Infancia y, posteriormente, las 6 mesas territoriales, no sabemos ni el número ni la situación de las mesas locales, así como tampoco sabemos ni el número ni la situación de las redes de infancia y adolescencia. Desde el Máster en Prevención y Tratamiento de la Violencia Familiar (IL3-Universitat de Barcelona) vimos la necesidad de identificar las mesas y redes locales de infancia en Cataluña para poder elaborar un diagnóstico inicial, y a partir de esto diseñar un estudio más completo e influir en políticas públicas de infancia, adolescencia y familias.

Este artículo presenta el resumen de los resultados conseguidos. Se ha llevado a cabo sin presupuesto, como una aportación voluntaria para la mejora de las políticas públicas. Se ha invitado a participar a las 103 áreas básicas de servicios sociales en Cataluña, 43 de las cuales respondieron.

1 Diplomada en trabajo social. cvilavila@gmail.com

2 Psicólogo. Director del Máster en Prevención y Tratamiento de la Violencia Familiar, Universidad de Barcelona - IL3. josem@alonsovarea.com

3 Trabajadora social y psicóloga. Universidad de Barcelona - Unidad de Formación e Investigación en Trabajo Social. echagas@ub.edu

Esto permitió identificar 34 redes y mesas comarcales y municipales. Las variables que hemos analizado son: año de creación, origen de la iniciativa, presupuesto, objetivos, estructura, participantes, actividades, coordinación con otras redes, espacios de participación de los niños y adolescentes, evaluación, puntos fuertes y aspectos a mejorar. Hemos creado dos niveles de análisis, diferenciando por ámbito territorial y distinguiendo entre mesas y redes.

Se constata la necesidad de apoyo público a estas iniciativas para poder dar respuesta adecuada al mandato de la Ley de derechos y oportunidades de la infancia y adolescencia (2010). Como consecuencia de este análisis, hemos elaborado varias propuestas de mejora para las mesas y redes.

Palabras clave: Trabajo en red, profesionales, infancia, adolescencia, familias.

Abstract

Once the Catalan Board for Childhood and, subsequently, the six regional boards were set up, we had no knowledge of the number of and situation surrounding regional boards, or indeed the number of and situation surrounding childhood and adolescence networks. Those of us involved in the Master's Degree in Prevention and Treatment of Family Violence (IL3-University of Barcelona) saw the need to identify local networks and boards for childhood in Catalonia in order to draw up an initial diagnosis and, on that basis, to design a more comprehensive study and bring about an influence on public policies for childhood, adolescence and families.

This article sets out a summary of the results gleaned. It has been carried out with no funding as a voluntary contribution to the improvement of public policies. The 103 basic social services departments in Catalonia were invited to participate, of which 43 responded. This made it possible to identify 34 county-wide and municipal networks and boards. The variables we analysed are as follows: year of establishment, origin of the initiative, budget, objectives, structure, participants, activities, coordination with other networks, forums for participation from children and adolescents, assessment, strengths and aspects for improvement. We established two levels of analysis, distinguished according to regional area and between networks and boards.

The need for public support for these initiatives is identified in order to provide an adequate response to the mandate established in the law on rights and opportunities for childhood and adolescence (LDOIA, 2010). As a result of this analysis, we have drawn up several proposals for improvement for the various boards and networks.

Keywords: Networking, professionals, children, adolescents, families

Introducción

El trabajo en red para promover el bienestar infantil parte de reconocer que solos no tenemos suficiente conocimiento ni poder, que hay que superar las resistencias, establecer sinergias y tener una mirada que ponga a los niños, los adolescentes, las familias y las comunidades en el centro, y que vaya más allá de los intereses individuales de cada institución y ente. En resumen, nos tenemos que dedicar más a sumar y multiplicar.

Los y las profesionales del ámbito social hace décadas que nos planteamos la necesidad de ordenar la tarea que realizábamos de coordinación y cooperación entre todos los ámbitos de atención a la infancia y la adolescencia. Esta necesidad está inspirada en el trabajo comunitario y en la incorporación de las dimensiones física, psíquica, social y espiritual a la definición de *bienestar*.⁴

El largo de los años se han dado muchas experiencias de trabajo en red y de trabajo comunitario que han permitido visibilizar los resultados de una mejora en la planificación, la atención, la rentabilización del tiempo y de una satisfacción mayor tanto para las personas atendidas como para los profesionales, al mismo tiempo que tal y como señala periódicamente el Sindic de Greuges –la última vez, este año–, deberían tomarse medidas para evitar duplicidades o contradicciones en las intervenciones profesionales. Se han hecho varias aproximaciones a las tipologías de trabajo en red (Ubieto, 2007), pero la mayoría de veces se han centrado en el trabajo de caso y no se han pensado tanto en un sentido amplio del trabajo comunitario.

El año 2010 nos alegró con el marco legal que la LDOIA (Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades de la infancia y la adolescencia) dio para la constitución de las mesas de infancia y adolescencia. Las mesas permiten ejecutar la ley en la promoción, participación, prevención, protección y provisión en aquellos aspectos que no se pueden prestar desde un único ámbito.

En concreto, el artículo 26.1.c de la LDOIA establece que las mesas de infancia son órganos que se constituyen para coordinar, impulsar y promover las políticas de infancia. Entre sus funciones principales, hay la “coordinación de todos los agentes implicados para potenciar el trabajo en red, en especial en los ámbitos de la educación, salud, seguridad, trabajo, juventud y mujeres que afectan a los niños y a los adolescentes del territorio”.

Posteriormente, el Decreto 250/2013, del 12 de noviembre, de la Mesa Nacional y las mesas territoriales y locales de infancia establece este orden jerárquico: la Mesa Nacional, las mesas territoriales y las mesas locales de infancia y adolescencia. Establece, también, quién forma

⁴ Esta definición de *bienestar* fue consensuada en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, celebrado en Perpiñá, en 1976.

parte y cuáles son los objetivos. Las funciones de las mesas territoriales son las siguientes:

- a) Elaborar, en el territorio de referencia y de acuerdo con las directrices de la Mesa Nacional de la Infancia de Cataluña, el programa de coordinación de las distintas administraciones e instituciones en la promoción social de la infancia y la adolescencia, y también de la detección y la intervención ante posibles situaciones de riesgo o desamparo, especialmente en cuanto a los maltratos infantiles.
- b) Coordinar los diferentes equipos, servicios y agentes del territorio implicados para potenciar el trabajo en red, en especial en los ámbitos de la educación, la salud, la seguridad, el trabajo, la juventud y las mujeres, que afectan la infancia y la adolescencia del territorio, y mejorar los programas de participación, prevención, promoción, detección y protección de la infancia y la adolescencia.
- c) Desplegar, en el territorio de referencia y de acuerdo con las directrices de la Mesa Nacional de la Infancia de Cataluña, los ejes del Plan de atención integral a la infancia y la adolescencia y la coordinación de la planificación local o comarcal de los recursos preventivos en la infancia y la adolescencia, en colaboración con los entes locales.
- d) Informar a la Mesa Nacional de la Infancia de Cataluña sobre el desarrollo del programa de coordinación que prevé el apartado a de este artículo.
- e) Informar a la Mesa Nacional de la Infancia de Cataluña sobre cuestiones planteadas en el ámbito territorial respectivo y elevar propuestas de mejora elaboradas a partir de la práctica cotidiana.
- f) Elevar a la Mesa Nacional de la Infancia de Cataluña las diferencias en la aplicación de circuitos, protocolos y criterios técnicos que no se han podido resolver en el ámbito territorial respectivo.

Y las funciones de las mesas locales de infancia son:

- a) Coordinar los distintos equipos y servicios del territorio para mejorar los programas de participación, prevención, promoción, detección y protección de la infancia y la adolescencia.
- b) Coordinar aquellos casos individuales que requieran una visión global y en los cuales estén implicados varios servicios.
- c) Estudiar casos y analizar alternativas para mejorar las intervenciones coordinadas entre los distintos servicios.
- d) Informar a la mesa territorial sobre las cuestiones planteadas en el ámbito local respectivo y elevar propuestas de mejora elaboradas a partir de la práctica cotidiana.
- e) Elevar a la mesa territorial las diferencias en la aplicación de circuitos, protocolos y criterios técnicos que no se han podido resolver en el ámbito local respectivo.

Los Consejos de Participación Territorial y Nacional de los niños y adolescentes de Cataluña no están incluidos en las mesas territoriales y locales, sino que se crean mediante el Decreto 200/2013, de 23 de julio, que establece las funciones generales de estos órganos. Habiendo sido constituidas la Mesa Nacional de Infancia (el 2014) y las 6 mesas territoriales (el 2015), no sabíamos ni el número ni la situación de las mesas locales, ni sabíamos tampoco el número ni la situación de las redes de infancia y adolescencia, por lo cual nos vimos con la necesidad de llevar a cabo esta investigación inicial el mes de mayo de 2018.

Metodología

Este estudio prioriza un abordaje cualitativo de naturaleza exploratoria, con el que buscamos describir y analizar, a través de una codificación abierta, la diversidad de características de la muestra (Jansen, 2012).

- Los objetivos del estudio fueron:
- Identificar las mesas locales y redes de infancia en Cataluña.
- Elaborar un diagnóstico inicial a partir de variables básicas.
- Diseñar, a partir de este estudio piloto, un estudio más completo.
- Influir en políticas públicas de infancia, adolescencia y familias a partir de la elaboración de propuestas de mejora.

Con tal de recoger los datos, usamos, como instrumento, una encuesta en línea. Este estudio, por sus características, puede ser tipificado, según autores como Jansen (2012), con la etiqueta de encuesta cualitativa.

Para poder tener una mirada lo más amplia posible determinamos como muestra las experiencias encontradas en todo el territorio de Cataluña y para lo cual solicitamos la colaboración de todas las áreas básicas de servicios sociales de las distintas comarcas y municipios. A través de un mensaje de correo electrónico dirigido a la dirección de las áreas básicas, pedimos si en su territorio estaba en marcha alguna red o mesa de infancia, adolescencia y familias y, en caso de ser así, si querían que les enviáramos un breve formulario pidiendo información. De este modo, el estudio de campo se llevó a cabo en dos fases. La primera, con el envío de este mensaje, y la segunda, con el envío del formulario.

Fase 1: De los 103 mensajes de correo electrónico que mandamos a áreas básicas de servicios sociales (municipales y comarcales), recibimos, voluntariamente, 43 respuestas (el 41,7%). De estas, 32 entes locales dijeron que tenían mesas o redes (en total, 44) y 11 dijeron que no tenían ni mesas ni redes (2 dijeron que las tendrían en 2019).

Fase 2: A los 32 entes locales que aceptaron participar de esta fase, les mandamos un formulario a través del software de Google. Recibimos 25 respuestas (el 72% de las encuestas enviadas).

El formulario enviado contenía preguntas abiertas y cerradas. Básicamente, pedimos datos generales sobre la mesa/red (nombre,

localidad, ámbito, año de creación, objetivos, participantes, etc.), hicimos preguntas sobre la estructura de la red (coordinación, secretaría, plenario, comisiones, etc.), sobre su funcionamiento (presupuesto, actividades que lleva a cabo, coordinaciones, etc.) y sobre los resultados (puntos fuertes, aspectos a mejorar y evaluación global de la iniciativa).

Hicimos un vaciado de las respuestas y en este artículo presentamos una descripción de las diferentes dimensiones. Además, realizamos un breve análisis de estas dimensiones y proponemos reflexiones que nos animen a seguir reflexionando sobre el tema y a profundizar en algunos aspectos en futuros estudios.

Las personas colaboradoras han sido informadas de los objetivos de la investigación, la participación fue voluntaria y sus datos personales fueron protegidas de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Además, todo el mundo que colaboró en el estudio recibió el informe antes de publicar estos resultados.

Resultados y discusión

Las mesas y redes identificadas en Cataluña

Los resultados obtenidos son representativos de la realidad actual de los municipios y las comarcas de Cataluña, puesto que los entes locales que han respondido representan más de la mitad de la población de Cataluña y, por lo tanto, de la población infantil.

Hay una confusión terminológica y de criterios para definir qué es una mesa y qué es una red, y por eso consideramos importante establecer diferentes criterios para diferenciar las mesas de las redes.

Tabla 1: Diferencias entre mesas y redes

	Mesas	Redes
Ámbito	Comarcal o municipal.	Municipal, distrito o barrio.
Población foco	Toda la infancia y la adolescencia con visión amplia del bienestar (participación, prevención, promoción, protección).	Especialmente la infancia y adolescencia en situaciones de riesgo.
Participación	Servicios, entidades, infancia y familias.	Servicios y algunas entidades.
Función principal	Diagnóstico, planificación y evaluación de políticas de infancia.	Coordinación profesional entre diferentes ámbitos.
Nivel de formalización	Implicación institucional (órgano colegial) (LDOIA, art. 26).	No hace falta formalización, puede ser solo iniciativa de profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

Analizando las 34 respuestas recibidas, asignamos la categoría de mesa o red según si cumplían la mayoría de los criterios establecidos previamente. Sin embargo, pudimos identificar que las mesas, mayoritariamente, se autodenominan así, y que encontramos algunas redes autodenominadas mesas. Así mismo, encontramos algunas mesas autodenominadas redes.

Identificamos el mismo número de mesas (17) que de redes (17) y, actualmente, a partir del retorno a los participantes de los resultados de este estudio, estamos validando conjuntamente esta propuesta de clasificación.

Teniendo en cuenta el número de habitantes de los municipios, presentamos una mesa donde se puede ver el número de iniciativas dentro de las áreas básicas de servicios sociales:

Tabla 2: Las mesas y redes de los municipios de Cataluña

Áreas básicas de servicios sociales / Número de habitantes	Mesas y redes que han respondido al formulario (34)	Mesas y redes en proceso de creación (2)
Barcelona (más de 1.000.000 de habitantes)	Barcelona (11 redes) (supone el 32,4% de la muestra)	
Municipios de más de 100.000 habitantes.	Badalona L'Hospitalet (2 redes) Mataró Reus	
Municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes.	El Prat de Llobregat Cornellà de Llobregat	Sant Cugat del Vallès
Municipios entre 20.000 y 50.000 habitantes	Manlleu Amposta Olesa de Montserrat Pineda de Mar Martorell Sant Adrià de Besòs Montcada i Reixac	Vic
Comarcales y municipios de menos de 20.000 habitantes	Pla de l'Estany Garrotxa Baix Empordà Solsonès Alt Penedès Osona Badia del Vallès (Vallès Occidental) Centelles (Osona) Torelló (Osona)	

Fuente: Elaboración propia.

Así, considerando el ámbito territorial (comarcas, municipios, distrito y barrios), encontramos este número de mesas y redes:

Tabla 3: Ámbito territorial de las mesas y redes que participaron en el estudio

	Total	Comarcales	Municipales	Distrito	Barrio
Mesas	17	3	11	2	1
Redes	17	3	6	2	6
Total	34	6	17	4	7

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los criterios que consideramos fundamental en la creación de las mesas y redes es a quién va dirigido. A continuación, presentamos el número de mesas y redes identificadas en el estudio y distinguimos si van dirigidas a toda la infancia o solo a la infancia y la adolescencia en situaciones de riesgo social.

Tabla 4a: Mesas y redes de Cataluña dirigidas a toda la infancia y adolescencia

Dirigidas a toda la infancia y adolescencia	
Mesas	Redes
1. Taula d'Infància i Adolescència de Badalona (TIAB) http://tiab-badalona.cat	1. Xarxa d'Infància i Adolescència de Sarrià-Sant Gervasi www.xiass.cat
2. Taula d'Infància, Adolescència i Famílies (TIAF) de La Marina www.tiaflm.org/	2. Xarxa d'Infància del Gòtic (XIG)
3. Taula Sectorial d'Infància i Adolescència del Consell Municipal de Serveis Socials L'Hospitalet	3. Xarxa d'Infància de Sants
4. Taula Tècnica d'Infància de Cornellà de Llobregat (TTIC) www.cornella.cat/ca/Consellsserveissocials.asp	4. Xarxa Infància, Adolescència i Joventut (XIAJ) Bon Pastor, XIAJ Baró de Viver, XIAJ Trinitat Vella
5. Taula d'Infància de Mataró	
6. Taula Local d'Infància de Reus	
7. INTERXARXES Horta-Guinardó www.interxarxes.com	
8. Xarxa d'Infància i Adolescència de Les Corts	
9. Xarxa d'Infància i Adolescència de Martorell	
10. Xarxa Socioeducativa-Pla Educatiu d'Entorn, Olesa de Montserrat www.olesademontserrat.cat/files/doc26454/document-explicatiu-xarxa-10-19.pdf	
11. Taula d'Infància de la Garrotxa www.Taulainfanciagarrotxa.cat	
12. Taula d'Infància, Adolescència i Famílies d'Osona, (TIAF)	
13. Taula d'Infància i Adolescència del Pla de l'Estany	
14. Xarxa d'Infància, Adolescència i Família Torelló (XIAFT)	
15. Xarxa Infància i Adolescència Centelles (XIAC)	

Tabla 4b: Mesas y redes de Cataluña dirigidas a la infancia y adolescencia en situación de riesgo

Dirigidas a infancia en situaciones de riesgo	
Mesas	Redes
1. Taula d'Infància Montcada i Reixac https://www.montcada.cat/ajuntament/organs-de-participacio/Ta-bla-dinfancia.html 2. Xarxa Infància i Adolescència de Manlleu (XIAM) https://manlleu-xarxa.wordpress.com/	1. Xarxa d'Atenció a Famílies i Infants en Risc (XAFIR) (Raval, Barcelona) xafir.org 2. Xarxa Bon Tracte (Gràcia, Barcelona) 3. Xarxa d'Infància del Casc Antic (XICA) 4. Xarxa d'Oportunitats 0-18 Zona Nord (XAPÓ) (Nou Barris, Barcelona) 5. Xarxa Local dels Serveis d'Infància i Adolescència per a la detecció i prevenció de situacions de risc i/o maltractaments El Prat de Llobregat 6. Xarxa Local d'Infància L'Hospitalet 7. "El Tresmall", Xarxa d'Infància, Adolescència i Família en Risc Pineda de Mar 8. Amposta 9. Taula d'Infància i Adolescència en Risc Sant Adrià de Besòs (TIRSAB) 10. Taula d'Infància i Adolescència de Badia del Vallès 11. Taula d'Infància i Adolescència de l'Alt Penedès 12. Taula d'atenció als infants en situació de risc social Solsonès 13. Comissió Tècnica d'Infància Comarcal (CTIC) Baix Empordà

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas recibidas indican que la comunicación entre las mesas territoriales y las mesas locales es escasa o nula. Aunque la mayoría de mesas y redes están dirigidas a toda la infancia y adolescencia (56%), hay un porcentaje significativo (44%) que solo atiende la infancia y adolescencia en situaciones de riesgo. Las mesas están dirigidas, mayoritariamente, a toda la infancia mientras que las redes están dirigidas a infancia en situaciones de riesgo. Consideramos que el nivel comarcal se corresponde más con las estructuras de mesa que no de red, a pesar de que en la muestra encontramos tres mesas comarcales y tres redes comarcales, teniendo en cuenta que tendrían que garantizar una visión sobre toda la infancia y la adolescencia de la comarca y no solo sobre la que está en situación de riesgo.

Las principales características de las mesas y redes

Establecimos algunos elementos para dar más visibilidad y forma a las mesas y redes, como la estructura, las coordinaciones, el presupuesto, los participantes, etc. A continuación, presentamos una tabla con los resultados encontrados a partir de los criterios establecidos por el equipo que llevó a cabo el estudio:

Tabla 5: Elementos/características encontradas en las mesas y redes catalanas

	Mesas (17)	Redes (17)
Influencia LDOIA (2010) en su creación	Sí.	No.
Secretaría técnica	10	2
Evaluación	12	7
Web/blog	6	2
Coordinación con otras redes del territorio	13	12
Presupuesto	4 (3 Bcn)	8 (6 Bcn)
Participación familias	7	–
Participación niños y adolescentes	5	1
Participación entidades	10	13
Tendría que participar alguien más	11	8
Comarcales	3	3

Fuente: Elaboración propia.

Tuvimos un interés especial para saber si estas estructuras se habían creado por influencia de la LDOIA (2010) y por eso les preguntamos el año de creación. Los datos se presentan en la tabla 6.

Tabla 6: Año de creación de las mesas y redes

	Total	Mesas	Redes
Antes 2001	2	1	1
Entre 2001 y 2010	6	1	5
Entre 2011 y 2015	14	9	5
A partir 2016	12	6	6
Total	34	17	17

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las mesas y redes se han creado a partir del 2011, lo que coincide con la aprobación de la LDOIA (2010). En general, las estructuras de trabajo de los consejos comarcales y de los municipios más pequeños empezaron antes. En los municipios mayores, se crean más mesas y redes a partir de 2016.

Mayoritariamente, la iniciativa de creación de estas estructuras proviene de los servicios sociales. En algunas ocasiones se crearon conjuntamente con otros agentes o sectores, como enseñanza y salud. Algunas se crean también a partir de la implicación e iniciativa de los profesionales, como en el Plan de Barrios de Barcelona.

La mayoría de las mesas y redes (61,8%) no tienen presupuesto propio, con las implicaciones que esto puede suponer. La tendencia es que las redes puedan disponer de presupuesto, y cuanto más habitantes tenga el municipio, más posibilidades de disponer de presupuesto. De hecho, de las 12 estructuras que tienen presupuesto, 9 son de la ciudad de Barcelona (6 redes y 3 mesas), y del ámbito comarcal no hay ninguna que tenga.

Las mesas locales, comparadas con las redes, disponen de secretaría técnica, evaluación y web/blog, así como de más participación de las familias y los niños. Tanto las mesas como las redes se coordinan por igual con otras redes del territorio; en cuanto a la participación de entidades, no hay diferencia si se dispone o no de presupuesto (exceptuando el caso de la ciudad de Barcelona).

Los objetivos de las mesas y de las redes: ¿operativos, finalistas o estratégicos? ¿Cómo se lleva a cabo la evaluación?

En el análisis conjunto de todas las estructuras (mesas y redes juntas) encontramos, principalmente, objetivos operativos (coordinar, consensuar necesidades profesionales, dar atención). Después, hay los objetivos finalistas (ejecutar acciones de promoción, prevención y participación de los niños y protección). Los objetivos estratégicos (diagnóstico, planificación y evaluación) son los menos frecuentes. A continuación presentamos una síntesis de los objetivos más señalados por los participantes:

Tabla 7: Objetivos de las mesas y redes

ESTRATÉGICOS	FINALISTAS	OPERATIVOS
		Coordinación territorial (conocimiento de recursos, comunicación, intercambio, mejora del trabajo en red, etc.).
		Consensuar (criterios, herramientas, formas de trabajo conjunto, propuestas, circuitos, etc.). Protección (protocolos de detección, estudio de casos de especial complejidad, etc.).
Diagnóstico de la situación de la infancia (necesidades, problemáticas, etc.).	Prevención de situaciones de desprotección. Promoción del bienestar infantil (sensibilizar sobre derechos, etc.).	Responder a las necesidades de los profesionales (formación, intercambio, espacios, etc.).
Planificación (planes y líneas estratégicas, actuaciones, innovación, etc.). Evaluación del funcionamiento de la red.	Participación (niños, adolescentes, familias).	Atención en general (mejora de recursos, calidad, etc.).

Fuente: Elaboración propia.

Aunque los objetivos **estratégicos** sean los menos frecuentes, consideramos que quizás habría que darles más relevancia.

Sobre la incidencia del funcionamiento y el impacto de estas estructuras, algo más de la mitad (12 mesas y 7 redes) señalan que se realiza algún tipo de evaluación. Además, recogimos datos que apuntan a valoraciones trimestrales, anuales e incluso bianuales, a través de plenarios y jornadas para explicar la tarea llevada a cabo por los grupos de trabajo (con establecimiento de objetivos y temas a trabajar).

Los métodos y las metodologías utilizados en las evaluaciones priorizan los procesos y los instrumentos que permiten encontrar datos tanto cuantitativos como cualitativos y de impacto: recogida documental del número de actividades realizadas, valoraciones elaboradas en los grupos de trabajo, valoraciones de los procesos desde el grupo motor; aportaciones de las secretarías técnicas, etc.

Finalmente, para mejorar la planificación de los objetivos y llevar a cabo la evaluación, los miembros de las mesas y redes de Cataluña señalan

que hace falta más asesoramiento externo para ayudar a los profesionales de los servicios a ver y pensar; así como herramientas para registros, evaluación y supervisión de la implementación de los protocolos.

Consideramos que haría falta, en futuros estudios, profundizar en los resultados que se obtienen en estas evaluaciones. Tenemos la hipótesis que la evaluación se basa, sobre todo, en los *outputs* (las actividades) y muy poco en los *outcomes* (los resultados).

Las estructuras organizativas y participativas de las mesas y redes

En cuanto a las estructuras organizativas, hicimos una pregunta abierta y vimos que las más frecuentes son: plenarios, grupos de trabajo y comisiones. Hay referencias escasas al nivel de responsabilidad político/institucional, que en el caso de las mesas es fundamental.

Tabla 8: Estructuras organizativas de las mesas y redes

	N	%
Plenario(s)	28	26,16%
Grupos de trabajo	25	23,36%
Comisiones	19	17,75%
Coordinación	16	14,95%
Secretaría técnica	11	10,28%
Grupo motor	3	2,80%
Comisión política	2	1,86%
Sin estructura definida	3	2,80%
Total	107	100%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la participación, los profesionales participan en el 100% de las mesas y redes, seguidos de las entidades (en el 64,7% –casi por igual en mesas y redes), de las familias (en el 20,5% –más en las mesas que en las redes) y, finalmente, de los mismos niños y adolescentes (en el 17,6% –más en las mesas que en las redes).

Se pone de manifiesto (el 56% responde afirmativamente) la necesidad de una participación mayor de los niños/adolescentes, familias y entidades (lúdicas, de ocio, deportivas, etc.). Además, se reclama más participación del ámbito judicial (colegio de abogados, fiscalía, juzgados, etc.) y otros agentes (escuelas, casales infantiles del barrio, espacios de cultura y vecinales, CDIAP –Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz), etc.

La cuarta parte de las mesas y redes (73,5%) señalan que están coordinadas con otras redes y mesas del territorio, como las redes jóvenes, las redes de salud mental, las redes de igualdad, otras redes de infancia (pequeña infancia) y gente mayor, así como con las mesas sectoriales

(discapacidad, convivencia, mutilación genital y femenina), las mesas de los planes educativos, de inclusión y cohesión social, las mesas de acción comunitaria o de seguimiento del protocolo de violencia de género, etc.

En la mayoría de territorios hay alguna estructura de participación de los niños y adolescentes, pero generalmente no están vinculados a mesas y redes como un actor más. Las principales denominaciones de estos espacios de participación son:

- Consejo de Niños y Adolescentes / Consistorio infantil –diferenciados por primaria y secundaria (12)
- Consejo Municipal de Jóvenes / Mesa Joven (2)
- Consejo Escolar Municipal
- Asambleas de centro, sectoriales y territoriales
- Consejo Asesor de Niños del Programa Municipal de Infancia y Adolescencia
- Grupos de familias no constituidos como asociaciones que han surgido a partir de alguna actividad de la mesa

¡Consideramos que se tendría que incidir en la participación activa de los niños y adolescentes vinculándolos a mesas y redes como un actor más!

Los puntos fuertes y los aspectos a mejorar en las mesas y redes de infancia de Cataluña

Es muy importante hacer énfasis en las fortalezas de estas estructuras y en el compromiso de las personas que las construyen diariamente. Como puntos fuertes, describimos, por orden de frecuencia y agrupados por nosotros por puntos en común, los principales aspectos:

- La implicación, el interés y la participación activa de la diversidad de los agentes (servicios, profesionales y entidades) de muchos ámbitos relacionados con la infancia y adolescencia; el sentimiento de pertenencia, la posibilidad de crecimiento y consolidación de las estructuras.
- La posibilidad de reflexionar y crear de forma conjunta. La optimización de los recursos, la metodología de trabajo en red que se acaba aplicando en casos más allá de los propios de la red; la creatividad para generar recursos (proyectos, servicios, recursos económicos) para nuevas necesidades fruto de la detección y demanda colectiva.
- La promoción de la cultura del trabajo en red y de la cultura de infancia y adolescencia. La utilización de un lenguaje y mirada compartida, más colaboración y cooperación; incidencia en la perspectiva comunitaria entre distintos ámbitos transversales; la posibilidad de ir más allá del trabajo de casos o individua-

lizado y dar mucha relevancia a otros tipos de estrategias de acción (preventiva, comunitaria...).

- La coordinación regular para el trabajo común con las familias. La integración del trabajo, la confianza y la comunicación entre los profesionales; la cohesión que ayuda a dar más eficacia y coherencia a la atención a familias y niños.
- El funcionamiento y la estructura organizativa. El fortalecimiento de la red técnica; los grupos de trabajo como espacio para planificar objetivos comunes, las decisiones consensuadas, etc.

Es cierto que siempre hay aspectos a mejorar. Las personas que colaboraron en este estudio identificaron muchos de estos aspectos, que presentamos agrupados en cinco categorías: los que hacen referencia a la evaluación, a la comunicación, al liderazgo, a los trabajos en grupo y comisiones y a la participación.

- Por lo que respecta a la evaluación, las propuestas son: mejorar el análisis y la sistematización de los datos; llevar a cabo la revisión de protocolos y de los procesos de trabajo; definir los indicadores de resultados, de proceso y de impacto; disponer de apoyo externo.
- Por lo que respecta a la comunicación, las propuestas son: incrementar la visibilización pública; mejorar la transferencia de conocimiento a los equipos de trabajo; consolidar el trabajo conjunto con otras mesas y redes locales.
- En cuanto al liderazgo, las propuestas son: reforzar el liderazgo político y directivo; que el liderazgo no solo se realice desde servicios sociales o que dependan demasiado de personas concretas (esto es un riesgo para el mantenimiento de las redes).
- En cuanto a la eficacia del trabajo de grupos y comisiones, las propuestas son: que los grupos de trabajo tengan un objetivo y tareas claros; desarrollar comisiones de trabajo en función de las necesidades detectadas en el territorio; mejorar la gestión del tiempo; dimensionar la tarea a realizar con un criterio de viabilidad.
- En cuanto a la participación, las propuestas son: incrementar la participación de niños, jóvenes y familias; incrementar la representación profesional y de algunos sectores y colectivos (como el tercer sector, las escuelas públicas y los institutos y el ámbito judicial).

Conclusiones y propuestas

La construcción de espacios de trabajo en red cuando todos los servicios y entidades tienen este mandato es una paradoja. En este sentido,

para ayudar a superar esta paradoja, las mesas y las redes tienen que ir más allá de la coordinación.

Si no se promueve un cambio cultural profundo, existe el riesgo de generar nuevas estructuras y poner el énfasis en los aspectos puramente organizativos y no en el proyecto compartido y en lo que se puede mejorar o cambiar en él conjuntamente. Las mesas tienen que ser plataformas que permitan trabajar “más” para la infancia y la adolescencia, pero también y sobre todo “mejor” y de distinto modo, innovando, experimentando con nuevas estrategias de intervención, como por ejemplo, la inteligencia colectiva y la gestión del conocimiento, la innovación abierta, etc. Las mesas tienen que ser un lobby, un referente en el territorio para todo aquello que tiene que ver con infancia, la adolescencia y las familias.

A partir de todas las sugerencias de mejora obtenidas en la investigación y añadiendo nuestra visión de conjunto, hacemos las siguientes propuestas para mirar de cumplir con el Decreto 250/2013 y la LDOIA en cuanto a las estructuras de trabajo en red sobre infancia y adolescencia en Cataluña.

Transparencia

Mejorar la transparencia sobre el funcionamiento de las distintas mesas; por ejemplo:

- ¿La Mesa Nacional conoce todas las mesas locales y redes del territorio existentes? ¿Qué servicio o unidad es responsable de apoyar a las diferentes mesas (nacional, territoriales y locales)?
- ¿Hay coordinación entre los distintos niveles de las mesas (nacional, territoriales y locales)? ¿Hay coordinación y comunicación entre las mesas y las redes?
- ¿El trabajo de la Mesa Nacional y de las mesas territoriales se evalúa? ¿Hay sistemas de evaluación del trabajo en red existente en Cataluña?
- ¿Hay un programa de despliegue de las mesas locales?
- ¿Hay presupuesto para la dinamización de las mesas y redes?
- ¿Las 6 mesas territoriales de infancia cumplen sus funciones? (Por ejemplo: ¿elaboran un programa de coordinación de las varias administraciones e instituciones en la promoción social de la infancia y la adolescencia, y de la detección y la intervención ante situaciones de riesgo o desamparo?; ¿despliegan los ejes del Plan de atención integral a la infancia y la adolescencia y la coordinación de la planificación local o comarcal de los recursos preventivos, en colaboración con las entidades locales?)

Liderazgo

1. Liderazgo claro de las políticas de infancia, adolescencia y familias (promoción, prevención, participación, protección, provisión de servicios), evitando duplicidades y vacíos.

- Hay que reforzar el liderazgo político para que estos proyectos y estructuras que tienen vocación de largo recorrido tengan la continuidad que necesitan. No podemos estar poniendo en marcha permanentemente procesos que no perduran, con la sensación que siempre empezamos de nuevo y con la pérdida de credibilidad para el resto de actores de quienes impulsa y lidera.
- Hay que introducir la perspectiva de la infancia y la adolescencia en el debate y en las agendas políticas.
- Que los diferentes sistemas implicados (salud, educación, etc.), que dependen de diferentes administraciones y con organizaciones territoriales diferentes, den la misma importancia a la protección, las urgencias, las derivaciones, etc.

2. Recuperar de una forma práctica la arquitectura que inicialmente se planteó de mesas a distintos niveles (nacional-territorial-local). El diálogo y el intercambio constante entre estos distintos niveles era clave para dar otra dimensión al trabajo desde el ámbito local y para conectar el nivel más amplio o estratégico con la realidad.

- Cumplimiento por parte de la Mesa Nacional de Infancia y Adolescencia de las funciones que le atribuye el Decreto 250/2013. La última memoria es del 2016.⁵
- Cumplimiento por parte de las mesas territoriales de infancia y adolescencia de las funciones que les atribuye el Decreto 250/2013. La mayoría se han reunido solo una vez, cuando se crearon el 2015.
- Ejecutar las normativas vigentes en temas de infancia en todos los ámbitos.

3. Trabajo conjunto entre la Mesa Nacional y las mesas territoriales para:

- Establecer canales de comunicación, por ejemplo: para recoger propuestas de las mesas locales y para dar información a las mesas locales de los acuerdos de las mesas territoriales y de la Mesa Nacional.
- Recibir apoyo (humano, presupuestario, etc.) para la gestión, acciones y evaluación de la Mesa y para la formación de sus miembros.

⁵ http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/taula_nacional_infancia/

4. Cambio en la cultura de trabajo de todos los actores implicados para poder avanzar en un modelo cooperativo y en red que dé sentido y oriente las tablas de infancia y adolescencia.

- No solo hay que cambiar las prácticas y las metodologías, también tenemos que cambiar las miradas y las formas de pensar, las motivaciones..., y generar las condiciones organizativas, técnicas, de recursos, etc., que lo hagan viable.
- Este cambio de cultura empieza por cambiar la cultura de las organizaciones que lideran e impulsan las mesas, los Ayuntamientos. En este reto, los niveles de liderazgo (direcciones técnicas y políticas) tienen un papel clave.

Investigación e intercambio de conocimiento

1. Facilitar el intercambio de experiencias sobre trabajo en red en infancia y adolescencia:

- Potenciar jornadas de debate.
- Crear un banco de buenas prácticas.

2. Abrir una línea de investigación sobre trabajo en red con apoyo público, entre los posibles temas habría el diseño de un sistema de evaluación de las mesas y redes existentes.

3. Facilitar que se realice un diagnóstico de la situación de la infancia en los territorios. Los municipios pequeños y medianos, especialmente, no tienen la capacidad suficiente para hacer investigación, análisis, elaborar programas, proyectos, planificar, evaluar.

- Disponer del diagnóstico de las necesidades de los niños y familias del territorio.

4. No separar la evaluación del trabajo de diagnóstico participando de la realidad y de planificación conjunta, incorporando nuevas fórmulas de conocimiento y de comprensión de la realidad, y de diseño de hojas de ruta compartidas que permiten gestionar, de forma más creativa y estratégica, la complejidad y el cambio constante presentes en las realidades en las que intervenimos.

- Disponer de herramientas para la planificación y la evaluación de los recursos del territorio.

Específicas para las mesas locales

1. Crear las mesas locales pendientes (completando el despliegue del Decreto). Para rentabilizar tiempo y esfuerzo de los profesionales del primer nivel, para ser coherentes con la concepción del interés superior del niño y para ofrecer igualdad de oportunidades a todos los niños y jóvenes y a sus familias, hace falta:

- Disponer de un mapa de todas las mesas locales compartido por todo el territorio.
- Evitar duplicidades y la proliferación de mesas distintas temáticas, por ejemplo, colocando las mesas sobre menores no acompañados, sobre prevención de la mutilación genital femenina, etc., como comisiones en las mesas territoriales o locales, como ya es una realidad en algunas mesas locales.
- Distinguir entre mesas y redes: denominaciones, estructura, funciones, etc.

2. Incrementar la participación de las familias (padres, madres, niños y adolescentes) y entidades. Tienen que considerarse actores principales. Incorporar esta perspectiva en la práctica conlleva un aprendizaje sobre como adaptar lenguajes, procesos y metodologías, la gestión del tiempo, etc., y desaprender dinámicas de trabajo muy instaladas orientadas solo desde una lógica técnica y de adultos, con las que estamos habituados y nos sentimos seguros.

- Enmendar el Decreto 250/2013 para incluir su participación, y para incluir los resultados de la evaluación del funcionamiento de los tres niveles de mesas.
- Incorporar las mesas locales y las redes en los espacios de participación de los niños y adolescentes donde ya existan y potenciar su creación donde no haya.
- Hacer partícipes niños y familias de la planificación y la evaluación de servicios y recursos.

3. Favorecer el trabajo de prevención y la intervención comunitaria. Otro gran reto de las mesas es conseguir articular y generar sinergias entre distintos niveles de acción desde el territorio. A menudo, la tendencia es a desconectar y plantear de manera aislada lo que se hace desde el nivel individual, el grupal y el comunitario. Sobre uno de estos aspectos, como son los protocolos, tal y como señala repetidamente el Síndic de Greuges hay que:

- Difundir más y mejor los protocolos.
- Realizar formación a todos los profesionales implicados.
- Nombrar referente de cada protocolo a cada servicio, para liderar, evaluar, convocar.
- Realizar un seguimiento y la evaluación de la aplicación de los protocolos.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J. M. (6 setiembre 2013). *Mites i realitats del treball en xarxa*. Recuperat de www.youtube.com/watch?v=XCwKGExfVuc; www.youtube.com/watch?v=VQtwois-z8s; www.youtube.com/watch?v=EoM9tfKsBq4
- Alonso, J. M. (2012). *Profesionales, equipos y redes*. Recuperado de www.slideshare.net/jmavslideshare/trabajo-en-equipo-y-en-red-1?qid=8938131c-cdc4-435d-9704-ab457d38ba0c&v=&b=&from_search=15
- Alonso, J. M., Fumas, R. M., Lladós, M., Navarro, S., y Vila, C. (2 octubre 2019). *Jornada "Tots a l'una pel benestar dels infants i adolescents. Promoció, prevenció, protecció, participació"*. Recuperado de www.youtube.com/watch?v=SakXUvbC0Xo&feature=youtu.be
- Decreto 200/2013, de 23 de julio, de los consejos de participación territorial y nacional de la infancia y la adolescencia de Catalunya. DOGC, 25 de noviembre del 2013, núm. 6508. Recuperado de <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2013/07/23/200>
- Decreto 250/2013, de 12 de noviembre, de la Mesa Nacional y las mesas territoriales y locales de infancia. DOGC, 14 de noviembre del 2013, núm. 6501. Recuperado de <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2013/11/12/250>
- Institut de Formació Contínua (2019). Conclusiones. En *Jornada "Tots a l'una pel benestar dels infants i adolescents. Promoció, prevenció, protecció, participació"*. Universidad de Barcelona. Recuperado de www.il3.ub.edu/docs/19/descargas/conclusiones-jornada.pdf
- Jansen, H. (2012). La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social. *Paradigmas*, 4, 39-72.
- Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. DOGC, 2 de junio del 2010, núm. 5641. Recuperado de <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2010/05/27/14>
- Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE, 14 de diciembre de 1999, pàg. 43088-43099. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15>
- Síndic de Greuges de Catalunya (18 junio 2019). El Síndic alerta de deficiencias en el caso de la muerte de un recién nacido: en la detección del maltrato, la aplicación de los protocolos y la coordinación entre servicios. Recuperado de <http://www.sindic.cat/es/page.asp?id=53&ui=6372>

Ubieto, J. R. (2007). Models de treball en xarxa. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 36, 26-39. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/165566>

Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias

Analysis of the demand for treatment for cannabis from the standpoint of social work at drug addiction monitoring and care centres (CAS)

Tre Borràs Cabacés¹

ORCID: 0000-0002-4052-0938

Àlex Pérez Folch²

ORCID: 0000-0002-4607-2515

Antoni Llort Suárez³

ORCID: 0000-0002-9754-7453

Recepción: 17/10/19. Revisión: 11/12/19. Aceptación: 12/12/19

Para citar: Borràs Cabacés, T., Pérez Folch, À., y Llort Suárez, A. (2019). Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias. *Revista de Treball Social*, 217, 119-138. DOI: 10.32061/RTS2019.217.06

Resumen

Los datos obtenidos en relación con las personas que piden deshabituación por cannabis en los centros especializados de tratamiento en el contexto europeo han reflejado un aumento notable en los últimos años. Con el objetivo de profundizar en esta realidad, hemos llevado a cabo un análisis desde la perspectiva del Trabajo Social ampliando aquellos aspectos sociales, personales y contextuales que permiten realizar una

1 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de acción sobre drogas de Reus). tborras@grupsagessa.com

2 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de acción sobre drogas de Reus). alex.perezf@urv.cat

3 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de acción sobre drogas de Reus). allort@grupsagessa.com

lectura más profunda para no quedarnos solo con los aspectos puramente cuantitativos del fenómeno.

En este sentido se han explorado las demandas de tratamiento por cannabis de los años 2016 y 2017 en un análisis retrospectivo de las historias clínicas de Trabajo Social para describir los perfiles, las motivaciones, las causas y los condicionantes estructurales que influyen en la toma de decisiones a la hora de buscar tratamiento relacionado con el uso de cannabis.

Se ha observado que en el servicio solo el 18% del total de las demandas por cannabis son claras y específicas para esta sustancia. El resto son demandas relacionadas con situaciones coadyuvantes que motivan la demanda asistencial.

A partir de los resultados, se relacionan factores que hay que tener en cuenta a la hora de mejorar la comunicación y el registro de las demandas de tratamiento, así como para mejorar la respuesta preventiva o terapéutica a las personas que consumen cannabis.

Palabras clave: Demanda, tratamiento, cannabis, Trabajo Social, adicciones, servicios sociales especializados, centro de tratamiento ambulatorio.

Abstract

The data obtained in relation to people calling for treatment for cannabis in specialised centres within the European context has increased dramatically in recent years. With the aim of examining this reality in depth, we have carried out an analysis from the perspective of social work expanding on social, personal and contextual components that would make it possible to offer a more insightful reading rather than simply addressing the merely quantitative aspects of the phenomenon.

In this respect, demands for treatment for cannabis in 2016 and 2017 have been explored, conducting a retrospective analysis of social work clinical records in order to determine the profiles, motivations, causes and socio-cultural factors that influence decision-making when seeking treatment for the use of cannabis.

It has been observed that in our service only 18% of all demands owing to cannabis are clear and specific for this substance. The rest are demands relating to coexisting situations giving rise to the call for care.

Within the context of the findings observed, this article aims to improve the understanding of the phenomenon, record demands for treatment and, at the same time, improve prevention and/or the therapeutic response to people who use cannabis.

Keywords: Demand, treatment, cannabis, social work, addictions, specialist social services, day care treatment centre.

1. Introducción

En el ámbito europeo, el número de personas que piden deshabitación del cannabis en los centros especializados de tratamiento ha aumentado notablemente en los últimos años. Este hecho hay que analizarlo con cautela, puesto que el aumento de la demanda de tratamiento puede atribuirse a varios factores que pueden reflejar diferencias entre modelos de provisión de servicios y criterios de derivación y diagnóstico, además de las peculiaridades en los modelos legislativos de cada región o país. Estos factores pueden hacer que usuarios con un patrón de uso menos frecuente, no problemático, se incluyan en las listas de demandantes de deshabitación o que aparezcan demandas relacionadas con el uso del cannabis en las cuales el cannabis no tenga un rol central en la problemática de la persona. Este hecho facilita la alarma social y que la percepción del riesgo hacia la sustancia aumente de manera desproporcionada. Con este estudio pretendemos aproximarnos a la complejidad de la demanda de tratamiento y aclarar cuáles son los motivos de dicha situación, y también describir y destacar el rol del Trabajo Social en estos casos.

En 2004 el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) publicó el informe “El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento”, en el que se analizan algunos factores que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar el fenómeno y que a continuación resumimos en forma de pregunta:

¿Este aumento representa un número mayor de personas con problemas físicos y psicológicos relacionado con el consumo de cannabis? En caso afirmativo:

- ¿Se deriva de ello un aumento del consumo regular e intensivo?
- ¿Refleja otros factores como un posible aumento de la potencia del cannabis?
- ¿Se podría explicar también con indicadores independientes de estos últimos?:
 - ¿Mejoras en el sistema de notificación de las demandas de cannabis en los centros de tratamiento?
 - ¿Expansión de los tipos de servicios de tratamiento disponibles; en particular, los servicios específicos para adolescentes y jóvenes?
 - ¿Cambios en la manera de abordar el uso del cannabis de los sistemas penales, las escuelas u otros centros que trabajan con jóvenes, mandando a tratamiento a personas que de otra manera no accederían a estos tipos de servicios? (OEDT, 2004, p. 85).

Otro factor clave que podría influir en este aumento son los nuevos modelos de diagnóstico psiquiátrico como por ejemplo el DSM-V.⁴ Estos

⁴ *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association, APA) en su quinta edición.

nuevos modelos pretenden equiparar el consumo de cannabis con el uso otras sustancias de características muy distintas como la cocaína y la heroína, ejemplificando y replicando así el modelo clásico de adicción como dolencia biológica. En el DSM-V, aparece por primera vez el síndrome de abstinencia por cannabis, inexistente en la versión anterior. En el fondo, este modelo diagnóstico promueve la idea que las personas con adicciones no solo están enfermas por el hecho de consumir sustancias, sino que además presentan una patología mental o cerebral asociada (Puerta y Pedrero, 2017).

Por otro lado, hay una serie de aspectos socioculturales que no se tienen en cuenta, sobre todo si solo nos fijamos en los grandes datos epidemiológicos, hecho que impide planificar y diseñar políticas adecuadas para intervenir de forma eficaz en un terreno muy complejo y cambiante. Esta visión sesgada, por “cuantitativista” perpetúa la invisibilidad de factores que impactan en la salud de manera flagrante: las cuestiones específicas de género, la clase social, el origen cultural, las subculturas urbanas, las políticas de salud pública, etc.

El tipo de investigación planteada en este estudio responde a las inquietudes y a la voluntad del equipo del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario de Reus (SAiSM-HUSJR) de discutir y cuestionar este tipo de paradigmas explicativos y abrir la posibilidad de debatir y proponer alternativas de intervención a través de la mirada que ofrece el Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios de atención.

2. Datos epidemiológicos

2.1. Contexto europeo

Según el OEDT, se estima que 87,7 millones de europeos adultos (de 15 a 64 años, el 26,3% de este grupo de edad) han consumido cannabis en algún momento de su vida. De estos, se calcula que 17,1 millones de europeos jóvenes (entre 15 y 34 años, el 13,9% de este grupo de edad) consumieron cannabis el último año, 10 millones de los cuales tenían entre 15 y 24 años (17,7%). De los jóvenes entre 15 y 34 años, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,3% en Rumanía y el 22% en Francia, mientras que en España hablamos del 17,1%. Entre los que consumieron esta sustancia durante el último año, la relación de hombres y mujeres fue de dos a una (OEDT, 2018, p. 43).

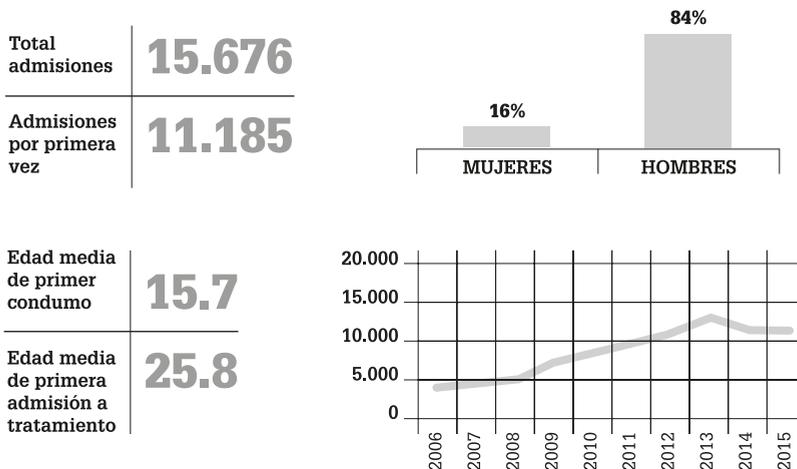
Los datos sobre las personas que reciben tratamiento por problemas con esta sustancia pueden aportar información sobre la naturaleza y el alcance del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa cuando se analizan junto con otros indicadores. El número total de personas que iniciaron tratamiento por primera vez por problemas relacionados con el consumo de cannabis pasó de 43.000 en 2006 a 76.000 en 2015. Para el Observatorio Europeo hay muchos factores que pueden explicar este aumento; por ejemplo, una prevalencia más alta del consumo de esta sustancia entre

la población general, el aumento del número de personas que lo hacen de manera intensiva, la disponibilidad de productos de una potencia superior y el aumento de la derivación por tratamiento y de los niveles de asistencia (OEDT, 2018).

2.2. Contexto español

Según el indicador de admisiones a tratamiento del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) –con datos de 2016, Informe 2018–, el número total de admisiones a tratamiento fue de 47.308, 15.689 de los cuales (33,1%) por consumo de cannabis. En 2013 fue de 16.914, que significó la prevalencia más alta (34,5% del total); en 2014 fue de 16.478 (33,6%). En el año 2009, fecha que tomaremos como referencia retrospectiva, el número de admisiones a tratamiento por cannabis fue de 9.503, el 18,1% de las demandas totales. El número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha seguido una tendencia ascendente que, en los últimos años, ha sido muy pronunciada. Durante el 2013, el cannabis se convirtió en la sustancia ilegal responsable del mayor número de admisiones de personas sin tratamiento previo y superó por primera vez la cocaína. El aumento del peso del cannabis en el total de los admitidos en los centros de tratamiento se debe al incremento del número de personas que han ido a tratarse por primera vez; aunque, en menor medida, también se registra un aumento del número de admisiones entre las personas que han recibido tratamiento por esta sustancia con anterioridad.

Fig. 1. Evolución de los pacientes admitidos a tratamiento por cannabis en España



Fuente: Informe España (2018), OEDT.

Estas cifras son compatibles con el elevado peso que suponen las demandas de tratamiento por cannabis entre los menores de edad en España. Así, el 95% de todos los menores de 18 años que fueron a centros especializados por consumo de drogas en 2013, lo hicieron, aparentemente, por problemas con el consumo de cannabis. Este ascenso es coherente con la información procedente de otras fuentes de información del OEDA.

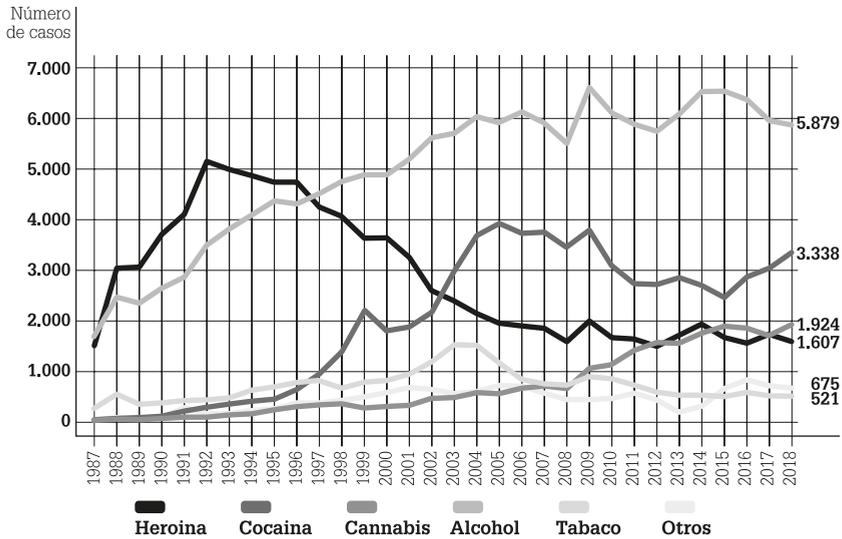
El perfil de los admitidos por cannabis en España (2016) es el de un hombre de 26 años que acude por primera vez por esta sustancia. Se acerca por iniciativa propia, por presión familiar o derivado de servicios legales, vive con la familia de origen, suele consumir la sustancia diariamente y consume otras, principalmente alcohol.

En 2013 el perfil del consumidor problemático de cannabis, según el Observatorio Español, era el de un hombre, soltero, de 32 años, que ha finalizado la enseñanza secundaria y trabaja o está en el paro habiendo trabajado antes. La mayoría (98,1%) consume sustancias legales, casi 1 de cada 5 (17,7%) consume sustancias ilegales, y cerca de 3 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas. Este perfil es similar al observado en 2011 (OEDA, 2018).

En 2013 se estimó que el número de consumidores problemáticos / de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) entre 15 y 64 años era de 687.233, cosa que representa el 2,2% de la población de 15 a 64 años (el 3,6% de los hombres y el 0,8% de las mujeres). Con el objetivo de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante estudiar los porcentajes que suponen estos consumos, no ya en la población total de cada categoría de edad, sino entre aquellos que han consumido en el último año. Así, el 25,0% (el 29,0% de los hombres y el 15,2% de las mujeres) de estos consumidores cumplen criterios de consumo problemático (OEDA, 2018).

2.3. Contexto en Cataluña

En Cataluña, las demandas de tratamiento por uso de cannabis en los CAS (centros de atención y seguimiento a las drogodependencias) han aumentado también sensiblemente y cuantitativamente desde el 2009. Según el Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (SIDC), en 2009 se notificaron un total de 14.825 inicios de tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia a diferentes drogas, más de 1.000 demandas menos que en 2017, principalmente por consumo de alcohol (6.603 casos, 44,5% de los casos notificados), pero también por consumo de cocaína (3.779 casos, 25,5%), heroína (1.916 casos, 12,9%), tabaco (908 casos, 6,1%) y derivados del cannabis (1.069 casos, 7,2%) (SIDC, 2009). En el año 2017 el número de casos de inicio de tratamiento notificados en Cataluña por cannabis fueron de 1.705 (el 12,43% de la demanda total) (SIDC, 2018), y en 2018, de 1.924 casos (el 13,8% de la demanda total) (SIDC, 2019).

Fig. 2. Evolución anual del número de inicios de tratamiento en Cataluña según la sustancia principal que los motiva

Fuente: SIDC, 2019.

2.4. Contexto local. Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (SAiSM-HUSJR)

Durante el 2016 pidieron tratamiento por uso de cannabis al SAiSM-HUSJR 109 personas: 87 por diferentes demandas relacionadas con el uso de cannabis y 22 por multas relacionadas con su posesión, consumo en la vía pública o sancionadas por el DROGOTEST.⁵ En 2017 se registraron 53 demandas de tratamiento o deshabituación por cannabis, 5 por multas administrativas y 48 demandas por diferentes cuestiones relacionadas. Del total de las 53 demandas del 2017, 11 consistían en personas que ya habían iniciado tratamiento o habían hecho demandas en 2016.

Durante el 2009, para poder comparar con los datos presentados hasta ahora con los diferentes observatorios, se hicieron 86 demandas relacionadas con el uso del cannabis, 43 por deshabituación y 43 por multa. Hay que matizar en este punto que, a pesar de que en 2017 la cifra de admitidos a tratamiento por cannabis es menor, la tendencia desde el 2009 es claramente al alza.

⁵ Se trata de un aparato que funciona como un detector de sustancias estupefacientes o psicotrópicas como: anfetaminas, benzodiazepinas, cannabis, cocaína, MDMA, metanfetamina, otros opiáceos. El Drogotest solo detecta la presencia en el organismo de las sustancias mencionadas; es decir, el positivo o negativo, sin tener en cuenta en qué nivel se ha consumido, como pasa con las pruebas de alcoholemia, o si influye o no en la capacidad de conducir.

3. Breve historia y rol del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones

El Trabajo Social es una de las ciencias sociales que estudia distintos aspectos de las personas, entendiendo el individuo como un ser que se relaciona en sociedad y busca el bienestar social (Barreto, 2017). Según la misma autora, desde el Trabajo Social se interviene en problemas que dan lugar a desequilibrios con el entorno social y a necesidades sociales, y usa los recursos existentes para buscar soluciones y producir cambios, fomentando la autonomía de la persona para que aprenda a movilizar sus propios recursos, a relacionarse mejor y sea capaz de modificar situaciones en el futuro.

Las funciones que el trabajador o la trabajadora social desarrollarán confluyen entre las múltiples y complejas relaciones interpersonales y sus diferentes ambientes o contextos. En el ámbito de las adicciones y la salud mental, el trabajador social deberá tener un conocimiento del fenómeno de las adicciones y de las circunstancias que pueden acompañar a las personas y las familias que las hagan más vulnerables por los problemas derivados del consumo. Por eso, los trabajadores sociales se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las cuales trabajan (Bravo y Díaz, 2013).

Desde el enfoque operativo de la implementación de la figura del trabajador social en los dispositivos de tratamiento de las adicciones, Ander-Egg (1972) considera que pueden observarse tres tipos de acciones:

- Acción preventiva: tiende a actuar sobre causas inmediatas o en la génesis de los problemas específicos para evitar la aparición o el surgimiento de los factores desencadenantes de estos problemas.
- Acción asistencial: procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quien, por un motivo u otro, sufre una situación de marginalidad o presenta carencias básicas en el entorno social.
- Acción rehabilitadora: procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resuelto el problema e intenta evitar que se reproduzca.

Si nos centramos en el Trabajo Social en el ámbito de las adicciones, durante la década de los 80 se puso en marcha en el territorio español una estructura de respuesta basada en un modelo biopsicosocial, contrapuesto al modelo biologista que había imperado hasta el momento. Se crearon instituciones de carácter multidisciplinario, partiendo de la premisa que la adicción es un problema multicausal y que, por eso, debía abordarse desde distintas disciplinas vinculadas a este ámbito. El Trabajo Social está presente en muchos equipos profesionales y aportan una visión socializadora

de la problemática, imprescindible para la rehabilitación y la incorporación social de los sujetos afectados (Sixto-Costoya y Olivar, 2017).

Según Sixto-Costoya y Olivar, el Trabajo Social es una disciplina con una trayectoria de más de medio siglo. Textos como el de Tobin (1952) de la Universidad de Columbia Británica ya postulaban sobre el rol del trabajo social en el tratamiento de las adicciones, haciendo referencia a las variables contextuales relacionadas con los factores sociales como la familia, el trabajo y el grupo de iguales.

En España, el Trabajo Social en el campo de las adicciones está presente desde los inicios de la profesión y evoluciona hasta que consigue rango universitario en 1983 (Gutiérrez, 2007). Según el mismo autor, se puede definir el trabajo social en el ámbito de las adicciones como una:

forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento o favorecer el abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial (Gutiérrez, 2007, p. 184).

El Trabajo Social en el ámbito de las adicciones se lleva a cabo desde los servicios sociales especializados. Estos servicios son: centros de tratamiento ambulatorio (en Cataluña, CAS), comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, programas de mantenimiento con antagonistas opiáceos y unidades móviles.

Si nos centramos en las demandas de tratamiento por cannabis al SAiSM-HUSJR y las intervenciones que se llevan a cabo desde el Trabajo Social especializado, observamos que los datos epidemiológicos pueden ser muy útiles para orientarnos sobre la distribución o los factores determinantes en relación con la salud o problemas relacionados, pero nos aportan un tipo de información parcial que dificulta la profundización en aspectos de carácter personal, social o contextual. En este caso, es importante entender que para leer entre líneas o darnos cuenta de la complejidad de los fenómenos o determinantes sociales que afectan la salud no basta una única lectura cuantitativa sobre el número de demandas o inicios de tratamiento por cannabis. Por este motivo, destacamos la necesidad de acoger y recibir las demandas de todo tipo con una perspectiva lo suficientemente amplia e integradora de todos estos aspectos, como la del Trabajo Social entre otras disciplinas, puesto que permiten realizar una lectura cualitativa del fenómeno y al mismo tiempo –cuando sea necesario– iniciar un itinerario asistencial o terapéutico óptimo, situando a la persona interesada en el centro de la intervención y afrontando así la problemática determinada con las mejores garantías y respuestas adecuadas. Como afirma Colom (2012), los y las profesionales del Trabajo Social tienen que hacer una intervención a demanda de la persona o la familia y deben establecer tantas hipótesis diagnósticas como sea necesario.

Las personas que inician un tratamiento en el SAiSM-HUSJR realizan una primera entrevista con el equipo de enfermería y con el trabajador o la trabajadora social en la que se aclara la demanda y se inicia el abordaje de la situación o problemática presentada. Es en esta entrevista donde se decide qué perfil profesional es el más adecuado para acompañar al usuario en la primera fase del proceso psicoterapéutico. Los casos que acuden por una sanción administrativa pueden ser asumidos por el equipo de Trabajo Social o Educación Social, o pueden derivarse a otro profesional si se detecta alguna otra problemática asociada al consumo de sustancias que requiera otro tipo de intervención.

Por lo tanto, en un contexto en el que cada vez hay más demandas de atención, el papel del Trabajo Social es fundamental para redefinir y aclarar la problemática de los usuarios e intentar comprender qué motiva a las personas a acudir cada vez más a menudo a los servicios especializados por consumo de cannabis. Los instrumentos de trabajo para elaborar diagnósticos serán, pues, capitales en la práctica del trabajo social en el ámbito de la salud, puesto que permiten dimensionar los problemas personales de los pacientes, las condiciones familiares, los problemas laborales, las condiciones generales y de su familia o núcleo de convivencia (Colom, 2012).

En el SAiSM-HUSJR se sigue un protocolo psicosocial en las primeras visitas que se registra en la historia clínica del proceso asistencial para que los diferentes profesionales puedan acceder a él y recurrir a los datos primarios de carácter social de los usuarios o usuarias en caso de que sea necesario. Así pues, hay que valorar el rol del Trabajo Social en cuanto a la recogida, sistematización y tratamiento de los datos y al acompañamiento de la persona o familia en el itinerario de tratamiento más adecuado en el momento que se realiza la demanda.

La Carta de servicios de trabajo social sanitario (Institut Català de la Salut, 2013) pone de relieve la importancia de conseguir la vinculación y la adherencia de los pacientes y sus familias al tratamiento, y este es el objetivo de las primeras entrevistas: que el usuario se sienta escuchado, no juzgado, además de poder generar la confianza en un tipo de servicio, al cual muchas veces no acceden por voluntad propia. En muchos de los casos relacionados con el consumo de cannabis, no predomina una problemática de adicción, así que el tratamiento se convierte en una oportunidad para trabajar el desarrollo de habilidades sociales, de rehabilitación social y de conocimiento de los recursos de la comunidad, puesto que, en algunos casos, pueden presentar déficits en estos aspectos. La prescripción social de actividades de ocio, ocupacionales o rehabilitadoras son un buen ejemplo de ello. En situaciones sociales cada vez más complejas, como el envejecimiento de la población, la invisibilización de la mujer o la estigmatización de los jóvenes por el hecho de ser consumidores, el Trabajo Social en el campo de la salud se convierte en una pieza clave para poder gestionar las intervenciones adecuadas.

Según Wells, Kristman y Peavy (2013) los tratamientos son más efectivos cuando se dan en un sistema que puede ofrecer un apoyo am-

plio en las distintas vertientes del problema, adaptándose y cambiando las estrategias de intervención según las necesidades del paciente y la realidad cambiante de su contexto. Determinadas prácticas de Trabajo Social, como la transmisión de información basada en la experiencia de la lucha o incidencia política en defensa de grupos en riesgo de exclusión social, han sido identificadas como aplicaciones muy importantes para la mejora de la calidad de vida de los pacientes en el campo de la adicción.

Los profesionales del Trabajo Social están muy preparados para asumir estos roles ampliados y actuar como puente crítico entre los servicios generales y los específicos para las personas con problemas de adicción durante el proceso de integración, cosa que los convierte en proveedores de servicios de información y atención a organizaciones y estructuras que no están especializadas en el tratamiento de las adicciones. Para superar con éxito la brecha entre los servicios especializados y los generalistas, los trabajadores y las trabajadoras sociales tienen que incrementar sus habilidades y formación, lo que también les tiene que permitir convertirse progresivamente en una pieza clave para implementar tratamientos psicosociales basados en la evidencia, como pueden ser la entrevista motivacional, la terapia sistémica, el enfoque de refuerzo comunitario, la gestión de contingencias u otras prácticas y técnicas descritas por Wells et al. (2013) para poder optimizar de este modo el resultado de las intervenciones y el trabajo en red.

4. Objetivos y metodología

4.1. Objetivos de la investigación

Describir cualitativamente la demanda asistencial de las personas que buscan tratamiento relacionado con el uso de cannabis desde la perspectiva del Trabajo Social en el campo de las adicciones.

4.2. Metodología

La metodología para este estudio se ha basado en el análisis retrospectivo de carácter cualitativo de las historias clínicas sociales de las personas que han demandado tratamiento al SAiSM-HUSJR durante el 2016 ($n = 109$) y 2017 ($n = 34$). Mediante el vaciado de aspectos clave obtenidos de las historias clínicas electrónicas (HCE) consultadas, se ha elaborado una guía de observación centrada en el protocolo de anamnesis social de recogida de datos y especialmente en el motivo expresado de la demanda.

Durante la primera visita que lleva a cabo el trabajador o la trabajadora social del servicio se exploran, mediante una recogida de datos protocolizada, diferentes aspectos del usuario o usuaria: los antecedentes y las relaciones familiares, hechos vitales remarcables, aspectos formativos y laborales, opciones de ocio, antecedentes judiciales, vivienda, apoyo social, estado de salud, etc. Para determinar el alcance de la situación derivada

por el consumo de cannabis, se tienen en cuenta tanto las características de la sustancia, como la estructura psicosocial de la persona y también la idiosincrasia de su contexto.

Se ha recogido y analizado con más profundidad el apartado de la historia clínica social: “Quién acude a presentar el problema y motivo para iniciar el tratamiento”. Este segmento del protocolo de recogida de datos refleja muy bien cuáles son las habilidades y destrezas que el trabajador o trabajadora social tiene que desarrollar y dominar a la hora de captar, sintetizar y redirigir las distintas demandas de los usuarios.

Por otro lado, para ejemplificar la singularidad y las características que diferencian unas demandas de otras, se han extraído de las mismas HCE algunos fragmentos (los más ilustrativos) con el objetivo de ejemplificar cómo desde el Trabajo Social se lleva a cabo el tratamiento y el análisis de los datos que configurarán el itinerario terapéutico o asistencial de cada persona.

5. Resultados

Del total de inicios de tratamiento ($n = 143$) relacionados con el consumo de cannabis, 26 personas lo han hecho motivados por cuestiones relacionadas directamente con la deshabituación de la sustancia; el resto (117) presentan problemáticas no atribuibles directamente al consumo de cannabis a pesar de quedar registradas como tales.

5.1. Descripción de la muestra según sexo y edad

Durante los años 2016 y 2017 hicieron alguna demanda relacionada con el consumo de cannabis 143 personas, de las cuales 21 mujeres (14,8%) y 122 hombres (85,2%). La media de edad es de 26,8 años (27 años para los hombres y 23,8 años por las mujeres). El 54,5% de estos pacientes son nacidos entre el año 1993 y el 2002 (entre 15 y 24 años).

5.2. Demandas relacionadas directamente por consumo de cannabis

26 personas (5 mujeres y 21 hombres) –que representan el 18,1% del total ($n = 143$)– han hecho una demanda explícita y directamente relacionada con la deshabituación del cannabis sin otros problemas asociados significativos. De estas 26 personas, 14 (53,8%) llegan por iniciativa propia; 8 (30,7%), por iniciativa familiar o de la pareja; 3 (11,5%), derivados por el médico de atención primaria; 1 (3,8%), desde servicios sociales de atención primaria.

Las 26 demandas directas de tratamiento por consumo de cannabis se han desglosado en las siguientes categorías:

– Cuestiones relacionadas con el mundo laboral (obligación de realizar analíticas/controles de sustancias psicoactivas en el trabajo): 2 personas (7,6%).

“Acude derivado por el médico de cabecera por problemas de cannabis. IP (paciente identificado) considera que tiene un problema, dado que alguna vez afecta a su trabajo, también es cierto que sus horarios son un poco irregulares e imprevisibles. En algunos momentos le condiciona y querría poder fumar un día puntual, si pudiera. Desde la visita con la doctora de cabecera, ha disminuido el consumo. Explica que acude al servicio porque se da cuenta que abusa del THC⁶, piensa que podría rendir más en el trabajo, además tiene la posibilidad de promocionar y debe pasar un reconocimiento médico con analítica de orina. Lo ha hablado con su responsable y le han dicho que vaya reduciendo el consumo hasta dejarlo. También explica que bajo el efecto del consumo, hace cosas que después piensa que tendría que hacer de otro modo.”

– Ayuda para dejar el consumo de cannabis por fracaso en los intentos individuales: 9 personas (34,6%).

“Acude derivado por médico de atención primaria porque IP quiere dejar de fumar cannabis. Actualmente fuma unos 5-6 porros diarios, si tiene cannabis; casi no fuma tabaco, puede fumarse solo un cigarro por la mañana. Hace más de 6 años era consumidor de coca y alcohol, pero hace 6 años sufrió un accidente de moto importante y a partir de aquel momento no ha consumido más, pero sí que ha seguido fumando porros y a pesar de que ha habido temporadas de fumar 10, ahora fuma 5 y quiere erradicarlo. Pide dejar de consumir porros.”

– Problemas de consumo de cannabis asociado a problemas familiares o de socialización: 7 personas (26,9%).

“Viene IP acompañado de su madre, que se queda fuera. Refiere que su madre le ha pagado para que acuda al servicio. Refiere que en los últimos años ha estado dos días sin fumar. Dice que cuando ha estado sin fumar, al principio le ha entrado un poco de miedo por el hecho de no tener cannabis al alcance, puesto que siempre ha tenido. Su madre es muy anti «todo». IP refiere que antes no controlaba el consumo, entre los 16 y los 18 años. IP dice que su madre asocia su comportamiento [el de de IP] con la hierba. Demanda: Deshabitación.”

– Consumo de cannabis como forma de automedicación para combatir la ansiedad y conseguir estados de relajación: 7 personas (26,9%).

“Viene IP acompañada de su madre. IP fuma 5 porros al día desde hace cuatro años. IP ha ido aumentando el consumo. IP piensa que los porros le aportan tranquilidad. Cuando no fuma está más nerviosa, cuando fuma entonces se tranquiliza. Si no fuma, se pone de muy mala leche. En los últimos dos años, ha fumado cada día. IP se fuma el primer porro a las 11.30 h. IP dice que quiere dejar de fumar para ver bien a su madre. El padre quiere que los deje inmediatamente. IP dice que cuando tiene una preocupación no la comparte con nadie, a veces lo escribe en un papel y lo quema. IP piensa que si deja los porros las cosas cambiarán, pero su padre no cambiará. IP dice que siempre ha sido perezosa.”

6 También conocido como delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC), es el principal constituyente psicoactivo del cannabis.

– Estado depresivo en el momento de iniciar el tratamiento: 1 persona (3,8%).

“Viene IP sola, dice que está muy nerviosa. IP refiere que fuma menos porros que la otra vez que vino, ahora fuma cuando termina las tareas diarias. IP estuvo 4 años sin consumir y ahora vuelve a consumir, fue un día que había bebido y consumió. Estuvo un tiempo que consumía cada día. Ahora intenta frenar, pero cuando lo hace «me siento muy mal, deprimida», la última vez fue hace una semana. IP dice que normalmente primero ha bebido alcohol pero no tiene por qué. IP cree que le falta mucha fuerza de voluntad para dejar de consumir, por eso ha venido al servicio.”

5.3. Demandas no relacionadas directamente con el consumo de cannabis

El resto de demandas de tratamiento y deshabituación ($n = 117$) o bien no han acudido al servicio, o no están relacionadas directamente con un consumo problemático de cannabis a pesar de que se han registrado como tales.

Estas demandas se han distribuido en las siguientes categorías:

– No acuden a la visita a pesar de haber hecho una primera demanda: 35 personas (29,9%).

– Acuden realizando una demanda de cannabis terapéutico para tratar malestares o problemas de salud: 2 (1,7%).

“IP acude acompañada de la hija, hacen demanda de prescripción de cannabis terapéutico por dolor osteoesquelético.”

– Han realizado una demanda relativa al cannabis pero el consumo activo y simultáneo de otras sustancias (alcohol y cocaína, y alcohol, cocaína y otras) predomina en su problemática de consumo: 4 (3,4%).

“Viene IP solo, refiere que «ahí está», comenta que no consume cada día pero que sí lo hace semanalmente. Le gustaría dejar los malos hábitos (dejar de consumir en casa solo, quiere reducir el consumo, y quiere consumir cuando él lo decida). IP refiere que consume más en Reus que en Menorca. Consume tanto estando solo como acompañado, depende de la compañía. Consume *speed* y alcohol, a veces primero alcohol y después *speed*, pero no tiene por qué ser así.”

– Se ha considerado que existe alguna patología mental grave que predomina sobre su demanda relativa al uso de cannabis: 9 (7,6%).

“Viene IP acompañado de su pareja. Llega un poco tarde, porque, según cuenta, ha ido al bar a buscar comida. IP refiere que consume cocaína y marihuana. No tiene más visitas en el Centro de Salud Mental (CSM), lo han derivado al servicio. IP dice que se siente «como una mierda». IP refiere que los porros son lo que le tranquiliza. Tiene la casa destrozada de los golpes que ha dado, últimamente se controla más. IP se queja que la medicación que le han dado lo altera todavía más. IP refiere que se levanta alterado, con ganas de bronca. IP refiere que ha estado encerrado en casa 5 años para evitar que lo encuentre la policía. Dice que la pareja ha tardado un año en convencerlo. IP refiere que cuando sale a la calle siente que lo persiguen, esto le pasa desde hace años, unos 10 o 15.”

– Acuden estrictamente en relación con una multa por tenencia de sustancias, 2 de los cuales por Drogotest: 19 (16,2%).

“IP refiere que le pusieron otra multa de Drogotest. IP refiere que no está «enganchado» a la marihuana. Ahora fuma ocasionalmente.”

– Acude al servicio a raíz de una multa por tenencia y desde el trabajo social se decide que lo más adecuado es una intervención de tipo psicoterapéutico: 8 (6,8%).

“IP solo. Refiere que también quiere hacer tratamiento, puesto que viene por la multa pero dice que está consumiendo desde hace tiempo. IP refiere que tiene miedos, desde que le agredieron el 21 de septiembre. Ha pedido hora con un psicólogo. IP dice que está desanimado, se junta con la gente y se deja manipular.”

– Cuestiones relacionadas con justicia juvenil. Es decir, puede haber consumo de cannabis, pero lo que se aborda son problemas de diversa índole (familiar, relacional...) que han provocado que el joven tenga problemas con la justicia: 7 (5,9%).

“IP quiere reducir el consumo de cannabis, la derivación la hace justicia juvenil, pero IP comenta que fue él quien comentó que quiere reducir el consumo de THC.”

– Mujeres embarazadas que piden asesoramiento para disminuir daños y riesgos durante el embarazo: 2 (1,7%).

“IP acudió a mediados del mes de junio indicando que estaba embarazada de 6 meses. Que había ido al médico varias veces pero siempre le habían dicho que eran cólicos, dolor de barriga... Manifiesta que el padre es una antigua pareja, que vive con él y que quieren tirar adelante... que ella en todo momento ha dicho en el hospital que como que no sabía que estaba embarazada había consumido «esporádicamente». Pocos días después, la pareja se rompe y ella marcha a vivir con los padres... desde entonces ha ido viniendo.”

– Demandas realizadas por padres/madres sin la presencia y la implicación del paciente. Asesoramiento familiar: 3 (2,5%).

“Acuden el padre y la madre. Refieren que empezó a fumar marihuana a los 18-19 años. Refieren que los 15 euros que le daban eran, presuntamente, para fumar. La madre lo define como no implicado en los estudios. Dice que tiene poca tolerancia a la frustración y la madre dice que está rebotado con ella. La madre dice que posiblemente han insistido demasiado en que estudiara y que IP no quería estudiar. Demanda: Deshabitación.”

– Demanda de tratamiento por cuestiones relacionadas con la justicia penal, tráfico, accidentes o juicios: 6 (5,1%).

“IP está haciendo seguimiento con justicia juvenil. IP hace seguimiento una vez a la semana en Salou. IP tiene dos medidas judiciales, de seis meses. Si la primera medida le va bien, la segunda no la tendrá que cumplir. Fue una pelea que tuvieron, lanzaban cosas. IP dice que él no tuvo nada que ver. Refiere venir obligado y no cree que le podamos ayudar, excepto en el tema judicial. Cree que hacerse pruebas de sustancias

le puede ayudar. Le digo que esto tiene que comentarlo en las visitas de seguimiento. Al final de la entrevista se le ve más confiado.”

– Demanda de intervenciones de deshabituación relacionadas con problemas de salud (epilepsia): 2 (1,7%)

“IP tiene claro que quiere dejar de fumar cannabis, se inició con los amigos, ha tenido temporadas de más consumo, una de las temporadas ya tenía la «obsesión» de fumar cada día, ahora actualmente se fuma uno antes de ir a la cama, durante el día no acostumbra a fumar porque sabe que por la noche se fumará uno y se quedará tranquilo. Comenta que cuando queda con los amigos fuma más, IP se da cuenta de ello, pero él dice que le gusta consumir con los amigos. Comenta que se lo pasa bien fumando, y le gusta y dice que por eso le cuesta tanto dejarlo. IP quiere dejar el consumo y hacerlo solo esporádicamente, comenta que ha tenido diferentes ataques epilépticos y comenta que ha ido disminuyendo el consumo. Comenta que está ansioso durante el día hasta que llega el momento de fumar.”

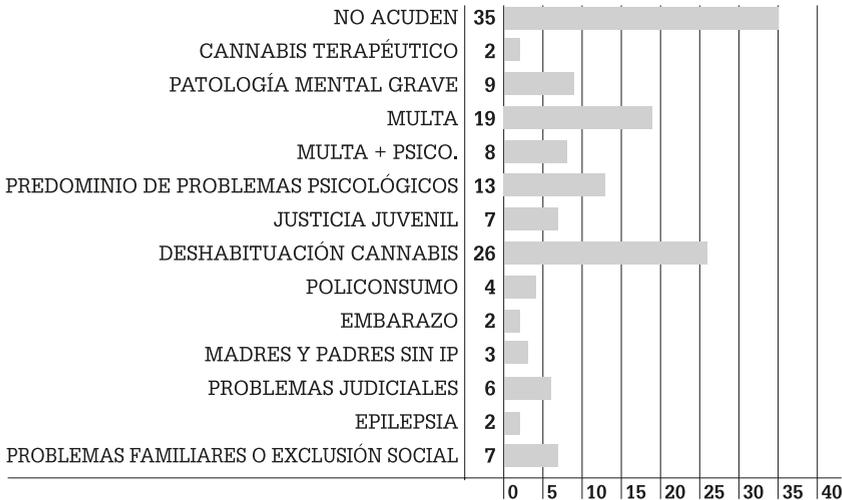
– Demanda de tratamiento por problemas familiares o de pareja (duelo no elaborado, familiares con psicopatología, conflictos relacionales, problemas económicos): 7 (5,9%).

“Viene IP acompañado del padre y la madre. Los padres dicen que IP fuma desde hace años. IP dice que dejará de fumar cada día, porque él quiere. La madre refiere que está muy preocupada porque le falta dinero. Sus padres dicen que sus amistades no le gustan. El padre llora cuando refiere que IP fuma. La madre dice que ella quiere una planta de marihuana para hacer ungüento para el brazo e IP dice que la quiere para fumar y para pasar –se ve que vende marihuana–. IP se define como hiperactivo. Los padres dicen que desde hace un tiempo está más nervioso. La familia dice que en el pueblo se dice que fuma mucho. Dicen que su hermana le «mete caña», le dicen que tiene que dejar de fumar y beber. Su hermana también está preocupada, que se saque el carné de conducir.”

– Predominio de diferentes problemas psicológicos (ansiedad, nerviosismo, trastornos alimentación, heteroagresividad, autoagresividad, impulsividad, conductas disruptivas, depresión, alteración del estado de ánimo, irritabilidad, extrañamiento): 13 (11,1%).

“IP solo. IP refiere que tiene ansiedad, refiere que ha intentado dejar los porros por sí mismo anteriormente, ahora fuma unos 2 al día y antes fumaba 25. IP dice que está todo el día mal, suda... se encuentra mal. Dice que ha plantado marihuana y se lo ha fumado todo. IP dice que se siente muy nervioso y que cree que está a punto de explotar. IP dice que nadie le puede decir nada, que está a punto de explotar. IP está muy angustiado. IP dice que tiene mucha ansiedad, nervios.”

Fig. 3. Distribución de los motivos de la demanda relacionada directamente o indirectamente con el consumo de cannabis n=143



Fuente: Datos de la memoria del SAiSM-HUSJR (2017-2018), documento interno inédito.

6. Conclusiones

Después del análisis de las historias sociales y clínicas de todas las demandas de tratamiento al SAiSM-HUSJR, solo el 18% son demandas claras y específicas de deshabituación del cannabis. El 82% restante son demandas relacionadas con situaciones coadyuvantes con un peso más importante en la problemática presentada que el solo hecho de consumir cannabis, como se ha detallado en el apartado de resultados.

La tendencia al alza de las demandas de tratamiento por cannabis observadas por los distintos observatorios y sistemas de información (europeo, español y catalán), coincide con los datos obtenidos en el SAiSM-HUSJR, a pesar de que a nivel local no se ha notificado una tendencia al alza tan acusada como en el resto de sistemas de notificación. Esta diferencia puede explicarse por una imprecisión a la hora de categorizar las demandas, puesto que muchas problemáticas de causalidad múltiple relacionadas con el uso de cannabis directamente e indirectamente pueden haber terminado en un “cajón de sastre”. En este sentido habría que plantear la revisión de los sistemas de notificación, diagnóstico, tratamiento y derivación actuales para poder aclarar y clasificar mejor las demandas relacionadas con el consumo de cannabis.

Otro aspecto que hay que considerar de cara a la identificación de la muestra tiene relación con los diagnósticos clínicos. Cualquier cambio en las clasificaciones diagnósticas, como ha sucedido con el DSM-V, de los llamados trastornos relacionados con sustancias es relevante, porque pue-

de alterar notablemente los datos de prevalencia. Este diagnóstico tiene no solo implicaciones clínicas sino también legales (por ejemplo, para el cumplimiento de cuestiones judiciales) y, de cara al tratamiento, los cambios pueden significar que estadísticamente más personas sean susceptibles de ponerse en tratamiento; por ejemplo, fumadores de tabaco, bebedores de alcohol o, como es el caso, consumidores de cannabis (Becoña, 2014).

En cuanto a los itinerarios asistenciales –tanto para los que manifiestan un deseo expresado de deshabituarse del cannabis como para los que no–, se requiere de una ordenación que, la fase de toma de contacto o puerta de entrada, permita a un equipo de expertos de la atención social capaces de detectar e interpretar correctamente el sentido de la demanda hacer una valoración detallada de las necesidades de la persona que llega a los servicios especializados y así poder dar una respuesta más adecuada.

Hay que destacar que la segunda causa de acceso a los centros de tratamiento por cannabis son las multas administrativas impuestas por los cuerpos policiales en referencia a la Ley de seguridad ciudadana. La respuesta punitiva que, como agentes sociocomunitarios, se está dando al fenómeno de uso del cannabis es cuestionable. El hecho de imponer una sanción administrativa, sin ninguna medida educativa que lo acompañe, no resuelve ni se aproxima al abordaje complejo que el fenómeno necesita. Se han identificado algunos casos en los que algunas personas, después de haber sido sancionadas, buscan en el ámbito sanitario (por el hecho de ponerse en tratamiento) el eximente de la sanción económica, hecho que solo es posible para los menores de edad (antes de la Ley 4/2015 de seguridad ciudadana era posible para todos los grupos de edad).

Hay que incorporar la perspectiva de la existencia de un consumo no problemático de sustancias y potenciar la investigación sobre los mecanismos de autogestión positiva, para poder orientar a las personas hacia posibles líneas de intervención relacionadas con el paradigma de reducción de daños y riesgos. También tendríamos que considerar que muchas de las problemáticas asociadas al cannabis son de carácter legal y que por lo tanto hay que tener en cuenta todas aquellas propuestas de regulación que planteen alternativas al statu quo actual.

A pesar de que las sustancias (no solo el cannabis) protagonizan mayoritariamente la atención especializada, lo que motiva, en muchos casos, la demanda de tratamiento son otros factores relacionales, de contexto o personales. En este sentido, se pone de relieve el papel que los servicios especializados en el campo de las adicciones tienen también a la hora de detectar e intervenir en las problemáticas relacionadas con la salud mental, factores sociales y de salud en sentido amplio.

Se valora el bagaje del Trabajo Social en el campo de las adicciones, presente en los centros de tratamiento desde el inicio. Es un elemento clave para aclarar y vehicular las demandas y acompañar tanto a los usuarios como a los profesionales que pueden intervenir en un proceso de cambio efectivo.

Referencias bibliográficas

- Ander-Egg, E. (1972). *El trabajo social como acción liberadora*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Bravo, D., y Díaz, Y. (2013). *La intervención del trabajo social en las adicciones dentro del programa juego responsable* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Recuperado de <https://bdigital.uncu.edu.ar/6566>
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, 110, 58-61. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803011.pdf>
- Barreto Pico, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174481.pdf>
- Colom Masfret, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Institut Català de la Salut (2013). Carta de serveis de treball social sanitari. Recuperado de: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2013/06/carta-serveis-ts.pdf>
- Ley orgánica 4/2015, de 15 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 31 de marzo de 2015, núm. 77.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). Informe 2018. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2018). España. Informe sobre drogas 2018. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018_CDR2018Espanol.pdf
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2004). El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento. En *Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Recuperado de: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>

- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., y Simon, R. (2017). Cannabis use among people entering Drug Treatment in Europe: A growing Phenomenon? *Euro Addict Res*, 23(3), 113-121. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/FullText/475810>
- Puerta, C., y Pedrero, E. (2017, 2 de mayo). La falacia de la adicción como enfermedad cerebral. Recuperado de: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2009). SIDC Informe anual 2009. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual__2009.pdf
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2016). SIDC Informe anual 2016. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-anual-2016-rev-09-05-2018-b.pdf>
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2018). SIDC Informe anual 2017. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-2017-FINAL_181022.pdf
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2019). SIDC Informe anual 2018. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe_2018_SIDC_ok.pdf
- Sixto-Costoya, A., y Olivar Arroyo, Á. (2017). Educación social y trabajo social en adicciones: recuperar el territorio cooperando. *RES, revista de Educación Social*, 26, 141-158.
- Tobin, J. (1952). *Drug addiction: the role of social work in its recognition and treatment*. Vancouver: University of British Columbia.
- Wells, E., Kristman-Valente, A., y Peavy, M. (2013). Social workers and delivery of evidence-based psychosocial treatments for substance use disorders. *Social Work Public Health*, 28(0), 279-301.

Reseñas

Mari-Klose, P. (2019).

La infancia que queremos. Una agenda para erradicar la pobreza infantil.

Madrid: Los Libros de La Catarata

Autor de la reseña: Josep M. Torralba Roselló

Montagud, X. (coord.) (2019).

Cuando el Trabajo Social es literatura. La narrativa como creación y herramienta de aprendizaje.

Valencia: Editorial Nau Llibres

Autora de la reseña: Yolanda Fierro Fidalgo

Fernández, T. i Ponce de León, L. (2019).

Trabajo Social con familias.

Madrid: Editorial Alianza

Autora de la reseña: Concepción Castro Clemente

La infancia que queremos. Una agenda para erradicar la pobreza infantil

Pau Marí-Klose. Los Libros de La Catarata. Madrid, 2019

Josep M. Torralba Roselló¹

ORCID: 0000-0001-7759-2508

Para citar: Torralba Roselló, J. M. (2019). [Reseña del libro *La infancia que queremos. Una agenda para erradicar la pobreza infantil*, de Pau Marí-Klose]. *Revista de Treball Social*, 217, 141-144. DOI: 10.32061/RTS2019.217.07

El autor del libro es doctor en Sociología y profesor de Sociología en la Universidad de Zaragoza. Ha dirigido el Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil del Gobierno en España entre septiembre del 2018 y marzo del 2019, y ha sido diputado del PSOE en el Congreso desde abril hasta septiembre del 2019.

El Dr. Marí-Klose pretende, con este libro, dar respuesta a las siguientes cuestiones que nos propone para que no interpielen:

- Por qué nos tiene que preocupar la pobreza infantil.
- Qué es lo que está en juego en una sociedad en la que se observan unos altos niveles de pobreza infantil.
- Qué podemos hacer para corregir este problema.
- Cuál es el camino que podemos transitar.
- Qué errores podemos evitar.

El libro está estructurado en cinco capítulos y un epílogo. En el primer capítulo, se conceptualiza la noción de pobreza, se identifican algunos elementos comunes en las experiencias subjetivas de privación material y en las situaciones de vulnerabilidad y desventaja que produce la pobreza. El segundo capítulo se centra en la pobreza infantil, se analizan las tendencias al rejuvenecimiento de la pobreza en los hogares con niños poniendo el foco en las dinámicas de exclusión asociadas a la experiencia de pobreza infantil que son las responsables de las desventajas que sufren los niños. En el tercer capítulo, se constata que la pobreza infantil en España es una anomalía sociológica comparada con la que se da en la mayoría de países europeos, así como la situación socioeconómica de otras franjas de edad de la población. Esto lleva al autor a revisar los argumentos que justifican la priorización de la lucha contra la pobreza infantil en la acción pública.

¹ Trabajador social y doctor en Sociología. Profesor de la UFR Escola de Treball Social, Universidad de Barcelona. Miembro de la Comisión de Infancia y Familia del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. jmtorralba@ub.edu

El cuarto capítulo examina la acción gubernamental llevada a cabo en varios países europeos y la construcción de una agenda europea para abordar el fenómeno de la pobreza infantil. En el quinto capítulo, se exploran las diversas vías y estrategias para combatir la pobreza infantil mediante las iniciativas de política pública, diferenciando entre políticas generalistas contra la desigualdad y la pobreza y las políticas específicas ante la pobreza infantil. En el epílogo final del libro, el autor analiza los objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 con los objetivos y las medidas de actuación para erradicar la pobreza infantil, así como la tesis que utiliza el pensamiento liberal-conservador para frenar la agenda de la lucha contra la pobreza infantil.

El profesor Mari-Klose, de forma rigurosa y usando datos contrastados en informes y estudios publicados por organismos e instituciones españolas e internacionales, constata que en España la crisis económica ha agravado la vulnerabilidad infantil, pero que la situación anómala de los niveles de pobreza infantil es objeto de denuncia desde hace tiempo por parte de organismos internacionales, entidades sociales y el mundo académico especializado en la investigación sobre las desigualdades. En el 2017, la tasa de riesgo de pobreza era del 28,3% en España y solo había dos países europeos con tasas superiores: Bulgaria (29,2%) y Rumanía (32,2%). Los niveles de pobreza infantil en España son superiores a las tasas de riesgo de cualquier otro grupo de edad de la población. La pobreza en los hogares con niños dura más que en otros tipos de hogares. También la incidencia de pobreza es muy alta en los hogares de origen inmigrante. Las situaciones de pobreza son habituales en los hogares con baja intensidad de ocupación laboral.

En España la opción del sistema familista, durante mucho de tiempo dentro del régimen de estado de bienestar, se ha fundamentado en el hecho que miembros de la familia extensa ofrecían apoyo económico y de cura en los hogares con niños. Para el autor, es dudoso que los apoyos intergeneracionales hayan contribuido a paliar la situación de vulnerabilidad económica de los hogares con niños en cuanto a transferencias monetarias directas y prestación de atención y cura a los niños.

Según el Dr. Mari-Klose, hay varias razones que justifican convertir la infancia vulnerable en objeto de atención prioritaria por parte de la acción pública, y son las siguientes:

1. Se trata de una experiencia injusta que puede comprometer derechos fundamentales de los niños.
2. Es un “hándicap corrosivo” que mina el futuro de personas en proceso evolutivo de formación y capacitación.
3. Puede generar beneficios para el conjunto de la sociedad, porque permite reforzar la cohesión social desactivando las amenazas de pulsiones antidemocráticas.
4. Las inversiones tienen un retorno económico elevado.
5. Contribuye a reequilibrar la arquitectura de la solidaridad intergeneracional.

En el epílogo, el autor desarrolla la agenda pública necesaria para erradicar la pobreza infantil en España a partir de algunos objetivos fijados entre los que se proponen de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030² y la propuesta de unas medidas de actuación concretas. Así, el objetivo 1.3. establece que “hay que poner en práctica sistemas y medidas adecuadas de protección social para todos los ciudadanos y lograr una amplia cobertura de las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad social”. Y una de las medidas más importantes es la falta de un sistema de garantía de renta que ofrezca un nivel mínimo de ingresos a la población más vulnerable, especialmente en los hogares con hijos a cargo.

También en el objetivo 4.2. se insta a “asegurar que todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y en la educación preescolar”. En España, esto está resuelto para la etapa entre los 3-5 años, pero no para la primera infancia (1-3 años) como pasa en otros países europeos como Noruega.

Por otro lado, en el objetivo 11.1 se reclama “asegurar el acceso a una vivienda adecuada y a la mejora de los barrios marginales”. Según el Dr. Mari-Klose, los gastos de la vivienda constituyen un generador de vulnerabilidad en hogares con niños. Como medidas, hay que abordar el acceso inclusivo a las viviendas adecuadas para familias jóvenes y lograr que los espacios urbanos sean seguros y ofrezcan oportunidades de ocio y enriquecimiento personal para los niños.

El autor evidencia claramente la situación de pobreza infantil en España como situación anómala y persistente en el contexto de los estados de bienestar europeos y la necesidad de realizar una apuesta valiente y decidida de los poderes públicos para adoptar las medidas de actuación necesarias para erradicar esta situación con políticas sociales integrales y políticas específicas para la infancia vulnerable dotadas de financiación adecuada.

Tal y como se recoge en el Dictamen sobre la pobreza infantil³ elaborado por la Comisión de Infancia y Familia y aprobado por la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya durante el mes de noviembre de 2015:

Los y las trabajadoras sociales tenemos que atender y denunciar las situaciones de pobreza infantil donde hay implicadas familias y niños que están sufriendo los efectos de la crisis económica y las desigualdades sociales que esta ha generado. Conocemos de primera mano las familias que sufren las situaciones de pobreza: trabajamos con personas, no con expedientes, ni con estadísticas ni datos (p. 3-4).

2 Gobierno de España (2015). *Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos>

3 Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (2015). *Dictamen sobre la pobreza infantil*. Recuperado de https://www.tscat.cat/download/web/2018/Dictamen%20pobresa%20infantil%20nov.%202015_DEF.pdf

La infancia que queremos. Una agenda para erradicar la pobreza infantil.

Os animo a leer el libro y a seguir denunciando como colectivo profesional la vulneración de los derechos fundamentales de los niños y la necesidad de disfrutar de una vida digna y reconocida como actor social.

Cuando el Trabajo Social es literatura. La narrativa como creación y herramienta de aprendizaje

Xavier Montagud Mayor (coord.). Editorial Nau Llibres. Valencia, 2019

Yolanda Fierro Fidalgo¹

ORCID: 0000-0001-8045-3875

Para citar: Fierro Fidalgo, Y. (2019). [Reseña del libro *Cuando el Trabajo Social es literatura. La narrativa como creación y herramienta de aprendizaje*, Xavier Montagud Mayor (coord.)]. *Revista de Treball Social*, 217, 145-148. DOI: 10.32061/RTS2019.217.08

El libro, editado por Nau Llibres, está coordinado por Xavier Montagud, trabajador social y docente en la Universidad de Valencia, y en él, además de un texto suyo, encontramos aportaciones de nueve autores más, todas relacionadas con la disciplina del Trabajo Social y con experiencias literarias diversas. La obra tiene como finalidad mostrar y convencer de que el arte de la literatura, en sus distintas formas, debe tomarse en consideración a la hora de abordar la formación y la mejora del desempeño profesional. Se presenta un análisis amplio y pormenorizado que ayuda a entender el uso y los beneficios que reporta el vínculo entre ambos paradigmas. Cada apartado es una obra literaria en sí misma.

La presentación, a cargo de Josefina Fernández i Barrera, nos muestra la importancia de esta obra y nos invita, con pasión, a su lectura poniendo en relieve la fuerza de la narrativa como fórmula para manifestar lo real o ficticio que sentimos, a través del uso de la palabra escrita. Fernández, haciendo uso de una metáfora musical, nos va introduciendo en la obra, extrayendo de cada una de las piezas las ideas sustanciales que nos conmovieron y emocionarán, suscitando nuestra curiosidad por conocer en detalle qué nos dice cada autor y cada autora, los cuales, de manera generosa, comparten sus experiencias.

En el primer capítulo, “Las literaturas del Trabajo Social”, a cargo de Xavier Montagud, se expone la necesaria incorporación del género literario en el aprendizaje de la disciplina del Trabajo Social, y considera la escritura un instrumento imprescindible para la mejora de las competencias fundamentales, difícil de adquirir o desarrollar por medios tradicionales. A

1 Trabajadora social y miembro del equipo de redacción de la RTS. yolandafierro2@gmail.com

través de este arte, ya sea de ficción o autobiográfico, podemos llegar a una más amplia comprensión de la realidad y de nuestra historia profesional.

Montagud hace un repaso de la producción literaria escrita en español. Expone cómo el relato breve, también presente, permite convertir muchas de las situaciones y anécdotas de nuestra experiencia práctica en algo singular y a veces mágico. A través de él se transmiten emociones que impactan en quienes lo leen. Para el autor este es uno de los géneros más apropiados de expresión literaria y de aprendizaje, a la vez que un excelente estímulo para mejorar nuestra sensibilidad, capacidad de empatía y discernimiento ante la complejidad de la realidad social.

El segundo relato, “Esta es la historia de muchas historias”, va a cargo de Silvia Navarro Pedreño y nos presenta la experiencia del club de lectura, dentro de un plan de desarrollo comunitario. A través del club, una forma aplicada del uso de la literatura como cómplice del Trabajo Social, ayudará a transformar la lectura en una práctica polémica, colectiva y polifónica, crítica, constructiva y compartida. De esta manera, los implicados conectarán con la realidad de su entorno, con sus gentes y con ellos mismos, desde una mirada transformadora.

Este lugar de confluencia y relación entre compañeros que trabajan en una misma comunidad, se convertirá en un espacio de crecimiento personal y profesional, en el que disfrutaran, aprenderán y se enriquecerán. Los y las profesionales y los territorios afectados por el impacto de la crisis, han de repensar fórmulas que les ayuden a salir del letargo. Es en este sentido que el plan comunitario que nos describe Navarro les ofrecerá una alternativa para afrontar y defenderse de la apatía, para pensar, resistir y compartir relatos que les ayuden a hacer algo mejor y diferente por y para las personas que viven en su barrio. Y lo harán analizando la realidad del presente pero también bebiendo de las fuentes del saber que emanan de los libros.

Parece fácil organizar el club de lectura, la autora nos va introduciendo de manera amable y entusiasta en las diferentes etapas de su creación y, a través de su narrativa, consigue conectarnos con escenas cotidianas de nuestra disciplina.

El tercer capítulo, “Desnudar el Trabajo Social”, a cargo de Alba Pirla i Santamaria, narra seis historias cortas, sencillas, pero a la vez profundas, que nos conectan con una diversidad de personajes que nos van dejando huella. Son historias cargadas de emociones que nos interpelan y que observamos, muchas veces, desde la incongruencia del sistema de bienestar social. Las personas sin hogar de los relatos se encuentran envueltas en una niebla permanente, rodeadas de prejuicios y estereotipos. Ayudarles a superar las trabas y a salir adelante se convierte también en un premio para los profesionales.

El cuarto capítulo, “La agenda de citas de Helena”, a cargo de Arantxa Sánchez Echegaray, nos presenta a una trabajadora social que quiere reencontrar el sentido de su profesión. Una persona inquieta, que no soporta las contradicciones intrínsecas de este trabajo y busca el origen del malestar de sus emociones. Gracias a esta búsqueda y utilizando el relato

poético, reconectará con el alma y el corazón del Trabajo Social. También nos alerta de que la rutina es una enemiga de la relación de ayuda, y de que el hecho de tender a simplificar situaciones y procesos de cambio dificulta la creación de nuevas posibilidades y oportunidades.

En el capítulo quinto, “El cubo de agua”, de Fabiola Moreno González, la autora, utilizando la narración como instrumento de reflexión y toma de posición, nos relata las vivencias de una trabajadora social en el inicio de su carrera. Moreno nos muestra situaciones laborales antagónicas que a menudo se encuentra la protagonista y con las que tiene que convivir. Puede producirse un posicionamiento institucional poco integrador donde predomina la burocracia y la rigidez, la cerrazón ante la razón, la insensibilidad frente a la incapacidad y el dolor del otro. Por el contrario también hay otras posiciones, a las que en este relato la autora se agarra con fuerza, basadas en la comprensión, el acompañamiento, la implicación y el compromiso.

En el capítulo sexto, “Miscelánea”, Daniel Rodríguez Díaz utiliza el género de novela corta para presentar sus reflexiones y posicionamientos. Nos presenta un protagonista que se inicia en la formación de Trabajo Social y se va transformando en un activista comprometido, en este caso con las personas con diversidad funcional, que romperá mitos y estereotipos negativos, barreras que impregnan a gran parte de la sociedad actual.

Rodríguez incorpora en su relato una mirada de género hacia las personas dependientes. Utiliza los diálogos, aporta argumentos críticos y cuestionadores con el fin de interpelarnos y concienciarnos. El autor muestra su gran conocimiento de la materia y lo hace de manera didáctica, presentando escenas cotidianas, que transmiten vivencias reales, que hacen que el lector conecte, entienda y empatice con las situaciones. También nos anima a pensar que la utopía se puede hacer realidad si somos capaces de trabajar sin prejuicios.

En el capítulo séptimo, “La magia de Nessa”, Laura Ruiz Urbán nos refiere el drama de los refugiados de guerras y nos ayuda a entender y comprender lo que ocurre antes de tomar una decisión y embarcar en una patera. En esta ocasión nos transporta a situaciones inhumanas de sufrimiento y desesperanza total. El lector o la lectora no pueden quedar indiferentes ante las graves y terribles experiencias que viven las personas obligadas a huir de sus países de origen. Afortunadamente, hay profesionales que piensan que lo que hacen por los demás merece la pena y de esta manera, para la protagonista principal, la esperanza y la magia aparecen cuando todo parece insalvable.

El capítulo octavo, “Una habitación con vistas”, de Belén Navarro Llobregat, nos presenta, a modo de guía, aquellas premisas necesarias, tanto de contenido como de forma, para conseguir un texto literario de calidad y atractivo para el lector o lectora que, además, transmita un posicionamiento comprometido con la realidad. La autora hace referencia a autores y autoras con posicionamientos críticos, invitando a la lectura militante, comprometida y transformadora. Partiendo del convencimiento de que la realidad se construye a través de la interacción social, la autora

pone en valor la narración como eje en la relación de ayuda, utilizando el diálogo y el apoyo de una narrativa alternativa para alcanzar soluciones.

En el capítulo noveno, "Aprendiendo de la locura a través de la escritura de Sylvia Plath", la autora, Esperanza Molleda Fernández, nos presenta a una mujer con graves problemas psiquiátricos y pone en evidencia algunos aspectos que pueden ser de interés en la relación con personas con problemas psicóticos. Argumenta que cuando la fragilidad psíquica está en juego es necesario entender que no es suficiente con poner los recursos al servicio del sujeto ya que la enfermedad mental puede limitar el uso que pueden hacer de estos. Recomienda estar atentos a cualquier situación que anticipe una crisis y acompañar a la persona al servicio adecuado, que no significa derivarla o desentenderse de ella.

En el capítulo décimo, "Oliver Sacks o el narrador que humanizaba los historiales clínicos y/o sociales modernos", Alfonso García Vilaplana analiza las historias clínicas del neuropsiquiatra Sacks y, a partir de aquí, hace una llamada de atención sobre la pérdida de nuestro talento narrativo y reivindica sensibilidad al construir el relato del otro aportando una mirada cálida y respetuosa hacia las personas con las que se establece la relación de ayuda. Este relato permite recuperar a los sujetos como personas que se constituyen como agentes, autores y actores de su propia vida.

Para concluir esta reseña se puede decir que lectura y escritura van de la mano, por eso esta obra es un guiño que brinda múltiples oportunidades, y pone en valor la potencia del recurso literario como herramienta creativa que podemos incorporar a nuestra práctica profesional.

Este libro no deja indiferente, nos interpela y nos saca de nuestra zona de confort. De manera amena, nos invita a sistematizar el registro de nuestras experiencias para seguir avanzando en el Trabajo Social. Escribir ayuda a reflexionar, a ordenar nuestros pensamientos y, finalmente, a ser profesionales más comprometidos.

Los relatos recogidos en esta obra nos acercan a la vida y a las formas de vivir de algunas de las personas que son objeto de la atención social, generando empatía y comprensión, apostando por el respeto a su dignidad.

Definitivamente, conectar el Trabajo Social y la literatura es dar espacio a un tipo de saber donde no solo es importante lo racional, sino también lo subjetivo y emocional, coincidiendo así con las corrientes más avanzadas del aprendizaje.

Trabajo Social con familias

Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero. Editorial Alianza. Madrid, 2019

Concepción Castro Clemente¹

ORCID: 0000-0002-9729-2876

Para citar: Castro Clemente, C. (2019). [Reseña del libro *Trabajo Social con familias*, de Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero]. *Revista de Treball Social*, 217, 149-151. DOI: 10.32061/RTS2019.217.09

Los profesores de Trabajo Social Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero acaban de reeditar el libro titulado *Trabajo Social con familias*, en una nueva edición actualizada, ampliada y revisada que publica la editorial Alianza, una de las de mayor prestigio en el ámbito de las ciencias sociales, lo que indudablemente supondrá la difusión y divulgación mundial de sus contenidos y del Trabajo Social.

Para la profesión, este libro es un referente metodológico en el abordaje de conflictos y problemáticas familiares, pues supone la consolidación de la intervención clínica desde un modelo psicosocial clínico y sistémico.

El libro está adaptado a los requerimientos del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), por lo que su lectura resulta amena y sencilla, pues en cada capítulo el lector puede encontrar los objetivos que se pretenden conseguir con el estudio de cada temática, un resumen con las ideas centrales, actividades de repaso para contrastar el aprendizaje, lecturas recomendadas para ampliar el conocimiento, preguntas de reflexión dentro del texto, así como ejemplos prácticos de casos intercalados a lo largo de todo el libro.

Una de las grandes aportaciones de este manual es su contenido práctico. En el noveno y último capítulo el lector puede poner en práctica todo el contenido teórico aprendido en los ocho capítulos anteriores. Más de cien páginas empleadas para describir y dar solución a cinco casos, cada uno de ellos perteneciente a un sector y un ámbito de actuación distintos: envejecimiento, salud mental, conflictos de pareja, absentismo escolar e inmigración. Todos ellos estructurados con las mismas fases del método básico (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación), pero atendiendo a las peculiaridades de cada temática, que exigen la aplicación de distintas técnicas y modelos.

La parte más teórica del libro está compuesta por una introducción y por ocho capítulos. En la introducción los autores explican los cambios que han experimentado las familias a lo largo de la historia y la sistematización

1 Profesora de Trabajo Social en la UNED y en la UNIR. concastro@madrid.uned.es

profesional cada vez más especializada requerida para el abordaje de los conflictos familiares. Mujeres como Mary Richmond, Grace Abbott, Jessie Taft, Margaret Frances Byington, Jane Addams y Alice Salomon contribuyeron al desarrollo teórico de esta disciplina durante el siglo pasado. En la actualidad, la profesión continúa reinventándose para dar respuesta a los rápidos cambios sociales y económicos que se producen, manteniendo como objetivo principal garantizar el bienestar de las familias desde una intervención organizada, que trabaja coordinadamente entre distintas administraciones (justicia, educación, salud, servicios sociales, etc.) y con una visión multidisciplinar. Teniendo en cuenta este análisis los autores nos ofrecen una definición actualizada del Trabajo Social con familias, caracterizándolo como “un proceso que se dirige a potenciar los recursos internos individuales y sociales de la familia, donde la participación activa de sus integrantes en las acciones y en las estrategias diseñadas, le facilitarán superar los efectos de la adversidad, desarrollando sus capacidades como un elemento indispensable para resolver sus problemas y mejorar su funcionamiento social”.

Esta definición representa la nueva orientación profesional dentro del actual contexto histórico, donde la familia ha experimentado muchos cambios, y en relativamente poco tiempo. No solo ha dejado de ser extensa para ser nuclear o unipersonal, sino que se han modificado los roles a raíz de la incorporación de la mujer al trabajo, y además el envejecimiento de la población está guiando nuevas estrategias sociales, las tasas de pobreza han disminuido en algunos países, y aparecen la globalización, las mejoras sanitarias y entornos de familias más plurales, como las reconstituidas, las homoparentales, las multiculturales, las no parentales, etc. El objetivo de este libro es entender todos estos cambios para adentrarnos en el análisis de las metodologías y en los modelos teóricos que nos permitan comprender e intervenir en las causas, complejidades y crisis por las que atraviesan las familias a lo largo de su ciclo vital.

El segundo y el tercer capítulo están dedicados a describir cuáles son las principales necesidades que tienen las familias a lo largo de su ciclo vital. Elaborar este mapa de necesidades supone ahondar en la elaboración de los diagnósticos sociales de las familias, anticipándose a su problemática desde la perspectiva de la prevención y del apoyo profesional. Al final del capítulo se ofrece una interesante tabla donde se recogen todas estas necesidades desde el nacimiento hasta la muerte.

En el cuarto se describe la variedad y pluralidad de las familias, que existen en la actualidad, analizando los motivos por los cuales estas pueden hacerse vulnerables, entrando en complejos procesos de exclusión social. Con esta finalidad se ofrece también una descripción detallada de las definiciones, funciones y tipos de familias existentes, desde la comprensión de su funcionalidad sistémica.

En la intervención familiar, la ética profesional resulta un elemento esencial para salvaguardar los intereses profesionales y los de la familia. Es en este ámbito donde los conflictos éticos son más complejos y por ello exigen el uso de distintos modelos para solucionarnos. En el quinto capi-

tulo se explican dos de los principales modelos de resolución de dilemas éticos, como el modelo de Reamer basado en la jerarquía de principios, o el de Ballesterero basado en la aplicación de varios filtros (ético, legal y social), que ofrecen a los profesionales una guía de actuación ética.

Los capítulos seis, siete y ocho son los más metodológicos, pues en ellos se describen las fases del método, las técnicas empleadas durante el mismo y los modelos teóricos, que sirven de referencia para enfocar los objetivos de trabajo.

El método en Trabajo Social con familias dispone de seis fases básicas: recepción familiar, recopilación de información, valoración técnica, elaboración de un plan de acción, aplicación de la programación y evaluación. En todo este proceso dos elementos son claves para garantizar la continuidad del proceso: la acomodación profesional o consolidación de la relación terapéutica y la movilización para el cambio, fundamentado en la motivación y adherencia al tratamiento social. En el libro se explican todas estas fases con la utilización de gráficos y figuras, que ayudan a entender la complejidad y sistematización de la acción profesional.

En el séptimo capítulo se analizan los aportes metodológicos de los distintos modelos teóricos que se pueden aplicar durante la intervención familiar: psicosocial, clínico, sistémico, ecológico, cognitivo/conductual, de crisis, y finalmente los autores ofrecen un nuevo modelo, el de apertura de ciclos cerrados, adaptado a la circularidad y repetición de los complejos procesos de exclusión social.

El octavo es un capítulo muy práctico y visual pues en él se describen y se representan gráficamente las principales técnicas de intervención familiar. El lector puede ver gráficamente un genograma, un ecomapa, un culturograma, un diagrama de flujo, un mapa de redes, un ciclograma, un gráfico de Gantt..., así como estudiar las otras técnicas no gráficas como la entrevista, la observación y la mediación. En este capítulo también se dedica un apartado especial a explicar las principales técnicas sistémicas, como la confrontación, el mantenimiento, el rastreo, el mimetismo, entre otras.

Un libro completo y recomendable para profesores, estudiantes, profesionales y público en general que deseen conocer cómo se realiza la intervención familiar clínica desde el Trabajo Social.

Normas para la presentación de artículos a la RTS

La *Revista de Treball Social*, editada por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, es una revista especializada que se publica desde el año 1960 con una periodicidad cuatrimestral. Los objetivos de la publicación son:

- Difundir las experiencias profesionales y el conocimiento científico generado a partir de la práctica y la investigación en trabajo social.
- Contribuir al desarrollo profesional de los trabajadores y las trabajadoras sociales aportando herramientas metodológicas, experiencias, investigaciones, análisis y reflexiones que permitan vincular práctica y teoría.
- Promover el análisis crítico de la realidad social y las políticas sociales.

La RTS se dirige, especialmente, a los trabajadores y las trabajadoras sociales del ámbito profesional y académico, también a estudiantes universitarios y a cualquier profesional vinculado al entorno del trabajo social.

La RTS está abierta a todos los trabajadores y las trabajadoras sociales que deseen presentar artículos originales sobre investigaciones empíricas, trabajos teóricos o revisiones bibliográficas, descripciones de experiencias profesionales, ensayos y análisis críticos, siempre en relación con el trabajo social, las políticas sociales y los servicios de bienestar social.

Los trabajos presentados tienen que ser originales y no pueden haber sido publicados, ni totalmente ni parcialmente, en ningún otro medio o publicación. Tienen que ir firmados, por lo menos, por un/a trabajador/a social.

La RTS pide la cesión de los derechos de autoría, así como la no existencia de conflicto de intereses.

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de quien firma la autoría y si hay evidencias de plagio se pondrán en marcha las acciones previstas para informar a los autores y las autoras, retirar el documento no original de la página web e informar a los lectores y las lectoras de la situación.

Las autoras y los autores de trabajos de investigación declararán en el texto del artículo que en el proceso de investigación se han respetado los principios éticos que corresponden al tipo de estudio que presentan (autorizaciones que correspondan, consentimiento informado de los y las participantes, disociación de los datos de identificación, cita adecuada de las autorías, etc.).

PROCESO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

El equipo de redacción realizará una selección previa de los artículos presentados y, posteriormente, serán valorados siguiendo el procedimiento anónimo de revisión por pares a doble ciego (el equipo de revisión no conoce la autoría de los artículos y los autores y las autoras no conocen la identidad de quien valora su trabajo). Para que este método de revisión de artículos sea factible, los artículos se presentarán en versión anonimizada, es decir, una versión en la que no se pueda identificar la autoría.

Las personas que firmen aceptarán someter el trabajo a la revisión y a posibles cambios de contenido y estilo según las recomendaciones del equipo de revisión.

SECCIONES Y EXTENSIÓN DE LOS ARTÍCULOS PRESENTADOS

A fondo:

Artículos que ofrecen un desarrollo de un tema de interés para los y las profesionales del trabajo social. Extensión entre 6.000 y 8.000 palabras.

Pueden ser:

- Artículos de investigación empírica: que se estructurarán, por lo menos, en los siguientes apartados: introducción, metodología, resultados, discusión o conclusiones y referencias bibliográficas citadas en el texto.
- Artículos teóricos: la redacción de los cuales no estará sujeta a una estructura concreta, pero que, en cualquier caso, comprenderán una introducción, suficientes fuentes documentales, crítica fundamentada y conclusiones pertinentes.

Compartiendo la práctica profesional:

Artículos en los que se presenten buenas prácticas y sistematización de experiencias de interés en trabajo social, servicios sociales u otros sistemas vinculados al desarrollo de los derechos sociales. Extensión entre 4.000 y 6.000 palabras.

Los artículos incorporarán una introducción, el cuerpo del texto de estructura libre que incluirá, en todo caso, la contextualización teórica, normativa (si procede) y metodológica de la intervención presentada, unas conclusiones y las referencias bibliográficas de las citas mencionadas en el texto.

Reseñas:

Presentación y comentarios de libros y tesis doctorales. Extensión máxima: 1.200 palabras.

En todos los casos la extensión máxima incluye las referencias bibliográficas.

Los artículos que superen la cantidad de palabras indicada se devolverán a los autores y las autoras para que reduzcan su extensión.

Los artículos tienen que presentarse en formato electrónico, en documento de texto editable (.docx o .RTF), letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm. Las citas literales se transcribirán en Arial 11, interlineado 1,5 y márgenes 4 cm.

IDIOMAS

Los artículos se pueden presentar en catalán o castellano indistintamente. En la versión en línea, cada número de la RTS se publicará en catalán y en castellano; además se publicará como mínimo un artículo, seleccionado por el equipo de redacción, traducido al inglés. La versión en papel recogerá todos los artículos en el idioma original. Los títulos, resúmenes y palabras clave de todos los artículos se publicarán también en inglés.

SISTEMA DE ENVÍO DE ARTÍCULOS

De manera previa a la presentación de cualquier artículo, la persona que firme como autora principal tendrá que registrarse (si no lo ha hecho anteriormente) como usuaria de la página web (www.revistarts.com). Los artículos se cargarán en la plataforma siguiendo las indicaciones detalladas en el apartado “Envíos” de la misma página web.

En todos los casos, el artículo tendrá que presentar: título y subtítulo, en caso de que lo incluya (40 palabras máximo); resumen (250 palabras máximo) en catalán o castellano y en inglés; las palabras clave (5 como máximo) en catalán o castellano y en inglés, y el texto principal, que responderá a las normas de la sección a la cual se presenta.

El texto principal se enviará como archivo adjunto de manera anonimizada, suprimiendo cualquier elemento que permita directamente o indirectamente la identificación del autor o autora. Una vez se haya realizado la valoración, en el momento en que se comunique la aceptación para la publicación del artículo, se pedirá el envío de la versión definitiva identificando la autoría.

FIGURAS I TABLAS

Tablas: Se presentarán en el lugar del texto que corresponda numeradas según el orden de aparición. Se utilizarán únicamente para clarificar aspectos relevantes. Los títulos o pies que acompañen las tablas tienen que explicar el contenido y la fuente. Se presentarán sin colores, con el formato predefinido, líneas sencillas y texto en Arial.

Figuras: se consideran figuras las fotografías, los gráficos o las ilustraciones. Se presentarán en el lugar del texto que corresponda numeradas según el orden de aparición, se identificarán con el término abreviado “fig. X”. Se tienen que diseñar con un buen contraste, de forma que no pierdan calidad con la reducción. En la edición en papel serán publicadas en blanco y negro. Las figuras tienen que tener la finalidad de clarificar de forma importante el texto y su número será el mínimo necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se tienen que colocar al final del texto, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con las normas APA (6.ª edición, 2018).

Libro en papel: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título: Subtítulo.* (# ed.). Ciudad: Editorial. En los casos de autoría múltiple, hay que incluir todos los autores i autoras. Sus nombres i apellidos se separan con comas, excepto delante del último autor o autora, que se pone “y”.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder.* (3.ª ed.). Madrid: La Piqueta.

Moreno, M. D., Peris, F. y González, T. (2000). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones.* Madrid: Ed. Prentice Hall.

Autor corporativo: Nombre de la institución u organismo (Año). *Título: Subtítulo.* (# ed.). Ciudad: Editorial.

Observatori del Treball i Model Productiu (2017). *La situació de desigualtat salarial a Catalunya entre homes i dones.* Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Generalitat de Catalunya.

Capítulo de libro: Apellidos, Inicial del nombre del autor o autora del capítulo. (Año). Título del capítulo: Subtítulo. En Nombre i Apellido del editor o editora (ed.), *Título del libro* (# ed., p. XX-XX). Ciudad, País: Editorial.

García, E. y Báñez, T. (2016). Tejiendo identidades profesionales. Un proceso creativo y transformador. En G. Londoño y J. L. Rodríguez (comps.), *Relatos Digitales en Educación Formal y Social* (p. 295-300). Barcelona, España: Universitat de Barcelona.

Libro electrónico con DOI: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título.* DOI:

Londoño, G. y Rodríguez, J. L. (comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social.* DOI: 10.1344/105.000003160

Libro electrónico con URL: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título*. Recuperado de: URL.

Londoño, G. y Rodríguez, J. L. (comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social*. Recuperado de: <http://www.greav.net/descargas/Actas2016.pdf>

Artículo de revista en formato físico: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista*. *Subtítulo*, volumen(número), pp-pp.

Carabaza, J. I. (2013). Apropiación de las TIC: apuntes para su operacionalización. *Revista Prisma Social*, 9, 352-390.

Artículo de revista con DOI: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista*. *Subtítulo*, volumen(número), pp-pp. DOI:

Hernández-Echegaray, A. (2019). Reflexiones acerca de las oportunidades y dificultades de la fundamentación teórica y metodológica en el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 215, 13-31. DOI: 10.32061/RTS2019.215.01

Artículo de revista en línea: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título del artículo: Subtítulo del artículo. *Título de la revista*. *Subtítulo*, volumen(número), pp-pp. Recuperado de URL

Deslauriers, J. P. y Pérez, J. V. (2004). El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 195-210. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110195A>

Página web: Autor/a personal o corporativo. (Año última actualización). *Título de la página*. Recuperado de URL

Fundación Dialnet. Universidad de la Rioja (2018). *Dialnet*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es>

Simposios y conferencias: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título de la ponencia. En Inicial del nombre. Apellidos. (Editor literario), *Título del simposio o congreso* (p. xx-xx). Ciudad: Editorial.

Fernández, J. (2006). Trabajo Social con Familias y Mediación. En C. Escobar, T. Andrés y G. Sánchez (Coord.), *V Congreso Estatal de Estudiantes de Trabajo Social* (p. 17-30). Salamanca: Universidad de Salamanca.

Tesis: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). *Título de la tesis* (Tesis de grado, máster o doctorado inédita). Nombre de la institución, lugar.

Parra, B. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona.

Tesis en línea: Apellidos, Inicial del nombre. (Año). Título de la tesis (Tesis de grado, máster o doctorado inédita). Nombre de la institución, Ciudad, País. Recuperado de URL

Cardona, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos* (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Espanya. Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/108691>

Vídeos: Apellidos, Inicial del nombre. (Año, mes, día). *Título del vídeo*. Recuperado de URL

Centeno, A. y Morena, R. de la (2015). *Yes, We Fuck!* Recuperado de www.yeswefuck.org

Película: Apellidos, Inicial del nombre del productor/a. (productor/a), i Apellidos, Inicial del nombre del director/a. (director/a). (Año). *Título de la película*. [Película]. País de origen: Estudio.

Mase, Y. (productor) y Takita, Y. (director). (2008). *Despedidas*. [Película]. Japón: Shochiku Company Limited.

Fotografía: [Fotografía de Nombre i apellido del fotógrafo/a]. (Lugar. Año). *Nombre de la colección*. Ubicación.

[Fotografía del *Chicago Daily News*]. (Chicago, Illinois. 1910). *American Memory Collections de la United States Library of Congress*. Washington.

Noticias de prensa: Apellidos, Inicial del nombre. (Fecha). Título del artículo. *Nombre del periódico*, p.

Farreras, C. (19 de marzo de 2019). Pacto de la comunidad educativa contra los guetos en las escuelas de Catalunya. *La Vanguardia*, p. 26.

Noticias de prensa en línea: Apellidos, Inicial del nombre. (Fecha). Título del artículo. *Nombre del periódico*. Recuperado de URL.

Martínez, M. J. (16 de febrero de 2015). Las comunidades de propietarios se blindan ante Hacienda. *El País*. Recuperado de: http://economia.elpais.com/economia/2015/02/16/vivien-da/1424085674_934021.html

Ley/orden/decreto: Número de la ley (orden, decreto...) y denominación oficial si la tiene. *Título de la publicación donde aparece oficialmente*. Lugar de publicación. Fecha (día, mes y año), núm., pp-pp.

Ley 14/2011, de 1 de junio de 2011, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. 2 de junio de 2011, núm. 131, p. 54387-54455.

Estas referencias se han adaptado de las normas APA (6.^a edición, 2018). Para otros tipos de documentos, consultad la página web www.apastyle.org.

Los autores y las autoras recibirán 2 ejemplares en papel del número de la revista donde se publique su trabajo.

La RTS no cobra cuotas por la publicación de los artículos.

El equipo de redacción de la RTS no se hace responsable de la autenticidad de los trabajos publicados ni de su credibilidad. Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad de los autores y la RTS no se identifica necesariamente con ellos.

Lista de comprobación previa al envío de artículos

Los autores y las autoras tendrán que comprobar que los artículos cumplen los requisitos que se muestran a continuación; en caso de no cumplirlos, los trabajos les serán devueltos.

1. El cuerpo del artículo se ha anonimizado: no incluye la autoría ni la filiación y se ha suprimido cualquier elemento que pudiera permitir directa o indirectamente la identificación del autor o la autora. Se ha confirmado que se ha utilizado el término “Autor/a” para indicar las referencias a su propio trabajo.
2. El manuscrito se envía en formato .docx o RTF, incluidas las referencias bibliográficas, tablas y figuras.
3. Las referencias bibliográficas incluyen el DOI o la dirección URL, según corresponda, en todos los casos posibles.
4. El texto se presenta en letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm. Las citas literales se transcribirán en Arial 11, interlineado 1,5 y márgenes 4 cm.
5. Se incluye el título completo (40 palabras como máximo) en castellano o catalán y en inglés; un breve resumen (250 palabras como máximo) en castellano o catalán y en inglés, y las palabras clave (5 como máximo) en castellano o catalán y en inglés.
6. Las figuras y tablas se encuentran en el lugar del texto que les corresponde, con numeración correlativa, el título y la fuente. Se presentarán sin colores, con el formato predefinido, líneas sencillas y texto en Arial.
7. Se declaran becas o apoyo financiero y su procedencia, si procede.
8. Se manifiesta que el trabajo cumple con los requisitos éticos de investigación.
9. El manuscrito responde a las especificaciones de la sección a la que se dirige.

10. Se han revisado las referencias bibliográficas y se ajustan al estilo y el formato de las normas internacionales APA exigidas por la revista.

COMPROMISO ÉTICO DE LA RTS

La RTS se compromete a adoptar y promover las buenas prácticas y los principios éticos orientadores de las publicaciones científicas. A tal efecto se guiará por las orientaciones del Código de conducta de COPE (Committee on Publication Ethic), que se puede consultar en <https://publicationethics.org>.

La RTS asume los siguientes compromisos éticos:

- Incorporar la transparencia como uno de los principios clave en la gestión de la revista.
- Comunicar los objetivos y funcionamiento de la RTS a las personas lectoras y posibles autoras mediante la página web de la revista.
- Explicar de manera clara las normas de presentación de artículos. Se facilitará una lista de comprobación para ayudar a la confirmación del cumplimiento de todos los requisitos de presentación.
- Promover la atribución de autoría apropiada incorporando todos los autores y las autoras en las comunicaciones que se realicen desde la RTS.
- Basar la decisión de aceptar o no un trabajo para su publicación únicamente en el documento presentado, valorando, entre otros aspectos, la relevancia del tema, la originalidad y la claridad.
- Indicar al equipo revisor de los artículos presentados el encargo, con concreción, incorporando las recomendaciones de la COPE:

Realizar revisiones objetivas.

Evitar críticas personales a los autores o autoras.

Argumentar las valoraciones con referencias, si es necesario.

Declarar cualquier conflicto de intereses como, por ejemplo y no exclusivamente, que el revisor o la revisora tenga conocimiento previo del envío a la revista, haya colaborado recientemente con alguna de las personas autoras o pertenezca a la misma institución.

Desistir de revisar los manuscritos en los que tenga un interés competitivo por la temática tratada, la autoría o la institución que presenta el artículo.

Respetar la confidencialidad del material que se les facilita. No podrán discutir un documento inédito con colegas o utilizar la información en un trabajo propio.

Velar para que el artículo valorado cumpla aspectos éticos como: la originalidad del escrito, la declaración de autoría de no tener conflictos de intereses, y la confirmación de que el

tema investigado, la metodología utilizada y los resultados presentados se ajustan a los principios de no discriminación y respeto a la dignidad.

Procurar la cita adecuada de la autoría de obras, modelos de intervención o cualquier otra aportación reconocida, así como la identificación de plagios.

Confirmar que el artículo es respetuoso con los principios de confidencialidad y secreto profesional, así como con la obtención de las autorizaciones necesarias.

- En caso de que se identifique mala práctica por parte de alguna de las personas que forman parte del equipo de revisión de artículos, esta será retirada de la base de datos de la RTS.
- Las revisiones de artículos de contenido científico se harán mediante el método de revisión por pares a doble ciego. El equipo de redacción se compromete a poner los medios necesarios para garantizar la confidencialidad en el proceso de valoración tanto hacia los revisores y las revisoras como hacia las personas autoras. También velará por la agilidad de este proceso evitando demoras innecesarias que puedan perjudicar estas últimas.
- En caso de que algún miembro del equipo de redacción presente un artículo a la RTS para su publicación, se asume el compromiso de que se seguirán los mismos procedimientos de valoración, revisión por pares a doble ciego, que con cualquier otro trabajo presentado. En caso de que el artículo de un miembro del equipo de redacción de la RTS sea publicado se hará constar en una nota el proceso seguido para su selección.
- En caso de incorporar publicidad a la publicación, el equipo de redacción se compromete a mantener la calidad de la revista sin que las consideraciones comerciales afecten a las decisiones editoriales.
- Finalmente, asumimos que la relación de la RTS con la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya se basa en el principio de independencia editorial.

NOTA

Sistema de envío de artículos

Tal y como se anunció en la RTS 215, y según se recoge en el apartado Sistema de envío de artículos (ver página 155), a partir de octubre de 2019 la recepción de artículos se realizará a través de www.revistarts.com.



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

www.tscat.cat

Amb la col·laboració de



Diputació
Barcelona



Generalitat de Catalunya
Departament de Treball,
Afers Socials i Famílies