

# RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

---

---

**217** DESEMBRE 2019

---

---

**A fons** \_ L'habitatge en el marc de les lleis autonòmiques de serveis socials, de 1982 a 2019 | Violència de gènere i treball social. Anàlisi dels discursos i abordatges dels i les professionals del treball social en matèria de violència de gènere | La “carrera moral” de les mares que sobreviuen a l'abús sexual dels seus fills

**Compartint la pràctica professional** \_ El rol del treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona | Estructures de treball en xarxa amb infància i adolescència a Catalunya. Aportacions d'un estudi pilot | Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències

---

**Directora:** Rosa M. Carrasco Coria

**Sotsdirectora:** Susana Lara Navas

**Equip de redacció:** Josep Cazorla Palomo, Yolanda Fierro Fidalgo, Matilde González Jiménez, Andrés Lorenzo Aparicio, Clara Santamaria Jordana

**Suport tècnic:** Jaume Ferrández Rubió

**Consell Assessor 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 Garcia 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 Montaña 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.

**Equip de revisors externs de l'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.

**Disseny i maquetació:** Carme Guri Feliu

**Correcció i traducció:** Miquel Saumell Santaeugènia

**Traducció i correcció anglès:** Nicholas G. Charles Colomina

**Impremta:** Sprint Copy

**Dipòsit 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

**Adreça electrònica:** rts@tscat.cat - **Web:** www.revistarts.com

**Junta de Govern del Col·legi**

**Degana:** Conchita Peña Gallardo

**Vicedegana 1a:** Marga Garcia Canela

**Secretari:** Juan Manuel Rivera Puerto

**Vicesecretària:** Lucia Guerrero Ruiz

**Tresorera:** Mercè Civit Illa

**Vicedegana 2a:** Núria Trepal Secanell

**Vicedegana 3a:** Jaume Fort Cònsul

**Vicedegana 4a:** Emma Pérez Pla

**Vicedegana 5a:** Gemma Solanas Bacardit

**Vicedegana 6a:** Caterina Cortés Sabaté

**Vocals:** David Rodríguez Abellán, Montse Pérez Escobar, Juan Roman Roldán, Arantza Rodríguez Juano

---

L'equip de redacció no s'identifica necessàriament amb el contingut dels articles publicats.

## Sumari

<b>Editorial convidat</b> _____	<b>5</b>
---------------------------------	----------

### **A fons**

L'habitatge en el marc de les lleis autonòmiques de serveis socials, de 1982 a 2019 <i>Rafael Arredondo Quijada i María de las Olas Palma García</i> _____	<b>9</b>
---	----------

Violència de gènere i treball social. Anàlisi dels discursos i abordatges dels i les professionals del treball social en matèria de violència de gènere <i>Janet Romero Delgado</i> _____	<b>29</b>
--	-----------

La "carrera moral" de les mares que sobreviuen a l'abús sexual dels seus fills <i>Christoffer Reyes Legaza i Constanza Cantera Rey</i> _____	<b>51</b>
---	-----------

### **Compartint la pràctica professional**

El rol del treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona <i>Xavier Solench Arco i Xavier Casademont Falguera</i> _____	<b>69</b>
--	-----------

Estructures de treball en xarxa amb infància i adolescència a Catalunya. Aportacions d'un estudi pilot <i>Conxita Vila Vila, José-Manuel Alonso Varea i Eveline Chagas Lemos</i> _____	<b>89</b>
---	-----------

Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències <i>Tre Borràs Cabacés, Àlex Pérez Folch i Antoni Llort Suárez</i> _____	<b>109</b>
--	------------

### **Ressenyes**

La infància que queremos _____	<b>131</b>
--------------------------------	------------

Quando el Trabajo Social es literatura _____	<b>135</b>
--	------------

Trabajo Social con familias _____	<b>139</b>
-----------------------------------	------------

<b>Normes per a la presentació d'articles a l'RTS</b> _____	<b>143</b>
---	------------

<b>Compromís ètic de l'RTS</b> _____	<b>151</b>
--------------------------------------	------------



## Editorial convidat

---

**Xavier Miranda Ruche**

Membre del Consell Assessor Editorial. Universitat de Lleida

---

Daniel Innerarity afirma que en una societat del coneixement, com ara la nostra, és més important saber com gestionar el desconeixement que no pas el coneixement mateix. És una paradoxa força interessant a partir de la qual el filòsof basc sosté la necessitat d'aplicar criteris de racionalitat i prudència en contextos d'incertesa en què ens veiem obligats a actuar a partir de sabers escassos i imperfectes.

Recullo aquesta idea perquè em sembla una aportació interessant i que cal tenir en compte en un context en què la projecció i la legitimació social de la nostra professió passa per la possibilitat d'acumular més quotes de coneixement científic. Tot i que això forma part d'un desafiament d'alta complexitat que estem abocats a emprendre, seria bo aprofitar l'avenença per abordar-lo de la manera més àmplia i positiva possible, generant debats a partir dels quals la professió expressi la seva heterogeneïtat i, en qualsevol cas, en pugui sortir reforçada.

En aquest sentit, un dels debats prioritaris que cal afrontar té a veure, precisament, amb la noció de ciència a la qual podem adherir-nos les professions que, com el treball social, actuem en espais "oberts", que es caracteritzen per la impossibilitat de controlar íntegrament les condicions sota les quals duem a terme la nostra intervenció. Espais complexos, fluctuants i, moltes vegades, imprevisibles, configurats a partir de diversos nivells –estructurals, grupals, individuals– i en els quals les persones i situacions que atensem no es troben, ni de lluny, subjectes a lleis verificables. Espais que l'actuació científica titlla, fins i tot, de dificultosos, ja que als aspectes anteriors s'hi afegeix també el caràcter normatiu que regeix l'actuació professional.

En el marc d'aquesta discussió, i des de la meua perspectiva, resulta certament arriscat confiar el desenvolupament científic del treball social exclusivament als procediments de caràcter empíric, que, sota la denominació de les pràctiques basades en l'evidència, han pres un impuls molt significatiu en els darrers temps, sobretot en l'àmbit de la salut. Unes pràctiques associades a una noció de ciència massa restringida per al treball social. Així, en la seva necessitat d'objectivar i uniformar –i per tant de reduir– les variables que han de ser observades, aquests procediments presenten serioses dificultats a l'hora d'incorporar els elements culturals, polítics i estructurals –de desigualtat, opressió, injustícia social, classe, gènere, ètnia, entre d'altres– que es troben en el substrat d'una gran part de les situacions que pretenem modificar.

No es tracta, en cap cas, de renunciar als mètodes de caràcter empíric, perquè parlem d'un recurs molt important que hem de conèixer i fer servir amb competència, perquè a partir d'aquests mètodes podem extreure certes explicacions útils i significatives d'algunes parts de la

realitat amb què treballem. Però sí que es tracta d'ajustar-ne l'encaix en el treball social, especialment quan es presenten com l'única via que pot canalitzar les aspiracions científiques de la professió.

Entenc que el treball social requereix una noció de ciència més oberta i plural que la que ofereix aquesta possibilitat. Una noció que li permeti acumular i acomodar un tipus de coneixement que es genera en el marc d'un treball amb un objecte de naturalesa dinàmica, que no pot reduir-se a un ordre purament explicatiu ni predictiu. Una noció que permeti donar cobertura a una professió que no intervé en escenaris sota els quals pugui establir decisions irrefutables basades en la lògica de la comprovació i l'experimentació. Lluny d'això, moltes vegades les decisions que prenen les treballadores i els treballadors socials tenen més a veure amb lògiques fonamentades en la consistència argumental, l'adequació i la comprensió.

Així com he emprat la idea d'un filòsof actual per començar aquest text, en prenc ara una altra per acabar-lo, en aquest cas, d'Immanuel Kant, un dels grans filòsofs de la modernitat. Kant assenyalava que tot i que hi ha objectes que no es poden conèixer completament, això no impossibilita el fet de poder-los pensar.

Lluny d'entendre-ho com una debilitat, el fet d'assumir els límits que presenta la naturalesa de l'objecte que tractem ens pot ajudar a orientar-nos millor en aquest debat.

## **A fons**

L'habitatge en el marc de les lleis autonòmiques  
de serveis socials, de 1982 a 2019

**Rafael Arredondo Quijada i María de las Olas Palma García**

Violència de gènere i treball social. Anàlisi dels discursos  
i abordatges dels i les professionals del treball social  
en matèria de violència de gènere

**Janet Romero Delgado**

La "carrera moral" de les mares que sobreviuen  
a l'abús sexual dels seus fills

**Christoffer Reyes Legaza i Constanza Cantera Rey**





# L'habitatge en el marc de les lleis autonòmiques de serveis socials, de 1982 a 2019

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

**Rafael Arredondo Quijada**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-4301-3376

**María de las Olas Palma García**<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0003-1271-5604

---

Recepció: 25/04/19. Revisió: 22/07/19. Acceptació: 25/09/19

---

**Per citar:** Arredondo Quijada, R., y Palma García, M. de las O. (2019). L'habitatge en el marc de les lleis autonòmiques de serveis socials, de 1982 a 2019. *Revista de Treball Social*, 217, 9-28. DOI: 10.32061/RTS2019.217.01

---

## Resum

Els serveis socials, quart pilar del benestar social, constitueixen part de la columna vertebral de les polítiques socials en el conjunt de les comunitats autònomes, partint de l'àmbit competencial recollit a la Constitució espanyola de 1978. Les primeres lleis de serveis socials de les diverses comunitats autònomes van marcar l'inici de l'incipient, encara avui, sistema públic de serveis socials. Aquestes lleis van anar abordant, des del model d'acció i gestió, en què el treball social ha estat part essencial, els sectors i àmbits que calia tenir en compte per a la intervenció, entre els quals de manera molt primària hi havia l'habitatge, principalment com a prestació bàsica incorporada en el Pla Concertat.

Aquest article realitza una revisió i estableix una radiografia, després d'haver transcorregut més d'un quart de segle de la primera llei de serveis socials aprovada el 1982 per part de la comunitat autònoma del País Basc, de quin ha estat i és el tractament de l'habitatge que s'ha realitzat a l'hora de legislar, tenint en compte les lleis que han anat sent aprovades per part de les diverses comunitats autònomes fins ara.

---

1 Treballador social, doctor per la Universitat de Màlaga. Professor a l'Àrea de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Màlaga. rafaelarredondo@uma.es

2 Treballadora social, doctora per la Universitat de Màlaga. Professora a l'Àrea de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Màlaga. mariola@uma.es

---

**Paraules clau:** Serveis socials, habitatge, treball social, benestar 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. Introducció

El 2019, amb l'aprovació de la nova llei de serveis socials de les Canàries, ha finalitzat un procés iniciat el 1982, ja que totes les comunitats autònomes han actualitzat les seves lleis de serveis socials, si bé és cert que algunes ho han fet fins i tot més de dues vegades.

Una lectura pausada de les diferents lleis, tenint en compte els marcs temporals en què es van elaborar, posa sobre la taula quines eren les inquietuds pel que fa a política social en cada moment, determinant les prioritats i necessitats, així com els mitjans, instruments i objectius plantejats per assolir quotes de benestar, des de la incorporació de nous drets socials fins a la consolidació d'altres de ja existents.

En aquest sentit i davant una problemàtica no resolta a l'Estat espanyol com és el dret a l'accés a l'habitatge, incorporat per primera vegada l'any 1948 després de l'aprovació de la Declaració Universal dels Drets Humans, el paper que han jugat els serveis socials com a quart pilar de l'estat del benestar respecte a aquest dret ha vingut marcat pels aspectes normatius recollits a les lleis autonòmiques que s'han anat generant a cadascun dels territoris. D'aquí ve que es planteja una investigació des d'una anàlisi comparativa de les diferents lleis de serveis socials autonòmiques aprovades en el període 1982-2019, prenent cadascuna d'aquestes com una unitat d'anàlisi i descartant la resta de les normatives que durant tot aquest període han generat les comunitats, ja que s'ha volgut prendre el marc normatiu de major rang comú a totes i bàsic existent. Se n'ha extret el terme *habitatge* amb la finalitat de detectar en quins àmbits s'incorpora aquest concepte, i des de quina perspectiva se'n valora el tractament.

## 2. Les respostes públiques davant la necessitat d'habitatge

Accedir a un habitatge és part del projecte de vida en què cada ciutadà es troba immers (Malagón, 2008); juga un paper fonamental en el seu desenvolupament i realització personal (Contreras, 2013) i és present en els seus processos de socialització (Paniagua, 2015). És considerat un objectiu per assolir la felicitat, però si a més s'adquireix l'habitatge en propietat, el ciutadà se sent "triomfador" (Jiménez i Fernández, 2014, p. 148). Per tant, el moment de disposar i accedir a un primer habitatge, independentment del model de tinença, esdevé un dels més importants en la vida de les persones.

L'habitatge ha estat i és considerat un element fonamental a l'hora d'abordar l'estat del benestar; ho és com a recurs per a la intervenció i la promoció de la cohesió social (Vázquez, Fernández, Relinque i Álvarez, 2016). És per això que les actuacions en matèria d'habitatge cal que siguin complementades i coordinades amb altres polítiques i accions en els àmbits de la salut, l'educació, la regeneració urbana, el medi ambient o els serveis

socials (Rodríguez, 2010). La conjunció de tots aquests àmbits d'actuació és un objectiu d'intervenció contra la pobresa des d'un enfocament integrat, tal com s'ha plantejat des del Comitè Europeu de les Regions (Ralph, 2013), on l'habitatge pot esdevenir un "factor potenciador de l'exclusió social" o, tot el contrari, un element que "genera possibilitats de més participació i promoció social" (Malagón, 2008, p. 105).

Els canvis polítics i socials produïts a partir de la Constitució de 1978, amb la incorporació de l'habitatge com un dret (art. 47), han marcat un camí que obliga el conjunt de les administracions a desenvolupar polítiques socials en aquest sentit, des d'una visió àmplia i per al conjunt de les persones. La no-intervenció pública vers aquest dret genera un cost major tant en el pla econòmic com en el personal i el social (Pérez, 2008), un cost que en molts casos passa a engruixir les demandes cap als serveis socials.

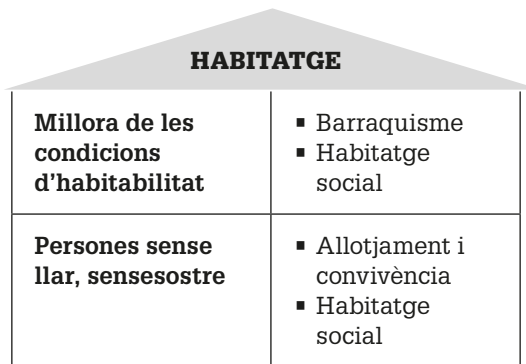
En l'àmbit dels serveis socials, la intervenció relacionada amb l'accés a l'habitatge dirigeix la mirada cap al treball social com a disciplina professional de referència en el sistema públic de serveis socials (Resolució de 23 d'abril de 2013), una professió visible i present que abasta molt més que l'àmbit dels serveis socials, encara que aquest sigui el més habitual (Vázquez, 2005). En aquest escenari de la intervenció, l'habitatge i el treball social han estat a més lligats a contextos de pobresa i exclusió social, centrats al principi en l'eradicació del barraquisme i l'infrahabitatge dels anys 60 i 70 (Colomer, 2009). Amb el temps, ha anat ampliant el camp d'actuació cap a altres elements relacionats amb la formació, l'ocupació i la inclusió social (Paniagua, 2015). Cal no oblidar els orígens del compromís del treball social amb les persones sense llar (Chalmers, 2011), que ens remunta al segle XIX, amb Concepción Arenal i la seva construcció de cases barates per als obrers a Espanya, o amb Octavia Hill a Londres (Hill, Dillane, Bannister i Scott, 2002).

El sistema públic de serveis socials a Espanya s'estructura i es configura per a la intervenció en l'àmbit comunitari o d'atenció primària, des dels programes establerts pel Pla Concertat de Prestacions Bàsiques. Una de les prestacions que preveu aquest pla és la d'"Allotjament alternatiu", des de la qual es dirigeix la intervenció sobre les persones que estan sense habitatge o en situació del que s'ha anomenat "marginat sense llar", "indigent" o "sense sostre". Aquesta prestació juga un paper fonamental sobre la manca d'habitatge dels usuaris atesos. És definida com la que "dona resposta a la necessitat de totes les persones de disposar d'un espai digne on allotjar-se i on desenvolupar els aspectes més elementals de la convivència social" (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2014, p. 126). Aquesta prestació, en paraules de Pérez (2008, p. 41), "no ha estat satisfactòria i podem afirmar amb concreció que, en pressupostos, recursos i centres, és molt deficitària". Tot i això, la prestació com a tal és un instrument de la intervenció social i "cal no confondre el dret a la prestació bàsica d'allotjament en el marc del sistema de serveis socials amb el dret social a un habitatge" (Pérez, 2008, p. 44).

La intervenció en matèria d'habitatge des dels serveis socials a Espanya es pot arribar a concretar en el desenvolupament de dos enfo-

caments (vegeu figura 1). D'una banda, la que destaca per l'atenció a la població amb menys recursos i amb índexs de pobresa marcats, per tal de facilitar un mitjà per a la protecció física i millorar les condicions socio-sanitàries d'habitabilitat. Aquest enfocament ha desembocat en processos d'inclusió social més amplis, sumats a la intervenció amb altres instruments i recursos socials d'actuació. I, d'altra banda, la que es duu a terme des de i amb la població existent al carrer sense un recurs habitacional, i amb altres problemàtiques col·laterals, com ara addiccions, problemes mentals, etc., per tal d'intervenir amb objectius d'inclusió social i millora de les condicions mínimes de supervivència.

**Figura 1. Intervenció en l'àmbit de l'habitatge, enfocament des dels serveis socials**



Font: Elaboració pròpia.

Des d'aquest marc d'actuació, i davant la situació viscuda a partir de la crisi el 2008, en què s'arriba sense precedents al nombre més alt de desnonaments de famílies dels seus habitatges habituals, els serveis socials s'han mostrat poc útils, amb una "manca de respostes àgils i el poc desenvolupament, coherència i uniformitat de molts dels nostres serveis i prestacions" (Barriga, 2012, p. 32) per a les situacions esmentades. Aquesta reflexió també la realitza Garcia (2011) quan indica que no s'estan oferint respostes ràpides i homogènies en el conjunt dels territoris, i que aquestes es limiten en molts casos a la informació i a l'escolta activa dels usuaris que acudeixen a exposar les seves circumstàncies i problemàtiques. Per la seva banda, Cortés i Navarrete (2009, p. 49) plantegen que "la intervenció social a través de l'allotjament sembla que és fonamental i no només des d'accions fruit d'una derivació, sinó com a instrument preventiu que s'anticipi i formi part d'aquesta interferència intencionada que constitueix la intervenció social". D'aquí ve que es plantegi la necessitat de marcar línies d'intervenció que obliguin a tenir una visió àmplia i multisectorial a l'hora d'abordar l'accés a l'habitatge, a partir de polítiques integrades en què l'habitatge sigui un vector present en mesures adoptades respecte a sanitat, seguretat i ajuda social (Trilla, 2001).

Actualment el treball social no pot restar aliè als problemes d'accés a l'habitatge que la població pateix, perquè moltes de les demandes ateses són suportades o supeditades a la disponibilitat d'una llar digna i adequada. Efectes com la gentrificació, els desnonaments (hipotecaris o de lloguer), els pisos pastera, la impossibilitat de les persones joves d'independitzar-se pel fet de no disposar de prou recursos econòmics o l'accés de persones immigrades són realitats que actualment superen les meres prestacions dels serveis socials. És per això que cal urgentment un rearmament pel que fa a mesures i accions que haurien de ser encapçalades des de la professió, per fer efectiu aquest dret, sense oblidar els principis de justícia i transformació social que es defensen, com a columna vertebral del treball social.

### 3. Les lleis de serveis socials autonòmiques i la relació d'aquestes amb l'habitatge

Com ja s'ha indicat, en aquest estudi s'han utilitzat les lleis de serveis socials aprovades per cada comunitat autònoma com a unitat d'anàlisi per poder realitzar la comparativa entre aquestes, pel fet de ser la norma de més rang i la que estableix les bases per al desenvolupament normatiu posterior, i s'han descartat la resta de normes.

La comunitat autònoma del País Basc és la que, el 1982, aprova la primera llei de serveis socials en el conjunt de l'Estat (Llei 6/1982, de 20 de maig), i no hi recull cap al·lusió a l'àmbit de l'habitatge. No és fins a la publicació de la seva tercera llei de serveis socials l'any 2008 (Llei 12/2008, de 5 de desembre) que es menciona el concepte d'habitatge ja en l'exposició de motius. S'argumenta el fet que són els col·lectius més vulnerables els que tenen més dificultat per accedir a l'habitatge, una circumstància que correspon als serveis socials. Alhora, incorpora els conceptes d'habitatge tutelat i habitatge comunitari en el Catàleg de Prestacions i Serveis del Sistema Basc de Serveis Socials i parla de la col·laboració i coordinació entre el sistema basc de serveis socials i altres sistemes i polítiques públiques. En concret aposta per les polítiques d'habitatge com a element necessari perquè hi hagi aquesta coordinació, juntament amb els serveis de salut, d'educació, d'ocupació i de garantia d'ingressos i inclusió social. També recull l'habitatge de protecció oficial, perquè hi puguin accedir les diputacions i els ajuntaments per establir alternatives de residència.

La segona comunitat autònoma que va aprovar una llei específica sobre serveis socials va ser Navarra el 1983 (Llei foral 14/1983, de 30 de març). En una de les disposicions recull la necessitat d'establir programes en coordinació amb les àrees que intervenen sobre diverses problemàtiques, amb l'objectiu d'assolir nivells de benestar, com habitatge, atur i condicions de treball, planificació sanitària i urbanística, actuacions educatives i culturals, etc. Contràriament, a la seva segona llei de serveis socials, elaborada el 2006 (Llei foral 15/2006, de 14 de desembre), el concepte d'habitatge no apareix en tot l'articulat, fet que es podria interpretar com

una possible marxa enrere en el tractament de necessitats que afecten el benestar de les persones.

La Comunitat de Madrid, amb la seva primera llei de serveis socials de l'any 1984 (Llei 11/1984, de 6 de juny), és la tercera a disposar d'aquest tipus de norma. A l'exposició de motius s'al·ludeix a aspectes recollits constitucionalment, com a responsabilitat dels poders públics, que han de ser resolts per a la ciutadania. D'aquesta manera, en referència a l'article 50 (CE) pel que fa a la promoció de les persones grans, assenyalava els problemes d'habitatge que aquest sector de població podria tenir. Posteriorment es refereix a l'habitatge en els serveis generals que recull la llei, entre els quals hi ha el de convivència, que requereix la disponibilitat d'habitatge per a les persones sense llar o amb greus problemes de convivència. Per últim, en les disposicions addicionals es recull també l'habitatge com un dels problemes la intervenció dels quals requereix la coordinació d'altres àrees, fet que coincideix totalment amb el recollit a la llei de serveis socials de la Comunitat Foral de Navarra de l'any 1983. A la segona llei de serveis socials de Madrid, aprovada el 2003 (Llei 11/2003, de 27 de març), es continua amb la necessitat de coordinació de les actuacions que impliquen el desenvolupament del benestar social, i es fa al·lusió a l'ocupació, la salut, l'educació, l'habitatge i la cultura.

Seguint amb la cronologia normativa, l'any 1985 sorgeixen dues noves lleis de serveis socials, corresponents a les comunitats de Catalunya i Múrcia.

La primera llei de serveis socials de la comunitat de la Regió de Múrcia (Llei 8/1985, de 9 de desembre) recull el concepte d'habitatge a l'hora d'abordar les funcions del Servei Social de Convivència. També ho fa quan s'inclou com un equipament del qual disposaria el Servei Social de la Joventut per poder atendre les seves finalitats sota el concepte d'habitatge tutelat. Es fa referència alhora a l'habitatge al Servei Social de Minories Ètniques, on s'indica que s'hauran de construir habitatges que respectin els usos, costums, oficis i nombre de membres de la família. A més, s'incorpora el concepte de la coordinació quan es parla d'aquest Servei Social de Minories Ètniques, fent al·lusió a les administracions competents en matèria de cultura, sanitat, educació, habitatge i ocupació. D'altra banda, es fa referència també a l'habitatge en el moment d'elaboració del pressupost destinat als serveis socials, quan s'indica que cadascuna de les administracions mencionades anteriorment haurà de recollir en programes específics les accions encaminades als objectius proposats a la llei. S'hi fa una referència final en les funcions dels consells sectorials, que emetran informes previs de qualsevol norma que tingui relació amb habitatge i urbanisme, educació i cultura, sanitat i transports, i comunicacions. A la seva segona llei, de l'any 2003 (Llei 3/2003, de 10 d'abril), desapareix el concepte d'habitatge, igual que en el cas de la Comunitat Foral de Navarra. Aquesta llei ha patit diverses modificacions: l'any 2015 a través del Decret-Llei 2/2015, de 7 d'agost, i de la Llei 16/2015, de 9 de novembre, i l'any 2016 a través de la Llei 5/2016, de 2 de maig. En cap d'aquestes normes es fa al·lusió a l'habitatge.

Pel que fa a la comunitat de Catalunya, la seva primera llei, de l'any 1985 (Llei 26/1985, de 27 de desembre), no recull el terme *habitatge* en el text. A la segona llei, de l'any 2007 (Llei 12/2007, d'11 d'octubre), es menciona ja al preàmbul, referint-se a l'article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans, i posteriorment en tenir en compte els diferents sistemes de l'estat del benestar: els serveis socials, la seguretat social, el sistema de salut, el sistema d'educació, les polítiques per a l'ocupació, les polítiques d'habitatge i altres actuacions públiques. També es menciona l'habitatge en fer referència als principis rectors del sistema públic de serveis socials, entre els quals el corresponent a la coordinació, a través de l'educació, la salut, les pensions, l'ocupació i l'habitatge. Continua la menció a l'habitatge quan es parla de les persones que seran destinatàries dels serveis socials, ja que s'indiquen les relacionades amb la manca d'habitatge. I per últim, a l'annex, on es recull el catàleg classificat de serveis i prestacions socials del sistema català de serveis socials. A l'apartat de servei es menciona el concepte d'habitatge tutelat per a persones grans de caràcter temporal o permanent, i per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental. Per últim, pel que fa a les prestacions es recullen: ajudes per evitar la pèrdua de l'habitatge, ajudes al lloguer de l'habitatge per a determinats col·lectius, i ajudes per a l'adaptació d'habitatges per a persones amb discapacitat.

L'any 1986 aprova la seva llei de serveis socials la comunitat autònoma de Castella - la Manxa (Llei 3/1986, de 16 d'abril). A l'exposició de motius es refereix a l'habitatge, relacionat amb l'article 50 de la Constitució espanyola. Expressa, a més, el desig que amb el temps es puguin establir unes bases integradores dels serveis socials amb altres serveis com els de salut, consum, habitatge, oci i cultura. Posteriorment només hi ha una menció a l'habitatge, quan es parla del Servei de Convivència, en esmentar els habitatges tutelats. A la segona llei de serveis socials d'aquesta comunitat (Llei 14/2010, de 16 de desembre) es fa referència a l'habitatge en indicar la coordinació i la col·laboració que, des del sistema de serveis socials, s'haurà de mantenir amb els sistemes de salut, educació, ocupació, habitatge i promoció de la igualtat, ja que tots tenen l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones. Posteriorment, quan parla dels equipaments de serveis socials d'atenció especialitzada, es torna a al·ludir a l'habitatge com un d'aquests equipaments. També es recull en la prevenció i atenció integral davant situacions d'exclusió social, com una de les prestacions tècniques dels serveis socials d'atenció primària, a fi de facilitar el dret a l'habitatge. I com a última menció, apareix dins les prestacions tecnològiques per a l'eliminació de barreres arquitectòniques en l'habitatge.

Arribat l'any 1987 s'aprova el nombre més gran de lleis de serveis socials, concretament les corresponents a les comunitats d'Aragó, Astúries, Balears, Canàries, Extremadura i Galícia.

Entre aquestes, la primera és la de les Illes Balears (Llei 9/1987, d'11 de febrer), en la qual no hi ha cap referència al terme *habitatge*. A la seva segona llei, aprovada el 2009 (Llei 4/2009, d'11 de juny), és quan el terme



ja es recull tant en l'exposició de motius com posteriorment en l'articulat. L'al·lusió que es fa a l'habitatge en l'exposició de motius es realitza per indicar els instruments que tenen les administracions públiques a l'hora d'abordar la política social, entre els quals hi ha les polítiques d'habitatge, en referència a l'article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans. Pel que fa a l'articulat, la primera menció apareix quan es fa referència a la necessitat de coordinació dels serveis socials amb tots els sistemes i subsistemes que intervindran en la qualitat de vida, com els de salut, educatius, culturals, d'ocupació, d'habitatge, urbanístics, judicials i altres. Aquesta qüestió de la coordinació novament apareix quan parla dels principis rectors dels serveis socials i quan es refereix als serveis socials comunitaris. Hi ha una última menció pel que fa a la coordinació i col·laboració interadministrativa, per al que estableix el Consell de Coordinació de Benestar Social. La següent referència apareix quan es parla de quins seran els destinataris dels serveis socials, des de la base d'alguna necessitat, entre les quals l'habitatge. Existeix una tercera llei, de l'any 2013 (Llei 10/2013, de 23 de desembre), que només modifica alguns aspectes de la del 2009, i que no fa referència al terme *habitatge*.

La segona comunitat que aprova una llei de serveis socials l'any 1987 és Aragó (Llei 4/1987, de 23 de març), i no recull el terme *habitatge*. Serà a la seva segona llei (Llei 5/2009, de 30 de juny) quan per parlar de la coordinació dels serveis socials es recollirà que aquesta s'haurà de realitzar juntament amb educació, salut, cultura, ocupació, urbanisme, transport, habitatge, innovació tecnològica, medi ambient i altres accions sectorials que incideixin en el benestar social. No es torna a mencionar per a cap altra qüestió.

Després de les Illes Balears i la comunitat d'Aragó, és el Principat d'Astúries el que aprova la seva primera llei de serveis socials el 1987 (Llei 5/1987, d'11 d'abril). Al preàmbul s'al·ludeix al terme *habitatge*, en referir-se al concepte d'habitatge tutelat i incorporar-lo com un dels recursos de què es disposarà per abordar la promoció de la integració. Aquesta circumstància es torna a mencionar en desenvolupar les funcions dels serveis socials comunitaris, relacionant-les amb la promoció de la convivència, per a les persones que no disposin d'una llar o tinguin greus problemes de convivència. Aquesta primera llei va quedar derogada per una de segona que va entrar en vigor l'any 2003 (Llei 1/2003, de 24 de febrer), en la qual es recull la necessitat de fomentar pautes de convivència que facilitin l'accés a l'habitatge dins els programes d'inclusió social.

Extremadura és la següent comunitat que aprova la seva primera llei de serveis socials el 1987 (Llei 5/1987, de 23 d'abril), en la qual no apareix el terme *habitatge*. Aquesta llei queda derogada amb la Llei 14/2015, de 9 d'abril, que recull al pròleg una menció a la Declaració Universal dels Drets Humans, que fa referència al terme *habitatge*. Les polítiques d'habitatge s'incorporen també juntament al sistema de seguretat social, el sistema de salut, el sistema educatiu i el sistema de serveis socials com els que constituïran la protecció social que garantirà el benestar social per als ciutadans. A l'hora de parlar dels principis rectors dins la coordinació i

cooperació, s'estableix entre els sistemes de protecció social, com salut, ocupació, educació, justícia, pensions, habitatge i la iniciativa privada que ofereixi serveis socials en aquesta regió, i també entre les funcions dels serveis socials d'atenció social bàsica, la participació en òrgans on s'abordi matèria de serveis socials, salut, educació, habitatge i ocupació. Per últim, s'incorpora com a prestació garantida per part dels serveis socials d'atenció social bàsica l'acompanyament social de persones en situacions d'exclusió social, duent a terme la intervenció des dels àmbits de serveis socials, habitatge, educació, salut i participació social, entre altres.

La comunitat de les Canàries va ser la següent a aprovar la seva llei de serveis socials (Llei 9/1987, de 28 d'abril), i el terme *habitatge* va quedar recollit per referir-se a quines eren les competències de la comunitat. Una d'aquestes competències és l'elaboració de programes i actuacions en les àrees relacionades amb el benestar social, com ara la cultura, la salut, l'habitatge, l'ocupació i l'educació. A la llei no hi ha cap referència posterior a l'habitatge. Després de 32 anys de la seva primera llei, ha estat l'última comunitat que ha aprovat una segona llei de serveis socials (Butlletí Oficial del Parlament Canari, 2019), al pròleg de la qual es fa referència a l'article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans, on es recull el de l'habitatge. També es fa referència al terme per relacionar els sistemes que incideixen en la qualitat de vida de les persones; es mencionen els següents: salut i sanitat pública, igualtat de gènere, prevenció i protecció de les dones contra la violència de gènere, educació, ocupació i treball, habitatge i judicial, entre altres. Posteriorment també hi surt el terme a l'hora d'abordar les prestacions econòmiques del sistema públic de serveis socials; es recullen com a ajudes de rehabilitació d'habitatge i millora de l'accessibilitat amb vista a la millora i la inclusió social. S'hi defineix també quins aspectes es consideren subministraments bàsics de l'habitatge. Per últim, defineix quines són les funcions dels serveis socials d'atenció primària i comunitària, i entre aquestes recull la coordinació amb els serveis públics d'habitatge.

El mateix any 1987 també Galícia aprova la seva primera llei de serveis socials (Llei 3/1987, de 27 de maig), en la qual no apareix el terme *habitatge*. És en la seva segona llei (Llei 4/1993, de 14 d'abril), en parlar dels serveis socials d'atenció especialitzada, quan es recull l'expressió *habitatge tutelat* com a equipament propi d'aquest tipus d'atenció, dirigit concretament a la normalització, personalització i integració sociofamiliar de les persones que l'utilitzin. Apareix alhora el concepte d'habitatge tutelat en referir-se a la intervenció amb persones amb discapacitat, de la tercera edat i del que anomena minories ètniques. A la seva tercera llei, i la més recent (Llei 13/2008, de 3 de setembre), és quan el concepte d'habitatge ja apareix al preàmbul. Hi fa referència després de mencionar l'article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans. Es torna a tenir en compte quan es parla dels serveis socials comunitaris, a l'hora d'indicar que aquests estaran coordinats amb altres serveis dedicats al benestar del mateix territori, com la salut, l'educació, la cultura, l'ocupació, l'habitatge, les migracions i, en el seu cas, el desenvolupament rural. S'insisteix en el

fet que tot això incidirà en una intervenció integral cap a les persones, i posteriorment no es desenvoluparà més. Aquesta última llei ha patit una modificació amb data de 12 de juliol de 2016 (Llei 8/2016, de 8 de juliol), en la qual no es recull cap al·lusió al concepte d'habitatge.

S'arriba a l'any 1988, en què dues comunitats autònomes aproven les seves lleis de serveis socials, Andalusia i Castella i Lleó. A Andalusia s'aprova la Llei 2/1988, de 4 d'abril, sense referència a l'habitatge. Aquesta llei ha quedat derogada després de l'aprovació d'una de segona el desembre del 2016 (Llei 9/2016, de 27 de desembre), on en aquest cas l'habitatge sí que hi és present, com a sistema de protecció que cal coordinar amb els serveis socials i amb altres, i com a sistema amb el qual cal actuar per a la intervenció, igual que amb l'educatiu, el judicial o el d'ocupació, i com a variable a tenir en compte a l'hora d'abordar el sistema d'informació sobre serveis socials.

La segona llei aprovada el 1988 correspon a la comunitat de Castella i Lleó (Llei 18/1988, de 28 de desembre), que sí que recull el terme *habitatge* per referir-se als habitatges tutelats, com a possible recurs de les corporacions locals per garantir els serveis bàsics. A la segona llei d'aquesta comunitat autònoma (Llei 16/2010, de 20 de desembre) es recull el terme *habitatge* ja en el preàmbul, quan es parla de la necessitat de coordinació amb altres serveis i sistemes de benestar social, educació, ocupació i habitatge i de manera particular amb el sanitari. Aquesta mateixa circumstància queda recollida més endavant, quan es refereix al règim de coordinació i col·laboració dels mateixos serveis i sistemes. Es planteja novament la necessitat que hi hagi aquesta coordinació amb la justícia i la cultura, a més de les ja mencionades.

La Comunitat Valenciana va aprovar la seva primera llei de serveis socials el 1989 (Llei 5/1989, de 6 de juliol), i no recollia el terme *habitatge* ni hi feia referència. A la segona llei (Llei 5/1997, de 25 de juny) només es recull aquest terme quan es parla de l'eradicació del barraquisme i l'habitatge precari, i de la intervenció amb les minories ètniques. A la seva tercera i última llei (Llei 3/2019, de 18 de febrer) es recull l'habitatge a l'hora d'al·ludir a la coordinació interdepartamental, i incorpora els departaments amb competències en sanitat, justícia, ocupació, formació ocupacional, economia social, habitatge, educació, responsabilitat social i hisenda, alhora que marca una coordinació, col·laboració i cooperació entre el sistema públic valencià de serveis socials i el sistema valencià d'habitatge. Però també fa referència al terme *habitatge* quan defineix els "espais vulnerables" (art. 25), i marca aquests quan entre altres qüestions concorri la falta de conservació o deteriorament dels habitatges o l'infrahabitatge. Alhora, s'incorpora en les denominades prestacions professionals el concepte d'habitatges col·laboratius i en l'atenció residencial. Per últim, també es fa referència a l'habitatge quan es defineixen les funcions del Consell Valencià d'Inclusió i Drets Socials, on s'articulen polítiques públiques entre els sistemes d'educació, salut, cultura, ocupació, habitatge i justícia, així com en l'aplicació de taxes en matèria d'atenció social pel que fa a habitatge tutelat.

L'any 1990 la Rioja aprovava la seva llei de serveis socials (Llei 2/1990, de 10 de maig). El terme *habitatge* s'hi incorpora en els serveis socials generals, dins l'apartat de servei de convivència com un recurs sota l'epígraf d'habitatges tutelats, i també en la intervenció amb minories ètniques, per a la seva integració i normalització. A la seva segona llei (Llei 1/2002, d'1 de març) el concepte d'habitatge sorprenentment desapareix i no queda recollit. Tampoc apareix a la seva última llei, publicada el 2009 (Llei 7/2009, de 22 de desembre).

Per acabar, Cantàbria va aprovar la llei de serveis socials l'any 1992 (Llei 5/1992, de 27 de maig). No hi fa cap referència al terme *habitatge*. L'any 2007 aprova una segona llei (Llei 2/2007, de 27 de març) que sí que recull aquest terme en referir-se a la necessitat de la coordinació del sistema públic de serveis socials amb altres serveis de l'administració pública, per garantir i millorar la qualitat de vida dels ciutadans, com els de salut, educatius, culturals, d'ocupació, d'habitatge, de promoció de la igualtat, mediambientals i de manera específica amb el Servei Cantabre de Salut. El terme també queda recollit com un element per poder accedir a una prestació d'emergència social, en el moment en què no hi hagi la possibilitat d'utilitzar i gaudir d'un habitatge. Es menciona a més en plantejar la necessitat d'aconseguir condicions d'habitabilitat i equipaments bàsics d'aquest. Finalment, i en pro de la coordinació, es descriu el Consell Assessor de Serveis Socials, compost, entre altres, per persones que actuaran en l'àmbit de l'educació, la sanitat, la igualtat, l'ocupació, l'habitatge i l'economia.

## 4. Conclusions

Després de l'anàlisi de les diferents lleis autonòmiques en matèria de serveis socials i la seva relació amb l'habitatge, es poden extreure un seguit d'elements que defineixen quines circumstàncies, amb quins objectius i quines funcions s'han anat assignant per part dels poders públics en l'àmbit dels serveis socials, i s'estableixen una sèrie d'elements coincidents recollits a la Taula 1, quan actualment ja totes les comunitats han elaborat com a mínim dues lleis pròpies; l'última ha estat la de les Canàries (2019). En aquest sentit és possible apuntar que:

- L'habitatge es planteja com un objectiu per aconseguir la convivència, dirigit fonamentalment a la integració de minories ètniques, i a l'eradicació del barraquisme i l'habitatge precari. Només en vuit comunitats és incorporada o bé al catàleg de prestacions, o a l'hora d'abordar l'atenció especialitzada. Per tant, se situa amb debilitat com a recurs en el marc de les lleis de serveis socials.
- El factor de la coordinació en serveis socials s'estableix com un objectiu fonamental. L'habitatge es troba entre els instruments o mitjans a tenir en compte, i es planteja com a necessari perquè existeixi aquesta coordinació. En quinze comunitats de les set-

ze, amb l'excepció d'Astúries, es fa al·lusió al terme habitatge a l'hora d'assenyalar la importància d'aquesta coordinació, tot i que amb certa disparitat pel que fa a quins sectors són els que han d'estar coordinats. A tots, però, es repeteixen salut, educació i ocupació, malgrat que en alguns casos a aquest últim se'l denomina treball.

- En quatre comunitats, Madrid, Catalunya, Extremadura i Andalusia, s'incorpora o es menciona l'habitatge com un sistema que forma part de l'estat del benestar o de la protecció social.
- L'al·lusió a l'habitatge com a dret, no només recollida en el marc constitucional espanyol sinó també a la Declaració Universal dels Drets Humans, és plantejada per set comunitats. Això es produeix fonamentalment a partir de segones lleis, i a partir de l'any 2007, quan és introduït en cinc d'aquestes lleis (Catalunya, 2007; Galícia, 2008; Illes Balears, 2009; Extremadura, 2015, i Canàries, 2019).
- Les comunitats de Navarra, Múrcia, les Illes Balears i la Rioja són les que, tot i que a les seves primeres lleis sí que van fer al·lusió a l'habitatge, actualment ja no el recullen en les lleis posteriors.

L'habitatge incorporat com a sistema de protecció es pot concretar que no està integrat d'una manera real en les polítiques de benestar, on tampoc s'han desenvolupat intervencions socials que generin una xarxa en aquest sentit (Vázquez, 2009). La intervenció en i amb l'habitatge no es pot realitzar de manera deslligada de les diferents problemàtiques socials que afecten les persones, tant en el pla individual com les que constitueixen unitats de convivència. Contràriament, és necessari veure-ho com un tot, "fer una actuació integral i integradora" (Delgado, en entrevista personal realitzada per García, 2011). La intervenció en habitatge des del treball social s'ha d'emmarcar en processos de desenvolupament comunitari, a partir de la generació de teixit social i empoderament dels residents en l'activació de mesures que donin resposta no només a l'accés, sinó també als entorns on han de desenvolupar el seu dia a dia.

Tenir coberta la necessitat d'habitatge promou la integració i inclusió social, alhora que fa possible la intervenció des d'altres recursos o serveis, així que l'habitatge es converteix en un pilar de suport cap a la persona o família en el sistema de serveis socials (Vázquez, 2009). Partint d'això, la intervenció en política d'habitatge se situa com un repte per superar el que s'ha realitzat fins ara, avançar en la consideració d'aquest com un dret de les persones i tenir en compte la inclusió com una fita conceptual de la intervenció. D'altra manera, se seguiran reproduint models de prestacions, que impedeixen oportunitats per generar canvis en les persones (Cortés i Navarrete, 2009), i que no són capaços de donar resposta a situacions que arriben a cronificar-se i multiplicar-se. En concordància amb això anterior, Juan Toset (2011) planteja intervencions en què es tinguin en compte elements que conjuguin allò *micro* i allò *macro* des d'un coneixement dels processos vitals, tenint en compte que l'habi-

tatge incideix en altres àmbits de les persones, i que per tant el disseny dels requisits d'accés ha de partir del coneixement de la realitat social en la qual s'intervé des de diagnòstics socials. I tot això des d'una feina en xarxa i de manera col·laborativa, que sumi la intervenció professional a les prestacions tècniques, on el treball social es fa imprescindible.

El treball social com a professió de referència del sistema públic de serveis socials advoca a favor i situa principis ètics com la promoció dels drets humans o de la justícia social, entre altres (IFSW, 2018), que han de ser inspiradors en les intervencions i accions que es realitzen. Així que el treball social ha de ser un actiu en tots els àmbits perquè el dret d'accés a l'habitatge sigui una realitat, no sent particip d'accions que puguin impedir aquest dret, alhora que superant mesures i intervencions de caràcter purament assistencialistes.

És per tot això que, per al treball social, una manca d'implicació normativa pel que fa a una aposta clara pel dret a l'habitatge posa en joc els mateixos fonaments de la professió, que és clau en la defensa de la justícia social, els drets humans i la dignitat de la persona.

**Taula 1. Elements coincidents en les lleis de serveis socials de les diferents comunitats a l'hora de mencionar el terme *habitatge***

<b>Com a objectiu per a la convivència, o dirigit a algun sector de població</b>	Madrid (1984) / Múrcia (1985) joventut / Castella - la Manxa (1986) / Astúries (1987) i (2003) / Galícia (1993) discapacitats i tercera edat / La Rioja (1990)
<b>Com a element en la integració de minories ètniques, i erradicació del barriquisme i l'habitatge precari.</b>	Múrcia (1985) / Galícia (1993) / La Rioja (1990)
<b>Com a àrea a tenir en compte per a la coordinació amb altres serveis i/o sectors que intervenen per assolir benestar social per a les persones.</b>	País Basc (2008), amb salut, educació, justícia, ocupació, inserció laboral i formació, accessibilitat, garantia d'ingressos i inclusió social, igualtat.
	Navarra (1983), amb ocupació, salut, urbanisme, educació i cultura.
	Madrid (1984), amb ocupació, salut, urbanisme,, educació i cultura – Madrid (2003), amb ocupació, salut, educació i cultura.
	Múrcia (1985), amb cultura, sanitat, educació i treball.
	Catalunya (2007), amb educació, salut, pensions i treball.
	Castella - la Manxa (2010) amb salut, educació, ocupació i promoció de la igualtat.
	Balears (2009), amb salut, educació, cultura, ocupació, urbanisme, justícia i altres.
	Aragó (2009), amb educació, salut, cultura, ocupació, urbanisme, transport, innovació tecnològica, medi ambient, i altres accions.

## A fons

Rafael Arredondo Quijada i María de las Olas Palma García

<b>Com a àrea a tenir en compte per a la coordinació amb altres serveis i/o sectors que intervenen per assolir benestar social per a les persones.</b>	Galícia (2008), amb salut, educació, cultura, ocupació, migracions i desenvolupament rural.
	Castella i Lleó (2010), amb educació, ocupació, salut, justícia i cultura.
	Cantàbria (2007), amb salut, educació, cultura, ocupació, promoció de la igualtat i medi ambient.
	Extremadura (2015), amb salut, ocupació, educació, justícia i pensions.
	Andalusia (2016), amb salut, educació, justícia, ocupació i formació.
	Canàries (2019), amb salut i sanitat pública, igualtat de gènere, prevenció i protecció de les dones contra la violència de gènere, educació, ocupació, judicials i altres.
	Comunitat Valenciana (2019), amb sanitat, justícia, treball, formació ocupacional, economia social, educació, responsabilitat social i hisenda.
<b>Com a recurs des de l'habitatge de protecció.</b>	País Basc (2008)
<b>Incorporada al catàleg de prestacions i serveis, o dins els recursos d'atenció bàsica o especialitzada dels Serveis Socials.</b>	País Basc (2008) / Catalunya (2007) / Castella - la Manxa (2010) / Galícia (1993) / Castella i Lleó (1988) / Extremadura (2015) / Comunitat Valenciana (2019)
<b>Amb al·lusió a la Constitució o a la Declaració Universal dels Drets Humans.</b>	Madrid (1984) / Catalunya (2007) / Castella - la Manxa (1986) / Balears (2009) / Galícia (2008) / Extremadura (2015) / Canàries (2019)
<b>Com a part dels sistemes de l'estat del benestar, o de la protecció social.</b>	Madrid (2003), juntament amb serveis socials, seguretat social, educació, sanitat i ocupació.
	Catalunya (2007), juntament amb serveis socials, seguretat social, salut, educació, polítiques per a l'ocupació, i altres actuacions públiques.
	Extremadura (2015), juntament amb serveis socials, seguretat social, salut i educació.
	Andalusia (2016), juntament amb serveis socials, educació, justícia i ocupació.
	Comunitat Valenciana (2019), juntament amb educació, salut, cultura, ocupació i justícia.
<b>Com a prestacions econòmiques del sistema públic de serveis socials.</b>	Canàries (2019), ajuda a la rehabilitació i millora de l'accessibilitat.

Font: Elaboració pròpia. Butlletí Oficial de l'Estat

---

## Referències bibliogràfiques

- 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 barros, 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; Consell General de Col·legis Oficials de Diplomats en Treball Social.
- Contreras, E. (2013). *El desahucio de viviendas y su incidencia sobre el sujeto. Una perspectiva antropológica* (Tesi de doctorat, Universitat Complutense, Madrid, Espanya). Recuperat de <http://eprints.ucm.es/47100/1/T39900.pdf>
- Cortés, L., i 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.
- Decret-Llei 2/2015, de 6 d'agost, pel qual es modifica la Llei 3/2013, de 10 d'abril, del sistema de Serveis Socials de la Regió de Múrcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, 7 d'agost de 2015, núm. 181, p. 29683-29688.
- Federació Internacional de Treballadors Socials (IFSW). (2018). Declaració global dels principis ètics del Treball Social. Recuperat 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., i 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., i 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.
- Llei 6/1982, de 20 de maig, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 26 d'abril de 2012, núm. 100, p. 32117-32126.
- Llei foral 14/1983, de 30 de març, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de juny de 1983, núm. 148, p. 17598-17600.
- Llei 11/1984, de 6 de juny, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de juliol de 1984, núm. 176, p. 21851-21854.
- Llei 8/1985, de 9 de desembre, de serveis socials de la Regió de Múrcia. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de març de 1986, núm. 66, p. 10271-10281.
- Llei 26/1985, de 27 de desembre, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 7 de març de 1986, núm. 57, p. 8779-8782.
- Llei 3/1986, de 16 d'abril, de serveis socials de la Comunitat Autònoma de Castella - la Manxa. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de juliol de 1986, núm. 174, p. 26389-26392.
- Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social. *Boletín Oficial del Estado*, 13 de maig de 1987, núm. 114, p. 13982-13988.
- Llei 4/1987, de 23 de març, d'ordenació de l'acció social. *Boletín Oficial del Estado*, 10 d'abril de 1987, núm. 86, p. 10749-10753.
- Llei 5/1987, d'11 d'abril, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 9 de juny de 1987, núm. 137, p. 17219-17222.
- Llei 5/1987, de 23 d'abril, de serveis socials. *Diario Oficial de Extremadura*, 12 de maig de 1987, núm. 37, p. 591-600.
- Llei 9/1987, de 28 d'abril, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de maig de 1987, núm. 126, p. 15618-15624.
- Llei 3/1987, de 27 de maig, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de juliol de 1987, núm. 173, p. 22213-22216.
- Llei 2/1988, de 4 d'abril, de serveis socials d'Andalusia. *Boletín Oficial del Estado*, 28 de juny de 1988, núm. 154, p. 20135-20139.
- Llei 18/1988, de 28 de desembre, d'acció social i serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 8 de març de 1989, núm. 57, p. 6520-6526.
- Llei 5/1989, de 6 de juliol, de serveis socials de la Comunitat Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, 7 d'agost de 1989, núm. 187, p. 25324-25327.

- Llei 2/1990, de 10 de maig, de serveis socials de la Comunitat Autònoma de La Rioja. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de juny de 1990, núm. 132, p. 15397-15403.
- Llei 5/1992, de 27 de maig, d'acció social. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de juliol de 1992, núm. 181, p. 26306-26311.
- Llei 4/1993, de 14 d'abril, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de maig de 1993, núm. 112, p. 13897-13910.
- Llei 5/1997, de 25 de juny, per la qual es regula el Sistema de Serveis Socials en l'àmbit de la Comunitat Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, 12 d'agost de 1997, núm. 192, p. 24405-24422.
- Llei 1/2002, d'1 de març, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 2 d'abril de 2002, núm. 79, p. 12550-12558.
- Llei 1/2003, de 24 de febrer, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 10 d'abril de 2003, núm. 86, p. 14069-14081.
- Llei 11/2003, de 27 de març, de serveis socials de la Comunitat de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de juliol de 2003, núm. 157, p. 25487-25505.
- Llei 3/2003, de 10 d'abril, del Sistema de Serveis Socials de la Regió de Múrcia. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de febrer de 2004, núm. 34, p. 5792-5803.
- Llei foral 15/2006, de 14 de desembre, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de gener de 2007, núm. 27, p. 4507-4525.
- Llei 2/2007, de 27 de març, de drets i serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 19 d'abril de 2007, núm. 94, p. 17216-17242.
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de novembre de 2007, núm. 266, p. 45490-45519.
- Llei 13/2008, de 3 de desembre, de serveis socials de Galícia. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de gener de 2009, núm. 15, p. 5513-5553.
- Llei 12/2008, de 5 de desembre, de serveis socials. *Boletín Oficial del Estado*, 7 d'octubre de 2011, núm. 242, p. 105335-105396.
- Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. *Boletín Oficial del Estado*, 7 de juliol de 2009, núm. 163, p. 56578-56640.
- Llei 5/2009, de 30 de juny, de serveis socials d'Aragó. *Boletín Oficial del Estado*, 20 d'agost de 2009, núm. 201, p. 71537-71584.
- Llei 7/2009, de 22 de desembre, de serveis socials de La Rioja. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de gener de 2010, núm. 14, p. 3808-3852.

- Llei 14/2010, de 16 de desembre, de serveis socials de Castella - la Manxa. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de febrer de 2010, núm. 38, p. 15496-15540.
- Llei 16/2010, de 20 de desembre, de serveis socials de Castella i Lleó. *Boletín Oficial del Estado*, 8 de gener de 2011, núm. 7, p. 1756-1803.
- Llei 10/2013, de 23 de desembre, de modificació de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de gener de 2014, núm. 20, p. 4183-4187.
- Llei 14/2015, de 9 d'abril, de serveis socials d'Extremadura. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de maig de 2015, núm. 108, p. 39626-39664.
- Llei 16/2015, de 9 de novembre, per la qual es modifica la Llei 3/2003, de 10 d'abril, del Sistema de Serveis Socials de la Regió de Múrcia. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de novembre de 2015, núm. 284, p. 112072-112077.
- Llei 5/2016, de 2 de maig, per la qual es modifica la Llei 3/2003, de 10 d'abril, de serveis socials de la Regió de Múrcia. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de juny de 2016, núm. 150, p. 44593-44595.
- Llei 8/2016, de 8 de juliol, per la qual es modifica la Llei 13/2008, de 3 de desembre, de serveis socials de Galícia. *Diario Oficial de Galicia*, 12 de juliol de 2016, núm. 131, p. 29779-29787.
- Llei 9/2016, de 27 de desembre, de serveis socials d'Andalusia. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 29 de desembre de 2016, núm. 248, p. 2-73.
- Llei 16/2019, de 2 de maig, de serveis socials de Canàries. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 141, 13 de juny de 2019, p. 61699-61773.
- Malagón, S. (2008). La vivienda y los procesos de exclusión social. *Trabajo Social Hoy*, núm. extra 2, 101-114.
- Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2014). Plan Concertat de Prestacions Bàsiques de Serveis Socials en Corporacions Locals. Memòria 2014-2015. Recuperat de [http://www.msssi.gob.es/ssi/familia-sInfancia/ServiciosSociales/docs/MemoriaPlanConcertado\\_2014-15.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/familia-sInfancia/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? Recuperat 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 dret a un habitatge adequat. Nacions Unides.
- Trilla, C. (2001). *La política de vivienda en una perspectiva europea comparada*. Madrid: Fundació 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 Congrés Estatal de Treball Social. Madrid: Consell General del Treball Social.
- Vázquez, O. (Coord.) (2005). *Libro Blanco del Grado en Trabajo Social*. Madrid: Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació.
- Vázquez, O., Fernández, M. A., Relinque, F., i 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.

# Violència de gènere i treball social. Anàlisi dels discursos i abordatges dels i les professionals del treball social en matèria de violència de gènere

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 Delgado<sup>1</sup>  
ORCID: 0000-0001-6984-2722

---

Recepció: 26/08/19. Revisió: 26/11/19. Acceptació: 27/11/19

---

**Per citar:** Romero Delgado, J. (2019). Violència de gènere i treball social. Anàlisi dels discursos i abordatges dels i les professionals del treball social en matèria de violència de gènere. *Revista de Treball Social*, 217, 29-50. DOI: 10.32061/RTS2019.217.02

---

## Resum

En aquest article s'exposen els resultats d'un estudi qualitatiu sobre els discursos que es donen en treball social sobre la violència de gènere. Més concretament, es tracta d'un estudi que té per finalitat identificar les implicacions que generen els discursos en el desenvolupament de la praxi professional i reflexionar sobre això. Pretenem contribuir a la reflexió sobre els fonaments teòrics i els discursos, posant en relleu la realitat de les intervencions de les treballadores i dels treballadors socials de la província de Barcelona.

Per a això, es van fer i analitzar 20 entrevistes en profunditat a professionals del treball social en les quals s'aborda la conceptualització de la violència de gènere i els abordatges que s'hi han dut a terme. Els resultats evidencien: 1) la falta de consensos sobre la conceptualització del fenomen; i 2) les incoherències entre les comprensions i els abordatges professionals executats en matèria. Un aspecte que, juntament amb altres

---

<sup>1</sup> Graduada en Treball Social. Màster Oficial en Estudis Avançats en Exclusió Social. janeromeroedelgado@gmail.com

elements que s'identifiquen i s'exposen en l'article, fa paleses les dificultats presents quant a l'atenció i la transformació d'aquesta realitat.

---

**Paraules clau:** Violència de gènere, treball social, discursos i praxi professional.

---

## 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

## Introducció

La violència de gènere (en endavant, VG) és un fenomen social i cultural que té el seu origen en “les definicions i les relacions de gènere dominants en una societat donada” (Espinar, 2007, p. 40). N’emergeixen diverses formes de violència, desigualtat i discriminació, i és per això que es comprèn com un delictes, un problema de salut pública i alhora una violació dels drets humans (Almendros, Munilla i Bernabeu, 2015, p. 205; Gállego, 2005, p. 85). En això rau la importància que assumeix la professió del treball social (en endavant, TS), ja que el seu propòsit és promoure vincles humans saludables, vetllar pel compliment dels drets humans i fomentar canvis socials (IFSW, 2014, p. 1). De fet, Santana (2010, p. 92) refereix que es tracta d’un objecte d’intervenció gairebé tan antic com la professió mateixa.

Ara bé, autors com Fernández (2015, p. 35-36) indiquen que els treballadors o les treballadores socials sovint, de manera inconscient, actuen com un mecanisme més de perpetuació de les desigualtats que produeix el sistema de gènere. Expliciten que això és deu al fet que el professional: 1) s’ha socialitzat sota uns valors i principis patriarcal; i 2) investiga i intervé de manera condicionada per la institució en què treballa i per les estructures de poder imperants (Elboj i Ruíz, 2010, p. 226; Fernández, 2015, p. 32, 35-36). Aquest és el motiu pel qual ens aventurem a preguntar a treballadors i treballadores socials, que prestin serveis d’atenció social a víctimes de VG a la província de Barcelona, sobre els discursos que hi ha en relació amb la violència de gènere en la pràctica professional del treball social i sobre els efectes que genera el discurs en el desenvolupament de la praxi professional i en la transformació d’aquesta problemàtica?

## Aproximació al concepte de violència de gènere

Després d’una recerca extensa vam adonar-nos de la dificultat que hi ha hagut, i encara hi ha, en relació amb la conceptualització del terme VG. Els motius rau en: 1) la falta de consensos clars sobre què és VG (Coll, García-Romeral, Mañas i Navarro, 2008, p. 199-200; Zurbano, Liberia i Campos, 2015, p. 841-843); 2) el debat obert respecte a la idoneïtat del terme *gènere* (Coll et al., 2008, p. 189-191; Velando, 2005, p. 108-122); i 3) l’elevada presència de múltiples termes que adopten, de vegades, significats sinònims (Fernández, 2004, p. 156-157; López, 2013, p. 62-64; Peris, 2013, p. 177-180, 183-184).

A través de la classificació suggerida per Coll et al. (2008, p. 199-200), hem agrupat els discursos sobre la comprensió del fenomen de la VG en tres aproximacions. Aquesta classificació es regeix per la identificació dels actors, el rol que compleixen i els objectius que persegueixen.

### Aproximació de casos extrems

És, avui dia, una de les aproximacions més contrarestades i criticades per la producció teòrica executada. Consisteix en un model

explicatiu unicausal sobre l'origen de la VG, entenent que la problemàtica s'origina a causa dels factors personals de les persones involucrades (López, 2013, p. 67). La justificació se sol fer basant-la en teories biològiques i psicològiques<sup>2</sup> (Álvarez, Sánchez, Bojó, Zelaiaran, Aseguinolaza, Azanza i Caballero, 2016, p. 15,17; Alencar i Cantera, 2013, p. 117-119; Miguel, 2003, p. 139; Ramírez, 2002, p. 28-29). Aquestes teories tenen com a nexa comú la individualització de l'origen de la VG, la figura exclusiva de l'home com a agressor, un biaix patriarcal molt marcat quant als estereotips de gènere i la diferenciació de sexes pel que fa als atributs biològics o trets psicològics.

### Aproximació de grups socials

Actualment és la més sustentada per la producció teòrica. Figura com la més compartida tant per les institucions com per part dels diversos actors que conformen la societat (Fuente, 2012, p. 371; Miguel, 2003, p. 139-142; Piedra, Rosa, Muñoz, 2018, p. 198-201; Maqueda, 2006, p. 2-3). Això es deu al fet que l'expressió "violència de gènere" es comença a gestar als anys 70, una època en què pren força el feminisme i es comença a posar en el punt de mira el maltractament conjugal, el rol establert en funció del sexe, entre altres qüestions que revelen el patriarcat com a forma d'organització social (Miguel, 2005, p. 238-240). La detecció d'una diferència clara entre els valors i les expectatives que la societat construeix simbòlicament sobre els sexes, en què l'home estableix una relació de poder desigual sobre la dona, consolidarà la visió de la dona com l'única víctima possible de la VG (Maqueda, 2006, p. 2).

### Aproximació de gènere

Es diferencia de les altres aproximacions principalment per dues raons. La primera correspon als corrents teòrics en què es basa: generalment hi predomina la postura crítica del postfeminisme (Cantera, 2004, p. 95-102), que es caracteritza per entendre, en la seva pluralitat, les relacions de dominació interpersonal desigualitàries superant el concepte binari de sexe-gènere i l'heteronormativitat (Cantera, 2004, p. 95-97).

La segona diferència, en consonància amb el que acabem d'esmentar, es basa en el fet que no s'associa el binomi home-dona amb el d'agressor-víctima respectivament (Coll et al., 2008, p. 200; Solá, 2011, p. 41). Això permet no cosificar la posició dels homes i les dones, contrarestant el discurs patriarcal vigent i evitant-ne la reproducció i legitimació (Trujano, Martínez i Camacho, 2010, p. 351-352; Coll et al., 2008, p. 200).

Facio i Fries (2005, p. 261) consideren que els homes, encara que parteixin d'una posició privilegiada, també poden ser víctimes del sexisme, dels valors i dels estereotips establerts sobre la masculinitat. És per això

2 Cal aclarir que hi ha molts posicionaments emmarcats tant en les teories biològiques com psicològiques. No obstant això, apel·lem als que adquireixen una visió unicausal i comprenen que l'origen de la VG radica exclusivament en els factors personals.



que se centra en les relacions de dominació interpersonal, associades a la posició de gènere, amb independència del sexe (Coll et al., 2008, p. 200; Solá, 2011, p. 41). Això no vol dir que pensin que es dona el mateix nombre de casos en homes que en dones. No obstant això, consideren que la minoria de casos també demana reconeixement i visibilitat (Herrero, 2013, p. 110).

D'altra banda, cal destacar que hi ha una demanda creixent d'atenció per part del col·lectiu LGTBQ+. Es tracta d'una realitat invisibilitzada per factors com l'homofòbia, la discriminació i el sexisme (Rodríguez, Rodríguez, Lameiras i Carrera, 2017, p. 65). Aquest últim aspecte genera debat i postures diferenciades dins d'una mateixa aproximació (Bravo, 2014, p. 3). D'una banda, hi ha postures que consideren que la VG pot tenir en compte les relacions entre persones d'un mateix sexe (Mujika, 2012, p. 11-13). Zurbano et al. (2015, p. 830) apunten que "el gènere és a l'origen de la creació i reproducció de múltiples tipus de violència sobre totes les formes de ser, sentir i pensar que queden fora de la «normalitat» genèrica i sexual". Mentre que uns altres neguen això mateix, perquè consideren que hi operen factors culturals i estructurals diferents no basats únicament en el sexisme (Bravo, 2014, p. 5; Rebollo i Gómez, 2011, p. 7-8).

## Treball social i violència de gènere

Malgrat el reconeixement de la incidència de la VG en diferents àrees del desenvolupament personal i social, les orientacions i intervencions se centren sobretot en la violència que es dona en les relacions afectives heterosexuales (Reina, 2010, p. 34). Això es deu en gran part al fet que els abordatges i els recursos existents estan subjectes a la LOMPIVG<sup>3</sup> (Santana, 2010, p. 93-94).

La LOMPIVG va marcar un abans i un després en matèria de VG (Ortubay, 2015, p. 3). Encara avui continua sent la llei de referència des de la qual s'articulen les diferents actuacions d'atenció i prevenció. No obstant això, es tracta d'una llei que desperta certa ambivalència al si de la comunitat. Es diu que: 1) es donen incoherències entre el nom i el contingut; 2) es tracta d'una llei sexuada i heterosexista; i 3) promou mesures paternalistes i assistencialistes que afavoreixen la despolitització de la problemàtica i la victimització 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 això s'hi ha d'afegir que es tracta d'una llei que fa servir un enfocament teòric que s'ajusta a l'aproximació de grups socials. Així mateix, en el desenvolupament de les mesures en què la responsabilitat de l'home se sobredimensiona i l'agència de la dona desapareix, aquest enfocament

3 Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere. Boletín Oficial del Estado, núm. 313, 29 de desembre de 2004.

es dilueix i en pren un que és més propi de l'aproximació de casos extrems (Coll et al., 2008, p. 201-204). De manera que les crítiques que se'n fan sovint també es veuen reflectides en les intervencions i els recursos del TS.

Respecte a la **prevenció**, es basa en el marc de la LOMPIVG a través de mesures com la sensibilització, la prevenció i la detecció per part dels poders públics. També en l'atenció a la formació complementària i de reciclatge dels professionals que hi intervenen (art. 3 LOMPIVG, de 28 de desembre). No obstant això,

malgrat la declaració d'intencions i de la importància que sembla concedir a les matèries de prevenció, sensibilització, etc., la llei segueix el camí que es va iniciar a finals dels 80 i que feia pivotar la resposta davant de la violència de gènere en el sistema penal (Ortubay, 2015, p. 3).

Fernández (2015, p. 31) i Ríos (2003, p. 80-81) apunten que aquestes mateixes lògiques es donen en l'exercici del TS. Expliquen que les intervencions no van tan dirigides a incidir en els factors estructurals i culturals, sinó que, al contrari, s'intervé de manera palliativa una vegada ha emergit el problema. Assenyalen els pocs estudis sobre la VG, l'absència d'una comprensió teòrica de fons, la falta de formació dels professionals, la burocratització i la pressió assistencial com els principals causants d'aquesta situació (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).

Pel que fa a la **intervenció**, Mullaly (1997, p. 24-25) menciona que hi ha dues filosofies d'intervenció en TS que guien la manera de procedir i efectuar els abordatges. D'una banda, la perspectiva convencional, que se centra en la persona entenent que el problema resideix en la seva inadaptació al sistema social. D'altra banda, la perspectiva progressista, que reconeix l'existència de sectors de població en inferioritat de condicions per raó d'un ordre social desigualitari i injust. Una raó que demana anar més enllà de l'atenció individual.

Autors com Fernández (2015, p. 31) i Ríos (2003, p. 80-81) sostenen que les actuacions parteixen principalment de l'assistencialisme amb una perspectiva centrada en les deficiències i necessitats que presenta la dona víctima de VG. Un aspecte que s'acaba reduint a concedir ajudes puntuals per solucionar els problemes més urgents, sense parar esment a altres aspectes de tipus estructural o cultural (Ríos, 2003, p. 84). Això mateix resulta evident si llegim alguns documents sobre la matèria que concerneixen la província de Barcelona, com per exemple la protocol·litització de la intervenció individualitzada amb dones que pateixen o han patit violència de gènere (2007)<sup>4</sup> o altres documents marc com el protocol per

4 Primer document que pretén conjuminar i protocol·litzar l'atenció individualitzada que s'ofereix a les dones víctimes de VG de la ciutat de Barcelona, <https://bit.ly/2Clge0e>

a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (2009)<sup>5</sup> o el protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella (RVD-BCN) (2011).<sup>6</sup>

Paral·lelament, Alcázar (2012, p. 113-115) identifica altres inèrcies i dificultats que obstaculitzen que s'aconsegueixi una intervenció eficaç i eficient, concretament: 1) la tendència a homogeneïtzar la figura i situació de la dona que pateix maltractament, donant lloc a programes i serveis que no acaben d'ajustar-se a les necessitats que aquestes situacions; 2) la implementació d'objectius d'èxit marcats pel professional i la institució, que poden no ser compartits amb la persona que s'atén; 3) l'execució de programes i recursos amb objectius i procediments molt definits, que despullen d'agència la mateixa víctima i en reforcen la victimització; i 4) la tendència a executar intervencions en l'àmbit individual i no grupal, propiciant així que les dones visquin el fenomen com un fracàs individual.

A això s'hi suma la ja esmentada falta de formació per part d'alguns professionals. Pel fet de no estar sensibilitzats o formats en perspectiva de gènere, duen a terme actuacions guiades per la intuïció i la bona voluntat, cosa que fa més difícil que pugui fer-se una gestió àgil, eficient i eficaç (Jovaní, 2014, p. 264-265).

## Inclusió de la perspectiva de gènere en la intervenció de treball social

Diversos autors posen de manifest la necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere (PG, d'ara endavant) com a marc interpretatiu transversal de la intervenció 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 és una categoria analítica formada per diferents corrents del feminisme que

s'aproxima a la realitat tenint en compte l'existència de diversos gèneres i les seves relacions de poder, que s'imbriquen amb altres elements generadors de desigualtat, com ara l'ètnia/raça, la classe social, l'origen nacional, etc. (Alcázar, 2012, p. 99-100).

La primera vegada que es va parlar d'aquesta perspectiva, com a element estratègic per aconseguir la igualtat, va ser a la IV Conferència sobre la Dona celebrada l'any 1995 a Pequín (Alonso-Fernández, 2016, p. 3; Tobías, 2018, p. 144). Encara que Berasaluze (2009, p. 138) i Fernández (2015, p. 33) sostenen que la seva aplicació avui dia és incipient. Per això,

5 Document editat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que té per objectiu esdevenir una eina pràctica per guiar les intervencions en matèria de violència masclista en qualsevol àmbit de salut de Catalunya, <https://bit.ly/2Nux4ju>

6 La RVD-BCN és un protocol promogut pel Circuit Barcelona contra la Violència cap a les Dones que es va elaborar amb la finalitat de crear una eina per valorar, en el cas de les dones, el risc d'actes violents a curt termini en un context de violència masclista, <https://bit.ly/2PXa26E>

s'aconsella canalitzar-ne la incorporació i incentivar-la des de la formació. Diferents autors exposen o fins i tot evidencien l'absència o l'opcionalitat de continguts de gènere i violència en el pla formatiu del Grau de TS (Elboj i Ruíz, 2010, p. 230-231; Rubio, Gil, Paz, Peralta, Alcázar i Gila, 2009, p. 7; Santana, 2010, p. 95-97).

La justificació de la seva rellevància recau en: 1) la necessitat de presa de consciència sobre les relacions de poder donades pel gènere i els seus efectes amb independència del sexe, ja que tota intervenció social no és neutral sinó que té un impacte de gènere; 2) la importància de la introducció d'aquesta perspectiva per propiciar transformacions socials que advoquin per la igualtat entre les persones; 3) detectar pràctiques i intervencions reproductores i sostenidores del sexisme i de desigualtats (Alcázar, 2012, p. 104-106; Fernández, 2015, p. 31; Tobías, 2018, p. 142-143).

En efecte, es tracta d'una perspectiva que incita la prevenció, el pensament d'abordatges més col·lectius i presenta la dona no només com a subjecte d'intervenció (Alcázar, 2012, p. 100; Alonso-Fernández, 2016, p. 4-5). En relació amb això, Alonso-Fernández (2016, p. 7) reflexiona sobre la necessitat de pensar "si s'ha d'incloure els homes només en la cerca de l'objectiu d'igualtat de gènere o si també seria possible assumir que poden tenir les seves pròpies necessitats i vulnerabilitats".

## Metodologia

La recerca que s'ha dut a terme s'inscriu en el paradigma interpretatiu i parteix d'una perspectiva teoricometodològica fenomenològica. Behar (2008, p. 45) sosté que "el mètode fenomenològic pot resultar particularment útil per a la interpretació dels fets i els processos estudiats; per captar el sentit dels fenòmens i la intenció de les activitats socials".

Tenint en compte l'objectiu, la perspectiva teoricometodològica i l'enfocament emergent i exploratori d'aquesta recerca, hem considerat emprar metodologia de caràcter qualitatiu. Ho hem decidit així tenint en compte que no hi ha un marc teòric definit i la cerca de dades narratives pot arribar a aportar un coneixement més profund (Vivar, McQueen, Whyte, Canga, 2013, p. 224).

### Mostra

Consisteix en un mostreig teòric integrat per un total de 20 treballadors i treballadores socials. Es caracteritza per un índex de proporcionalitat equivalent entre tots dos sexes biològics. Com que la VG és un fenomen multidimensional que es detecta i s'atén des de serveis molt diferents, es va triar una mostra de professionals situats en diferents espais d'atenció social, tal com es concreta a continuació.

Taula 1. Composició de la mostra

Nom fictici	Àmbit	Experiència en TS	Sexe biològic
Javier	Sanitari / Atenció primària	23 anys	M
Sonia	Sanitari / Atenció primària i Servei especialitzat per a persones transsexuals	5 anys	F
Teo	Sanitari / Atenció primària	+ de 20 anys	M
Noemí	Sanitari / Atenció primària	14 anys	F
Jacinto	Sanitari / Atenció hospitalària	7 anys	M
Mireia	Sanitari / Salut mental	18 anys	F
Yoali	Sanitari/Drogodependències	18 anys	F
Ignacio	Serveis socials bàsics	20 anys	M
Laia	Serveis socials bàsics	13 anys	F
Alan	Serveis socials bàsics	10 anys	M
Elsa	Serveis socials bàsics	22 anys	F
Jandro	Serveis socials bàsics	9 anys	M
Roc	Serveis socials bàsics	3 anys	M
Edna	Serveis d'informació i atenció a les dones	12 anys	F
Juan	Docent de TS	30 anys	M
Antón	Docent de TS	27 anys	M
Carlos	Docent de TS	10 anys	M
Natalia	3r sector-violència masclista i VG	12 anys	F
Mónica	3r sector-VIH	20 anys	F
Maya	3r sector-abusos sexuals	10 anys	F

Font: Elaboració pròpia.

Cal especificar que, d'acord amb el Circuit Barcelona contra la violència cap a les dones,<sup>7</sup> la mostra està composta per espais professionals

<sup>7</sup> Projecte interinstitucional coliderat per l'Ajuntament de Barcelona i el Consorci Sanitari de Barcelona. Tal com indiquen ells mateixos, la seva finalitat és "establir un sistema articulat de treball en xarxa, cooperatiu i col·laboratiu entre els diferents agents dels

reconeguts pel que fa a la implicació en la detecció i l'atenció d'aquestes realitats. Cal aclarir que la composició va ser no probabilística i es va configurar amb els següents criteris d'inclusió i exclusió.

**Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió**

<b>Criteris d'inclusió</b>	<b>Criteris d'exclusió</b>
Tenir la titulació de TS.	Actualment inactiva com a treballadora social.
Disposar de 3 anys o més d'experiència en el camp del TS.	Treballar fora de la província de Barcelona.

Font: Elaboració pròpia.

### **Instruments**

Fem servir la tècnica de l'entrevista individual, que ens permetia recollir informació sobre fets i aspectes subjectius de les persones, conèixer la perspectiva dels individus en relació amb els fets i construir significats a través dels seus comportaments (Behar, 2008, p. 55; Palou, 2013, p. 3). El model d'entrevista emprat va ser de tipus individual semiestructurat i amb una durada aproximada de 30-45 minuts. Com que es tracta d'un fenomen de magnitud, vam establir un guió mínim que ens permetés obtenir la informació més rellevant per explorar en funció dels nostres objectius. Cal aclarir que es va vetllar per garantir la confidencialitat dels subjectes entrevistats, i que, per això, se'ls va informar sobre l'abast de la protecció de la confidencialitat a través d'un consentiment informat.

### **Anàlisi**

Es va dur a terme una anàlisi temàtica del contingut extret de les entrevistes. Primer es van transcriure i posteriorment se'n va fragmentar el corpus textual en diferents unitats que es van codificar en funció del contingut bàsic d'interès per a l'objecte d'estudi (models d'intervenció, limitacions i potencialitats contextuals, institucionals i personals, definició de perspectiva de gènere i formació professional). La codificació va ser generalment de caràcter inductiu pel caràcter exploratori de l'objecte d'estudi i la consegüent falta de validació d'eixos temàtics en estudis anteriors similars. No obstant això, sovint es va tenir en compte el marc teòric per donar nom a fragments d'interès teòric específic dels investigadors. Més concretament, i en referència a la definició del fenomen de la VG, es va tenir en compte la classificació de Coll et al. (2008), identificant consegüentment els elements diferencials entre les diferents aproximacions (actors implicats, relació i rol que compleixen i causa o causes i origen de la VG).

àmbits sanitari, social, policial, judicial i educatiu" (Ajuntament de Barcelona, s. d.).

Cal apuntar que amb la finalitat de dotar l'estudi d'una validesa interna més alta es va triangular la informació obtinguda amb el marc teòric. Això ha permès el diàleg entre els resultats i la literatura vigent especialitzada en la matèria, donant lloc a una altra font de construcció de coneixement i reflexions (Cisterna, 2005, p. 69-70).

### Limitacions de la recerca

1. La mostra de treballadors i treballadores socials és limitada i no es garanteix la recollida de tots els discursos sobre la VG. També vam voler que es caracteritzés per un índex de proporcionalitat equivalent entre sexes (entesos des del binarisme). No obstant això, com que es tracta d'un nombre reduït de professionals, no vam poder indagar en profunditat en l'existència o no de certes tendències, raó per la qual no s'aprofundeix en aquest sentit. Val la pena destacar que es tracta d'un estudi configurat per una mostra reduïda, però que no és per això menys vàlida per començar a reflexionar sobre una realitat exposada per una sèrie de professionals.

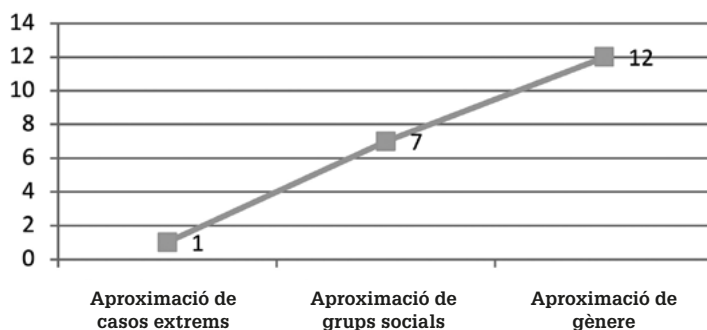
2. No es tracta d'una mostra uniforme per àmbits d'intervenció en TS. Volíem que fos com més diversa millor per obtenir una visió al més holística possible sobre les comprensions i els abordatges. Ara bé, posteriorment pensem que potser hauria estat interessant tenir un mateix nombre de professionals en funció dels àmbits d'intervenció, ja que ens hauria permès identificar certes tendències i particularitats de cada àmbit.

## Resultats

### Conceptualització de la violència de gènere

A continuació es mostren els resultats obtinguts de la classificació dels discursos sobre VG dels treballadors i treballadores socials entrevistats.

**Figura 1. Classificació dels discursos sobre VG**



Font: Elaboració pròpia.

– L'**aproximació de casos extrems** és la menys compartida, només n'hem detectat un cas i amb certs matisos. La persona al·ludeix que la víctima pot pertànyer a qualsevol sexe, un aspecte que no és propi de la concepció de casos extrems. No obstant això, emfatitzava que es dona, majoritàriament, en dones per una sèrie de diferències principalment biològiques, com per exemple la superioritat física dels homes.

– Respecte a l'**aproximació de grups socials** hi ha hagut més consens. Ara bé, dins d'aquesta mateixa aproximació es donen punts de vista molt diferents. D'una banda, d'aquestes 7 persones n'hi ha 2 que afirmen que només la només pot ser la víctima d'aquest fenomen.

És la violència de l'home cap a la dona pel simple fet de ser-ho. Una definició breu, clara i concisa [...]. Hi ha molts tipus de violència, els avis reben violència, els nens reben violència, però això són altres tipus de violència. Si parlem de violència de gènere, parlem de la violència de l'home cap a la dona (Natalia).

Una tercera persona apunta que en la VG s'haurien d'incloure les parelles LGTBIQ+ que no tenen un tracte d'iguals. Exposa que amb freqüència es compleixen rols propis de les parelles heterosexuales, entenent que s'assumeixen rols femenins i masculins.

La resta parteix d'una concepció més àmplia que entén que totes les identitats de gènere poden patir VG, encara que insisteixen que no volen englobar-les totes sota una mateixa categoria fenomenològica.

Els homes són víctima també del masclisme, però no els ficaria en la mateixa categoria per no invisibilitzar la realitat majoritària en el cas de les dones (Edna).

– Quant a l'**aproximació de gènere**, trobem que és la que més acceptada entre els i les professionals. Encara que cal assenyalar que 4 de les persones entrevistades van elaborar una definició pròpia de grups socials i, posteriorment, se'n van retractar, no atorgant un sexe concret a la figura de l'agressor i de la víctima. Alguns plantegen diversos dubtes i posen de manifest la necessitat de reflexionar més sobre aquest tema.

La violència de gènere la pateixen les dones a pesar que el sistema de gènere és molt maltractador també per als homes. És clar que seria una violència del sistema de gènere cap als homes, no ho sé. La realitat és que jo amb aquests termes moltes vegades no ho tinc clar, em trobo amb molts discursos que van i venen (Ignacio).

Exposen que l'aproximació de grups socials ha esdevingut hegemònica i que, posteriorment, s'ha reflexionat i qüestionat poc sobre aquest tema.

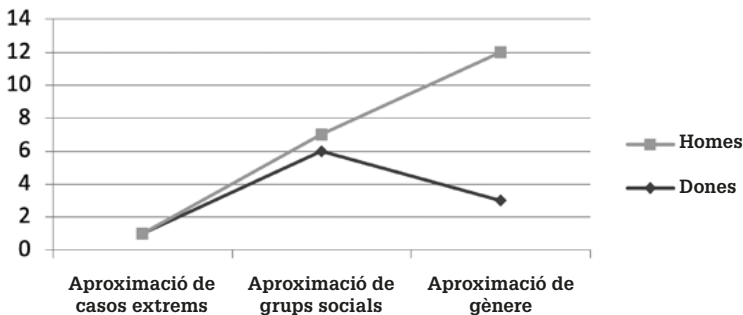
Com a professionals cal tenir una visió crítica. Fins i tot quan aconseguim que els discursos crítics arrelin i arribin a ser hegemònics, hem de continuar sent crítics per no tornar a reproduir dinàmiques (Carlos).



Paral·lelament, assenyalen que es tracta d'un fenomen que la dona mostra més predisposició a viure; en conseqüència, el nombre de casos que es donen és més alt. No obstant això, indiquen que l'omissió d'altres possibles víctimes pot generar invisibilitat i situacions de desigualtat i vulnerabilitat. De facto, pensen que es donen a conèixer menys casos dels que realment hi ha, a causa de: 1) l'escàs reconeixement de la problemàtica en altres col·lectius; i 2) l'operativitat pròpia dels constructes de gènere vigents en l'actualitat. És per això que sobretot propugnen la idea d'incloure-ho tot sota una mateixa categoria fenomenològica, matisant posteriorment cada casuística.

A continuació es mostren aquests mateixos resultats classificats en funció del sexe dels entrevistats.

**Figura 2. Classificació dels discursos sobre VG en funció del sexe**



Font: Elaboració pròpia.

Paral·lelament, respecte a l'expressió VG i l'amplitud del fenomen, cal assenyalar que:

– El 35% de la mostra es mostren en desacord amb l'ús de l'expressió VG. Concretament, una persona aposta per l'expressió *violència domèstica* perquè creu que és més descriptiva. Dues altres persones defensen que es tracta de violència en si i que no hauria de tenir "cognoms". No els sembla que el concepte gènere sigui l'idoni, ja que creuen que atenua les dimensions del fenomen i s'ha acabat emprant com a sinònim de *dona*. Mentre que en els casos restants prefereixen fer servir l'expressió *violència masculista*, perquè la mateixa expressió indica l'origen estructural de la violència i les seves connotacions presenten més força i visibilitat en el context actual.

De la mateixa manera, cal assenyalar que dues persones també fan crítica del concepte violència. Sostenen que es tracta d'un concepte amb connotacions sempre negatives, ja que es tracta d'una qüestió intrínseca en els éssers humans i no sempre es fa servir per infligir mal a un altre. A més, exposen que moltes vegades la violència sembla adoptar un caràcter reduccionista, que inclou només les agressions físiques o verbals.

– El 35% de les persones entrevistades considera que la VG s'emmarca exclusivament dins de les relacions afectives. Simultàniament, el 65% restant exposa que va més enllà i inclou altres actors (persones, institucions...) que puguin atemptar contra la mateixa identitat de gènere dels subjectes.

N'hi ha de diferents menes: des de la qüestió més social en què es dona una violència estereotipada de gènere, fins a una situació més de convivència quan una persona en maltracta una altra per la seva condició de gènere [...]. Fins i tot persones que no s'identifiquen ni amb homes ni amb dones. El fet de voler encotillar aquestes persones dins d'un binomi, per mi també és un maltractament per raó de gènere (Jandro).

### **Abordatge de la violència de gènere en treball social**

Respecte a la prevenció, destaquen que són poques les tasques que s'executen des del TS. Consideren que això ve condicionat per l'escassa aposta de les institucions pel que hi treballen. Creuen que es deu a les dificultats per demostrar-ne l'efectivitat, ja que els resultats obtinguts costen més de mesurar i demostrar.

D'altra banda, expliquen dèficits quant a la prevenció secundària a causa de les dificultats de detecció del fenomen. Això ho atribueixen a la forta socialització dels professionals i a la manca de formació. El fenomen l'identifiquen, majoritàriament, davant la verbalització expressa de la víctima.

Quant a la intervenció, creiem que el discurs emprat principalment és el de l'aproximació de gènere. Malgrat això, quan se'ls pregunta sobre les intervencions, la majoria només fan referència a la dona heterosexual víctima dins del marc de les relacions afectives. Un aspecte contradictori, tenint en compte que: 1) només el 35% de les persones entrevistades considerava que la VG s'emmarca dins de les relacions afectives; i 2) el 60% inclou altres identitats de gènere com a possibles víctimes. És més, la gran majoria d'actuacions i recursos esmentats se centren exclusivament en la dona com a subjecte d'intervenció. Això sorprèn si tenim en compte que el 95% de la mostra fa èmfasi en l'origen estructural de la problemàtica.

No estem treballant per a tota la població, sinó per a aquells grups que tenen unes necessitats legitimades com a tals. Aquí caldria debatre en relació amb què entenem per treball social. Possiblement no ens agrada la resposta, perquè tenim més a veure amb l'ordre i el control que no pas amb la transformació i l'emancipació (Juan)

També sostenim que les intervencions esmentades són, generalment, de caràcter individual i hi ha un ampli consens sobre com actuar en el cas de les dones heterosexuales. Ara bé, en el moment que es plantegen actuacions amb altres identitats de gènere les dificultats es fan més llatents i mancades de consens. Uns plantegen que l'abordatge ha de ser el mateix independentment del sexe i l'orientació sexual del subjecte. Uns

altres creuen que poden adaptar les eines, com per exemple la RVD-BCN, a altres casuístiques de la VG, encara que plantegen dubtes en el moment de derivar i actuar davant de determinades situacions. Per tant, també es dona el cas en què directament manifesten desconeixement respecte a com abordar aquestes situacions.

Finalment, fan una al·lusió especial a la tasca de coordinació pel fet que sovint no s'estableix. Al·leguen que això no és per manca de canals de comunicació o protocols, sinó perquè els professionals no disposen de prou temps per coordinar-se o fer els traspassos de casos. En relació amb això, apunten que l'elevada pressió assistencial, la precarització de les condicions d'ocupació i el poc temps de què disposen per a les entrevistes, comporten dificultats per al seu compliment.

### **Perspectiva de gènere i treball social**

En la recerca es pregunta sobre la definició i aplicació de la PG en TS. Cal destacar que el 60% de la mostra sap en què consisteix la PG. El 40% restant s'emmarca en una de les següents situacions: 1) expressen literalment que desconeixen en què consisteix la PG; 2) la defineixen com la presa de consciència de les desigualtats i els constructes socials que incumbeixen exclusivament la dona; 3) l'entenen com el fet de donar un mateix tracte independentment del sexe, ometent les diferències socials i culturals de base. De fet es mostren més conformes parlant en clau de "perspectiva de persona"; o bé 4) entenen la PG únicament com aquelles influències del professional derivades del seu procés de socialització particular.

També se'ls pregunta sobre si pensen que ho apliquen en la seva praxi diària. Excloent els casos que no van saber definir en què consistia la PG, enumerem: el 57,14% considera que en el seu dia a dia empren la PG; el 28,57% creu que s'esforcen per aplicar-la però que no ho fan completament; mentre que el 14,29% restant expliciten que no treballen sota la PG encara que els agradaria fer-ho.

Subratllen que des de diverses institucions s'està apostant per la inclusió i promoció de pràctiques amb PG. No obstant això, destaquen la necessitat de promoure més formació sobre aquest tema i de manera continuada per poder integrar-la plenament.

Crec que caldria un treball propi que va des de la part formativa, la part de coneix-te a tu mateix per ser capaç de desmuntar i desarticlar tots els discursos que tenim, que realment ens han format. Per més crítics que diem que som, ens hem socialitzat en aquests discursos i part d'aquest masclisme que critiquem el carreguem nosaltres a sobre (Carlos).

En relació amb això, quan se'ls va preguntar sobre si havien rebut formació sobre PG, el 55% del total d'entrevistats afirmen que n'havia rebut. Sobre els que n'havien rebut, cal destacar que en la majoria de casos: 1) només havien fet un curs sobre PG i havia estat durant l'any 2018-2019; o

bé 2) havien tractat la PG en diferents cursos com a element transversal però no de manera exclusiva. Només hi ha 6 casos en què afirmen haver estat formats exclusivament en PG.

Per acabar, s'ha incidit especialment en la importància de la formació i la integració de la PG en el TS. Cal destacar que quan s'ha preguntat a tres docents sobre com ho introdueixen en les formacions de grau, han indicat que hi ha una consigna explícita d'integració en els plans docents, però que al final depèn de la voluntat del professorat. Assenyalen que no fa gaires anys que es va acceptar la PG en l'entorn universitari, i és per això que manifesten que encara queda molt camí per fer, com en qualsevol altra disciplina social.

És a dir, no tenir-ho clar és no tenir-ho clar, perquè jo sempre he tingut molta por de la ideologització de les lectures professionals [...]. Entre altres coses perquè considero la ideologia com una forma de legitimació de dominacions socials. Així que em fa por que sigui aquesta o qualsevol altra (Antón).

## Conclusions

- No hi ha un discurs homogeni o un consens mínim sobre la conceptualització del fenomen entre els i les professionals del TS. La relació d'afectivitat, el sexe biològic i l'orientació sexual s'han identificat com a elements principals generadors de desacord i divergències. També s'ha posat de manifest la presència de múltiples termes per esmentar una mateixa realitat (VG, violència masclista, violència domèstica) i l'emergència de debats sobre la idoneïtat del terme *gènere*. Aquests elements afecten el procés de conceptualització i fan evident la necessitat d'aprofundir en els marcs referencials establerts. Sobretot, si tenim en compte la dificultat d'integració i claredat per part dels diferents professionals del treball social. De fet, m'agradaria matisar que dues persones entrevistades posaven en dubte les connotacions de la paraula *violència*, perquè consideren que té un caràcter intrínsec en l'ésser humà. Un element rellevant a matisar, ja que la violència no és innata sinó un producte cultural i intencionat i, per aquesta motiu, evitable (Dahlberg i Krug, 2003, p. 3; OMS, 2002, p. 2-4).
- S'ha pogut identificar que els discursos predominants tendeixen a correspondre pròpiament a l'aproximació de gènere, entrant en contrast amb la producció teòrica predominant. Incideixen a incloure la pluralitat de relacions de dominació interpersonal desigualitàries com a VG, ja que posar només el focus en la dona heterosexual com a possible víctima reproduceix i legitima lògiques heteropatriarcals i sexistes. Subratllen la importància d'afavorir espais de reflexió i crítica sobre els marcs de referència, les pràctiques i els objectes d'intervenció dels professionals. Tot això amb el propòsit de superar una concepció conservadora i re-

productora del treball social que sovint tant ho allunya dels principis inspiradors de la professió.

- Les conceptualitzacions dels professionals dS tenen poc a veure amb les intervencions que executen en matèria de VG. De manera que trobem que els processos de socialització, les estructures de poder imperants i les institucions en què treballen acaben condicionant la seva tasca. Tal com indica Santana (2010, p. 93-94), les intervencions del TS estan fortament arrelades en la LOMPIVG i d'acord amb la producció teòrica vigent. En aquest sentit, les pràctiques exposades en matèria de VG s'han caracteritzat, generalment, per: 1) centrar-se exclusivament en la figura de la dona heterosexual víctima; 2) emprar un enquadrament despolititzat i conseqüentment individualista, afavorint sentiments de responsabilitat i culpabilitat per part de la víctima; 3) actuar una vegada emergida la problemàtica i no tant de manera preventiva; i 4) tenir un caràcter assistencialista i paternalista poc transformador. Uns aspectes que ja apuntaven autors com Alcázar (2012, p. 113-115), Fernández (2015, p. 31) i Ríos (2003, p. 80-81, 84).

Tot el que s'ha dit fins ara suposa que bona part dels i les professionals entrevistats treballen en un sistema que no acaba de mostrar afinitat amb la manera com veuen i entenen la problemàtica. No obstant això, en lloc de transformar aquestes lògiques, se n'impregnen i hi actuen conformement. això convida a preguntar-se sobre si el rol professional té més a veure amb l'ordre i el control que no pas pròpiament amb la transformació i l'emancipació.

- Els resultats obtinguts assenyalen com a principals dificultats dels i les professionals l'escassa formació, els minsos estudis i la manca de recursos de reflexió/crítica sobre els discursos hegemònics i les mateixes categories de pensament. Per poder transcendir i aconseguir transformar aquestes realitats, s'emfatitza la importància de la formació i la incorporació 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 relació amb això, hem pogut dilucidar que la incorporació de la PG es mostra incipient, ja que s'ha fet evident el desconeixement, l'escassa formació sobre aquest tema i la dificultat de la seva aplicació en la praxi professional. Alguns entrevistats al·leguen que es tracta d'una qüestió nova i que demana temps; ara bé, cal preguntar-se si el factor temps és l'única raó o si es deu al fet que l'acadèmia opera sota la pervivència d'una ideologia patriarcal.

---

## Referències bibliogràfiques

- 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 i O. Vázquez Aguado (Eds.), *IX Congreso Nacional de Facultades de Trabajo Social* (p. 96-118). Jaén: Universitat de Jaén.
- Alencar Rodrigues, R. de, i Cantera Espinosa, L. (2013). Violencia de género en la pareja: una revisión teórica. *Psico*, 43(1), 116-126. Recuperat de: <https://ddd.uab.cat/record/130820>
- Almendros Simón, A., Munilla Rebollo, R. V., i 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. Recuperat 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 i C. Gimeno (Coord.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social* (p. 1-23). Logroño: Universitat de La Rioja.
- Álvarez García, M. A., Sánchez Alías, A. M., Bojó Ballester, P., Zelaiaran Miranda, K., Aseguinolaza Chopitea, A., Azanza Azanza, M. T., i Caballero Tena, S. (2016). *Manual de atención Psicológica a víctimas de maltrato machista*. Guipúscoa: Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa. Recuperat de: <https://www.cop.es/GT/Manual.pdf>
- Ajuntament de Barcelona (s. d.). BCN Antimasclista. Circuit Barcelona contra la Violència Masclista. Recuperat de: <https://bit.ly/2NMv7xO>
- Behar Rivero, D. S. (2008). *Metodología de la investigación* [online]. 2a edició. Editorial Shalom. Recuperat de: <https://bit.ly/1Am9lHU>
- Berasaluze Correa, A. (2009). El devenir del Trabajo Social en clave de género. *Zerbitzuan*, 46, 133-140. Recuperat 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. Recuperat de: <http://criminnet.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). Gandia: 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. (Tesi

- doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espanya. Recuperat 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. Recuperat de: <https://www.redalyc.org/pdf/299/29900107.pdf>
- Coll Planas, G., García-Romeral Moreno, G., Mañas Rodríguez, C., i 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2Dien8z>
- Dahlberg, L. L., i 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 i R. Lozano, *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (p. 1-23). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperat de: <https://bit.ly/2OMfbfD>
- Elboj, C., i Ruíz, L. (2010). Trabajo Social y prevención de la violencia de género. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 1(2), 220-233. Recuperat de: <https://bit.ly/2AQN348>
- Espinar Ruiz, E. (2007). Las raíces socioculturales de la violencia de género. *Escuela Abierta*, 10, 23-48. Recuperat desde: <https://bit.ly/2yHPhRo>
- Facio, A., i Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia*, 6, 259-294. Recuperat 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2yu6XBt>
- Fernández Villanueva, C. (2004). Violencia contra las mujeres: una visión estructural. *Intervención Psicosocial*, 13(2), 155-164. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2LaA8is>
- IFSW. International Federation of Social Workers. (2014). Global definition of social work. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2DW05Bs>
- Mullaly, B. (1997). *Structural Social Work. Ideology, Theory and Practice*. Toronto, Canadá: Oxford University Press.
- OMS. Organització Mundial de la Salut. Ginebra (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis [En línea]. Recuperat 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2AL9ibJ>
- Palou Julian, B. (2013). Tècniques de recollida de dades qualitatives. Material de classe. Universitat de Barcelona. Recuperat 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2P14tA2>
- Piedra, J., Rosa Martín J. J., i 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2Q3nPsV>
- Ramírez Hernández, A. (2002). Violencia masculina en el hogar. *El Cotidiano*, 18(113), 28-36. Recuperat de: <https://bit.ly/2A22tSK>
- Rebollo Norberto, J., i 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). Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2E7R1bL>
- Rodríguez Otero, L. M., Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., i 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. Recuperat de: <https://bit.ly/2DI1CtG>
- Rubio Castro, A., Gil Ruiz, J. M., Paz Rodríguez, J. I., Peralta López, E., Alcázar Campos, A. M., i 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. Conselleria d'Igualtat i Benestar Social. Junta d'Andalusia. Recuperat 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. Recuperat 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. Projecte de recerca finançat per l'Ajut a la Recerca Francesca Bonnemaïson. Barcelona, España: Diputació de Barcelona. Recuperat de: <https://bit.ly/2TiV4Yw>
- Trujano, P., Martínez, A. E., i Camacho, S. I. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción

- y aceptación. *Perspectivas en Psicología*, 6(2), 339-354. Recuperat de: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67915140010.pdf>
- Tobías Olarte, E. (2018). La aplicación del enfoque de género en Trabajo Social: debilidades y fortalezas. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 10, 141-154. Recuperat de: <https://bit.ly/2zP6QRD>
- Velando Casanova, M. (2005). La RAE y la violencia de género: reflexiones en torno al debate lingüístico sobre el título de una ley. *Cultura, lenguaje y representación: Revista de estudios culturales de la Universitat Jaume I*, 2, 107-124. Recuperat de: <https://bit.ly/2RUPslid>
- Vivar, C. G., McQueen, A., Whyte, D. A., i Canga Armayor, N. (2013). Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Index de enfermería*, 22(4), 222-227. Recuperat de: <https://bit.ly/2ySefPb>
- Zurbano Berenguer, B., Liberia Vayá, I., i Campos Mansilla, B. (2015). Concepto y representación de la violencia de género. Reflexiones sobre el impacto en la población joven. *Oñati socio-legal series*, 5(2), 822-845. Recuperat de: <https://bit.ly/2DId2P5>

# La “carrera moral” de les mares que sobreviuen a l’abús sexual dels seus fills

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

**Christoffer Reyes Legaza**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-2939-1231

**Constanza Cantera Rey**<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0003-0131-5277

---

Recepció: 06/11/19. Revisió: 12/12/19. Acceptació: 16/12/19

---

**Per citar:** Reyes Legaza, C., y Cantera Rey, C. (2019). La “carrera moral” de les mares que sobreviuen a l’abús sexual dels seus fills. *Revista de Treball Social*, 217, 51-66. DOI: 10.32061/RTS2019.217.03

---

## Resum

L'article fa una revisió teòrica del lloc que ocupen les mares co-víctimes de l'abús sexual dels seus fills. Intenta desmuntar idees arrelades com l'instint matern y les reaccions socials que s'esperen del gènere femení. Posteriorment, es caracteritzen les particularitats d'aquelles mares implicades en la credibilitat i el suport als seus fills, a més dels obstacles que comporta el fet de posar-se al costat de les víctimes. Així mateix, s'ofereixen pistes sobre la feina terapèutica que cal dur a terme individualment i en grup. Finalment, s'analitza des de diverses perspectives el concepte del perdó i la seva pertinença en el procés reparador.

---

**Paraules clau:** Carrera moral, abús sexual, mares supervivents, victimització secundària, treball terapèutic.

---

1 Treballador social. Diplomant en Parentalitat, Aferrament i Desenvolupament. Diplomant en Diagnòstic i estratègies d'intervenció en abús sexual infantil. christoffereyes@hotmail.com

2 Psicòloga. Diplomada en Psicoteràpia Sistèmica Narrativa Infanto-Juvenil. Diplomada en Diagnòstic i estratègies d'intervenció en abús 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. Introducció

A partir de la segona meitat del segle XX, el programa de recerca teòricoclinic en abús sexual ha generat una nodrida literatura especialitzada, mirant de comprendre aquest fenomen en la infància i l'abordatge intervingut que s'ha de dur a terme. Aquest auge s'ha manifestat després d'un procés de visibilització sociocultural del fenomen i la preocupació per les implicacions psicosocials i jurídiques que comporta en la trajectòria vital dels subjectes que l'experimenten. No obstant això, al llarg de la història el lloc que ocupen els adults no ofensors ha estat motiu de controvèrsies i, amb excepcions significatives (Hooper, 1994; Barudy, 1998; Muller i López, 2013), un objecte d'estudi al qual pocs autors han fet referència.

L'escenari és encara més complex quan s'analitza el rol matern –entès com a punt de suport i víctimes indirectes de nens supervivents a l'abús sexual–, ja que “és habitual referir-se als que es troben en aquesta situació només com a «mares» (i de vegades, reduint-les encara més, a respostes maternals)” (Hooper, 1994, p. 11-12).

Generalment, se sol sentir parlar, tant en l'imaginari col·lectiu com en cercles professionals i fins i tot acadèmics, de l'existència d'un suposat “instint matern” que és posat en dubte; un constructe social i històric, de fet, que travessa culturalment pràctiques i discursos i que en aquest article el descartem, perquè subsumeix la tasca de les dones a un pla d'acatament enfront del gènere masculí i al mandat d'amor incondicional en la cria dels fills, com si les dues condicions fossin inherents al deure moral femení i a la seva naturalesa biològica, respectivament. “Com que la procreació és natural, ens imaginem que al fenomen biològic i fisiològic de l'embaràs hi ha de correspondre una actitud maternal determinada [...] com si es tractés d'una activitat performativa, automàtica i necessària que només espera l'oportunitat d'exercir-se” (Badinter, 1981, p. 12), una creença de la qual prendrem distància per la falta de suport teòric i per les possibles implicacions negatives en la subjectivitat de les mares.

Al llarg de l'article, més que entrar en discussions que fan referència a les raons de les mares que actuen, o no, protegint els seus fills, dels motius pels quals algunes se'ls creuen i donen mostres de suport i unes altres no (això desborda les pretensions d'aquest treball), posem el focus de l'anàlisi en les mares que s'impliquen activament en la interrupció dels abusos que pateixen els seus fills i la seva posterior reparació.

Per poder dimensionar d'una manera comprensible el fenomen traumàtic que pot significar en una mare supervivent l'abús sexual que ha patit un fill i el llarg procés reparador o judicial posterior –que confronta les dones amb el que la societat n'espera en tant que carreguen un rol estereotipat, així com amb la internalització del mal derivat de l'abús d'un fill–, ens sembla que és pertinent rescatar el concepte de carrera moral de Barudy (1998), una categoria analítica que fem aparèixer al títol d'aquesta revisió i que farem servir per posar de manifest el procés existencial que les mares, igual que les criatures, poden arribar a viure i els components

centrals de la qual són el caràcter traumàtic de l'experiència i els mecanismes d'adaptació a les situacions que estan obligades a desenvolupar, tot i no ser les víctimes directes dels abusos.

Arribats a aquest punt, sorgeixen llavors els següents interrogants que ens serviran de guia a l'hora de determinar les respostes temptatives: quines característiques presenten les mares que es creuen els seus fills i es disposen a posar-los a recer?, quines són les principals dificultats amb què es troben a partir del descobriment?, i de quina manera s'ha d'intervenir amb les mares en l'àmbit terapèutic?

Si bé és cert que no es tracta d'elaborar perfils o establir certeses tancades, el que pretenem és respondre succintament el que hem exposat mitjançant la revisió de la principal bibliografia d'aquest àmbit. Cal destacar que l'abordatge d'aquesta temàtica descansa i es fonamenta en la necessitat de posar en relleu el paper de les mares com a puntals en el procés reparador, sobretot en una societat que tendeix a culpabilitzar-les o fer-les responsables encara que es descarti el coneixement dels fets o la complicitat amb els abusadors.

## 2. Metodologia

La revisió bibliogràfica que hem dut a terme per escriure aquest article assumeix com a objectiu principal les descripcions teòriques elaborades sobre el lloc que ocupen les mares quan els seus fills són víctimes d'abús sexual. Per a això vam fer recerca de literatura especialitzada en el tema en revistes de difusió científica i en llibres en espanyol especialitzats aquest àmbit. Amb la base de dades seleccionada (5 articles i 15 llibres), vam basar l'estratègia de recerca en l'elecció de conceptes clau (5) que ens permetessin donar resposta al tema. Aquests conceptes van ser els següents:

1. Abús sexual i enfocament de gènere.
2. Mares enfront de l'abús dels seus fills.
3. Victimització secundària en mares.
4. Intervenció amb mares supervivents de l'abús dels seus fills.
5. Característiques de les mares co-víctimes.

Aquesta tasca ens va tenir ocupats uns dos mesos i vam fonamentar el criteri de selecció en els títols de les fonts indagades, el reconeixement acadèmic dels autors i l'impacte en la temàtica estudiada.

## 3. Resultats

Després de fer l'anàlisi de les aportacions dels autors consultats, vam agrupar els principals aspectes a destacar en relació amb les preguntes plantejades en aquest treball sota els epígrafs següents.

### 3.1. Creure en la veracitat del relat

Creure és un acte de convenciment personal i, per tant, per a les mares no ofensores esdevé una declaració de la posició que volen ocupar enfront d'un fet que remou la vida quotidiana d'una família en els plans objectius i subjectius, i que s'emmarca en "una franja de decisions raonables possibles" en la criança, i el descobriment de l'abús sexual infantil no és una excepció (Freeman, 1983).

En aquest sentit, resulta com a mínim arriscat emetre judicis succints de la conducta materna sense conèixer-ne abans les característiques, la fenomenologia de l'abús i les reaccions davant la vulneració que ha patit la criatura. Baita i Moreno (2015, p. 98) adverteixen que no hi ha un únic tipus de resposta materna enfront de l'abús, especialment enfront de l'abús que té lloc dins de la pròpia família, i que d'una actitud exclusiva de culpabilització se'n podria derivar un risc d'esbiaixament de la intervenció posterior. Aquesta temptació habitual en qui avalua, intervé o s'encarrega de jutjar la situació, correspon a una primera hipòtesi d'aproximació reduccionista i poc rigorosa de la dinàmica abusiva, i pot semblar que encobreix prejudicis ideològics –en termes de l'herència patriarcal que es carrega socialment– per sobre d'una visió complexa i multifactorial.

Alguns dels treballs que hem revisat (Intebi, 2013; Malacrea, 2000; Barudy, 1998) suggereixen una magnitud variable de suport matern després del descobriment de l'abús. Malacrea, per exemple, cita estudis d'Everson i altres (1989) que sostenen que només el 40% de les mares fa costat a les víctimes, mentre que Intebi constata que més de la meitat de les dones dona suport als seus fills. Si s'observen les xifres exposades, una primera reacció social superficial convidaria a qüestionar el baix percentatge de mares que es creuen els seus fills, una reacció que habitualment va acompanyada de retrets cap a les dones per la seva "responsabilitat" en l'abús sexual; en canvi, hauríem d'"aturar-nos a pensar que els fets van ser comesos per un adult [...] que va tenir l'oportunitat de decidir els seus actes" (Intebi, 2013 p. 270). En efecte, aquesta inversió insidiosa de responsabilitats (que s'observa principalment en els defensors penals dels imputats) només serveix per intentar que les mares quedin en una posició incòmoda davant la societat i la judicatura, mirant de reduir les seves accions responsives mitjançant la retractació o la idea de no prosperar en matèria investigadora i, principalment, desviar el focus d'atenció que concerneix de manera exclusiva els autors d'actes abusius.

Ara bé, la realitat és molt més complexa que el que acabem de dir i qualsevol anàlisi seriosa de les reaccions maternes s'ha de llegir, necessàriament, en clau de la ideologia patriarcal dominant de socialització (Barudy, 1998; Hooper, 1994; Intebi, 2013). Sovint s'ha constatat un sentiment de rebuig i d'incredulitat de l'entorn familiar cap als qui es creuen les revelacions dels seus fills, sobretot quan el perpetrador manté un ajustament social adequat. Barudy parlarà –en els casos d'abusos sexuals intrafamiliar– de la sospita inicial cap a la víctima i l'acusació que es fa de la mare suposant-la còmplice del marit o retraient-li la seva passivitat. Per a les

mares, aquesta situació no és innòcua, atès que el mandat social dicta sentiments de culpa i de desprotecció, que es poden suportar "quan se'ls explica el procés de «seducció» que duu a terme l'abusador [i] comencen a veure que l'abusador va atraure els seus fills i els va preparar per a l'abús [...]” (Bannister, 2012, p. 157). En l'exercici d'intervenció/reparador, s'ha pogut constatar que en aquelles mares la línia demarcatorià de les quals és difusa o inexistent pel que fa al convenciment acèrrim de l'exercici matern com una obligació instintiva provinent de la naturalesa inherent al gènere, la culpa s'exacerba en relació amb aquelles que presenten un raciocini crític o qüestionen almenys aquella il·lusió de l'“haver de ser” maternal.

### 3.2. Condicionants de les mares que es creuen i donen suport als seus fills

És innegable la transcendència de la resposta materna quan es fa de manera encertada i oportuna davant de la revelació d'un fill que ha patit abusos o en descobrir alguna mena de vulneració sexual infantil. De fet, el paper de la mare com a agent actiu és fonamental tant en el curs d'acció terapèutica que es desenvolupa amb els diferents actors com en el pronòstic de recuperació de la criatura i el seu grup de referència pròxim.

La pràctica clínica va permetre a Barudy (1998) conceptualitzar aquestes dones responsives com a *mares tipus A*; dit d'una altra manera, adultes que en el moment de la denúncia no podien ni tan sols imaginar la possibilitat que el seu cònjuge pogués fer alguna cosa semblant amb els seus fills<sup>3</sup> (Barudy, 1998, p. 230), menys encara d'una manera tan subtil i encoberta, prou per violentar d'una manera neta i invisible.

Per a aquestes mares, diu l'autor, topa amb la prova categòrica de l'incest suposa, generalment, un veritable cataclisme, el trencament de la confiança en el perpetrador i l'assumpció de la culpa del que ha passat. Al costat d'aquestes emocions doloroses, el suport al supervivent pot ser en alguns moments ambigu, encara que no menys important. Aquestes figures es destaquen com a peces clau de la intervenció social, que asseguren “la protecció de la víctima perquè pugui continuar vivint a casa seva i per exigir i controlar l'allunyament efectiu de l'abusador del domicili conjugal” (Barudy, 1998, p. 231).

Forward (1990, p. 191), per part seva, planteja que, “en les famílies incestuoses, hi ha tres tipus de mares: les que autènticament no ho saben, les que potser ho saben, i les que efectivament ho saben”. En la nostra anàlisi, les mares que estudiem formen part, majoritàriament, de la primera tipologia; l'autora es mostra contrària a les veus que sostenen la incompatibilitat de viure en una família incestuosa i ignorar els abusos.

En aquesta línia de pensament, no es poden perdre de vista els costos personals que subjauen en la conducta materna protectora, ja que ningú resulta immune als danys directes i col·laterals de l'abús. En les mares que actuen creient-se els seus fills s'han pogut observar ressonàn-

3 Cal advertir que en l'anàlisi que ha dut a terme l'autor pren com a referència abusos sexuals de tipus incestuosos.



cies en tres àmbits: la victimització secundària, les vivències respecte al nen o nena i les vivències respecte al rol matern (Sinclair i Martínez, 2006). En aquest sentit, les constatacions exposades s'encavalquen amb el que Malacrea (2000, p. 26) estableix com "una angoixa mortal i l'esquinçament de trobar-se entre els braços un nen deformat per l'experiència traumàtica". Des de la perspectiva del clínic que ajuda als supervivents i les seves mares, el fet de considerar aquestes reaccions emocionals podria permetre accions que disminuïssin la pressió que senten les mares per mostrar-se sempre impàvides i segures i sense por d'equivocar-se davant dels professionals.

S'ha parlat de culpa i responsabilitat com a eixos característics en l'experiència de les mares no ofensores. Sense oblidar-nos d'això, Hooper (1994), en els seus estudis, configura la pèrdua com un factor addicional que s'entronca en la vivència materna i que cal tenir en compte amb l'objectiu de fer complex el fenomen d'estudi. L'autora distingeix el sentiment de pèrdua en les mares supervivents descrivint quatre posicionaments diferents:

- Les pèrdues en què hi ha implicació afectiva amb l'abusador solen ser més extenses quan els abusadors són la seva parella.
- La pèrdua de vincles s'experimenta com una pèrdua del jo.
- L'expectativa d'haver d'impedir el mal a un fill implica, habitualment, que les dones se sentin compromeses amb l'aparició de l'abús.
- La posició que ocupen difereix de la d'altres víctimes secundàries a causa de les altes expectatives socials del suport que han de prestar cap als fills victimitzats i l'elecció entre la criatura i l'abusador.

A tot això que hem dit, cal afegir que les pèrdues provoquen una modificació substantiva del mapa relacional en aquells que experimenten els abusos i en les seves unitats familiars, trencant la confiança dipositada en l'abusador i fent entrar en conflicte, al seu torn, les relacions amb els familiars d'aquest, alhora que també es trenca la idea d'un món just. Provoquen, a més, una inseguretat del control vital i fan que el passat es percebi com a qüestionable i el futur sigui percebut com a impredecible.

Sense la intenció de ser exhaustius i sabent que es tracta d'una revisió acotada, a continuació presentem algunes particularitats sobre les actituds maternes que permeten predir els seus comportaments (Intebi, 2012; Hooper, 1994):

- Hi ha menys probabilitat que la dona doni suport al seu fill si la persona de la qual se sospita que agredeix sexualment és la seva parella actual o si és el pare de la criatura.
- És més probable que respongui amb una actitud protectora si hi ha un vincle de tendresa preexistent de la dona amb el seu fill.
- Hi ha més probabilitat que les dones que hagin tingut vincles hostils amb els seus fills o s'hagin sentit atabalades per les responsabilitats inherents a la criança, reaccionin amb ira i no els donin suport davant d'una revelació així.

– Les dones donen més suport als seus fills quan treballen que quan no ho fan, i és més probable que les mares allunyin els nens de la casa quan no tenen una feina retribuïda que quan si que la tenen.

D'acord amb tot el que hem exposat fins ara, cal subratllar la necessitat de conèixer per intervenir, d'integrar l'experiència de l'adult no ofensor en concomitància amb la seva història i de reflexionar que en la declaració de credibilitat es conjuguen factors culturals, de gènere, econòmics i vinculants que configuren el seu lloc de suport, que exigeix un règim de mirada no opressiva que interpel·li els qüestionaments apriorístics esmentats.

### 3.3. Conseqüències per a les mares

Com ja hem anat esbossant, per a la mare que es creu el seu fill o filla resulta impossible assumir aquesta postura sense que en quedin empremtes o cops emocionals i relacionals. És més, "es constata [...] un trauma agut que no té una entitat inferior al que han patit les víctimes" (Malacrea, 2000, p. 60).

El trànsit entre desconèixer els fets i fer-se càrrec de la revelació és eminentment conflictiu, i durant aquest procés recauen sobre les dones vivències similars a les que es constaten en les víctimes. L'adult haurà de confrontar-se a una realitat que convida a la culpa com a experiència particularment greu que, possiblement, l'acompanyarà un temps prolongat. "[...] Paradoxalment, com més gran sigui la culpa que sent una mare, més temps li caldrà per prendre consciència o reaccionar de manera òptima davant de l'abús del seu fill o filla" (Muller i López, 2013, p. 53). Com a clínics haurem d'estar atents als sentiments que suscita en la seva vida la persona que va perpetrar els abusos, a l'autoqüestionament respecte al vincle de confiança construït en la relació paternofilial i a la sensació de desprotecció davant de l'evidència que va poder passar davant els seus ulls.

Un altre dels avatars amb què hauran de batallar les mares responsables té relació amb la violència de gènere, que engloba una sèrie de reaccions i incideix de manera profunda en l'actitud d'acolliment d'aquestes dones cap als seus fills i amb el context sociofamiliar més ampli. És sabut que en els conflictes amb les figures masculines les dones tenen, generalment, més a perdre-hi. L'habitual dependència cap als homes es tradueix en retraïment, ambivalència i una tendència a evitar confrontar-s'hi, donada la disparitat de forces físiques i simbòliques. En els estudis de Hooper (1994, p. 156-157) les mares:

[...] es van descriure a si mateixes com a desconfiades i les respostes que donaven denotaven sovint incertesa pel que feia a la validesa del seu judici de la situació [d'abús], i respecte a l'acció apropiada per dur a terme, una incertesa que havia estat manipulada i explotada amb freqüència pels abusadors. [...] La por al conflicte deixa les dones no preparades per a una situació en què hi haurà algú que rebrà un mal i en la qual el seu rol és

protegir la víctima. La por de provocar mal no significa, per descomptat, que evitin provocar-lo. Al contrari, la renúncia a afrontar el conflicte pot inhibir-les seriosament de satisfer les necessitats dels fills quan aquests són víctimes d'abusos sexuals per part d'un altre integrant de la família.

D'aquesta manera, assistim a una realitat en què l'adult no ofensor que es creu els seus fills i pot protegir-los no només carrega amb el trauma del que ha succeït, sinó que afronta vicissituds com una manca de suport habitual en la presa de decisions i el desgast a l'hora de tirar endavant un procés judicial moltes vegades amb qui fins fa poc era la parella afectiva o un integrant significatiu del nucli pròxim a la víctima. A tot això, s'hi afegeix un nou problema; el desig que en algun moment sorgeixin antecedents que invalidin les sospites, o, en cas contrari, que les proves siguin tan consistents que deixin les mares sumides en la desesperança. Sigui quin sigui el cas i com resulta evident, les mares que prenen partit pels seus fills començaran, inevitablement, una llarga carrera moral que poques vegades arriba al final, i, encara més difícil, amb els resultats esperats judicialment.

### **3.4. El gènere com a categoria és una variable que cal considerar**

En paral·lel al que hem establert, una lectura de les inequitats de gènere que hem assenyalat cap a les mares es pot observar en les manifestacions d'atribució social de responsabilitat i culpa. En la pràctica clínica sovint se senten les persones valent-se d'arguments diversos que adquireixen condició de mites i que cal mirar que perdin carta de naturalesa. Entre els més habituals, hi ha la "necessitat" sexual masculina com a pulsio que ha de ser satisfeta de la manera que sigui, un mite que deriva o pren forma en una altra de les creences comunes: que els homes no són capaços de controlar la seva sexualitat i les dones tenen el "deure" de contenir-la. Contrari a la creença popular, Intebi (2013) ha corroborat que la privació sexual en els homes no constitueix una precondició prevalent en l'ocurrència d'abusos sexuals, com sí que ho són la sensació de necessitat de control i de poder respecte a les criatures i la lleialtat de l'amor filial que aquests poden oferir.

El plantejament d'aquestes qüestions no és fortuït, ja que les mares, al llarg de la carrera moral que transiten, habitualment han de batallar amb escames despietades de persones de la seva xarxa vincular i institucions que conformen l'aparell jurídic, en una situació que es configura com una veritable escalada de violència de gènere que s'articula en la inequitat de la distribució de poder i en l'assignació social de rols. Per tant, el rol de víctimes secundàries en les mares queda relegat i entre parèntesis –independentment que no hi hagi cap prova de participació materna– només pel fet de ser dones i no haver cuidat "instintivament" com dicta l'exigència cultural.

L'atac és directament proporcional a la quantitat d'energia que posen per defensar les seves cries, com més intel·ligents i aguerrides són, si els planten cara per evitar la victimització i prenen mesures que els exposen a l'agressor, etc., més gran és l'atac, que pot arribar fins i tot a una reversió de la custòdia a favor de l'agressor (Muller i López, 2013, p. 42).

Així doncs, amb tots aquests hàndicaps, cal preguntar-se si a l'hora de pensar l'abordatge terapèutic es considera l'enfocament de gènere com a imperatiu en el recorregut pedregós que transiten les mares en l'abús sexual dels seus fills i en quina mesura l'àmbit familiar, social i professional reproduceix lògiques que accentuen processos dolorosos quan el camí triat va ser creure-se'ls i donar-los suport.

### **3.5. La intervenció amb mares de supervivents a l'abús sexual infantil**

Com ja hem dit, per als professionals que intervenen amb mares no ofensores que es creuen els seus fills i els donen suport activament, no ha de quedar espai per al dubte quant a la seva condició de co-víctimes de l'abús sexual. Partir d'aquesta premissa fonamental contribuirà a dissipar temors i a dirigir la complexa tasca reparadora cap a elles i les criatures.

En primer lloc, serà necessari fer una apreciació diagnòstica que, alhora que contingui emocionalment la mare, permeti destriar l'impacte subjectiu, mirant de comprendre en quina mesura els mecanismes psíquics defensius interfereixen en el seu desenvolupament paternofilial i en les seves interrelacions socials. De la mateixa manera, es buscaran activament suports situacionals que puguin servir a les mares (López i Muller, 2013).

En la mesura que es donin les condicions per a la intervenció terapèutica, el procés haurà de ser progressiu i respectuós amb la capacitat que tinguin les mares per suportar la ressignificació de l'experiència. En etapes inicials convindrà socioeducar i psicoeducar en àmbits com el reconeixement d'emocions associats a la situació, permetre parlar del que ha succeït, conèixer breument què són els abusos i la seva fenomenologia com a pedagogia preventiva, establir límits d'autocura familiar i contribuir a la comprensió i la ressituació de les noves configuracions de funcionament. De la mateixa manera que estableixen autors com Walsh (2004) i Delage (2010), es considera preemptori que des de l'inici del procés fins al final es treballi la resiliència com a fase intermèdia entre el dolor pel que ha succeït i la reescriptura de l'esdeveniment vital advers.

Fiorini (1992) proposa considerar l'abordatge en l'àmbit terapèutic d'aquesta població a través de les intervencions verbals; a saber: interrogar per a adquirir la perspectiva particular de la seva situació; proporcionar informació que insti judicis crítics; confirmar o rectificar idees preconcebudes però en un clima d'empatia; aclarir relats retallant-ne els elements significatius perquè adquireixin preponderància d'anàlisi; recapitular el més essencial de cada sessió per a la persona; assenyalar les relacions existents entre les variables que es van conjugar en l'experiència abusiva; interpretar i fer hipòtesis per generar connexions que reconstrueixin

racionalment respostes davant del que ha succeït, i suggerir prescripcions conductuals alternatives a les que ja s'han fet servir anteriorment, afavorint la creativitat i la implicació de les mares en el procés de canvi.

En fer referència a la mena de mares amb les quals un pot trobar-se en la tasca terapèutica, Muller i López (2013) al·ludeixen inicialment a aquelles mares “amb coneixement de l'abús” i “aquelles que sospiten”, que es caracteritzen per la por que els fa la reacció de l'abusador i una possible resposta d'incredulitat de l'entorn familiar i social. La intervenció amb els dos grups de mares se centra a rectificar la informació que manegen, comprenent i desplegant estratègies per afrontar el procés judicial. Durant aquest primer moment, les mares sovint experimenten reaccions emocionals, principalment pel coneixement que van adquirint sobre l'experiència d'abús sexual que han patit els seus fills, o de retractació de la informació proporcionada durant el procés d'intervenció. Això es podria explicar per l'aparició de mecanismes defensius desplecats com a forma de resposta al trauma. Per aquesta raó, resulta transcendental que el professional permeti contenir la vivència de les mares i empatitzar-hi, propiciant que es redueixi la victimització i afavorint la “reconstrucció del futur”, fent créixer la seva autoestima, revalorant les seves qualitats i la seva capacitat de resiliència com a oportunitat de reorganització de l'experiència.

Posteriorment, els autors que hem esmentat abans constaten un altre tipus de mares amb les quals la tasca de canvi resulta més complexa; aquelles que “no saben ni sospiten”, que són derivades a la intervenció sovint pels canvis conductuals observats per tercers en les criatures. El treball amb aquest grup se centra a elaborar el procés diagnòstic posant una atenció especial en l'anamnesi co-construïda amb l'adulta, recollint informació detallada de la criatura i la seva història familiar (López i Muller, 2013). Durant aquesta etapa és habitual que apareguin mecanismes defensius com la negació, cosa que requereix que es prepari la mare per al moment de donar-li els resultats diagnòstics, ja que la informació que rebin segurament els desorganitzarà la vida. Quan es confirma l'abús o n'hi ha indicadors clars, és aconsellable que sigui la mateixa mare qui faci una denúncia penal. Si la denúncia de l'abusador no prospera –per por, dependència o incredulitat–, és el professional –subjecte a les lleis que els regeixin i al seu propi codi deontològic– qui està obligat a efectuar la denúncia.

Finalment i seguint amb el plantejament teòric proposat pels autors, l'última classificació fa al·lusió a les “mares que saben però que no els importa saber”, portadores, habitualment, de problemes psiquiàtrics severos i d'estructures de personalitat psicopàtica. Per dir-ho breument, el que és característic en aquesta mena de casos és la manca d'empatia i una taxa elevada d'irreversibilitat de les seves conductes (López i Muller, 2013).

Una altra modalitat d'intervenció poc explorada que creiem que cal revisar s'enfoca a les teràpies grupals que es duen a terme amb mares de fills víctimes d'abús sexual. Álvarez, Socorro i Capella (2012) van poder avaluar per mitjà d'una intervenció psicoeducativa grupal per a mares no agressores els canvis psicoterapèutics dels seus fills. En aquest estudi,

comparen dos grups de mares els fills de les quals participen en una intervenció individual en centres especialitzats de reparació: un grup està format per mares que participen de processos grupals i l'altre per mares que no hi participen. Els resultats són encoratjadors, ja que mostren que la participació de les mares en aquesta mena d'intervencions potenciaria, a més, el canvi psicoterapèutic dels fills. Krause et al. (2006; citat a Álvarez et al., 2012, p. 16) exposen que això provocaria el desenvolupament de teories subjectives sobre la vivència relacionada amb l'abús, modificant les estratègies d'interpretació de si mateixos i d'uns altres. De la mateixa manera, la participació de les mares influeix en la percepció respecte als seus fills, visibilitzant recursos i promovent-ne una visió més integrada.

Una de les particularitats de la teràpia de grup amb mares de fills que han patit abús sexual és el sentiment d'aïllament que experimenten i l'escassa xarxa de suport amb què es troben les participants. No obstant això, mentre la persona es va incorporant al procés grupal, l'aïllament disminueix, a mesura que rep encoratjament i suport (Forward, 1990). Soza i Gómez (2012) posen en relleu l'empatia de les participants, que experimenten sentiments relacionats de ràbia i impotència, com a factor característic de les dinàmiques grupals. En veure reflectides les seves pròpies emocions en les altres integrants, duen a terme accions que permeten elaborar la situació traumàtica. És així com l'experiència patida d'abús sexual s'universalitza i disminueix la sensació d'estigmatització.

A mesura que s'avança en el procés terapèutic grupal, les mares recuperen la confiança de poder avançar, reparar i recuperar les seves vides (Grosz, Kempe i Kelly, 2000). Associat a això, els autors exposen que quan les criatures víctimes comencen a donar mostres de millora en la seva simptomatologia i disminueixen les seves dificultats conductuals, les mares recuperen la confiança i milloren simultàniament. Alguns indicadors significatius de millora en els adults no ofensors s'han associat amb la disminució de sentiments d'ansietat, ràbia, tristesa i culpa associada a l'abús sexual. S'ha evidenciat, així mateix, la recuperació de la confiança en les seves habilitats parentals i en el benestar dels fills. Així mateix, desenvolupen una perspectiva realista de com ser útils i protectores, cosa que facilita un grau apropiat i saludable d'independència per als fills. Al seu torn, recuperen la confiança perduda en l'entorn i disminueixen els sentiments d'autoculpabilització (Grosz et al., 2000).

### 3.6. El perdó en el marc terapèutic

Un dels aspectes que genera més debat teòric i clínic té relació amb el lloc que ocupa el perdó en els casos d'abús sexual, si és o no és pertinent a l'hora de superar el mal de les víctimes –directes i indirectes– i la necessitat dels afectats d'atorgar-lo o no. Si bé és cert que no hi ha una regla general, s'ha pogut constatar que un nombre important de mares supervivents a l'abús dels seus fills parlen de la possibilitat de perdonar els ofensors en etapes avançades de la intervenció, sobretot quan hi ha un fort vincle emocional preexistent o una clara adhesió religiosa que

entén el perdó com a acte de sanació. Però aquest ha de ser l'objectiu que orienti el treball terapèutic? La resposta hauria de ser clarament negativa. Aquesta premissa es fonamenta, entre altres elements, a evitar una nova exposició dels subjectes a una dinàmica de sotmetiment per part de qui és vist com a posseïdor de més poder en la relació d'ajuda, perquè això podria restringir les possibilitats d'elaboració del trauma i les seves diverses manifestacions, entre les quals l'alliberament d'emocions reprimides de greuge, ressentiment i dolor. En paraules de Forward (1990), l'absolució és, en realitat, una forma més de negació que impedeix que moltes persones puguin tirar endavant la seva vida. D'altra banda, exigir el perdó pot portar a creure erròniament que la teràpia arriba al final, cosa que podria precipitar reculades fruit de promeses buides que no sempre seran complertes, i accentuar decepcions que dilueixen la fantasia del canvi.

Barudy (1998), des del seu posicionament eticopolític, encunya el terme *exoneració* en lloc de *perdó*, i explica que dispensar al culpable per les seves accions no implica que sigui perdonat, i que es tracta d'un dret de les víctimes quan l'abusador és capaç de reconèixer els seus errors acceptant la responsabilitat pel mal ocasionat. Sosté, al mateix temps, que el sentiment d'"exoneració" suposaria una manera modulada de superar l'odi i els sentiments de venjança cap a l'abusador. Exonerar, per tant, comporta prendre distància respecte a l'agressor i la seva agressió, amb la qual cosa aquestes dimensions perden sentit respecte al projecte vital de les víctimes. Aquest camí podria obrir pas a la dissipació del material tòxic que implica sobreviure amb una memòria saturada de conflictes personals i interrelacionals.

## 4. Conclusions

El tabú de l'incest i la invisibilització cultural consegüent és una de les causes que ha retardat l'estudi de l'abús sexual infantil com a objecte d'interès científic, un fenomen que ha anat revertint-se favorablement en les últimes dècades, la qual cosa ha suscitat esforços importants i ha obert noves línies de treball que comprenguin el dinamisme i la complexitat de la situació.

El rol matern –injustament i inevitable– continua sent objecte de judici crític, tant si la mare fa costat als fills com si no, si lluita per la justícia restaurativa o simplement se subsumeix en l'abatiment que és propi d'un sistema que atorga mínimes garanties per perseverar. Idees enquistades com "instint matern" o "inequitat de gènere" continuen sent variables que soscaven processos judicials i terapèutics necessaris, que que afecten l'abordatge clínic amb les criatures i amb les seves mares com a co-víctimes, difuminades pels sentiments de culpa, responsabilitat, trauma, ira i pèrdua, que les travessen reconfigurant-les i que si no són percebuts professionalment, desdibuixaran el potencial resilient posterior.

S'ha analitzat de quina manera l'acte de creure no és innat, sinó que sorgeix a partir una declaració de posició difícil d'assumir per part

de les mares no ofensores, que es troba lluny de ser la primera (i l'única) reacció i que invariablement definirà en gran manera el curs de l'esdevenir biogràfic. En aquest marc, la interpel·lació remet a evitar exploracions succintes que afectin la intervenció, proposant la realització d'un exercici constant en el pla de la vigilància epistemològica i les pròpies ressonàncies personals, amb la finalitat d'esquivar el que s'ha anomenat "inversió insidiosa de responsabilitats"; és a dir, una desviació conscient i maliciosa en l'atribució apriorística de culpa (social i jurídica) per meres sospites cap a la mare no ofensora, per sobre del rigor investigador cap a qui és assenyalat com el presumpte abusador.

D'altra banda, resulta útil constatar que la probabilitat d'experimentar culpa per part de les mares co-víctimes està mediatitzada pel mandat social de la maternitat com una obligació instintiva, fet que a més és un predictor clínic del temps que caldrà per reaccionar òptimament a l'abús d'un fill i que ha de ser considerat en el procés diagnòstic i en l'execució terapèutica.

Creiem, a tall de conclusió, que els eixos transversals sobre els quals versa el treball amb les mares han d'incloure, almenys, els següents elements: apreciació diagnòstica empàtica, construcció de xarxes que serveixin de suport social i respecte pel *timing* particular de cada subjecte; socioeducació i psicoeducació, en un procés en què és rellevant començar el treball de resiliència ressignificativa i de reelaboració de l'experiència com a adulta supervivent individualment i en grup, amb la implicació activa de la mare en el procés de canvi.

Concloem que el perdó no és, en absolut, prioritari com a objectiu últim en la teràpia. Si s'hi considera, és probable que s'atempti contra l'autodeterminació de les consultants per la mera rigidesa professional, i el que podria ser pensat com una acció benintencionada podria acabar revictimitzant les mares co-víctimes.

En aquest estudi hem intentat descobrir el lloc de les mares com a figures preponderants en el procés immediat a la revelació o el descobriment de l'abús sexual infantil. En aquest context, emergeix una primera conclusió: hi ha una relació amb la transcendència del posicionament professional de qui intervé, perquè el fet que el terapeuta consideri els adults no ofensors com a part de la solució i no del problema marca una diferència en la trajectòria del cas. En aquest sentit, la supervisió de la praxi podria aclarir-nos alguns interrogants, com per exemple: considerem en la nostra tasca una ètica de la cura cap a les mares tal com esperem que elles actuïn amb els seus fills?, valorem i reforcem prou el paper de les adultes que decideixen creure's els seus fills?, i tenim en compte la particularitat de l'experiència traumàtica en la planificació de les intervencions?

Finalment, cal reconèixer l'enorme tasca que implica –en una societat com la nostra– enfrontar-se i sobreviure no sols a l'abús sexual d'un fill, sinó a les diferents pressions i mandats socials, judicials o professionals que, en un gran més o menys gran, interfereixen en un desplaçament millor de la cura a la infància o intenten minvar la mare que es converteix



en un subjecte de suport. En resum, parlem d'una veritable carrera moral que es corre al costat del nen que ha patit abusos.

---

## Referències bibliogràfiques

- Álvarez, P., Socorro, A., i 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), Recuperat de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26424861002>.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós-Pomare.
- Baita, S., i Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Montevideo, Uruguai: Fons de les Nacions Unides per a la Infància, UNICEF Uruguai; Fiscalia General de la Nació; Centre d'Estudioss Judicials d'Uruguai.
- 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
- Fiorini, H. (1992). *Teorías y técnicas de Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Nueva Edición.
- Forward, S. (1990). *Padres que odian. La incomprensión familiar: un problema con solución*. Barcelona: Grijalbo.
- Grosz, C. A., Kempe, R. S., i Kelly, M. (2000). Extrafamilial 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*. Santander: Institut Càntabre de Serveis Socials.
- Intebi, I. (2013). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Buenos aires: Granica.
- Krause, M., Parra, G. de la, Arístegui, R., Dagnino, P., Tomcic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., i 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., i 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, Xile: Ediciones Universidad Católica de Temuco.
- Sinclair, C., i 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., i 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. Recuperat 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.

# **Compartint la pràctica professional**

El rol del treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona

**Xavier Solench Arco i Xavier Casademont Falguera**

Estructures de treball en xarxa amb infància i adolescència a Catalunya. Aportacions d'un estudi pilot

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

Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències

**Tre Borràs Cabacés, Àlex Pérez Folch i Antoni Llord Suárez**



# El rol del treball social a 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 Arco**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-1038-0970

**Xavier Casademont Falguera**<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0002-3821-4245

---

Recepció: 15/07/19. Revisió: 30/10/19. Acceptació: 04/11/19

---

**Per citar:** Solench Arco, X., i Casademont Falguera, X. (2019). El rol del treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona. *Revista de Treball Social*, 217, 69-88. DOI: 10.32061/RTS2019.217.04

---

## Resum

A partir del 1978, les primeres treballadores socials s'incorporen a l'àmbit de la salut mental a l'Hospital Psiquiàtric de Salt. Quaranta anys més tard, aquestes professionals han esdevingut una peça clau en el model d'atenció a la salut mental a Girona. Aquest article té com a objectius: 1) analitzar com s'introdueix el treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona (XSMiA) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS); 2) examinar l'evolució que ha experimentat aquesta figura professional; i 3) identificar els reptes de futur que albiren les professionals. La recerca s'estructura en cinc dimensions d'anàlisi: el tipus d'intervencions i les tasques desenvolupades; la representació, el rol i el valor dins dels equips; les dificultats pròpies de la seva incorporació; i finalment els reptes de futur identificats per les professionals. Des d'un punt de vista metodològic, la informació s'ha obtingut mitjançant l'exploració teòrica, la recerca documental i els discursos dels professionals, adquirits mitjançant l'entrevista semiestructurada. Entre d'altres, la recerca constata que la figura del treball social a la XSMiA està consolidada i gaudeix d'un cert reconeixement, tot i que la indefinició de la professió en l'àmbit sanitari és un element que dificulta la delimitació de les seves funcions i el tipus d'intervencions.

---

1 Graduat en Treball Social a la Universitat de Girona. Grup de Recerca en Ciències Socials Aplicades (CISA). Universitat de Girona. [xevisolench@gmail.com](mailto:xevisolench@gmail.com)

2 Doctor i professor del Departament de Pedagogia de la Universitat de Girona. Grup de Recerca en Ciències Socials Aplicades de la Universitat de Girona. [xavier.casademont@udg.edu](mailto:xavier.casademont@udg.edu)

---

**Paraules clau:** Treball social, salut mental, Treball 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. Introducció

A la província de Girona, l'atenció a la salut mental és gestionada per un únic distribuïdor: la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). A partir de l'any 1974 s'inicià la transició d'un model manicomial cap a un model comunitari, en el qual participaren diferents disciplines, entre elles el treball social. La presència del treball social no va respondre a una invitació desinteressada de la psiquiatria, sinó a la necessitat d'integrar la disciplina per "allò que sap fer" (Méndez, Wraage i Costa, 2012).

Amb el pas dels anys, la Xarxa ha acumulat i gaudeix de prestigi i reconeixement, tant a escala internacional com estatal, com ho demostra l'estudi RENIMENT (Research on Financing systems' Effect on the quality of Mental health care). Aquesta dilatada trajectòria explica que sovint es descriu aquest cas com el "model gironí". Com es veurà al llarg de l'article, la XSMiA aposta per l'atenció comunitària i els recursos de proximitat, tot minimitzant les estades hospitalàries i sense preveure l'ingrés permanent. Així mateix, es pretén garantir l'accés a la psicoteràpia i a la rehabilitació psicosocial, i promoure l'accés a un habitatge digne, a la feina i a l'oci, entre d'altres.

Quines han estat, però, les bases d'aquest model? Quines circumstàncies han afavorit el desenvolupament d'una aproximació d'aquestes característiques? Aquest article analitza les principals etapes en la construcció del model gironí d'atenció a la malaltia mental i a les addiccions. Partint del final del franquisme i de l'adveniment de la democràcia fins a l'actualitat, la recerca identifica tres grans etapes en l'atenció a la salut mental i les addiccions. Paral·lelament, aquesta anàlisi històrica es desenvolupa a partir del rol del treball social, d'ençà de la incorporació de les primeres professionals. Es tracta, doncs, d'una anàlisi evolutiva de la disciplina del treball social dins la XSMiA, des de la seva introducció, en un context d'obertura comunitària, fins a l'actualitat, tot identificant els esdeveniments més significatius durant el seu desplegament.

## 2. Marc teòric

En el transcurs del segle XX, la recerca en l'àmbit de la salut mental ha experimentat un avenç considerable des de diferents perspectives. El treball social ha estat una de les disciplines i professions que han fet aportacions en aquesta matèria, especialment des del vessant de la intervenció, la formació, l'epistemologia, entre d'altres (Richmond, 1993, 2005; Carballeda, 2012; Garcés, 2007, 2010; Colom, 2008; Fernández, 1997; Ureña, 2006, 2010; Ituarte, 1982, 1994). Totes aquestes contribucions aposten perquè l'abordatge en salut mental requereix una mirada holística que ha de tenir en compte els factors socials a l'hora de donar resposta a la problemàtica.

Pel que fa a l'estudi de l'evolució històrica de la salut mental a Girona, destaquen les aportacions realitzades per Gil i Boadas (1987) i Apa-

ricio (1980), els quals han contribuït a la reconstrucció de l'abordatge de la salut mental.

En relació amb el rol del treball social a la XSMiA, no hi ha massa publicacions que ho abordin, tot i que destaca el monogràfic coordinat per Gisbert i Cid (2012), en què professionals de la institució reflexionen sobre el model d'aquest territori en l'atenció a la salut mental; o el recent dossier publicat a la Revista de Girona, en què alguns dels protagonistes reflexionen en primera persona sobre el canvi de model assolit (Gil, Masferrer i Vilà, 2019).

A Girona, l'atenció a la salut mental s'inicia el 1212, amb el primer asil de la ciutat, i la posterior construcció del primer Hospital de Santa Caterina, entre els anys 1666 i 1679 (Castells, Puigdevall i Reixach, 1989). A partir de la Ley de Beneficencia, el 1855, la Diputació de Girona n'assumeix la direcció (Gil i Boadas, 1987), i l'any 1870 s'inicien els serveis de Salut Mental (Institut d'Assistència Sanitària, 1992). L'any 1886, aquest mateix organisme adquireix el Mas Cardell (Diputació de Girona, 1984), on s'ubicaria l'Hospital Psiquiàtric de Salt, el primer manicomi públic de Catalunya.

Durant gran part del segle XX, el manicomi compleix amb la funció social de les institucions psiquiàtriques del moment. Els interns eren atesos amb escassos mitjans econòmics i per un nombre reduït de personal sanitari amb baixa qualificació (Gil i Boadas, 1987). Fins als anys 70, es van fer intents de millorar i abandonar el tractament manicomial, però la situació econòmica i política van fer inviable qualsevol intent d'aplicar els corrents reformistes que arribaven d'Europa (Aparicio, 1980).

Als anys 70, en un context polític i social de certa efervescència prèvia al final de la dictadura, s'inicia un moviment contrari als manicomis, propiciat pel creixement de l'antipsiquiatria liderada per Cooper i Laing, i els corrents reformistes antiinstitucionals, majoritàriament italians, de la mà de Jervis, Pirella o Basaglia (Mauri i Rotelli, 1987). Simultàniament, la signatura del concert amb la Seguretat Social el 1970 promou un canvi de percepció vers l'hospitalització psiquiàtrica, tradicionalment vista com un acte benèfic, que ara passa a caracteritzar-se per una professionalització més gran.

En aquest context, el 1974 els metges residents al llavors hospital psiquiàtric de Salt emeten un informe de denúncia altament crític sobre les condicions de l'Hospital (Diputació de Girona, 1984), que tingué un notable ressò en la premsa. Tot plegat provocà que la Diputació assumís les demandes que es reclamaven i adoptés decisions per millorar la situació (Aparicio, 2019). Aquests esdeveniments van fer possible un replantejament del model manicomial i impulsaren la formulació d'alternatives que, entre altres coses, afavoririen la incorporació del treball social en l'àmbit de la salut mental.

La incorporació del treball social en l'àmbit de la salut mental sorgeix en un període de tecnificació i professionalització de la mateixa disciplina, a principis del segle XX (Fernández, 1997). Segons Garcés (2010, p. 334), el 1904, a l'Hospital John Hopkins de Baltimore, Adolph Meyer, amb l'objectiu de "donar una resposta socialitzadora a la cronicitat dels



trastorns mentals i la massificació dels manicomis”, incorpora per primera vegada en un hospital psiquiàtric la figura del treballador social. Des d’aleshores, diferents institucions van anar incorporant gradualment aquest perfil als equips multidisciplinaris, reconeixent així el valor de la informació social dels pacients per abordar la malaltia, i el paper del treballador social (Garcés, 2010).

A Catalunya, les primeres treballadores socials en l’àmbit de la salut mental apareixen als anys seixanta, a partir de la primera Escola de Treball Social (1932), de la mà de Raül Roviralta, i de la segona, l’any 1952, de la mà del Dr. Sarró (Miranda, 2017). La seva incorporació a la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet, al Preventori d’Urgències Psiquiàtriques de l’Ajuntament de Barcelona i a la Diputació de Barcelona esdevindrà el punt de partida del treball social en salut mental (Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2010).

Actualment, segons Díaz (2002, a Garcés, 2010), la intervenció del treball social en l’àmbit de la salut mental parteix d’un model interdisciplinari on els treballadors socials s’encarreguen de traslladar la mirada ambiental, relacional, cultural, econòmica, etc., i posteriorment incorporar-la a la biològica i psicològica, per finalment realitzar una valoració global del pacient i el tractament. Pel que fa a les funcions del treball social en aquest àmbit, Garcés (2010, p. 341-342) identifica tres funcions: “atenció directa; preventiva i de promoció i inserció social; i de coordinació”. Partint d’aquestes idees, el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016) defineix les activitats específiques d’intervenció social en salut mental, i les agrupa en sis “grups”: assistencial, coordinació i participació, docència i investigació, planificació i organització, avaluació, i gestió.

### 3. Metodologia

Per assolir els seus objectius, aquesta recerca adopta una metodologia qualitativa, atès que s’estudia l’evolució històrica de la XSMiA i el paper que els i les treballadores socials d’aquesta institució han desenvolupat d’ençà de l’adveniment de la democràcia. Per aquesta raó, les tècniques de recerca i fonts d’informació seleccionades han estat l’exploració teòrica de fonts bibliogràfiques; la recerca documental a l’Arxiu General de la Diputació de Girona; i les entrevistes en profunditat.

Amb l’objectiu d’aprofundir en la comprensió del període d’estudi, s’han analitzat les principals publicacions relacionades amb la salut mental situades en aquest territori. També es va fer revisió de la documentació interna (memòries, registres, expedients, informes de derivació, etc.) de la Diputació de Girona, existent a l’arxiu públic d’aquest organisme i a la biblioteca de l’IAS. Malgrat haver consultat aquestes fonts no es va trobar informació rellevant que ajudés a assolir els objectius d’aquesta recerca. Per aquest motiu, les entrevistes van assolir més importància com a font d’informació.

En total, s'han fet 17 entrevistes, dues a informants clau i la resta a professionals de la XSMiA. Per tal d'orientar la recerca, inicialment es van dur a terme dues entrevistes exploratòries. La primera, al Dr. Antoni Vilà, integrant del Consell d'Administració de l'IAS en l'època de reconversió de l'Hospital Psiquiàtric i investigador en matèria de serveis socials; i la segona a la Dra. Rosa Gil, historiadora i experta en la història de la XSMiA. Aquestes entrevistes van servir per orientar els principals focus de la recerca, així com identificar recursos útils per al seu desenvolupament.

Pel que fa a les entrevistes als professionals de la xarxa, es va redactar un guió prèviament validat per una treballadora social amb més de trenta anys d'experiència a la institució. La selecció dels informants es va fer mitjançant un mostreig no probabilístic intencional, i els participants foren anonimitzats (I + núm. d'entrevista) per garantir la confidencialitat. Les entrevistes als professionals de la Xarxa partiren d'un mostreig estructural, seleccionant quatre informants en funció de la seva posició jeràrquica, dos psiquiatres i una treballadora social; i d'un mostreig d'informants estratègics, tots ells treballadors socials de la institució.

Totes les entrevistes foren enregistrades amb el consentiment dels entrevistats, i posteriorment foren transcrites per facilitar-ne l'anàlisi i l'exploració. El buidatge i l'anàlisi de les entrevistes s'ha estructurat en base a quatre dimensions: la tipologia d'intervencions i tasques desenvolupades per les treballadores socials, d'acord amb Garcés (2010) i el Col·legi de Treball Social de Catalunya (2016); la representació, el rol i el valor del treball social als equips; les vicissituds de les treballadores socials per fer-se un lloc en l'àmbit de la salut mental i, finalment, els reptes de futur identificats.

## 4. Resultats: El rol de la treballadora social i les principals etapes històriques de la XSMiA de Girona

En aquest apartat s'exposa el gruix d'aquesta recerca qualitativa a manera de resultats. Mitjançant les entrevistes a professionals de la XSMiA, s'identifiquen tres grans etapes; i s'analiza el rol del treball social en aquesta evolució històrica.

### 4.1. 1974-1986: la incorporació de les primeres treballadores socials

Com ja s'ha anticipat, és a partir de 1974 quan l'Hospital Psiquiàtric de Salt modifica les pràctiques pròpies de les antigues institucions manicomials (Gil i Boadas, 1987), inspirat pels corrents reformistes provinents d'Europa i els Estats Units (Rotelli, Leonardis i Mauri, 1987). Fou un període de canvi en la filosofia hospitalària, estimulat per la incorporació de nous facultatius amb idees innovadores. En aquest període es va fomentar la participació dels interns en la vida diària del centre (Sambola, 2019) i es van introduir canvis estructurals (Gil i Boadas, 1987). Entre d'altres, es

promogué la sectorització territorial de recursos a la comunitat i la reducció dels ingressos hospitalaris, reservats només per a casos extrems. Per fer-ho, "calia una xarxa extrahospitalària adequada, és a dir, la creació de dispensaris a cada sector, centres de dia, un mínim de llits en hospitals municipals o comarcals, etc." (Diputació de Girona, 1984, p. 8).

A partir del 1978, a iniciativa dels professionals que dissentien del model vigent fins aleshores, progressivament s'obriren els primers dispositius ambulatoris, coneguts com a Centres d'Higiene Mental, pioners en la reforma mental. Eren centres "de caràcter comunitari, preventiu, que atorguen gran importància als elements psicoterapèutics i que intenten realitzar la seva tasca en la pròpia comunitat" (Capellà, 2001, p. 103). Inicialment es distribuïren en quatre sectors (Figueres, Olot, Girona i Palamós) i es formaren "incipients equips formats per un psiquiatre i una assistent social" (Vallhonrat, Pérez i Aguado, 2012, p. 23).

Pel que fa als recursos hospitalaris, se sectoritzà l'hospital i es posà en funcionament un nou pavelló d'aguts situat a l'edifici Els Tilers, afavorint així la restricció dels ingressos als pavellons de crònics (Gil i Boadas, 1987).

El 1981 la Generalitat va rebre les competències en matèria de salut per part de la Seguretat Social, cosa que facilità l'establiment del nou mapa sanitari (Capellà, 2001). Tres anys més tard, l'any 1984, es crea l'Institut d'Assistència Sanitària, un organisme autònom encarregat de la gestió directa dels serveis hospitalaris i d'assistència mèdica, depenent de la Diputació de Girona. El 1985 s'incorpora a la Xarxa Hospitalària d'Utilitat Pública (XHUP). En aquesta etapa, també es posa en funcionament la Cooperativa La Fageda (González, 2008), una iniciativa normalitzada que donaria feina, entre d'altres, a persones amb trastorn mental.

### 4.1.1. Fer-se un lloc en l'àmbit de la salut mental

El 1978 s'incorpora a l'Hospital Psiquiàtric la figura de la treballadora social en l'àmbit de la salut mental, espai que fins al moment havien ocupat congregacions religioses i altres figures no professionals (Gil i Boadas, 1987). L'aparició del treball social en l'àmbit contribueix al reconeixement dels factors socials com a determinants de la salut. Inicialment, tal com va passar en altres indrets, la figura del treballador social era ambigua (Garcés, 2010). El món mèdic reclamava la seva presència però en desconeixia el camp d'intervenció, per la qual cosa les professionals van necessitar un període d'adaptació per delimitar el seu perímetre d'intervenció.

L'atenció se centralitzava a l'Hospital Psiquiàtric de Salt, i els psiquiatres, a iniciativa pròpia, visitaven en dispensaris municipals, entesos com a recursos comunitaris. Amb una voluntat d'obertura comunitària i de treball psicoterapèutic, a principis dels vuitanta es creen equips formats per dos psiquiatres, una infermera, una psicòloga, dos auxiliars i una treballadora social. Els equips multidisciplinaris permetien que cada professional aportés la seva mirada i coneixements propis de la seva disciplina, però la perspectiva del treball social, allunyada de les maneres d'entendre la salut mental pròpies de temps anteriors, el convertia en una figura clau.

Tal com afirmen algunes entrevistades la relació intragrupal era propera, en la qual destaca l'estret vincle amb el col·lectiu d'infermeria, amb qui sovint es treballava conjuntament.

El tipus d'intervenció hospitalària variava segons les circumstàncies i l'equip. És a dir, no hi havia una unanimitat quant al model, sinó que cadascun dels equips concebia l'abordatge de la salut mental de manera diferent. Les funcions de les treballadores socials eren fonamentalment assistencials i de coordinació interna. Destacaven l'assessorament i valoració de nous casos, sota la demanda d'intervenció dels psiquiatres; la participació en les reunions de l'equip assistencial, en què progressivament van anar introduint les seves valoracions socials. Aquesta funció no sempre va ser fàcil ja que determinats psiquiatres, amb una aproximació biològica, entenien la tasca de les treballadores socials com a subsidiària a la psiquiatria. Amb el temps, però, les treballadores socials van aconseguir ser reconegudes dins els equips:

Algun doctor em feia servir com a secretària i jo vaig accedir [...]. Quan ja vaig estar més integrada els vaig dir que quan volguessin que intervingués m'ho diguessin directament, [...] que jo decidiria quin era el millor recurs o suport [...]. Ahora, el psiquiatre deia que era impossible treballar en salut mental sense la figura del treballador social (I-11).

També eren habituals l'emissió d'informes socials per altres organismes, la tramitació d'ajuts, o l'establiment de lligams amb els Serveis Socials i les famílies. Donar resposta a totes les necessitats era complex atès que, a banda de l'atenció a la recent unitat d'aguts, s'atenia als aproximadament cinc-cents interns dels pavellons de crònics.

Tanmateix, amb el temps s'inicià la descentralització, i l'atenció a la salut mental abandonà el context hospitalari per passar a atendre als dispensaris, oferint una atenció de proximitat lluny de l'hospital psiquiàtric, que carregava un fort estigma. La direcció optà pel model de psiquiatria francès, en què és el mateix equip qui fa l'atenció hospitalària i a la comunitat. Així, les treballadores socials dedicaven dos o tres dies a l'atenció hospitalària i dos o tres dies a visitar als dispensaris arreu del territori.

Inicialment, les funcions a la comunitat estaven relacionades amb la gestió, les actuacions assistencials i de planificació, així com tasques d'organització. Tot i això, hi havia dificultats per exercir-les plenament, atesa la falta de recursos per part de les administracions i de la xarxa, tot i la manifesta voluntat de canvi. Això provocava que les treballadores socials haguessin de ser creatives per tal de donar resposta a les mancances del sistema.

En relació amb les tasques assistencials, destacaven les visites domiciliàries, l'acompanyament i el suport al pacient i la seva família i la valoració de pacients, tant per conèixer la seva funcionalitat, adaptació o idoneïtat als recursos, com per realitzar sol·licituds de prestacions i serveis. Ahora, es realitzava intervenció comunitària, enfocada a potenciar els recursos de suport social, mitjançant l'aliança amb diverses entitats.

Pel que fa a la planificació i organització, les treballadores socials es van incorporar de manera diversa a les diferents comarques amb l'encàrrec d'organitzar la base del que avui dia és l'atenció comunitària. Ho van fer sense unes directrius concretes per part dels caps,<sup>3</sup> apostant així per donar-los confiança i autonomia per "fer el que saben fer" (I-2) i definir el seu rol. Les professionals van contactar amb tots els agents vinculats amb la salut mental: ajuntaments, serveis socials, entitats...:

En aquella època teníem més relació amb els ajuntaments que ara, perquè el primer que fèiem era anar als ajuntaments de cada poble a buscar referents (I-4).

Puntualment, però, van necessitar el suport dels responsables institucionals o dels líders dels equips, per fer força davant d'algun agent polític. Una altra tasca de planificació i organització va ser la participació en l'elaboració de protocols d'intervenció, que eren elaborats conjuntament amb l'equip.

#### **4.2. 1986-2003: El desplegament comunitari i la reconversió de l'antic l'hospital psiquiàtric**

A partir del 1986, en consonància amb les directrius de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la persona amb problemes de salut mental es consolida com a subjecte amb drets i obligacions que requereix intervencions multidimensionals: tècniques, psicològiques i socials (Garcés, 2010). Diferents grups professionals demanen una millora en la gestió en l'àmbit de la salut, fet que afavoreix les condicions ideals per propiciar un canvi (Espino, 2002). Tot plegat, estimula un període amb nombrosos canvis normatius que seran decisius en l'èxit del desenvolupament de la reforma.

En l'àmbit estatal, la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, universalitza el dret a la protecció de la salut (Espino, 2002), i integra l'assistència psiquiàtrica al sistema sanitari general. A Catalunya, el 1990, amb la Llei d'ordenació sanitària, es fa el traspàs de competències de les diputacions a la Generalitat de Catalunya, es crea el Servei Català de Salut i s'elabora el Pla de Salut Mental. A Girona, el traspàs es fa efectiu el 1992 i l'IAS esdevé empresa pública. Així, es reafirma l'atenció des d'un model comunitari; es divideix el territori en Àrees Bàsiques de Salut (ABS) i "es creen els primers Centres de Salut Mental (CSMA), Centres de Dia (CD) i Comunitats terapèutiques fonamentades en la Psiquiatria Comunitària" (Vallhonrat et al., 2012, p. 23), entre d'altres. El 1997, l'antic hospital psiquiàtric es reorganitza en tres línies: Psicogeriatria, Retard Mental i Trastorn Mental Sever-Llarga estada<sup>4</sup> (Gisbert i Cid, 2010). Tots aquests canvis metemen al model gironí promoure un nou sistema d'atenció en salut mental modern

3 La Diputació, formalment, sí que els designa unes funcions, com: visites domiciliàries, tramitació d'ajuts, elaboració d'informes socials, investigació, seguiment de les famílies, entre d'altres (Diputació de Girona, 1984).

4 Aquesta línia posteriorment s'anomenaria Servei de Rehabilitació.

ja desenvolupat en altres països europeus, allunyant-se de l'hospital psiquiàtric com a institució total (Capellà, 2001).

#### **4.2.1. La consolidació professional**

La creació d'ABS comporta una nova sectorització territorial, que passa a dividir-se en cinc sectors, per posteriorment augmentar fins als set actuals: Gironès-Pla de l'Estany, Baix Empordà, Alt Empordà, Selva Marítima, Selva Interior, Garrotxa i Ripollès (Institut d'Assistència Sanitària, 1992). Així, progressivament augmenta el nombre de serveis comunitaris i s'incorporen nous professionals d'altres disciplines. L'augment de sectors reduïa la representació dins els equips de les treballadores socials, minvava la seva presència al territori, i multiplicava la seva feina. És a dir, no varen augmentar en nombre, sinó que es va optar perquè les mateixes treballadores socials repartissin les seves jornades laborals entre els serveis comunitaris ja existents i els de nova creació.

En aquesta etapa, les tasques assistencials augmenten, sobretot a causa de l'aparició de la pensió no contributiva (PNC), que incrementa les valoracions socials.

Durant aquest període les treballadores socials reivindiquen més implicació per part de les administracions, concretament amb la demanda d'un Servei d'Assistència Domiciliària (SAD) per part dels ens locals, o d'habitatges al Departament de Benestar Social.

Pel que fa a l'atenció hospitalària, es posa en funcionament la Comissió de Crònics, amb l'encàrrec de rebre les sol·licituds d'ingrés als pavellons, i fer una anàlisi de la situació amb l'objectiu de cercar alternatives a l'ingrés. Tot i la voluntat d'evitar nous ingressos, sovint esdevenien inevitables, a causa de la falta de desplegament dels recursos comunitaris. En aquesta funció, la treballadora social assumeix un rol central, perquè és l'única professional amb dret a vetar la sol·licitud i evitar l'ingrés, cosa que la situava en una posició de poder. En relació amb la població ingressada, tot i que la situació havia començat a millorar en la primera etapa, la majoria de les professionals entrevistades destacaven les condicions en què es trobaven els pacients:

Hi havia usuaris en una mena de magatzem, barrejats de qualsevol manera, sense cap criteri professional, amb enormes sales amb llits uns al costat dels altres, més de 500 persones vivint (I-3).

El que més em va sorprendre va ser la quantitat de gent que hi havia [...] la idea que una persona es quedés ingressada durant tota la vida era normal, es podia fer (I-13).

Progressivament, però, s'introdueix una intervenció rehabilitadora i recuperadora, i es treballa en la desinstitucionalització i la dignificació dels pacients. S'aposta per oferir una atenció integral a les persones amb trastorn mental sever (TMS), ajudant-les a tornar a la comunitat, donant-los

suport per afavorir la seva presència en l'entorn i propiciant unes possibilitats reals per desenvolupar-se amb autonomia i qualitat de vida.

En el procés d'externalització, les professionals intervenen amb pacients que acumulen molts anys institucionalitzats, i amb limitacions considerables de l'autonomia:

[Calia] treballar molt el tema de responsabilitats, donat que la institució les havia assumit i no se'ls havia donat autonomia... (I-9).

Per dur a terme aquest procés, es desenvolupa el Programa Individual de Rehabilitació per a cada pacient amb TMS. El treball social aporta els seus coneixements sobretot en els àmbits familiar, econòmic i laboral, i en la revisió de la capacitat d'obrar. Les relacions amb els familiars, s'afirma, no sempre foren senzilles:

[costava] que la família acceptés que la persona havia de viure a fora [...] s'havia d'anar treballant (I-5).

En tot aquest procés, les entrevistades afirmen que tenen el reconeixement de la resta de professionals. Malgrat això, també esmenten dificultats amb alguns professionals que actuaven de manera paternalista i amb poca predisposició a canviar les dinàmiques de treball, cosa que dificultava la implantació de la perspectiva rehabilitadora.

En aquesta etapa hi ha dos canvis més que cal considerar. En primer lloc, la posada en funcionament dels CSMA, entesos com el pivot de l'assistència en salut mental i com a porta d'entrada per a les activitats preventives, psicoterapèutiques i rehabilitadores. I en segon lloc, el pas d'un model de psiquiatria de tipus "francès" –en què el mateix equip professional presta assistència als pacients en l'àmbit hospitalari i en l'àmbit comunitari–, cap a un nou model de tipus "anglès" –en què hi ha dos equips diferenciats; és a dir, un equip de professionals que presta atenció comunitària als CSMA, i un equip de professionals que presta atenció hospitalària.

Per adaptar-se a aquests canvis, es fixa un sistema de coordinacions setmanals entre els CSMA i els serveis hospitalaris, a iniciativa de les mateixes professionals. Les treballadores socials dels CSMA es traslladaven un dia a la setmana als serveis hospitalaris per coordinar-se, garantint el continuïtat assistencial, afavorint el vincle amb els pacients ingressats i el treball en xarxa entre els professionals hospitalaris i comunitaris. Alhora, els plans de treball es defineixen conjuntament, millorant la qualitat de les intervencions. Aquesta metodologia singularitza el treball social dins la XSMiA i és un dels trets distintius del model gironí.

Una altra de les dificultats esmentades per les entrevistades durant aquesta etapa és una certa sensació de solitud i la manca de suport, ja que la majoria eren les úniques professionals de la seva disciplina en l'equip, a diferència d'altres amb diversos professionals. A més, tot i que el treball social ja comptava en aquest moment amb una certa trajectòria

en el sector, les treballadores socials continuen identificant professionals que desconeixen el seu rol i funcions:

La gent no sabia què era. Recordo que ens veien com a tramitadors de pagues. [...] No es veia la part terapèutica de la nostra feina (I-11).

Tot i això, de mica en mica, les diferents disciplines perceben la contribució positiva de la figura de la treballadora social, ja que el fet que el pacient disposi dels recursos socials necessaris contribueix a visualitzar-ne la contribució i a dotar de més reconeixement i poder als professionals.

#### **4.3. 2003-2019: La consolidació del treball social**

L'any 2003 pren el relleu de la XSMiA el Dr. Claudi Camps, un psiquiatre compromès amb la mirada rehabilitadora i recuperadora, amb la intenció de potenciar els recursos comunitaris. Malgrat la voluntat de canvi de la direcció, l'esclat de la crisi econòmica del 2007 va comportar una reducció econòmica d'aproximadament sis milions d'euros, que va afectar el desplegament i la consolidació dels recursos comunitaris i la contractació de nous professionals. Tot i les dificultats esmentades, a principis d'aquesta etapa es comencen a desplegar nous programes, com els Equips d'Intervenció Precoç a la Psicosi (EIPP), o el Programa de Suport de Salut Mental a la Primària (PSP).

En aquest període, diferents normes i convencions impulsen una millora en l'abordatge de la malaltia mental. En primer lloc, s'aprova la Declaració de Hèlsinki (2005), que fixa la salut mental com a prioritat; en segon lloc, la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat de Nacions Unides (2006); i, finalment, el 2006 s'aprova el primer Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya (PDSMA), per l'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Aquest últim document defineix el model d'atenció i organització de serveis i aposta per abordar els problemes de salut mental des de les polítiques públiques, amb una perspectiva integradora, pel respecte als drets humans, i el rebuig de l'estigma i de la discriminació. Per fer-ho proposa el desplegament de polítiques de promoció i prevenció, així com la implementació de models d'atenció comunitària i multidisciplinaris ((Departament de Salut, 2006, p. 5)<sup>5</sup>.

L'any 2013 la XSMiA participa en el Projecte REFINEMENT, una anàlisi comparativa sobre l'eficiència i qualitat en l'atenció a l'assistència a la salut mental, en què van participar vuit regions europees de diferents estats (Regne Unit, Finlàndia, Itàlia, França, Àustria, Romania, Noruega i Espanya). El model gironí es va situar com a capdavanter, esdevenint referent mundial en l'atenció a l'assistència a la salut mental (Kalseth i

5 Altres mesures posteriors van ser: Pla Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorn Mental i Addiccions de 2010; l'Acord amb les entitats socials del document de Priorització d'Actuacions per al Període 2014-16; i finalment el Document d'Estratègia 2017-19.



Magnussen, 2013). La recerca reconeixia el valor de l'atenció comunitària basada en un model sense llarga estada psiquiàtrica, amb recursos de proximitat, capaç de garantir l'accés a les intervencions en psicoteràpia, la rehabilitació psicosocial en els TMS i promotor de l'accés a un habitatge digne, a una feina i a l'oci. El 2017 el Departament de Salut augmenta de manera considerable el finançament de la Xarxa, cosa que facilita el desplegament de nous programes i serveis, i la contractació de personal, entre els quals, nou treballadores socials.

D'aquesta manera, l'aprovació de noves normes internacionals, la reformulació de les polítiques catalanes i la recuperació del finançament, van permetre refermar l'aposta pel model d'atenció comunitari.

#### **4.3.1. La situació actual**

Gran part d'aquesta etapa s'ha vist afectada pels efectes directes i indirectes de la crisi econòmica. La retallada pressupostària que es va dur a terme durant el període més intens de la crisi, entre el 2007 i el 2017, empeny, sobretot les treballadores socials, a treballar en un context de més precarietat: un nombre inferior de professionals dels desitjats per realitzar intervencions fora de l'atenció directa, més pressió assistencial a causa de l'increment dels trastorns mentals més freqüents,<sup>6</sup> i menys oportunitats formatives i de cura pel lloc de treball a causa de la falta de temps. Així ho expressa una de les entrevistades:

[...] la quantitat de gravetat i de patiment per hora de feina meva era realment... Hem patit molt aguantant-nos com podiem (I-11).

L'increment pressupostari del 2017 permet ampliar el desplegament de recursos amb la posada en funcionament del Programa de Serveis Individualitzat (PSI), o l'Equip de Salut Mental a les persones sense llar (ESMAS). Simultàniament, s'amplien les ràtios de treballadores socials, cosa especialment valorada pels entrevistats. La XSMiA inicia l'etapa amb 17 treballadores socials i, el 2019, en disposa de 37, alguns amb dedicació completa i altres de parcial. Tot i això, algunes entrevistades afirmen que l'increment de personal ha estat limitat i desigual en comparació amb altres professions, fet que els ha fet anar "desfasats" respecte a altres grups professionals (I-5). Altres afegeixen que, entre el 2017 i 2019, s'han cobert les mancances que es reclamaven abans de l'inici de la crisi, per la qual cosa avui dia, amb l'augment de població amb trastorn mental, cal novament un increment de treballadors socials i dels recursos vinculats.

Pel que fa als nous serveis, el PSI intervé amb persones amb TMS amb "l'objectiu primordial d'adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada pacient i acostar-los tant com sigui possible

---

6 Diversos estudis suggereixen que les dificultats econòmiques i la falta d'oportunitats laborals afavoreixen una pitjor salut mental (increment de trastorns mentals més freqüents i de trastorns d'abús de l'alcohol, etc.), augment significatiu del consum de fàrmacs, i increment significatiu de nombre de suïcidis (Gili, García i Roca, 2014).

al seu mitjà natural, per consolidar la continuïtat assistencial” (CatSalut, 2003, p. 5). Es requereix que el gestor o coordinador disposi de “titulació superior o diplomatura, [...] experiència i coneixements sobre la salut mental, l’organització dels serveis especialitzats i de la resta de serveis comunitaris...” (CatSalut, 2003, p. 19). És a dir, tot i que la naturalesa del treball social sanitari encaixa amb aquesta figura, no és específic per a ell. En aquest sentit, la XSMiA incorpora una treballadora social en aquest programa, davant del qual la majoria de professionals es mostren en desacord:

L’essència del treball social és el *case work* [...]. Som les que millor sabem fer aquesta feina [...] és la nostra filosofia de treball (I-5).

Algunes professionals, però, creuen que s’assignen tasques de gestió de casos pròpies dels professionals de la infermeria o treball social a altres professionals que no estan qualificats per exercir-les. Moltes professionals reconeixen que el programa funciona, fet que ha incrementat el seu volum de casos.

En relació amb les funcions, les treballadores socials fan tasques assistencials, de coordinació i participació, de docència i investigació, de planificació i organització, d’avaluació i de gestió. Totes són valorades com a importants, però depenent del servei se’n fan més o menys.

Com ja hem avançat, bona part de la seva activitat es concentra en funcions assistencials i d’atenció directa, a causa, de la manca de professionals. D’aquesta manera, les visites domiciliàries, el treball grupal, i la intervenció comunitària, tot i ser considerades com quelcom molt important, s’han reduït. S’admet que no sempre s’inverteix el temps necessari. Sobre la prevenció i la promoció de la salut mental des del vessant propi del treball social, es duu a terme sobretot fent seguiment indirecte dels pacients a través de coordinacions; mitjançant l’atenció directa als pacients, però sense un programa específic; i amb la interacció professional. En aquest sentit, algunes de les professionals troben a faltar programes específics enfocats a les poblacions més vulnerables.

La coordinació i la participació són dos elements ben valorats per les professionals. Les reunions d’equip es consoliden, i la majoria hi participa activament aportant la perspectiva del treball social. Com s’ha vist en etapes anteriors, la representació de les treballadores socials estava en minoria respecte a altres disciplines professionals. En aquesta etapa, creixen els equips amb més d’una professional, cosa que es viu com a molt positiva. Entre els serveis comunitaris i hospitalaris de la XSMiA hi continua havent coordinació, tot i que no sempre és fàcil disposar de temps per fer-ho i es corre el risc de perdre-ho. Alhora, es coordinen amb serveis externs a la xarxa, com serveis socials, atenció primària o recursos específics. Finalment, respecte a la participació, les professionals són presents en taules de salut mental i addiccions, al Col·legi de Treball Social, o en grups de treball i comissions tècniques territorials. Finalment, les professionals lamenten no poder participar en espais de decisió estratègica.

La docència i la vinculació amb la universitat pren força entre els professionals, sobretot a partir de l'inici dels estudis de grau de Treball Social a la Universitat de Girona, a mitjans d'aquesta etapa. Entre d'altres, algunes hi participen com a professores en diferents assignatures, o com a tutores de Pràcticum. Alhora, imparteixen formació interna a residents a la XSMiA i a altres companys, i externa a serveis del territori. Pel que fa a la recerca, si bé algunes n'han dut a terme, en termes generals es practica de manera esporàdica i habitualment per iniciativa pròpia, tot i que hi ha una voluntat per part de les professionals d'incrementar-la (Col·lectiu de treballadors i treballadores socials de l'Institut d'Assistència Sanitària, 2014). Pel que fa a l'avaluació, moltes analitzen els mateixos registres d'activitat, en valoren els resultats i fan propostes de millora. Finalment, pel que fa a la gestió, tan sols una treballadora social exerceix com a cap de servei.

El fet que la majoria de les tasques que duen a terme siguin assistencials és el que més angoixa les participants. Assenyalen la falta de professionals socials com a origen de la sobrecàrrega, fet que ha impedit dur a terme altre tipus d'intervencions, que alhora són menys valorades:

[...] vas saturat a nivell assistencial, no pots fer-ho. No és per falta de ganes... [...]. A totes ens agradaria (I-2).

Moltes vegades no ens creiem que podem fer algunes coses diferent [...] es poden fer moltes coses aquí, és més un xip nostre [...] ho fem servir com a excusa, perquè el temps el trobes. És una qüestió de prioritats (I-10).

Altres esmenten que no s'ha sabut transmetre els beneficis que implica la intervenció social per a la persona; o fins i tot els beneficis d'aquestes intervencions en termes de rendibilitat econòmica. És a dir, que no han estat capaces de transmetre que determinades intervencions socials poden contribuir a reduir el nombre d'ingressos hospitalaris o que siguin d'una durada inferior; amb el benefici econòmic que això comporta.

Als equips, la major part de les participants manifesten sentir-se valorades, tot i que encara es percep l'existència de jerarquies entre professions i una certa confusió respecte a les funcions. Alhora, algunes treballadores socials se senten qüestionades en determinades ocasions per altres professionals:

[...] els temes socials són els únics en els quals tothom s'atreveix a opinar (I-6).

Pel que fa a la direcció, hi ha un reconeixement i valoració vers la seva tasca. Tot i això, mostren la necessitat de disposar d'un canal de comunicació reglat amb la Direcció de la XSMiA i una participació més gran en la presa de decisions que els afecten directament.

L'augment de la implicació i la participació d'usuaris i familiars en l'abordatge de la malaltia és un dels canvis rellevants d'aquest període.

Actualment, els pacients opinen sobre quin tipus de salut mental i tractament volen, i no es resignen a un rol passiu respecte al que se'ls imposa:

Ara sí ens trobem davant un moment en què per fi ells posen veu. Ara és el moment en què la lluita contra l'estigma pot avançar (I-9).

Finalment, pel que fa a la relació entre treballadores socials, es continuen fent trobades periòdiques del col·lectiu, però l'increment de professionals, la falta de lideratge i l'actual càrrega assistencial en posen en dubte la continuïtat.

## 5. Conclusions i reptes de futur

Tal com s'ha analitzat al llarg de l'article, la figura de la treballadora social i la inclusió de la professió a la XSMiA de Girona compta ja amb més de quaranta anys de trajectòria. En l'anàlisi, s'han identificat tres grans etapes històriques, de les quals destacariem:

Una etapa inicial, entre el 1974 i el 1986, en què el treball social s'introdueix en l'àmbit de la salut mental, en un context amb voluntat de canvis que es materialitzen amb la descentralització de l'assistència de l'hospital psiquiàtric als dispensaris comunitaris. Un segon moment, entre el 1986 i el 2003, en què l'obertura de nous serveis a la comunitat, l'aposta per la rehabilitació psicosocial i la recuperació, i la desinstitucionalització faciliten la delimitació del paper de les treballadores socials als equips. Finalment, una tercera etapa en què el treball social es consolida com a disciplina en l'àmbit de la salut mental, tal com ho fa el "model gironí", però on el context de crisi empeny la seva figura a la realització d'activitats assistencials, en detriment de la resta d'activitats que es duïen a terme en l'etapa anterior.

**Taula 1: Evolució històrica del treball social a la XSMiA de Girona**

	1a ETAPA (1974-1986)	2a ETAPA (1986-2003)	3a ETAPA (2003-2019)
<b>A destacar del TS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ introducció a l'àmbit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ definició del rol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consolidació de la figura</li> </ul>
<b>Activitats principals del TS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assistencial</li> <li>▪ coordinació i participació</li> <li>▪ planificació i organització</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assistencial</li> <li>▪ coordinació i participació (equilibri)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assistencial</li> <li>▪ coordinació i participació</li> </ul>
<b>Dificultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incipència del TS en l'àmbit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ falta de representació</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ crisi econòmica</li> <li>▪ sobrecàrrega</li> <li>▪ creixement del col·lectiu</li> </ul>

<b>Model organitzatiu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ model tipus francès</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ transició de model francès a anglès</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ model tipus anglès</li> </ul>
<b>A destacar de la XSMiA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ descentralització</li> <li>▪ aparició dispositius comunitaris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nova sectorització</li> <li>▪ rehabilitació i recuperació</li> <li>▪ desinstitucionalització</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ reconeixement del model</li> <li>▪ injecció de capital (2017)</li> <li>▪ empoderament pacients</li> </ul>

Font: Elaboració pròpia.

En termes generals es constata que la figura del treball social a la XSMiA està consolidada, tot i que encara hi ha aspectes a millorar. Tot i que gaudeix d'un reconeixement institucional, així com de la resta de disciplines amb qui conviu, la indefinició de la professió en l'àmbit sanitari és un element que dificulta la delimitació de les seves funcions i el tipus d'intervencions que li són pròpies. Un fet, per altra banda, similar al mateix sistema de Serveis Socials, un sector que tradicionalment ha tingut dificultats per definir el seu perímetre i objecte, amb tot el que això comporta (Pelegrí, 2015). De la mateixa manera, els professionals manifesten certa incapacitat de modificar la tipologia d'intervenció a causa, entre d'altres, de la sobrecàrrega derivada de la crisi econòmica dels darrers anys.

Les professionals del treball social afirmen que els professionals clínics, amb més recorregut al sector de la salut mental, tenen més poder i reconeixement que el treball social. Tot i això, la mirada externa a la dinàmica clínica que aporta el treball social als equips és un salt qualitatiu en les intervencions multidisciplinàries (I-3). Segons les professionals un dels reptes de futur és aconseguir que el treball social sigui reconegut com una professió sanitària, de la mateixa manera que la resta de professions amb què conviu. Aquest reconeixement faria possible una formació especialitzada en l'àmbit de la salut mental, la coneguda com a "residència" que ja fan infermers, metges o psicòlegs. Aquestes professionals consideren que això facilitaria el desenvolupament de la disciplina i els equipararia amb la resta de professionals clínics. Fins i tot, algunes pensen que facilitaria el seu accés a llocs estratègics de responsabilitat i gestió. D'alguna manera, s'espera que l'especialització ajudi a singularitzar el treball social en aquest àmbit, i a legitimar la professió.

Les professionals identifiquen altres reptes clau en la matèria, com els possibles canvis respecte a la manera d'abordar l'autonomia de les persones amb trastorn mental, la incorporació d'una figura que representi al col·lectiu de treballadores socials per donar resposta al creixement del col·lectiu a la XSMiA, el tractament de la cronicitat i els nous trastorns, o canvis en la forma que convergeixen els serveis socials i l'àmbit de la salut.

---

## Referències bibliogràfiques

- 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. Recuperat de <http://www.margen.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: Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental.
- Col·lectiu de treballadors i treballadores socials de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona (2014). Document base: Pla funcional (Document intern de treball inèdit). Salt: Institut d'Assistència Sanitària.
- 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: Grup de Treball de Salut Mental. Recuperat 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). Intervenció de Treball Social en Salut Mental. Actualització del Monogràfic 2: *Funcions del Treballador Social en el Camp de la Salut Mental*. Barcelona: Grup de Treball de Salut 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*. Recuperat de <https://consaludmental.org/publicaciones/Plandirector-saludmentalCatalunyacatalan.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. Recuperat 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: Diputació de Girona; Institut d'Assistència Sanitària.
- 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. Recuperat 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.
- Institut d'Assistència Sanitària (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*. Recuperat de [http://www.refinementproject.eu/APPENDIX\\_REFINEMENT\\_Decision\\_Support\\_T](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* (Tesi doctoral). Universitat de Lleida, Lleida.
- Pelegrí, 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* (3a 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. Recuperat 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 manicomio 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.



# Estructures de treball en xarxa amb infància i adolescència a Catalunya. Aportacions d'un estudi pilot

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

**Conxita Vila Vila**<sup>1</sup>

ORCID 0000-0003-4812-4881

**José-Manuel Alonso Varea**<sup>2</sup>

ORCID 0000-0002-0595-8889

**Eveline Chagas Lemos**<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0001-5591-908X

---

Recepció: 28/06/19. Revisió: 15/11/19. Acceptació: 18/11/19

---

**Per citar:** Vila Vila, C., Alonso Varea, J.-M., i Chagas Lemos, E. (2019). Estructures de treball en xarxa amb infància i adolescència a Catalunya. Aportacions d'un estudi pilot. *Revista de Treball Social*, 217, 89-108. DOI: 10.32061/RTS2019.217.05

---

## Resum

Constituïdes la Taula Nacional d'Infància i, posteriorment, les 6 taules territorials, no sabem ni el nombre ni la situació de les taules locals, així com tampoc sabem ni el nombre ni la situació de les xarxes d'infància i adolescència. Des del Màster en Prevenció i Tractament de la Violència Familiar (IL3-Universitat de Barcelona)<sup>4</sup> vam veure la necessitat d'identificar les taules i xarxes locals d'infància a Catalunya per poder elaborar un diagnòstic inicial, i a partir d'això dissenyar un estudi més complet i influir en polítiques públiques d'infància, adolescència i famílies.

Aquest article presenta el resum dels resultats aconseguits. S'ha dut a terme sense pressupost, com una aportació voluntària per a la millora de les polítiques públiques. S'hi ha convidat a participar les 103 àrees

---

1 Diplomada en treball social. cvilavila@gmail.com

2 Psicòleg. Director del Màster en Prevenció i Tractament de la Violència Familiar, Universitat de Barcelona - IL3. josem@alonsovarea.com

3 Treballadora social i psicòloga. Universitat de Barcelona - Unitat de Formació i Recerca en Treball Social. echagas@ub.edu

4 [www.il3.ub.edu/es/master/master-prevencion-tratamiento-violencia-familiar.html](http://www.il3.ub.edu/es/master/master-prevencion-tratamiento-violencia-familiar.html)

bàsiques de serveis socials a Catalunya, de les quals van respondre 43. Això va permetre identificar 34 xarxes i taules comarcals i municipals. Les variables que hem analitzat són: any de creació, origen de la iniciativa, pressupost, objectius, estructura, participants, activitats, coordinació amb altres xarxes, espais de participació dels infants i adolescents, avaluació, punts forts i aspectes a millorar. Hem creat dos nivells d'anàlisi, diferenciant per àmbit territorial i distingint entre taules i xarxes.

Es constata la necessitat de suport públic a aquestes iniciatives per poder donar resposta adequada al mandat de la Llei de drets i oportunitats de la infància i adolescència (2010). Com a conseqüència d'aquesta anàlisi, hem elaborat diverses propostes de millora per a les taules i xarxes.

---

**Paraules clau:** Treball en xarxa, professionals, infància, adolescència, famílies.

---

## 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.

## Introducció

El treball en xarxa per promoure el benestar infantil parteix de reconèixer que sols no tenim prou coneixement ni poder, que cal superar les resistències, establir sinergies i tenir una mirada que posi al centre els infants, els adolescents, les famílies i les comunitats, i que vagi més enllà dels interessos individuals de cada institució i entitat. En resum, ens hem de dedicar més a sumar i multiplicar.

Els i les professionals de l'àmbit social fa dècades que ens vam plantejar la necessitat d'endregar una tasca que fèiem de coordinació i cooperació entre tots els àmbits d'atenció a la infància i l'adolescència. Aquesta necessitat està inspirada en el treball comunitari i en la incorporació de les dimensions física, psíquica, social i espiritual a la definició de *benestar*.<sup>5</sup>

El llarg dels anys s'han donat moltes experiències de treball en xarxa i de treball comunitari que han pogut visibilitzar els resultats d'una millora en la planificació, l'atenció, la rendibilització del temps i d'una satisfacció més gran tant per a les persones ateses com per als professionals, alhora que tal com assenyala periòdicament el Sindic de Greuges –l'última vegada, enguany–, caldria emprendre mesures per evitar duplicitats o contradiccions en les intervencions professionals. S'han fet diverses aproximacions a les tipologies de treball en xarxa (Ubieto, 2007), però la majoria de vegades s'han centrat en el treball de cas i no tant en un sentit ampli del treball comunitari.

L'any 2010 vam alegrar-nos quan la LDOIA (Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats de la infància i l'adolescència) ens donà el marc legal per a la constitució de les taules d'infància i adolescència. Les taules permeten executar la llei en la promoció, participació, prevenció, protecció i provisió en aquells aspectes en què no es poden prestar des d'un sol àmbit.

En concret, l'article 26.1.c de la LDOIA estableix que les taules d'infància són òrgans que es constitueixen per coordinar, impulsar i promoure les polítiques d'infància. Entre les funcions principals de les taules, hi ha la "coordinació de tots els agents implicats per potenciar el treball en xarxa, en especial en els àmbits de l'educació, salut, seguretat, treball, joventut i dones que afecten els infants i els adolescents del territori".

Posteriorment, el Decret 250/2013, del 12 de novembre, de la taula nacional i les taules territorials i locals d'infància estableix aquest ordre jeràrquic: la taula nacional, les taules territorials i les taules locals d'infància i adolescència. Estableix, també, qui en forma part i quins en són els objectius. Les funcions de les taules territorials són les següents:

- a) Elaborar, en el territori de referència i d'acord amb les directrius de la Taula Nacional de la Infància de Catalunya, el programa de

<sup>5</sup> Aquesta definició de benestar va ser consensuada al Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà, l'any 1976.

coordinació de les diverses administracions i institucions en la promoció social de la infància i l'adolescència, i també de la detecció i la intervenció davant possibles situacions de risc o desemparament, especialment pel que fa als maltractaments infantils.

b) Coordinar els diferents equips, serveis i agents implicats del territori per potenciar el treball en xarxa, en especial en els àmbits de l'educació, la salut, la seguretat, el treball, la joventut i les dones, que afecten la infància i l'adolescència del territori, i millorar els programes de participació, prevenció, promoció, detecció i protecció de la infància i l'adolescència.

c) Desplegar, en el territori de referència i d'acord amb les directrius de la Taula Nacional de la Infància de Catalunya, els eixos del Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència i la coordinació de la planificació local o comarcal dels recursos preventius en la infància i l'adolescència, en col·laboració amb els ens locals.

d) Informar la Taula Nacional de la Infància de Catalunya sobre el desenvolupament del programa de coordinació que preveu l'apartat a d'aquest article.

e) Informar la Taula Nacional de la Infància de Catalunya sobre qüestions plantejades en l'àmbit territorial respectiu i elevar propostes de millora elaborades a partir de la pràctica quotidiana.

f) Elevar a la Taula Nacional de la Infància de Catalunya les diferències en l'aplicació de circuits, protocols i criteris tècnics que no s'han pogut resoldre en l'àmbit territorial respectiu.

I les funcions de les taules locals d'infància són:

a) Coordinar els diferents equips i serveis del territori per millorar els programes de participació, prevenció, promoció, detecció i protecció de la infància i l'adolescència.

b) Coordinar aquells casos individuals que requereixin una visió global i en els quals estiguin implicats diversos serveis.

c) Estudiar casos i analitzar alternatives per millorar les intervencions coordinades entre els diferents serveis.

d) Informar la taula territorial sobre les qüestions plantejades en l'àmbit local respectiu i elevar propostes de millora elaborades a partir de la pràctica quotidiana.

e) Elevar a la taula territorial les diferències en l'aplicació de circuits, protocols i criteris tècnics que no s'han pogut resoldre en l'àmbit local respectiu.

Els Consells de Participació Territorial i Nacional dels infants i adolescents de Catalunya no estan inclosos a les taules territorials i locals, sinó que es creen mitjançant el Decret 200/2013, de 23 de juliol, que estableix les funcions generals d'aquests òrgans. Havent estat constituïdes la Taula Nacional d'Infància (el 2014) i les 6 taules territorials (el 2015), no sabem ni el nombre ni la situació de les taules locals, ni sabem tampoc el nombre

ni la situació de les xarxes d'infància i adolescència, per la qual cosa ens vam veure amb la necessitat de dur a terme aquesta recerca inicial el mes de maig del 2018.

## Metodologia

Aquest estudi prioritza un abordatge qualitatiu de naturalesa exploratòria, amb què busquem descriure i analitzar, a través d'una codificació oberta, la diversitat de característiques de la mostra (Jansen, 2012).

Els objectius de l'estudi van ser:

- Identificar les taules locals i xarxes d'infància a Catalunya.
- Elaborar un diagnòstic inicial a partir de variables bàsiques.
- Dissenyar, a partir d'aquest estudi pilot, un estudi més complet.
- Influir en polítiques públiques d'infància, adolescència i famílies a partir de l'elaboració de propostes de millora.

Pel tal de recollir les dades, vam fer servir, com a instrument, una enquesta en línia. Aquest estudi, per les seves característiques, pot ser tipificat, segons autors com Jansen (2012), amb l'etiqueta d'enquesta qualitativa.

Per poder tenir una mirada al més ampla possible vam determinar com a mostra les experiències trobades a tot el territori de Catalunya i per a això vam sol·licitar la col·laboració de totes les àrees bàsiques de serveis socials de les diferents comarques i municipis. A través d'un missatge de correu electrònic dirigit a la direcció de les àrees bàsiques, vam demanar si al seu territori estava en marxa alguna xarxa o taula d'infància, adolescència i famílies i, si era així, si volien que els enviéssim un breu formulari demanant-ne informació. Així, l'estudi de camp es va dur a terme en dues fases. La primera, amb l'enviament d'aquest missatge, i la segona, amb l'enviament del formulari.

Fase 1: Dels 103 missatges de correu electrònic que vam enviar a àrees bàsiques de serveis socials (municipals i comarcals), vam rebre, voluntàriament, 43 respostes (el 41,7%). D'aquestes, 32 ens locals van dir que tenien taules o xarxes (en total, 44) i 11 van dir que no tenien ni taules ni xarxes (2 van dir que en tindrien el 2019).

Fase 2: Als 32 ens locals que van acceptar participar d'aquesta fase, vam enviar un formulari a través del software de Google. Vam rebre 25 respostes (el 72% de les enquestes enviades).

El formulari enviat contenia preguntes obertes i tancades. Bàsicament, vam demanar dades generals sobre la taula/xarxa (nom, localitat, àmbit, any de creació, objectius, participants, etc.), vam fer preguntes sobre l'estructura de la xarxa (coordinació, secretaria, plenari, comissions, etc.), sobre el seu funcionament (pressupost, activitats que duu a terme, coordinacions, etc.) i sobre els resultats (punts forts, aspectes a millorar i avaluació global de la iniciativa).

Vam fer un buidatge de les respostes i en aquest article presentem una descripció de les diferents dimensions. A més, fem una breu anàlisi d'aquestes dimensions i proposem reflexions que ens animen a seguir reflexionant sobre el tema i a aprofundir en alguns aspectes en futurs estudis.

Les persones col·laboradores han estat informades dels objectius de la recerca, la participació va ser voluntària i les seves dades personals van ser protegides d'acord amb la Llei orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. A més, tothom que va col·laborar en l'estudi en va rebre l'informe abans de publicar aquests resultats.

## Resultats i discussió

### Les taules i xarxes identificades a Catalunya

Els resultats obtinguts són representatius de la realitat actual dels municipis i les comarques de Catalunya, ja que els ens locals que han respost representen més de la meitat de la població de Catalunya i, per tant, de la població infantil.

Hi ha una confusió terminològica i de criteris per definir què és una taula i què una xarxa, i per això vam considerar important establir diferents criteris per diferenciar les taules de les xarxes.

**Taula 1: Diferències entre taules i xarxes**

	<b>Taules</b>	<b>Xarxes</b>
Àmbit	Comarcal o municipal.	Municipal, districte o barri.
Població focus	Tota la infància i l'adolescència amb visió ampla del benestar (participació, prevenció, promoció, protecció).	Especialment la infància i adolescència en situacions de risc.
Participació	Serveis, entitats, infància i famílies.	Serveis i algunes entitats.
Funció principal	Diagnòstic, planificació i avaluació de polítiques d'infància.	Coordinació professional entre diferents àmbits.
Nivell de formalització	Implicació institucional (òrgan col·legial) (LDOIA, art. 26).	No cal formalització, pot ser només iniciativa de professionals.

Font: Elaboració pròpia.

Analitzant les 34 respostes rebudes, vam assignar la categoria de taula o xarxa segons si complien la majoria dels criteris establerts prèviament. No obstant això, vam poder identificar que les taules, majoritària-

ment, s'autodenominen així, i que trobem algunes xarxes autodenominades taules. Així mateix, trobem algunes taules autodenominades xarxes.

Vam identificar el mateix nombre de taules (17) que de xarxes (17) i, actualment, a partir de la devolució dels resultats d'aquest estudi als participants, estem validant conjuntament aquesta proposta de classificació.

Tenint en compte el nombre d'habitants dels municipis, presentem una taula on es pot veure el nombre d'iniciatives dins les àrees bàsiques de serveis socials:

**Taula 2: Les taules i xarxes dels municipis de Catalunya**

Àrees bàsiques de serveis socials / Nombre d'habitants	Taules i xarxes que han respost el formulari (34)	Taules i xarxes en procés de creació (2)
Barcelona (més de 1.000.000 habitants)	Barcelona (11 xarxes) (suposa el 32,4% de la mostra)	
Municipis de més de 100.000 habitants.	Badalona L'Hospitalet (2 xarxes) Mataró Reus	
Municipis d'entre 50.000 i 100.000 habitants.	El Prat de Llobregat Cornellà de Llobregat	Sant Cugat del Valès
Municipis d'entre 20.000 i 50.000 habitants	Manlleu Amposta Olesa de Montserrat Pineda de Mar Martorell Sant Adrià de Besòs Montcada i Reixac	Vic
Comarcals i municipis de menys de 20.000 habitants.	Pla de l'Estany Garrotxa Baix Empordà Solsonès Alt Penedès Osona Badia del Vallès (Vallès Occidental) Centelles (Osona) Torelló (Osona)	

Font: Elaboració pròpia.

Així, considerant l'àmbit territorial (comarques, municipis, districte i barris), vam trobar aquest nombre de taules i xarxes:

**Taula 3: Àmbit territorial de les taules i xarxes que van participar en l'estudi**

	Total	Comarcals	Municipals	Districte	Barri
<b>Taules</b>	17	3	11	2	1
<b>Xarxes</b>	17	3	6	2	6
<b>Total</b>	34	6	17	4	7

Font: Elaboració pròpia.

Un dels criteris que considerem fonamental en la creació de les taules i xarxes és a qui va dirigit. A continuació, presentem el nom de les taules i xarxes identificades en l'estudi i les distingim si van dirigides a tota la infància o només a la infància i l'adolescència en situacions de risc social.

**Taula 4a: Taules i xarxes de Catalunya adreçades a tota la infància i adolescència**

Adreçades a tota la infància i adolescència	
Taules	Xarxes
1. Taula d'Infància i Adolescència de Badalona (TIAB) <a href="http://tiab-badalona.cat">http://tiab-badalona.cat</a>	1. Xarxa d'Infància i Adolescència de Sarrià-Sant Gervasi <a href="http://www.xiass.cat">www.xiass.cat</a>
2. Taula d'Infància, Adolescència i Famílies (TIAF) de La Marina <a href="http://www.tiafm.org">www.tiafm.org</a>	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) <a href="http://www.cornella.cat/ca/Consellserveissocials.asp">www.cornella.cat/ca/Consellserveissocials.asp</a>	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 <a href="http://www.interxarxes.com">www.interxarxes.com</a>	
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 <a href="http://www.olesademontserrat.cat/files/doc26454/document-explicatiu-xarxa-10-19.pdf">www.olesademontserrat.cat/files/doc26454/document-explicatiu-xarxa-10-19.pdf</a>	
11. Taula d'Infància de la Garrotxa <a href="http://www.taulainfanciagarrotxa.cat">www.taulainfanciagarrotxa.cat</a>	
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)	



**Taula 4b: Taules i xarxes de Catalunya adreçades a la infància i adolescència en situació de risc**

Adreçades a infància en situacions de risc	
Taules	Xarxes
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Taula d'Infància Montcada i Reixac <a href="https://www.montcada.cat/ajuntament/organs-de-participacio/taula-dinfancia.html">https://www.montcada.cat/ajuntament/organs-de-participacio/taula-dinfancia.html</a></li> <li>2. Xarxa Infància i Adolescència de Manlleu (XIAM) <a href="https://manlleuxarxa.wordpress.com/">https://manlleuxarxa.wordpress.com/</a></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Xarxa d'Atenció a Famílies i Infants en Risc (XAFIR) (Raval, Barcelona) <a href="http://xafir.org">xafir.org</a></li> <li>2. Xarxa Bon Tracte (Gràcia, Barcelona)</li> <li>3. Xarxa d'Infància del Casc Antic (XICA)</li> <li>4. Xarxa d'Oportunitats 0-18 Zona Nord (XAPÓ) (Nou Barris, Barcelona)</li> <li>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</li> <li>6. Xarxa Local d'Infància L'Hospitalet</li> <li>7. "El Tresmall", Xarxa d'Infància, Adolescència i Família en Risc Pineda de Mar</li> <li>8. Amposta</li> <li>9. Taula d'Infància i Adolescència en Risc Sant Adrià de Besòs (TIRSAB)</li> <li>10. Taula d'Infància i Adolescència de Badia del Vallès</li> <li>11. Taula d'Infància i Adolescència de l'Alt Penedès</li> <li>12. Taula d'atenció als infants en situació de risc social Solsonès</li> <li>13. Comissió Tècnica d'Infància Comarcal (CTIC) Baix Empordà</li> </ol>

Font: Elaboració pròpia.

Les respostes rebudes indiquen que la comunicació entre les taules territorials i les taules locals és escassa o nul·la. Encara que la majoria de taules i xarxes estan adreçades a tota la infància i adolescència (56%), n'hi ha un percentatge significatiu (44%) que només atén la infància i adolescència en situacions de risc. Les taules estan adreçades, majoritàriament, a tota la infància mentre que les xarxes estan adreçades a infància en situacions de risc. Considerem que el nivell comarcal es correspon més amb les estructures de taula més que no pas de xarxa, malgrat que a la mostra hi trobem tres taules comarcals i tres xarxes comarcals, tenint en compte que haurien de garantir una visió sobre tota la infància i l'adolescència de la comarca i no només sobre la que està en situació de risc.

## Les principals característiques de les taules i xarxes

Vam establir alguns elements per tal de donar més visibilitat i forma a les taules i xarxes, com l'estructura, les coordinacions, el pressupost, els participants, etc. A continuació, presentem una taula amb els resultats trobats a partir dels criteris establerts per l'equip que va dur a terme l'estudi:

**Taula 5: Elements/característiques trobades en les taules i xarxes catalanes**

	Taules (17)	Xarxes (17)
Influència LDOIA (2010) en la seva creació	Sí.	No.
Secretaria tècnica	10	2
Avaluació	12	7
Web/blog	6	2
Coordinació amb altres xarxes territori	13	12
Pressupost	4 (3 Bcn)	8 (6 Bcn)
Participació famílies	7	–
Participació infants i adolescents	5	1
Participació entitats	10	13
Hauria de participar-hi algú més	11	8
Comarcals	3	3

Font: Elaboració pròpia.

Vam tenir un interès especial a saber si aquestes estructures s'havien creat per influència de la LDOIA (2010) i per això vam preguntar-los l'any de creació. Les dades es presenten a la taula 6.

**Taula 6: Any de creació de les taules i xarxes**

	Total	Taules	Xarxes
<b>Abans 2001</b>	2	1	1
<b>Entre 2001 i 2010</b>	6	1	5
<b>Entre 2011 i 2015</b>	14	9	5
<b>A partir 2016</b>	12	6	6
<b>Total</b>	34	17	17

Font: Elaboració pròpia.

La majoria de les taules i xarxes s'han creat a partir del 2011, la qual cosa coincideix amb l'aprovació de la LDOIA (2010). En general, les

estructures de treball dels consells comarcals i dels municipis més petits van començar abans. Als municipis més grans, és a partir de 2016 que es creen més taules i xarxes.

Majoritàriament, la iniciativa de creació d'aquestes estructures prové dels serveis socials. En algunes ocasions es van crear conjuntament amb altres agents o sectors, com ensenyament i salut. Algunes es creen també a partir de la implicació i iniciativa dels professionals, com en el Pla de Barris de Barcelona.

La majoria de les taules i xarxes (61,8%) no tenen pressupost propi, amb les implicacions que això pot suposar. La tendència és que les xarxes en tinguin, i com més habitants tingui el municipi, més possibilitats de disposar de pressupost. De fet, de les 12 estructures que en tenen, 9 són de la ciutat de Barcelona (6 xarxes i 3 taules), i de l'àmbit comarcal no n'hi ha cap que en tingui.

Les taules locals, comparades amb les xarxes, disposen de secretaria tècnica, avaluació i web/blog, així com de més participació de les famílies i els infants. Tant les taules com les xarxes es coordinen per igual amb altres xarxes del territori; pel que fa a la participació d'entitats, no hi ha diferència si es disposa o no de pressupost (exceptuant el cas de la ciutat de Barcelona).

### **Els objectius de les taules i de les xarxes: operatius, finalistes o estratègics? Com es fa l'avaluació?**

A l'anàlisi conjunt de totes les estructures (taules i xarxes juntes), principalment, trobem objectius operatius (coordinar, consensuar necessitats professionals, donar atenció). Després, hi ha els objectius finalistes (executar accions de promoció, prevenció i participació dels infants i protecció). Els objectius estratègics (diagnòstic, planificació i avaluació) són els menys freqüents. A continuació presentem una síntesi dels objectius més assenyalats pels participants:

Taula 7: Objectius de les taules i xarxes

ESTRATÈGICS	FINALISTES	OPERATIUS
		<b>Coordinació</b> territorial (coneixement de recursos, comunicació, intercanvi, millora del treball en xarxa, etc.).
		<b>Consensuar</b> (criteris, eines, formes conjuntes de treballar, propostes, circuits, etc.). <b>Protecció</b> (protocols de detecció, estudi de casos d'especial complexitat, etc.).
<b>Diagnòstic de la situació de la infància</b> (necessitats, problemàtiques, etc.).	<b>Prevenió</b> de situacions de desprotecció. <b>Promoció</b> del benestar infantil (sensibilitzar sobre drets, etc.).	Respondre a les <b>necessitats dels professionals</b> (formació, intercanvi, espais, etc.).
<b>Planificació</b> (plans i línies estratègiques, actuacions, innovació, etc.). <b>Avaluació</b> del funcionament de la xarxa.	<b>Participació</b> (infants, adolescents, famílies).	<b>Atenció</b> en general (millora de recursos, qualitat, etc.).

Font: Elaboració pròpia.

Encara que els objectius estratègics siguin els menys freqüents, considerem que potser caldria donar-los més rellevància.

Sobre la incidència del funcionament i l'impacte d'aquestes estructures, una mica més de la meitat (12 taules i 7 xarxes) assenyalen que es fa algun tipus d'avaluació. A més, vam recollir dades que apunten a valoracions trimestrals, anuals i fins i tot bianuals, a través de plenaris i jornades per explicar la tasca feta pels grups de treball (amb establiment d'objectius i temes a treballar).

Els mètodes i les metodologies utilitzats en les avaluacions prioritzen els processos i els instruments que permeten trobar dades tant quantitatives com qualitatives i d'impacte: recollida documental del nombre d'activitats dutes a terme, valoracions elaborades en els grups de treball, valoracions dels processos des del grup motor; aportacions de les secretaries tècniques, etc.

Finalment, per millorar la planificació dels objectius i dur a terme l'avaluació, els membres de les taules i xarxes de Catalunya assenyalen que cal més assessorament extern per ajudar els professionals dels serveis

a veure i pensar; així com eines per a registres, avaluació i supervisió de la implementació dels protocols.

Considerem que caldria, en futurs estudis, aprofundir en els resultats que s'obtenen en aquestes avaluacions. Tenim la hipòtesi que l'avaluació es basa, sobretot, en els *outputs* (les activitats) i molt poc en els *outcomes* (els resultats).

### Les estructures organitzatives i participatives de les taules i xarxes

Pel que fa a les estructures organitzatives, vam fer una pregunta oberta i vam veure que les més freqüents són: plenaris, grups de treball i comissions. Hi ha referències escasses al nivell de responsabilitat polític/institucional, que en el cas de les taules és fonamental.

**Taula 8: Estructures organitzatives de les taules i xarxes**

	N	%
Plenari(s)	28	26,16%
Grups de treball	25	23,36%
Comissions	19	17,75%
Coordinació	16	14,95%
Secretaria tècnica	11	10,28%
Grup motor	3	2,80%
Comissió política	2	1,86%
Sense estructura definida	3	2,80%
Total	107	100%

Font: Elaboració pròpia.

Pel que fa a la participació, els professionals participen en el 100% de les taules i xarxes, seguits de les entitats (en el 64,7% –quasi per igual en taules i xarxes), de les famílies (en el 20,5% –més a les taules que a les xarxes) i, finalment, dels mateixos infants i adolescents (en el 17,6% –més a les taules que a les xarxes).

Es posa de manifest (el 56% respon afirmativament) la necessitat d'una participació més gran dels infants/adolescents, famílies i entitats (lúdiques, de lleure, esportives, etc.). A més, es reclama més participació de l'àmbit judicial (col·legi d'advocats, fiscalia, jutjats, etc.) i d'altres agents (escoles, casals infantils del barri, espais de cultura i veïnals, CDIAP –Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoc), etc.

La quarta part de les taules i xarxes (73,5%) assenyalen que estan coordinades amb altres xarxes i taules del territori, com les xarxes joves, les xarxes de salut mental, les xarxes d'igualtat, altres xarxes d'infància (petita infància) i gent gran, així com amb les taules sectorials (discapacitat, convivència, mutilació genital i femenina), les taules dels plans

educatius, d'inclusió i cohesió social, les taules d'acció comunitària o de seguiment del protocol de violència de gènere, etc.

A la majoria de territoris hi ha alguna estructura de participació dels infants i adolescents, però generalment no estan vinculats a taules i xarxes com un actor més. Les principals denominacions d'aquests espais de participació són:

- Consell d'Infants i Adolescents / Consistori infantil –diferenciats per primària i secundària (12)
- Consell Municipal de Joves / Taula Jove (2)
- Consell Escolar Municipal
- Assemblees de centre, sectorials i territorials
- Consell Assessor d'Infants del Programa Municipal d'Infància i Adolescència
- Grups de famílies no constituïts com a associacions que han sorgit a partir d'alguna activitat de la taula

Considerem que s'hauria d'incidir en la participació activa dels infants i adolescents vinculant-los a taules i xarxes com un actor més!

### **Els punts forts i els aspectes a millorar en les taules i xarxes d'infància de Catalunya**

És molt important fer èmfasi en les fortaleces d'aquestes estructures i en el compromís de les persones que les construeixen diàriament. Com a punts forts, descrivim, per ordre de freqüència i agrupats per nosaltres per punts en comú, els principals aspectes:

- La implicació, l'interès i la participació activa de la diversitat dels agents (serveis, professionals i entitats) de molts àmbits relacionats amb la infància i adolescència; el sentiment de pertinença, la possibilitat de creixement i consolidació de les estructures.
- La possibilitat de reflexionar i crear de forma conjunta. L'optimització dels recursos, la metodologia de treball en xarxa que s'acaba aplicant en casos més enllà dels propis de la xarxa; la creativitat per generar recursos (projectes, serveis, recursos econòmics) per a noves necessitats fruit de la detecció i demanda col·lectiva.
- La promoció de la cultura del treball en xarxa i de la cultura d'infància i adolescència. La utilització d'un llenguatge i mirada compartida, més col·laboració i cooperació; incidència en la perspectiva comunitària entre diferents àmbits transversals; la possibilitat d'anar més enllà del treball de casos o individualitzat i donar molta rellevància a altres tipus d'estratègies d'acció (preventiva, comunitària...).

- La coordinació regular per al treball comú amb les famílies. La integració del treball, la confiança i la comunicació entre els professionals; la cohesió que ajuda a donar més eficàcia i coherència a l'atenció a les famílies i infants.
- El funcionament i l'estructura organitzativa. L'enfortiment de la xarxa tècnica; els grups de treball com a espai per planificar objectius comuns, les decisions consensuades, etc.

És cert que sempre hi ha aspectes a millorar. Les persones que van col·laborar en aquest estudi en van identificar molts, que presentem agrupats en cinc categories: els que fan referència a l'avaluació, a la comunicació, al lideratge, als treballs en grup i a la participació.

- Pel que fa a l'avaluació, les propostes són: millorar l'anàlisi i la sistematització de les dades; fer la revisió de protocols i dels processos de treball; definir els indicadors de resultats, de procés i d'impacte; disposar de suport extern.
- Pel que fa a la comunicació, les propostes són: incrementar la visibilització pública; millorar la transferència de coneixement als equips de treball; consolidar el treball conjunt amb altres taules i xarxes locals.
- Pel que fa al lideratge, les propostes són: reforçar el lideratge polític i directiu; que el lideratge no només es faci des de serveis socials o que depenguin massa de persones concretes (això és un risc per al manteniment de les xarxes).
- Pel que fa a l'eficàcia del treball de grups i comissions, les propostes són: que els grups de treball tinguin un objectiu i tasques clars; desenvolupar comissions de treball en funció de les necessitats detectades al territori; millorar la gestió del temps; dimensionar la tasca a realitzar amb un criteri de viabilitat.
- Pel que fa a la participació, les propostes són: incrementar la participació d'infants, joves i famílies; incrementar la representació professional i d'alguns sectors i col·lectius (com el tercer sector, les escoles públiques i els instituts i l'àmbit judicial).

## Conclusions i propostes

Construir espais de treball en xarxa quan tots els serveis i entitats tenen aquest mandat és una paradoxa. En aquest sentit, per ajudar a superar aquesta paradoxa, les taules i les xarxes han d'anar més enllà de la coordinació.

Si no es promou un canvi cultural profund, hi ha el risc de generar noves estructures i posar l'èmfasi en els aspectes purament organitzatius i no en el projecte compartit i en el que es pot millorar o canviar en aquest conjuntament. Les taules han de ser plataformes que permetin treballar "més" per a la infància i l'adolescència, però també i sobretot "millor" i de

manera diferent, innovant, experimentant amb noves estratègies d'intervenció, com ara, la intel·ligència col·lectiva i la gestió del coneixement, la innovació oberta, etc. Les taules han de ser un lobby, un referent al territori per a tot allò que té a veure amb infància, l'adolescència i les famílies.

A partir de tots els suggeriments de millora obtinguts en la recerca i afegint-hi la nostra visió de conjunt, fem les següents propostes per mirar de complir amb el Decret 250/2013 i la LDOIA pel que fa a les estructures de treball en xarxa sobre infància i adolescència a Catalunya.

## Transparència

**Millorar la transparència sobre el funcionament de les diferents taules; per exemple:**

- La Taula Nacional coneix totes les taules locals i xarxes del territori existents? Quin servei o unitat és responsable de donar suport a les diferents taules (nacional, territorials i locals)?
- Hi ha coordinació entre els diferents nivells de les taules (nacional, territorials i locals)? Hi ha coordinació i comunicació entre les taules i les xarxes?
- El treball de la Taula Nacional i de les taules territorials s'avalua? Hi ha sistemes d'avaluació del treball en xarxa existent a Catalunya?
- Hi ha un programa de desplegament de les taules locals?
- Hi ha pressupost per a la dinamització de les taules i xarxes?
- Les 6 taules territorials d'infància compleixen les seves funcions? (Per exemple: elaboren un programa de coordinació de les diverses administracions i institucions en la promoció social de la infància i l'adolescència, i de la detecció i la intervenció davant situacions de risc o desemparament?; despleguen els eixos del Pla d'atenció integral a la infància i l'adolescència i la coordinació de la planificació local o comarcal dels recursos preventius, en col·laboració amb els ens locals?)

## Lideratge

1. Lideratge clar de les polítiques d'infància, adolescència i famílies (promoció, prevenció, participació, protecció, provisió de serveis), evitant duplicacions i buits.

- Cal reforçar el lideratge polític perquè aquests projectes i estructures que tenen vocació de llarg recorregut tinguin la continuïtat que necessiten. No podem estar engegant permanentment processos que no perduren, amb la sensació que sempre comencem de nou i amb la pèrdua de credibilitat per a la resta d'actors de qui impulsa i lidera.
- Cal introduir la perspectiva de la infància i l'adolescència en el debat i en les agendes polítiques.



- Que els diferents sistemes implicats (salut, educació, etc.), que depenen de diferents administracions i amb organitzacions territorials diferents, donin la mateixa importància a la protecció, les urgències, les derivacions, etc.

2. Recuperar d'una forma pràctica l'arquitectura que inicialment es va plantejar de taules a diferents nivells (nacional-territorial-local). El diàleg i l'intercanvi constant entre aquests diferents nivells era clau per donar una altra dimensió al treball des de l'àmbit local i per connectar el nivell més ampli o estratègic amb la realitat.

- Acompliment per part de la Taula Nacional d'Infància i Adolescència de les funcions que li atribueix el Decret 250/2013. La darrera memòria és del 2016.<sup>6</sup>
- Acompliment per part de les taules territorials d'infància i adolescència de les funcions que els atribueix el Decret 250/2013. La majoria s'han reunit només un cop, quan es van crear el 2015.
- Executar les normatives vigents en temes d'infància en tots els àmbits.

3. Treball conjunt entre la Taula Nacional i les taules territorials per:

- Establir canals de comunicació, per exemple: per recollir propostes de les taules locals i per donar informació a les taules locals dels acords de les taules territorials i de la Taula Nacional.
- Rebre suport (humà, pressupostari, etc.) per a la gestió, accions i avaluació de la taula i per a la formació dels seus membres.

4. Canvi en la cultura de treball de tots els actors implicats per poder avançar en un model cooperatiu i en xarxa que doni sentit i orienti les taules d'infància i adolescència.

- No només cal canviar les pràctiques i les metodologies, també hem de canviar les mirades i les formes de pensar, les motivacions..., i generar les condicions organitzatives, tècniques, de recursos, etc., que ho facin viable.
- Aquest canvi de cultura comença per canviar la cultura de les organitzacions que lideren i impulsen les taules, els Ajuntaments. En aquest repte, els nivells de lideratge (direccions tècniques i polítiques) tenen un paper clau.

## Recerca i intercanvi de coneixement

1. Facilitar l'intercanvi d'experiències sobre treball en xarxa en infància i adolescència:

- Potenciar jornades de debat.
- Crear un banc de bones pràctiques.

<sup>6</sup> [http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematics/infancia\\_i\\_adolescencia/taula\\_nacional\\_infancia/](http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/taula_nacional_infancia/)

2. Obrir una línia de recerca sobre treball en xarxa amb suport públic, entre els possibles temes hi hauria el disseny d'un sistema d'avaluació de les taules i xarxes existents.

3. Facilitar que es faci un diagnòstic de la situació de la infància als territoris. Especialment els municipis petits i mitjans no tenen prou capacitat de fer recerca, anàlisi, elaborar programes, projectes, planificar, avaluar.

- Disposar del diagnòstic de les necessitats dels infants i famílies del territori.

4. No separar l'avaluació del treball de diagnòstic participat de la realitat i de planificació conjunta, incorporant noves fórmules de coneixement i de comprensió de la realitat, i de disseny de fulls de ruta compartits que permetin gestionar, de forma més creativa i estratègica, la complexitat i el canvi constant presents a les realitats en què intervenim.

- Disposar d'eines per a la planificació i l'avaluació dels recursos del territori.

## Específiques per a les taules locals

1. Crear les taules locals pendents (completant el desplegament del Decret). Per rendibilitzar temps i esforços dels professionals del primer nivell, per ser coherents amb la concepció de l'interès superior de l'infant i per oferir igualtat d'oportunitats a tots els infants i joves i les seves famílies, cal:

- Disposar d'un mapa de totes les taules locals compartit a tot el territori.
- Evitar duplicitats i la proliferació de taules sobre diferents temàtiques, per exemple, encabint les taules sobre menors no acompanyats, sobre prevenció de la mutilació genital femenina, etc., com a comissions a les taules territorials o locals, com ja és una realitat en algunes taules locals.
- Distingir entre taules i xarxes: denominacions, estructura, funcions, etc.

2. Incrementar la participació de les famílies (pares, mares, infants i adolescents) i entitats. Han de ser considerats actors principals. Incorporar aquesta perspectiva a la pràctica comporta un aprenentatge sobre com adaptar llenguatges, processos i metodologies, la gestió del temps, etc., i desaprendre dinàmiques de treball molt instal·lades orientades només des d'una lògica tècnica i d'adults, amb la qual estem habituats i ens sentim segurs.

- Esmenar el Decret 250/2013 per incloure la seva participació, i per incloure els resultats de l'avaluació del funcionament dels tres nivells de taules.

- Incorporar a les taules locals i les xarxes els espais de participació dels infants i adolescents on hi siguin i potenciar-ne la creació on no n'hi hagi.
- Fer partícips infants i famílies de la planificació i l'avaluació de serveis i recursos.

3. Afavorir el treball de prevenció i la intervenció comunitària. Un altre gran repte de les taules és aconseguir, des del territori, articular i generar sinergies entre diferents nivells d'acció. Sovint, la tendència és a desconectar i plantejar de manera aïllada allò que es fa des del nivell individual, el grupal i el comunitari. Sobre un d'aquests aspectes, com són els protocols, cal, tal com assenyala repetidament el Síndic de Greuges:

- Difondre més i millor els protocols.
- Realitzar formació a totes les persones professionals implicades.
- Nomenar referent de cada protocol a cada servei, per liderar, avaluar, convocar.
- Dur a terme un seguiment i l'avaluació de l'aplicació dels protocols.

---

## Referències bibliogràfiques

- Alonso, J. M. (6 setembre 2013). *Mites i realitats del treball en xarxa*. Recuperat de [www.youtube.com/watch?v=XCwKGExfVuc](http://www.youtube.com/watch?v=XCwKGExfVuc); [www.youtube.com/watch?v=VQtwois-z8s](http://www.youtube.com/watch?v=VQtwois-z8s); [www.youtube.com/watch?v=EoM9tfKsBq4](http://www.youtube.com/watch?v=EoM9tfKsBq4)
- Alonso, J. M. (2012). *Profesionales, equipos y redes*. Recuperat de [www.slideshare.net/jmavslideshare/trabajo-en-equipo-y-en-red-1?qid=8938131c-cdc4-435d-9704-ab457d38ba0c&v=&b=&from\\_search=15](http://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., i Vila, C. (2 octubre 2019). *Jornada "Tots a l'una pel benestar dels infants i adolescents. Promoció, prevenció, protecció, participació"*. Recuperat de [www.youtube.com/watch?v=SakXUvbC0Xo&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=SakXUvbC0Xo&feature=youtu.be)
- Decret 200/2013, de 23 de juliol, dels consells de participació territorial i nacional dels infants i els adolescents de Catalunya. DOGC, 25 de novembre del 2013, núm. 6508. Recuperat de <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2013/07/23/200>
- Decret 250/2013, de 12 de novembre, de la Taula Nacional i les taules territorials i locals d'infància. DOGC, 14 de novembre del 2013, núm. 6501. Recuperat de <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2013/11/12/250>
- Institut de Formació Contínua (2019). *Conclusions*. En *Jornada "Tots a l'una pel benestar dels infants i adolescents. Promoció, prevenció,*

- protecció, participació*". Universitat de Barcelona. Recuperat de [www.il3.ub.edu/docs/19/descargas/conclusiones-jornada.pdf](http://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.
- Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. DOGC, 2 de juny del 2010, núm. 5641. Recuperat de <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2010/05/27/14>
- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. BOE, 14 de desembre de 1999, pàg. 43088-43099. Recuperat de <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15>
- Síndic de Greuges de Catalunya (18 juny 2019). El Síndic alerta de mancances en el cas de la mort d'un nadó: en la detecció del maltractament, l'aplicació dels protocols i la coordinació entre serveis. Recuperat de <http://www.sindic.cat/ca/page.asp?id=53&ui=6372>
- Ubieto, J. R. (2007). Models de treball en xarxa. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 36, 26-39. Recuperat de <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/165566>

# Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències

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

**Tre Borràs Cabacés**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-4052-0938

**Àlex Pérez Folch**<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0002-4607-2515

**Antoni Llort Suárez**<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0002-9754-7453

---

Recepció: 17/10/19. Revisió: 11/12/19. Acceptació: 12/12/19

---

**Per citar:** Borràs Cabacés, T., Pérez Folch, À., i Llort Suárez, A. (2019). Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències. *Revista de Treball Social*, 217, 109-128. DOI: 10.32061/RTS2019.217.06

---

## Resum

Les dades obtingudes en relació amb les persones que demanen deshabitació per cànnabis en els centres especialitzats de tractament en el context europeu han reflectit un augment notable els darrers anys. Amb l'objectiu d'aprofundir en aquesta realitat, hem dut a terme una anàlisi des de la perspectiva del Treball Social ampliant aquells aspectes socials, personals i contextuals que permeten fer una lectura més aprofundida per no quedar-nos només amb els aspectes purament quantitius del fenomen.

---

1 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre drogues de Reus). tborras@grupsagessa.com

2 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre drogues de Reus). alex.perezf@urv.cat

3 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre drogues de Reus). allort@grupsagessa.com

En aquest sentit s'han explorat les demandes de tractament per cànnabis dels anys 2016 i 2017 en una anàlisi retrospectiva de les històries clíniques de Treball Social per descriure els perfils, les motivacions, les causes i els condicionants estructurals que influeixen en la presa de decisions a l'hora de cercar tractament relacionat amb l'ús de cànnabis.

S'ha observat que al servei només el 18% del total de les demandes per cànnabis són clares i específiques per aquesta substància. La resta són demandes relacionades amb situacions coadjuvants que motiven la demanda assistencial.

A partir dels resultats, es relacionen factors que cal tenir en compte a l'hora de millorar la comunicació i el registre de les demandes de tractament, així com per millorar la resposta preventiva o terapèutica a les persones que consumeixen cànnabis.

---

**Paraules clau:** Demanda, tractament, cànnabis, Treball Social, addiccions, serveis socials especialitzats, centre de tractament ambulatori.

---

## 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. Introducció

En l'àmbit europeu, el nombre de persones que demanen deshabitució del cànnabis en els centres especialitzats de tractament ha augmentat notablement en els darrers anys. Aquest fet cal analitzar-lo amb cautela, ja que l'augment de la demanda de tractament es pot atribuir a factors diversos que poden reflectir diferències entre models de provisió de serveis i criteris de derivació i diagnòstic, a més de les peculiaritats en els models legislatius de cada regió o país. Aquests factors poden fer que usuaris amb un patró d'ús menys freqüent, no problemàtic, s'incloguin en les llistes de demandants de deshabitució o que apareguin demandes relacionades amb l'ús del cànnabis en les quals el cànnabis no tingui un rol central en la problemàtica de la persona. Aquest fet facilita l'alarma social i que la percepció del risc vers la substància augmenti de manera desproporcionada. L'objectiu d'aquest estudi és aproximar-nos a la complexitat de la demanda de tractament i aclarir quins en són els motius, així com descriure i destacar el rol del Treball Social en aquests casos.

El 2004 l'Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (OEDT) va publicar l'informe "El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento", en què s'analitzen alguns factors que cal tenir en compte a l'hora d'estudiar el fenomen i que a continuació resumim en forma de pregunta:

Aquest augment representa un nombre real de persones més gran amb problemes físics i psicològics relacionat amb el consum de cànnabis? En cas afirmatiu:

- Se'n deriva d'un augment del consum regular i intensiu?
- Reflecteix altres factors com un possible augment de la potència del cànnabis?
- Es podria explicar també amb indicadors independents d'aquests últims?:

– Millores en el sistema de notificació de les demandes de cànnabis als centres de tractament?

– Expansió dels tipus de serveis de tractament disponibles; en particular, els serveis específics per a adolescents i joves?

– Canvis en la manera d'abordar l'ús del cànnabis dels sistemes penals, les escoles o altres centres que treballen amb joves, enviant a tractament persones que d'altra manera no accedirien a aquests tipus de serveis? (OEDT, 2004, p. 85).

Un altre factor clau que podria influir en aquest augment són els nous models de diagnòstic psiquiàtric com ara el DSM-V.<sup>4</sup> Aquests nous models pretenen equiparar el consum de cànnabis amb l'ús d'altres substàncies de característiques molt diferents com la cocaïna i l'heroïna, exem-

4 *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (en anglès, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreuiat DSM), editat per l' Associació Americana de Psiquiatria (en anglès, American Psychiatric Association, APA) en la seva cinquena edició.

plificant i replicant així el model clàssic d'addicció com a malaltia biològica. En el DSM-V, apareix per primer cop la síndrome d'abstinència per cànnabis, inexistent en la versió anterior. En el fons, aquest model diagnòstic promou la idea que les persones amb addiccions no només estan malaltes pel fet de consumir substàncies, sinó que a més presenten una patologia mental o cerebral associada (Puerta i Pedrero, 2017).

D'altra banda, hi ha una sèrie d'aspectes socioculturals que no es tenen en compte, sobretot si només ens fixem en les grans dades epidemiològiques, fet que impedeix planificar i dissenyar polítiques adequades per intervenir de manera eficaç en un terreny molt complex i canviant. Aquesta visió esbiaixada, per "quantitativista", perpetua la invisibilitat de factors que impacten en la salut de manera flagrant: les qüestions específiques de gènere, la classe social, l'origen cultural, les subcultures urbanes, les polítiques de salut pública, etc.

El tipus de recerca plantejada en aquest estudi respon a les inquietuds i a la voluntat de l'equip del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari de Reus (SAiSM-HUSJR) de discutir i qüestionar aquest tipus de paradigmes explicatius i obrir la possibilitat de debatre i proposar alternatives d'intervenció a través de la mirada que ofereix el Treball Social en els equips interdisciplinaris d'atenció.

## 2. Dades epidemiològiques

### 2.1. Context europeu

Segons l'Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (OEDT), s'estima que 87,7 milions d'europaus adults (de 15 a 64 anys, el 26,3% d'aquest grup d'edat) han consumit cànnabis en algun moment de la seva vida. D'aquests, es calcula que 17,1 milions d'europaus joves (de 15 a 34 anys, el 13,9% d'aquest grup d'edat) van consumir cànnabis l'últim any, 10 milions dels quals tenien entre 15 i 24 anys (17,7%). Entre els joves de 15 a 34 anys, les taxes de prevalença durant l'últim any oscil·len entre el 3,3% a Romania i el 22% a França, mentre que a Espanya parlem del 17,1%. Entre els que van consumir aquesta substància durant l'últim any, la relació d'homes i dones va ser de dos a una (OEDT, 2018, p. 43).

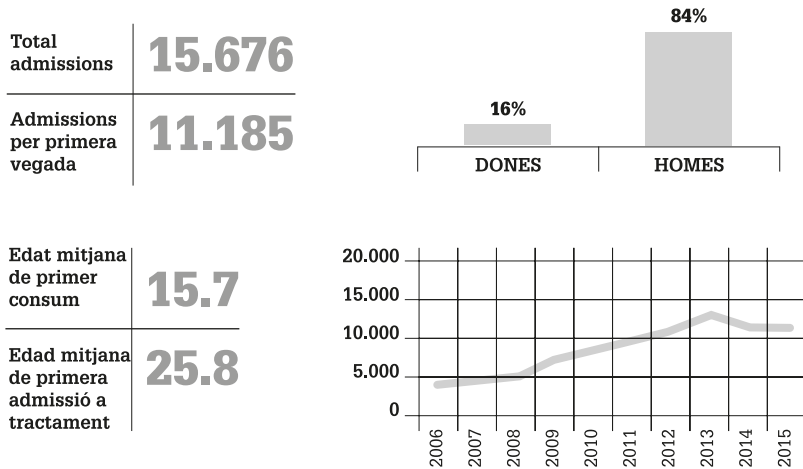
Les dades sobre les persones que reben tractament per problemes amb aquesta substància poden aportar informació sobre la naturalesa i l'abast del consum de cànnabis d'alt risc a Europa quan s'analitzen juntament amb altres indicadors. El nombre total de persones que van iniciar tractament per primera vegada per problemes relacionats amb el consum de cànnabis va passar de 43.000 el 2006 a 76.000 el 2015. Per l'Observatori Europeu hi ha molts factors que poden explicar aquest augment; per exemple, una prevalença més alta del consum d'aquesta substància entre la població general, l'augment del nombre de persones que ho fan de manera intensiva, la disponibilitat de productes d'una potència superior i l'augment de la derivació per tractament i dels nivells d'assistència (OEDT, 2018).



## 2.2. Context espanyol

Segons l'indicador d'admissions a tractament de l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions (OEDA) –amb dades del 2016, Informe 2018–, el nombre total d'admissions a tractament va ser de 47.308, 15.689 dels quals (33,1%) per consum de cànnabis. El 2013 va ser de 16.914, que va significar la prevalença més alta (34,5% del total); el 2014 va ser de 16.478 (33,6%). L'any 2009, data que prendrem com a referència retrospectiva, el nombre d'admissions a tractament per cànnabis va ser de 9.503, el 18,1% de les demandes totals. El nombre d'admesos a tractament per consum de cànnabis ha seguit una tendència ascendent que, en els últims anys, ha estat molt pronunciada. Durant el 2013, el cànnabis es va convertir en la substància il·legal responsable del nombre més alt d'admissions de persones sense tractament previ i va superar per primer cop la cocaïna. L'augment del pes del cànnabis en el total dels admesos en els centres de tractament es deu a l'increment del nombre de persones que hi han anat a tractar-se per primera vegada, encara que, en menor mesura, també es registra un augment del nombre d'admissions entre les persones que han rebut tractament per aquesta substància amb anterioritat.

**Fig. 1. Evolució dels pacients admesos a tractament per cànnabis a Espanya**



Font: Informe Espanya (2018), OEDT.

Aquestes xifres són compatibles amb l'elevat pes que suposen les demandes de tractament per cànnabis entre els menors d'edat a Espanya. Així, el 95% de tots els menors de 18 anys que han anat a centres especialitzats per consum de drogues el 2013, ho han fet, aparentment, per problemes amb el consum de cànnabis. Aquest ascens és coherent amb la

informació procedent d'altres fonts d'informació de l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions.

El perfil dels admesos per cànnabis a Espanya (2016) és el d'un home de 26 anys que acudeix per primera vegada per aquesta substància. S'hi acosta per iniciativa pròpia, per pressió familiar o derivat de serveis legals, viu amb la família d'origen, sol consumir la substància diàriament i en consum d'altres, principalment alcohol.

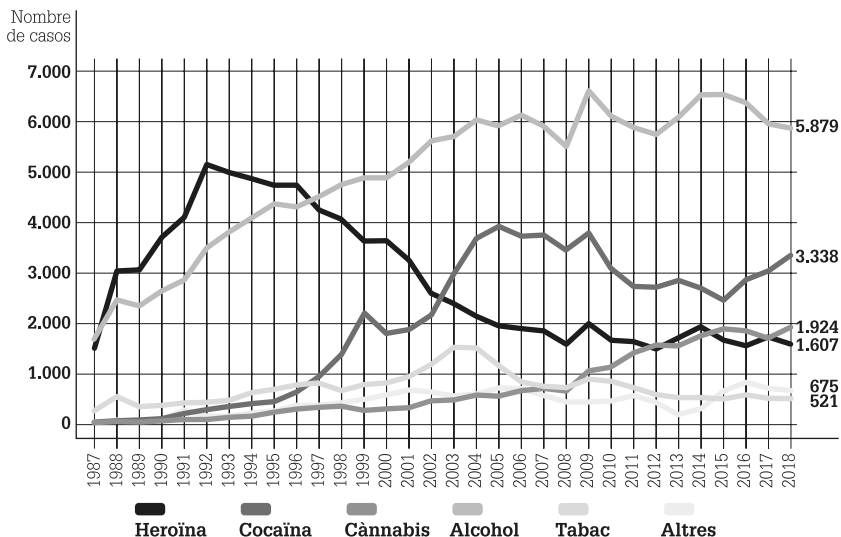
El 2013 el perfil del consumidor problemàtic de cànnabis, segons l'Observatori Espanyol, és el d'un home, solter, de 32 anys que ha finalitzat l'ensenyament secundari i treballa o està a l'atur havent treballat abans. La majoria (98,1%) consumeix substàncies legals, gairebé 1 de cada 5 (17,7%) en consumeix d'il·legals i prop de 3 de cada 10 han provat noves substàncies psicoactives. Aquest perfil és similar a l'observat el 2011 (OEDA, 2018).

El 2013 s'estima que el nombre de consumidors problemàtics / de risc de cànnabis (CAST  $\geq$  4) entre 15 i 64 anys és de 687.233, cosa que representa el 2,2% de la població de 15 a 64 anys (el 3,6% dels homes i el 0,8% de les dones). Amb l'objectiu d'ajudar en la detecció de grups i poblacions de risc, resulta interessant estudiar els percentatges que suposen aquests consums, no ja en la població total de cada categoria d'edat, sinó entre aquells que han consumit en l'últim any. Així, el 25,0% (el 29,0% dels homes i el 15,2% de les dones) d'aquests consumidors compleixen criteris de consum problemàtic (OEDA, 2018).

### **2.3. Context a Catalunya**

A Catalunya, les demandes de tractament per ús de cànnabis als CAS (centres d'atenció i seguiment a les drogodependències) han augmentat també sensiblement i quantitativament des del 2009. Segons el Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (SIDC), l'any 2009 es van notificar un total de 14.825 inicis de tractament ambulatori per abús o dependència a diferents drogues, més de 1.000 demandes menys que el 2017, principalment per consum d'alcohol (6.603 casos, 44,5% dels casos notificats), però també per consum de cocaïna (3.779 casos, 25,5%), heroïna (1.916 casos, 12,9%), tabac (908 casos, 6,1%) i derivats del cànnabis (1.069 casos, 7,2%) (SIDC, 2009). L'any 2017 els casos d'inici de tractament notificats a Catalunya per cànnabis han estat de 1.705 casos (el 12,43% de la demanda total) (SIDC, 2018), i el 2018 de 1.924 casos (el 13,8% de la demanda total) (SIDC, 2019).

**Fig. 2. Evolució anual del nombre d'inicis de tractament a Catalunya segons la substància principal que els motiva**



Font: SIDC, 2019.

**2.4. Context local. Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAiSM-HUSJR)**

Durant el 2016 van demanar tractament per ús de cànnabis al SAiSM-HUSJR 109 persones: 87 per diferents demandes relacionades amb l'ús de cànnabis i 22 per multes relacionades amb la seva possessió, consum a la via pública o sancionades pel DROGOTEST.<sup>5</sup> El 2017 es van registrar 53 demandes de tractament o deshabitució per cànnabis, 5 per multes administratives i 48 demandes per diferents qüestions relacionades. Del total de les 53 demandes del 2017, 11 consistien en persones que ja havien iniciat tractament o havien fet demandes el 2016.

Durant el 2009, per poder comparar amb les dades presentades fins ara amb els diferents observatoris, es van fer 86 demandes relacionades amb l'ús del cànnabis, 43 per deshabitució i 43 per multa. Cal matisar en aquest punt que, tot i que l'any 2017 presenta una xifra més baixa d'admesos a tractament per cànnabis, la tendència des del 2009 és clarament a l'alça.

5 És un aparell que funciona com un detector de substàncies estupefaents o psicotròpiques com ara: amfetamines, benzodiazepines, cànnabis, cocaïna, MDMA, metamfetamina, altres opiàcis. El Drogotest tan sols detecta la presència de les substàncies esmentades en l'organisme; és a dir, el positiu o el negatiu, sense tenir en compte en quin nivell s'han consumit, com passa amb les proves d'alcoholèmia, o si influeix o no en la capacitat per conduir.

### 3. Breu història i rol del Treball Social en l'àmbit de les addiccions

El Treball Social és una de les ciències socials que estudia diferents aspectes de les persones, entenent l'individu com un ésser que es relaciona en societat i busca el benestar social (Barreto, 2017). Segons la mateixa autora, des del Treball Social s'intervé en problemes que donen lloc a desequilibris amb l'entorn social i a necessitats socials, i es val dels recursos existents per cercar solucions i produir canvis, fomentant l'autonomia de la persona perquè aprengui a mobilitzar els seus propis recursos, a relacionar-se millor i sigui capaç de modificar situacions en el futur.

Les funcions que el treballador o la treballadora social desenvolupa- rà conflueixen entre les múltiples i complexes relacions interpersonals i els seus diferents ambients o contextos. En l'àmbit de les addiccions i la salut mental, el treballador social haurà de tenir un coneixement del fenomen de les addiccions i de les circumstàncies que poden acompanyar les persones i famílies que les facin més vulnerables amb els problemes derivats del consum. Per això, els treballadors socials es converteixen en agents de canvi en la societat i en la vida de les persones, famílies i comunitats per a les quals treballen (Bravo i Díaz, 2013).

Des de l'enfocament operatiu de la implementació de la figura del treballador social en els dispositius de tractament de les addiccions, per Ander-Egg (1972) es poden observar tres tipus d'accions:

- Acció preventiva: tendeix a actuar sobre causes immediates o en la gènesi dels problemes específics per evitar-ne l'aparició o el sorgiment dels factors desencadenants d'aquests problemes.
- Acció assistencial: procura satisfer necessitats i resoldre problemes assistint a qui, per un motiu o altre, pateix una situació de marginalitat o presenta mancances bàsiques en l'entorn social.
- Acció rehabilitadora: procura la reinserció social de les persones afectades una vegada resolt el problema i intenta evitar que es reproduïxi.

Centrant-nos en el Treball Social en l'àmbit de les addiccions, durant la dècada dels 80 es va posar en marxa en el territori espanyol una estructura de resposta basada en un model biopsicosocial, en contraposició al model biològic que havia imperat fins al moment. Es van crear institucions de caràcter multidisciplinari, partint de la premissa que l'addicció és un problema multicasual i que, per això, havia d'abordar-se des de diferents disciplines vinculades a aquest àmbit. El Treball Social està present en molts equips professionals i aporten una visió socialitzadora de la problemàtica, imprescindible per a la rehabilitació i la incorporació social dels subjectes afectats (Sixto-Costoya i Olivar, 2017).

Segons Sixto-Costoya i Olivar, el Treball Social és una disciplina amb una trajectòria de més de mig segle. Textos com el de Tobin (1952) de la Universitat de la Colúmbia Britànica ja postulaven sobre el rol del treball

social en el tractament de les addiccions, fent referència a les variables contextuals relacionades amb els factors socials com la família, el treball i el grup d'iguals.

A Espanya, el Treball Social en el camp de les addiccions està present des dels inicis de la professió i evoluciona fins que aconsegueix rang universitari l'any 1983 (Gutiérrez, 2007). Segons el mateix autor, es pot definir el treball social en l'àmbit de les addiccions com:

Forma especialitzada de Treball Social que, mitjançant un procés d'acompanyament social, té per objectiu l'estudi i abordatge dels factors socials que poden propiciar l'aparició de conductes addictives, contribuir al seu manteniment o afavorir-ne l'abandonament; reduint els factors de risc del context social i incrementant els recursos del subjecte de naturalesa interactiva i psicosocial (Gutiérrez, 2007, p. 184).

El Treball Social en l'àmbit de les addiccions es duu a terme des dels serveis socials especialitzats. Aquests serveis són: centres de tractament ambulatori (a Catalunya, CAS), comunitats terapèutiques, centres de dia, pisos tutelats, tallers ocupacionals, unitats de desintoxicació hospitalària, programes de manteniment amb antagonistes opiacis i unitats mòbils.

Centrant-nos en les demandes de tractament per cànnabis al SAiSM-HUSJR i les intervencions que es duen a terme des del Treball Social especialitzat, observem que les dades epidemiològiques poden ser molt útils a l'hora d'orientar-nos sobre la distribució o els factors determinants en relació amb la salut o problemes relacionats, però ens aporten un tipus d'informació parcial que dificulta l'aprofundiment en aspectes de caire personal, social o contextual. En aquest cas, és important entendre que una única lectura quantitativa sobre el nombre de demandes o inicis de tractament per cànnabis no és suficient per llegir entre línies o adonar-nos de la complexitat dels fenòmens o determinants socials que afecten la salut. Per aquest motiu, destaquem la necessitat d'acollir i rebre les demandes de tot tipus amb una perspectiva prou àmplia i integradora de tots aquests aspectes, com la del Treball Social entre altres disciplines, ja que permeten fer una lectura qualitativa del fenomen i al mateix temps –quan sigui necessari– iniciar un itinerari assistencial o terapèutic òptim, situant la persona interessada al centre de la intervenció i afrontant així la problemàtica determinada amb les millors garanties i respostes adequades. Com afirma Colom (2012), els i les professionals del Treball Social han de fer una intervenció a demanda de la persona o la família i han d'establir tantes hipòtesis diagnòstiques com calgui.

Les persones que inicien un tractament al SAiSM-HUSJR fan una primera entrevista amb l'equip d'infermeria i amb el treballador o la treballadora social en què es fa una clarificació de la demanda i s'inicia l'abordatge de la situació o problemàtica presentada. És en aquesta entrevista on es decideix quin perfil professional és el més adequat per acompanyar l'usuari en la primera fase del procés psicoterapèutic. Els casos que hi

acudeixen per una sanció administrativa poden ser assumits per l'equip de Treball Social o Educació Social, o es poden derivar a un altre professional si es detecta alguna altra problemàtica associada al consum de substàncies que requereixi un altre tipus d'intervenció.

Per tant, en un context on cada cop hi ha més demandes d'atenció, el paper del Treball Social és fonamental per redefinir i clarificar la problemàtica dels usuaris i intentar comprendre què motiva les persones a acudir cada cop més als serveis especialitzats per consum de cànnabis. Els instruments de treball per elaborar diagnòstics esdevindran, doncs, cabdals en la pràctica del treball social en l'àmbit de la salut, ja que permeten dimensionar els problemes personals dels pacients, les condicions familiars, els problemes laborals, les condicions generals i de la seva família o nucli de convivència (Colom, 2012).

Al SAiSM-HUSJR se segueix un protocol psicossocial a les primeres visites, que es registra a la història clínica del procés assistencial perquè els diferents professionals puguin accedir-hi i recórrer en cas que sigui necessari a les dades primàries de caràcter social dels usuaris o usuàries. Així doncs, cal valorar el rol del Treball Social pel que fa a la recollecció, sistematització i tractament de les dades i l'acompanyament de la persona o la família en l'itinerari de tractament més adient en el moment que es fa la demanda.

La Carta de serveis de treball social sanitari (Institut Català de la Salut, 2013) posa en relleu la importància d'aconseguir la vinculació i l'adherència dels pacients i les seves famílies al tractament, i aquest és l'objectiu de les primeres entrevistes: que l'usuari se senti escoltat, no pas jutjat, a més de poder generar la confiança en un tipus de servei al qual moltes vegades no accedeixen per voluntat pròpia. En molts dels casos relacionats amb el consum de cànnabis, no hi predomina una problemàtica d'addicció, així que el tractament es converteix en una oportunitat per treballar el desenvolupament d'habilitats socials, de rehabilitació social i de coneixement dels recursos de la comunitat, ja que, en alguns casos, poden presentar dèficits en aquests aspectes. La prescripció social d'activitats de lleure, ocupacionals o rehabilitadores en són un bon exemple. En situacions socials cada cop més complexes, com l'envelliment de la població, la invisibilització de la dona o l'estigmatització dels joves pel fet de ser consumidors, el Treball Social en el camp de la salut esdevé una peça clau per poder gestionar les intervencions adequades.

Segons Wells, Kristman i Peavy (2013) els tractaments són més efectius quan es donen en un sistema que pot oferir un suport ampli en les diferents vessants del problema, adaptant-se i canviant les estratègies d'intervenció segons les necessitats del pacient i la realitat canviant del seu context. Determinades pràctiques de Treball Social, com la transmissió d'informació basada en l'experiència de la lluita o incidència política en defensa de grups en risc d'exclusió social, han estat identificades com a aplicacions molt importants per a la millora de la qualitat de vida dels pacients en el camp de l'addicció.

Els professionals del Treball Social estan ben preparats per assumir aquests rols ampliat i fer de pont crític entre els serveis generals i els específics per a les persones amb problemes d'addicció durant el procés d'integració, cosa que els converteix en proveïdors de serveis d'informació i atenció a organitzacions i estructures que no estan especialitzades en el tractament de les addiccions. Per superar amb èxit l'esquerda entre els serveis especialitzats i els generalistes els treballadors i les treballadores socials han d'incrementar les seves habilitats i formació, fet que també els ha de permetre convertir-se progressivament en una peça clau per implementar tractaments psicosocials basats en l'evidència, com poden ser l'entrevista motivacional, la teràpia sistèmica, l'enfocament de reforç comunitari, la gestió de contingències o altres pràctiques i tècniques descrites per Wells et al. (2013) per poder optimitzar d'aquesta manera el resultat de les intervencions i el treball en xarxa.

## 4. Objectius i metodologia

### 4.1. Objectius de la recerca

Descriure qualitativament la demanda assistencial de les persones que cerquen tractament relacionat amb l'ús de cànnabis des de la perspectiva del Treball Social en el camp de les addiccions.

### 4.2. Metodologia

La metodologia per a aquest estudi s'ha basat en l'anàlisi retrospectiu de caràcter qualitatiu de les històries clíniques socials de les persones que han fet demanda de tractament al SAiSM-HUSJR durant el 2016 ( $n = 109$ ) i 2017 ( $n = 34$ ). Mitjançant el buidatge d'aspectes clau obtinguts de les històries clíniques electròniques (HCE) consultades, s'ha elaborat una guia d'observació centrada en el protocol d'anamnesi social de recollida de dades i especialment en el motiu expressat de la demanda.

Durant la primera visita que duu a terme el treballador o la treballadora social del servei s'exploren, mitjançant una recollida de dades protocolitzada, diferents aspectes de l'usuari o usuària: els antecedents i les relacions familiars, fets vitals remarcables, aspectes formatius i laborals, opcions d'oci, antecedents judicials, habitatge, suport social, estat de salut, etc. Per determinar l'abast de la situació derivada pel consum de cànnabis, es tenen en compte tant les característiques de la substància, com l'estructura psicosocial de la persona i també la idiosincràsia del seu context.

S'ha recollit i analitzat amb més profunditat l'apartat de la història clínica social: "Qui acut a presentar el problema i motiu per iniciar el tractament". Aquest segment del protocol de recollida de dades reflecteix molt bé quines són les habilitats i destreses que el treballador o treballadora social ha de desenvolupar i dominar a l'hora de copsar, sintetitzar i redirigir les diferents demandes dels usuaris.

D'altra banda, per tal d'exemplificar la singularitat i les característiques que diferencien unes demandes d'altres, s'han extret de les mateixes HCE alguns fragments (els més il·lustratius) amb l'objectiu d'exemplificar com des del Treball Social es fa el tractament i l'anàlisi de les dades que configuraran el itinerari terapèutic o assistencial de cada persona.

## 5. Resultats

Del total d'inicis de tractament ( $n = 143$ ) relacionats amb el consum de cànnabis, 26 ho han fet motivats per qüestions relacionades directament amb la deshabitució de la substància, la resta (117) presenten problemàtiques no atribuïbles directament al consum de cànnabis tot i quedar registrades com a tals.

### 5.1. Descripció de la mostra segons sexe i edat

Durant els anys 2016 i 2017 han fet alguna demanda relacionada amb el consum de cànnabis 143 persones, de les quals 21 dones (14,8%) i 122 homes (85,2%). La mitjana d'edat és de 26,8 anys (27 anys per als homes i 23,8 anys per les dones). El 54,5% d'aquests pacients són nascuts entre l'any 1993 i el 2002 (entre 15 i 24 anys).

### 5.2. Demandes relacionades directament pel consum de cànnabis

26 persones (5 dones i 21 homes) –que representen el 18,1% del total ( $n = 143$ )– han fet una demanda explícita i directament relacionada amb la deshabitució del cànnabis sense altres problemes associats significatius. D'aquestes 26 persones, 14 (53,8%) hi arriben per iniciativa pròpia; 8 (30,7%), per iniciativa familiar o de la parella; 3 (11,5%), derivats pel metge d'atenció primària; 1 (3,8%), des de serveis socials d'atenció primària.

Les 26 demandes directes de tractament per consum de cànnabis s'han desglossat en les següents categories:

– Qüestions relacionades amb el món laboral (obligació de fer anàlitiques/controls de substàncies psicoactives a la feina): 2 persones (7,6%).

“Hi acut derivat pel metge de capçalera per problemes de cànnabis. IP (pacient identificat) considera que té un problema donat que alguna vegada afecta la seva feina, també és cert que els seus horaris són un poc irregulars i imprevistos. El condiciona en alguns moments i voldria poder fumar un dia puntual, si pogués. Des que va anar a la visita amb la metgessa de capçalera, ha disminuït el consum. Explica que ve al servei perquè s'adona que abusa del THC<sup>6</sup>, pensa que podria rendir més a la feina, a més té la possibilitat de promocionar i li fan reconeixement mèdic amb anàlisi d'orina. Ho ha parlat amb el seu responsable i li han dit que vagi

6 També conegut com a delta-9-tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC), és el principal constituent psicoactiu del cànnabis.



reduint el consum fins a deixar-ho. També explica que sota l'efecte del consum, fa coses que després pensa que hauria de fer d'una altra manera.”

– Ajuda per deixar el consum de cànnabis per fracàs en els intents individuals: 9 persones (34,6%).

“Hi acut derivat per metge d'atenció primària perquè IP vol deixar de fumar cànnabis. Actualment fuma uns 5-6 porros diaris, si té cànnabis; gairebé no fuma tabac, pot fumar-se només un cigarro al matí. Fa més de 6 anys era consumidor de coca i alcohol, però fa 6 anys va patir un accident de moto important i a partir d'aquell moment no n'ha consumit més, però sí que ha seguit fumant porros i tot i que hi ha hagut temporades de fumar-ne 10, ara en fuma 5 i vol erradicar-ho. Demana deixar de consumir porros.”

– Problemes de consum de cànnabis associat a problemes familiars o de socialització: 7 persones (26,9%).

“Ve IP acompanyat de la seva mare, que es queda fora. Refereix que la seva mare li ha pagat perquè vingui al servei. Refereix que en els darrers anys ha estat dos dies sense fumar. Diu que quan ha estat sense fumar, al principi li ha agafat una mica de por pel fet de no tenir cànnabis a l'abast, ja que sempre n'ha tingut. La seva mare és molt anti «tot». IP refereix que abans no controlava el consum, entre els 16 i els 18 anys. IP diu que la seva mare associa el comportament d'IP amb l'herba. Demanda: Deshabitució.”

– Consum de cànnabis com a forma d'automedicació per combatre l'ansietat i aconseguir estats de relaxació: 7 persones (26,9%).

“Ve IP acompanyada de la seva mare. IP fuma 5 porros al dia des de fa quatre anys. IP ha anat augmentant el consum. IP pensa que els porros li aporten tranquil·litat. Quan no fuma està més nerviosa, quan fuma llavors es tranquil·litza. Si no fuma, es posa de molt mala llet. En els darrers dos anys, ha fumats cada dia. IP es fuma el primer porro a les 11.30 h. IP diu que vol deixar de fumar per veure la seva mare bé. El pare vol que els deixi immediatament. IP diu que quan té una preocupació no la comparteix amb ningú, de vegades ho escriu i ho crema. IP pensa que si deixa els porros canviaran les coses, però el seu pare no canviarà. IP diu que sempre ha estat mandrosa.”

– Estat depressiu en el moment d'iniciar el tractament: 1 persona (3,8%).

“Ve IP sola, diu que està molt nerviosa. IP refereix que fuma menys porros que l'altre cop que va venir, ara fuma quan acaba de fer les tasques diàries. IP va estar 4 anys sense consumir i ara torna a consumir, va ser un dia que havia begut i va consumir. Va estar un temps que consumia cada dia. Ara intenta frenar, però quan ho fa «em sento molt malament, deprimida», el darrer cop va ser fa una setmana. IP diu que normalment ha begut primer alcohol però no té per què. IP creu que li falta molta força de voluntat per deixar de consumir, per això ha vingut al Servei.”

### 5.3. Demandes no relacionades directament amb el consum de cànnabis

La resta de demandes de tractament i deshabituació (n = 117) o bé no han acudit al servei, o no estan relacionades directament amb un consum problemàtic de cànnabis tot i que s'han registrat com a tals.

Aquestes demandes s'han distribuït en les següents categories:

– No acudeixen a la visita tot i haver fet una primera demanda: 35 persones (29,9%).

– Acudeixen realitzant una demanda de cànnabis terapèutic per tractar malestars o problemes de salut: 2 (1,7%).

“IP Acut acompanyada de la filla, fan demanda de prescripció de cànnabis terapèutic per dolor osteoesquelètic.”

– Han realitzat una demanda relativa al cànnabis però el consum actiu i simultani d'altres substàncies (alcohol i cocaïna, i alcohol, cocaïna i altres) predomina en la seva problemàtica de consum: 4 (3,4%).

“Ve IP sol, refereix que «ahí está», comenta que no consumeix cada dia però que sí que ho fa setmanalment. Li agradaria deixar els mals hàbits (deixar de consumir a casa sol, vol reduir el consum, i vol consumir quan ell ho decideixi). IP refereix que consumeix més a Reus que a Menorca. Tant consumeix sol com acompanyat, depèn de la companyia. Consumeix *speed* i alcohol, a vegades primer alcohol i després *speed*, però no té per què ser així.”

– S'ha considerat que existeix alguna patologia mental greu que predomina sobre la seva demanda relativa a l'ús de cànnabis: 9 (7,6%).

“Ve IP acompanyat de la seva parella. Arriba una mica tard, perquè, segons explica, ha anat al bar a buscar menjar. IP refereix que consumeix cocaïna i marihuana. Al Centre de Salut Mental (CSM) no té més visites, l'han derivat al servei. IP diu que se sent «com una merda». IP refereix que els porros són el que el tranquil·litza. Té la casa destrossada dels cops que ha donat, darrerament es controla més. IP es queixa que la medicació que li han donat el posa encara més alterat. IP refereix que s'aixeca alterat, amb ganes de *bronca*. IP refereix que ha estat tancat a casa 5 anys perquè no el trobi la policia. Diu que la parella ha tardat un any a convèncer-lo. IP refereix que quan surt al carrer sent que el persegueixen, això li passa des de fa anys, uns 10 o 15 anys.”

– Acudeixen estrictament en relació amb una multa per tinença de substàncies, 2 dels quals per Drogotest: 19 (16,2%).

“IP refereix que li van posar una altra multa de Drogotest. IP refereix que no està «enganxat» a la marihuana. Ara fuma ocasionalment.”

– Acudeix al servei arran d'una multa per tinença i des del treball social es decideix que el més adequat és una intervenció de tipus psico-terapèutic: 8 (6,8%).

“IP sol. Refereix que també vol fer tractament, ja que ve per la multa però diu que està consumint des de fa temps. IP refereix que té pors, des que el van agredir. Ha demanat hora amb un psicòleg. IP diu que està desanimat, s'ajunta amb la gent i es deixa manipular.”

– Qüestions relacionades amb justícia juvenil. És a dir, hi pot haver consum de cànnabis, però el que s'aborda són problemes d'índole diversa (familiar, relacional...) que han fet que el jove tingui problemes amb la justícia: 7 (5,9%).

“IP vol reduir el consum de cànnabis, la derivació la fa justícia juvenil, però IP comenta que va ser ell el que va comentar que vol reduir el consum de THC.”

– Dones embarassades que demanen assessorament per disminuir danys i riscos durant l'embaràs: 2 (1,7%).

“IP va acudir a mitjans del mes de juny indicant que estava embarassada de 6 mesos. Que havia anat al metge diverses vegades però sempre li havien dit que eren còlics, mal d'estómac... Manifesta que el pare és una antiga parella, que viu amb ell i que volen tirar endavant... que ella en tot moment ha dit a l'hospital que com que no sabia que estava embarassada havia fet consums «esporàdics». Pocs dies després, la parella es trenca i ella marxa a viure amb els pares... des de llavors ha anat venint.”

– Demandes realitzades per pares/mares sense la presència i la implicació del pacient. Assessorament familiar: 3 (2,5%).

“Acudeixen el pare i la mare. Refereixen que va començar a fumar marihuana als 18-19 anys. Refereixen que els 15 euros que li donaven eren, presumptament, per fumar. La mare el defineix com a no implicat en els estudis. Diu que té poca tolerància a la frustració i la mare diu que està rebotat amb ella. La mare diu que possiblement han insistit massa que estudiés i que IP no volia estudiar. Demanda: Deshabitució.”

– Demanda de tractament per qüestions relacionades amb la justícia penal, tràfic, accidents o judicis: 6 (5,1%).

“IP està fent seguiment amb justícia juvenil. IP fa seguiment un cop a la setmana a Salou. IP té dues mesures judicials, de sis mesos. Si la primera mesura li va bé, la segona no l'haurà de complir. Va ser una baralla que van tenir, tiraven coses. IP diu que no hi va tenir res a veure. Refereix venir obligat i no creu que el puguem ajudar, tret del tema judicial. Creu que fer-se proves de substàncies el pot ajudar. Li dic que això ho ha de comentar a les visites de seguiment. Al final de l'entrevista se'l veu més confiat.”

– Demanda d'intervencions de deshabitució relacionades amb problemes de salut (epilèpsia): 2 (1,7%)

“IP té clar que vol deixar de fumar cànnabis, va iniciar-se amb els amics, ha fet temporades de més consum, una de les temporades ja tenia l'«obsessió» de fumar cada dia, ara actualment en fuma un abans d'anar a dormir, durant el dia no acostuma a fumar perquè sap que a la nit se'n fumarà un i es quedarà tranquil. Comenta que quan queda amb els amics fuma més, IP se n'adona, però ell diu que li agrada consumir amb els amics. Comenta que s'ho passa bé fumant, i li agrada i diu que per això li costa tant deixar-ho. IP vol deixar el consum i fer-ho només esporàdicament, comenta que ha tingut diferents atacs epilèptics i comenta que ha anat disminuint el consum. Comenta que està ansiós durant el dia fins que arriba el moment de fumar.”

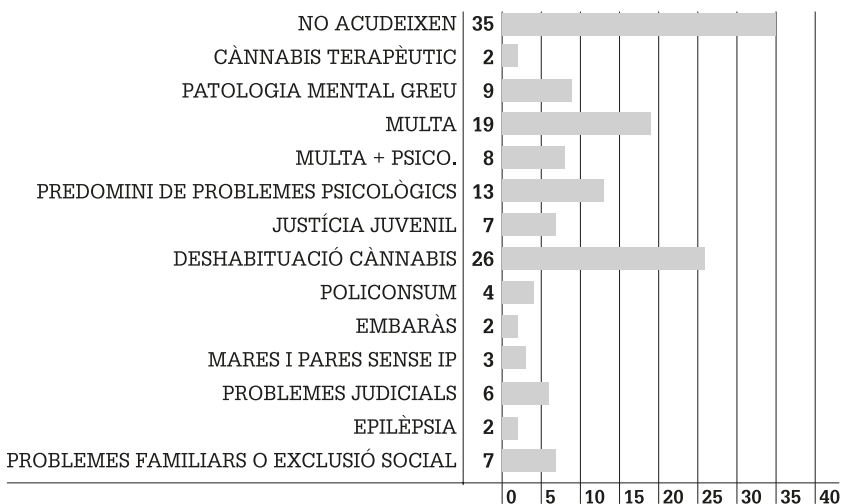
– Demanda de tractament per problemes familiars o de parella (dol no elaborat, familiars amb psicopatologia, conflictes relacionals, problemes econòmics): 7 (5,9%).

“Ve IP acompanyat del pare i la mare. Els pares diuen que IP està fumant des de fa anys. IP diu que deixarà de fumar cada dia, perquè ell vol. La mare refereix que està molt preocupada perquè li falten cèntims. Els seus pares diuen que les seves amistats no li agraden. El pare plora quan refereix que IP fuma. La mare diu que ella vol una planta de marihuana per fer ungüent per al braç i IP diu que la vol per fumar i per passar –es veu que ven marihuana–. IP es defineix com a hiperactiu. Els pares diuen que des de fa un temps està més nerviós. La família diu que al poble es diu que fuma molt. Diuen que la seva germana li «fot canya», li diuen que ha de deixar de fumar i beure. La seva germana també està preocupada, que es tregui el carnet de conduir.”

– Predomini de diferents problemes psicològics (ansietat, nerviosisme, trastorns alimentació, heteroagressivitat, autoagressivitat, impulsivitat, conductes disruptives, depressió, alteració de l'estat d'ànim, irritabilitat, estranyament): 13 (11,1%).

“IP sol. IP refereix que té ansietat, refereix que ha intentat deixar els porros per si mateix anteriorment, ara fuma uns 2 porros al dia i abans en fumava 25 porros. IP diu que està tot el dia malament, sua... es troba malament. Diu que ha plantat marihuana i s'ho ha fumat tot. IP diu que se sent molt nerviós i que creu que està a punt d'explotar. IP diu que ningú li pot dir res, que està a punt d'explotar. IP està molt angoixat. IP diu que té molta ansietat, nervis.”

**Fig. 3. Distribució dels motius de la demanda relacionada directament o indirectament amb el consum de cànnabis (n=143)**



Font: Dades de la memòria del SAiSM-HUSJR (2017-2018), document intern no publicat.

## 6. Conclusions

Després de l'anàlisi de les històries socials i clíniques de totes les demandes de tractament al SAiSM-HUSJR, només el 18% són demandes clares i específiques de deshabitució del cànnabis. El 82% restant són demandes relacionades amb situacions coadjuvants amb un pes més important en la problemàtica presentada que el sol fet de consumir cànnabis, com s'ha detallat a l'apartat de resultats.

La tendència a l'alça de les demandes de tractament per cànnabis observades als diferents observatoris i sistemes d'informació (europeu, espanyol i català), coincideix amb les dades obtingudes al SAiSM-HUSJR, tot i que a escala local no s'ha notificat una tendència a l'alça tan acusada com en la resta de sistemes de notificació. Aquesta diferència es pot explicar per una imprecisió a l'hora de categoritzar les demandes, ja que moltes problemàtiques de causalitat múltiple relacionades amb l'ús de cànnabis directament i indirectament poden haver caigut en un "calaix de sastre". En aquest sentit caldria plantejar la revisió dels sistemes de notificació, diagnòstic, tractament i derivació actuals per poder clarificar i classificar millor les demandes relacionades amb el consum de cànnabis.

Un altre aspecte que cal considerar de cara a la identificació de la mostra té relació amb els diagnòstics clínics. Qualsevol canvi en les classificacions diagnòstiques, com ha succeït amb el DSM-V, dels anomenats trastorns relacionats amb substàncies és rellevant, perquè poden alterar notablement les dades de prevalença. Aquest diagnòstic té no només implicacions clíniques sinó també legals (per exemple, per al compliment de qüestions judicials) i, de cara al tractament, els canvis poden significar que estadísticament més persones siguin susceptibles de posar-se en tractament; per exemple, fumadors de tabac, bevedors d'alcohol o, com és el cas, consumidors de cànnabis (Becoña, 2014).

Pel que fa als itineraris assistencials, tant per als que manifesten un desig exprés de deshabituar-se del cànnabis com pels que no, es requereix una ordenació de manera que en la fase de presa de contacte o porta d'entrada un equip d'experts de l'atenció social capaços de detectar i interpretar correctament el sentit de la demanda pugui fer una valoració detallada de les necessitats de la persona que arriba als serveis especialitzats i així poder-hi donar una resposta més adequada.

Cal destacar que la segona causa d'accés als centres de tractament per cànnabis són les multes administratives imposades pels cossos policials en referència a la Llei de seguretat ciutadana. La resposta punitiva que, com a agents sociocomunitaris, s'està donant al fenomen d'ús de cànnabis és qüestionable. El fet d'imposar una sanció administrativa, sense cap mesura educativa que l'acompanyi, no resol ni s'aproxima a l'abordatge complex que el fenomen necessita. S'ha identificat que algunes persones, després d'haver estat sancionades, busquen en l'àmbit sanitari (pel fet de posar-se en tractament) l'eximent de la sanció econòmica, fet que només

és possible per als menors d'edat (abans de la Llei 4/2015 de seguretat ciutadana era possible per a tots els grups d'edat).

Cal incorporar la perspectiva de l'existència d'un consum no problemàtic de substàncies i potenciar la recerca sobre els mecanismes d'autogestió positiva, per tal de poder orientar les persones cap a possibles línies d'intervenció relacionades amb el paradigma de reducció de danys i riscos. També hauríem de considerar que moltes de les problemàtiques associades al cànnabis són de caràcter legal i que per tant s'han de tenir en compte totes aquelles propostes de regulació que plantegin alternatives a l'estatu quo actual.

Tot i que les substàncies (no només el cànnabis) protagonitzen majoritàriament l'atenció especialitzada, el que motiva, en molts casos, la demanda de tractament són altres factors relacionals, de context o personals. En aquest sentit, es posa en relleu el paper que els serveis especialitzats en el camp de les addiccions tenen també a l'hora de detectar i intervenir en les problemàtiques relacionades amb la salut mental, factors socials i de salut en sentit ampli.

Es valora el bagatge del Treball Social en el camp de les addiccions, present als centres de tractament des dels inicis. És un element clau per clarificar i vehicular les demandes i acompanyar tant els usuaris com els professionals que poden intervenir cap a un procés efectiu de canvi.

---

## Referències bibliogràfiques

- Ander-Egg, E. (1972). *El trabajo social como acción liberadora*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Bravo, D., i Díaz, Y. (2013). *La intervención del trabajo social en las adicciones dentro del programa juego responsable* (Tesi de grau). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat 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. Recuperat de: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2013/06/carta-serveis-ts.pdf>
- Llei orgànica 4/2015, de 15 de març, de protecció de la seguretat ciutadana. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 31 de març 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. Recuperat de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018\\_Informe\\_Resumen\\_ejecutivo.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf)
- Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (2018). España. Informe sobre drogas 2018. Luxemburg: Oficina de Publicacions de la Unió Europea. Recuperat de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018\\_CDR2018Espanol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018_CDR2018Espanol.pdf)
- Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (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*. Recuperat de: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., i Simon, R. (2017). Cannabis use among people entering Drug Treatment in Europe: A growing Phenomenon? *Euro Addict Res*, 23(3), 113-121. Recuperat de: <https://www.karger.com/Article/FullText/475810>
- Puerta, C., i Pedrero, E. (2017, 2 de maig). La falacia de la adicción como enfermedad cerebral. Recuperat de: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>
- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2009). SIDC Informe anual 2009. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat de Catalunya. Recuperat de: [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual\\_\\_2009.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual__2009.pdf)
- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2016). SIDC Informe anual 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat de Catalunya. Recuperat de: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-anual-2016-rev-09-05-2018-b.pdf>
- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2018). SIDC Informe anual 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat

de Catalunya. Recuperat de: [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-2017-FINAL\\_181022.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-2017-FINAL_181022.pdf)

- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2019). SIDC Informe anual 2018. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat de Catalunya. Recuperat de: [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe\\_2018\\_SIDC\\_ok.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe_2018_SIDC_ok.pdf)
- Sixto-Costoya, A., i 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., i Peavy, M. (2013). Social workers and delivery of evidence-based psychosocial treatments for substance use disorders. *Social Work Public Health*, 28(0), 279-301.



## Ressenyes

Mari-Klose, P. (2019).

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

Madrid: Los Libros de La Catarata

**Autor de la ressenya: 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 ressenya: Yolanda Fierro Fidalgo**

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

*Trabajo Social con familias.*

Madrid: Editorial Alianza

**Autora de la ressenya: 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 Roselló<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7759-2508

---

**Per citar:** Torralba Roselló, J. M. (2019). [Ressenya del llibre *La infancia que queremos. Una agenda para erradicar la pobreza infantil*, de Pau Marí-Klose]. *Revista de Treball Social*, 217, 131-133. DOI: 10.32061/RTS2019.217.07

---

L'autor del llibre es doctor en Sociologia i professor de Sociologia a la Universitat de Saragossa. Ha dirigit l'Alt Comissionat per a la Lluita contra la Pobresa Infantil del Govern a Espanya entre el setembre del 2018 i el març del 2019, i ha estat diputat al Congrés pel PSOE des de l'abril fins al setembre del 2019.

El Dr. Marí-Klose pretén, amb aquest llibre, donar resposta a les següents qüestions que ens proposa per tal que ens interpel·lin:

- Per què ens ha de preocupar la pobresa infantil?
- Què està en joc quan en una societat s'observen uns alts nivells de pobresa infantil?
- Què podem fer per corregir aquest problema?
- Quin és el camí transitable?
- Quins errors podem evitar?

El llibre està estructurat en cinc capítols i un epíleg. En el primer capítol, es conceptualitza la noció de pobresa, s'identifiquen alguns elements comuns en les experiències subjectives de privació material i en les situacions de vulnerabilitat i desavantatge que produeix la pobresa. El segon capítol se centra en la pobresa infantil, s'hi analitzen les tendències al rejuveniment de la pobresa en les llars amb infants posant sota el focus les dinàmiques d'exclusió associades a l'experiència de pobresa infantil que són les responsables dels desavantatges que pateixen els infants. En el tercer capítol, es constata que la pobresa infantil a Espanya és una anomalia sociològica comparada amb la que es dona a la majoria de països europeus, així com la situació socioeconòmica d'altres franges d'edat de la població. Això porta l'autor a revisar els arguments que justifiquen que es prioritzi la lluita contra la pobresa infantil en l'acció pública.

---

1 Treballador social i doctor en Sociologia. Professor de la UFR Escola de Treball Social, Universitat de Barcelona. Membre de la Comissió d'Infància i Família del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. [jmtorralba@ub.edu](mailto:jmtorralba@ub.edu)

El quart capítol examina l'acció governamental duta a terme en diversos països europeus i la construcció d'una agenda europea per tal d'abordar el fenomen de la pobresa infantil. En el cinquè capítol, s'exploren les diverses vies i estratègies per combatre la pobresa infantil mitjançant les iniciatives de política pública, diferenciant entre polítiques generalistes contra la desigualtat i la pobresa i les polítiques específiques davant la pobresa infantil. A l'epíleg final del llibre, l'autor analitza els objectius de Desenvolupament Sostenible de l'Agenda 2030 amb les fites i mesures d'actuació per erradicar la pobresa infantil, així com les tesis que utilitza el pensament liberal-conservador per frenar l'agenda de lluita contra la pobresa infantil.

El professor Mari-Klose, de manera rigorosa i valent-se de dades contrastades en informes i estudis publicats en organismes i institucions espanyoles i internacionals, constata que la crisi econòmica ha agreujat la vulnerabilitat infantil a Espanya, però que la situació anòmala dels nivells de pobresa infantil és objecte de denúncia des de fa temps per part d'organismes internacionals, entitats socials i el món acadèmic especialitzat en la investigació sobre les desigualtats. L'any 2017, la taxa de risc de pobresa era del 28,3% a Espanya i només hi havia dos països europeus amb taxes superiors: Bulgària (29,2%) i Romania (32,2%). Els nivells de pobresa infantil a Espanya són superiors a les taxes de risc de qualsevol altre grup d'edat de la població. La pobresa a les llars amb infants té una durada més extensa que en altres tipus de llars. També la incidència de pobresa és molt alta a les llars d'origen immigrant. Les situacions de pobresa són habituals a les llars amb baixa intensitat d'ocupació laboral.

A Espanya l'opció del sistema familiarista, durant molt de temps dins del règim d'estat de benestar, s'ha fonamentat en el fet que membres de la família extensa oferien suport econòmic i de cura a les llars amb infants. Per l'autor, es dubtós que els suports intergeneracionals hagin contribuït a pal·liar la situació de vulnerabilitat econòmica de les llars amb infants pel que fa a transferències monetàries directes i prestació d'atenció i cura als infants.

Segons el Dr. Mari-Klose, hi ha diverses raons que justifiquen convertir la infància vulnerable en objecte d'atenció prioritària per part de l'acció pública, i són les següents:

1. Es tracta d'una experiència injusta que pot comprometre drets fonamentals dels infants.
2. És un "handicap corrosiu" que mina el futur de persones en procés evolutiu de formació i capacitació.
3. Pot generar beneficis per al conjunt de la societat, perquè permet reforçar la cohesió social desactivant les amenaces de pulsions antidemocràtiques.
4. Les inversions tenen un elevat retorn econòmic.
5. Contribueix a reequilibrar l'arquitectura de la solidaritat intergeneracional.

A l'epíleg final, l'autor desenvolupa l'agenda pública necessària per erradicar la pobresa infantil a Espanya a partir d'algunes fites fixades en

els objectius de Desenvolupament Sostenible de l'Agenda 2030<sup>2</sup> i la proposta d'unes mesures d'actuació concretes. Així, la fita 1.3. estableix que "cal posar en pràctica sistemes i mesures adequades de protecció social per a tots els ciutadans i assolir una àmplia cobertura de les persones en situació de pobresa i vulnerabilitat social". I una de les mesures més importants és la manca d'un sistema de garantia de renda que ofereixi un nivell mínim d'ingressos a la població més vulnerable, especialment a les llars amb fills a càrrec.

També a la fita 4.2. s'insta a "assegurar que tots els infants tinguin accés a serveis d'atenció i desenvolupament a la primera infància i a l'educació preescolar". A Espanya, això està resolt a l'etapa entre els 3-5 anys, però no en la primera infància (1-3 anys) com passa en altres països europeus com Noruega.

D'altra banda, a la fita 11.1 es reclama "assegurar l'accés a un habitatge adequat i a la millora dels barris marginals". Segons el Dr. Mari-Klose, les despeses de l'habitatge constitueixen un generador de vulnerabilitat en llars amb infants. Com a mesures, cal abordar l'accés inclusiu als habitatges adequats per a famílies joves i assolir que els espais urbans siguin segurs i ofereixin oportunitats d'oci i enriquiment personal per als infants.

L'autor evidencia clarament la situació de pobresa infantil a Espanya com a situació anòmala i persistent en el context dels estats de benestar europeus i la necessitat de realitzar una aposta valenta i decidida dels poders públics per adoptar les mesures d'actuació necessàries per erradicar aquesta situació amb polítiques socials integrals i polítiques específiques per a la infància vulnerable dotades de finançament adequat.

Tal com es recull en el Dictamen sobre la pobresa infantil<sup>3</sup> elaborat per la Comissió d'Infància i Família i aprovat per la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya durant el novembre de 2015:

Els i les treballadores socials hem d'atendre i denunciar les situacions de pobresa infantil on hi ha implicades famílies i infants que estan patint els efectes de la crisi econòmica i les desigualtats socials que aquesta ha generat. Coneixem de primera mà les famílies que pateixen les situacions de pobresa: treballem amb persones, no amb expedients, ni amb estadístiques ni dades (p. 3-4).

Us animo a la lectura del llibre i a seguir denunciant com a col·lectiu professional la vulneració dels drets fonamentals dels infants i la necessitat de gaudir d'una vida digna i reconeguda com a actor social.

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

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



# *Quando el Trabajo Social es literatura. La narrativa como creación y herramienta de aprendizaje*

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

---

**Yolanda Fierro Fidalgo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8045-3875

---

**Per citar:** Fierro Fidalgo, Y. (2019). [Ressenya del llibre *Quando el Trabajo Social es literatura. La narrativa como creación y herramienta de aprendizaje*, Xavier Montagud Mayor (coord.)]. *Revista de Treball Social*, 217, 135-138. DOI: 10.32061/RTS2019.217.08

---

El llibre, editat per Nau Llibres, està coordinat per Xavier Montagud, treballador social i docent a la Universitat de València, i a més d'un text seu, hi trobem aportacions de nou autors més, totes relacionades amb la disciplina del Treball Social i amb experiències literàries diverses. L'obra pretén mostrar i convèncer que l'art de la literatura, en les seves diverses formes, s'ha de tenir en compte a l'hora d'abordar la formació i la millora del desenvolupament professional. El llibre presenta una anàlisi àmplia i detallada que ajuda a entendre l'ús i els beneficis que genera el vincle entre tots dos paradigmes. Cada apartat és una obra literària en si mateixa.

La presentació, a càrrec de Josefina Fernández i Barrera, ens mostra la importància d'aquesta obra i ens convida, amb passió, a llegir-la posant en relleu la força de la narrativa com a fórmula per manifestar tot allò real o fictici que sentim, a través de l'ús de la paraula escrita. Fernández, valent-se d'una metàfora musical, ens va introduint en l'obra, extraient de cadascuna de les peces les idees substancials que ens commouran i emocionaran, suscitant la nostra curiositat per conèixer en detall què ens diu cada autor i cada autora, els quals, de manera generosa, comparteixen les seves experiències.

En el primer capítol, "Las literaturas del Trabajo Social", a càrrec de Xavier Montagud, s'exposa la necessitat d'incorporar el gènere literari en l'aprenentatge de la disciplina del Treball Social, i considera l'escriptura un instrument imprescindible per a la millora de les competències fonamentals, difícil d'adquirir o desenvolupar per mitjans tradicionals. A través d'aquest art, sigui de ficció o autobiogràfic, podem arribar a una comprensió més àmplia de la realitat i de la nostra història professional.

---

1 Treballadora social i membre de l'equip de redacció de la RTS. yolandafierro2@gmail.com

Montagud fa un repàs de la producció literària escrita en castellà. Exposa com el relat breu, també present, permet convertir moltes de les situacions i anècdotes de la nostra experiència pràctica en una cosa singular i a vegades màgica. A través seu es transmeten emocions que impacten en els lectors. Per a l'autor aquest és un dels gèneres més apropiats d'expressió literària i d'aprenentatge, alhora que és un estímul excel·lent per millorar la nostra sensibilitat, capacitat d'empatia i discerniment davant de la complexitat de la realitat social.

El segon relat, "Esta es la historia de muchas historias", va a càrrec de Silvia Navarro Pedreño i ens presenta l'experiència del club de lectura, en el marc d'un pla de desenvolupament comunitari. A través del club, una forma aplicada de l'ús de la literatura com a còmplice del Treball Social, ajudarà a transformar la lectura en una pràctica polèmica, col·lectiva i polifònica, crítica, constructiva i compartida. D'aquesta manera, els implicats connectaran amb la realitat del seu entorn, amb la seva gent i amb ells mateixos, amb una mirada transformadora.

Aquest lloc de confluència i relació entre companys que treballen en una mateixa comunitat es convertirà en un espai de creixement personal i professional, en què gaudiran, aprendran i s'enriquiran. Els professionals i els territoris afectats per l'impacte de la crisi han de repensar fórmules que els ajudin a sortir de la letargia. És en aquest sentit que el pla comunitari que descriu Navarro els oferirà una alternativa per afrontar i defensar-se de l'apatia, per pensar, resistir i compartir relats que els ajudin a fer alguna cosa millor i diferent per i per a les persones que viuen al seu barri. I ho faran analitzant la realitat del present però també bevent de les fonts del saber que emanen dels llibres.

Sembla fàcil organitzar el club de lectura, l'autora ens introdueix de manera amable i entusiasta en les diferents etapes de la seva creació i, a través de la seva narrativa, aconseguirà connectar-nos amb escenes quotidianes de la nostra disciplina.

El tercer capítol, "Desnudar el Trabajo Social", a càrrec d'Alba Pirla i Santamaria, narra sis històries curtes, senzilles, però alhora profundes, que ens connecten amb una diversitat de personatges que ens van deixant empremta. Són històries carregades d'emocions que ens interpel·len i que observem, moltes vegades, des de la incongruència del sistema de benestar social. Les persones sense llar dels relats es troben embolcallades per una boira permanent, envoltades de prejudicis i estereotips. Ajudar-los a superar les traves i a tirar endavant es converteix també en un premi per als professionals.

El quart capítol, "La agenda de citas de Helena", a càrrec d'Arantxa Sánchez Echegaray, ens presenta una treballadora social que vol retrobar el sentit de la seva professió. Una persona inquieta, que no suporta les contradiccions intrínseques d'aquesta feina i cerca l'origen del malestar de les seves emocions. Gràcies a aquesta recerca i fent servir un relat poètic, reconnectarà amb l'ànima i el cor del Treball Social. També ens alerta que la rutina és una enemiga de la relació d'ajuda, i que el fet de tendir



a simplificar situacions i processos de canvi dificulta la creació de noves possibilitats i oportunitats.

En el capítol cinquè, "El cubo de agua", de Fabiola Moreno González, l'autora, utilitzant la narració com a instrument de reflexió i presa de posició, ens relata les vivències d'una treballadora social a l'inici de la seva carrera. Moreno ens mostra situacions laborals antagòniques que sovint es troba la protagonista i amb les quals ha de conviure. Es pot produir un posicionament institucional poc integrador en què predomini la burocràcia i la rigidesa, l'entossudiment davant la raó, la insensibilitat enfront de la incapacitat i el dolor de l'altre. Per contra, també hi ha altres posicions, a les quals l'autora del relat s'agafa amb força, basades en la comprensió, l'acompanyament, la implicació i el compromís.

En el capítol sisè, "Miscelánea", Daniel Rodríguez Díaz utilitza la novel·la curta per presentar les seves reflexions i posicionaments. Ens presenta un protagonista que s'inicia en la formació de Treball Social i es va transformant en un activista compromès, en aquest cas amb les persones amb diversitat funcional, que trencarà mites i estereotips negatius, barreres que impregnen bona part de la societat actual.

Rodríguez incorpora al seu relat una mirada de gènere cap a les persones dependents. Utilitza els diàlegs, aporta arguments crítics i qüestionadors amb la finalitat d'interpel·lar-nos i conscienciar-nos. L'autor mostra un gran coneixement de la matèria i el presenta de manera didàctica, a través d'escenes quotidianes, que transmeten vivències reals, que fan que el lector connecti, entengui i empatitzi amb les situacions. També ens anima a pensar que la utopia es pot fer realitat si som capaços de treballar sense prejudicis.

En el capítol setè, "La magia de Nessa", Laura Ruiz Urbán es dedica al drama dels refugiats de guerres i ens ajuda a entendre i comprendre el que passa abans de prendre una decisió i embarcar-se en una pastera. En aquesta ocasió ens transporta a situacions inhumanes de sofriment i desesperança total. El lector o la lectora no poden quedar indiferents davant les greus i terribles experiències que viuen les persones obligades a fugir dels seus països d'origen. Afortunadament, hi ha professionals que pensen que el que fan pels altres val la pena i d'aquesta manera, per a la protagonista principal, l'esperança i la màgia apareixen quan tot sembla insalvable.

El capítol vuitè, "Una habitación con vistas", de Belén Navarro Llobregat, ens presenta, a manera de guia, aquelles premisses necessàries, tant de contingut com de forma, per aconseguir un text literari de qualitat i atractiu per al lector o lectora que, a més, transmeti un posicionament compromès amb la realitat. L'autora fa referència a autors i autores amb posicionaments crítics, convidant a una lectura militant, compromesa i transformadora. Partint del convenciment que la realitat es construeix a través de la interacció social, l'autora valora la narració com a eix en la relació d'ajuda, utilitzant el diàleg i el suport d'una narrativa alternativa per aconseguir solucions.

En el capítol novè, "Aprendiendo de la locura a través de la escritura de Sylvia Plath", l'autora, Esperanza Molleda Fernández, ens presenta una dona amb greus problemes psiquiàtrics i posa en evidència alguns aspectes que poden ser d'interès en la relació amb persones amb problemes psicòtics. Argumenta que quan la fragilitat psíquica està en joc és necessari entendre que no n'hi ha prou amb posar els recursos al servei del subjecte, ja que la malaltia mental pot limitar l'ús que en poden fer. Recomana estar atents a qualsevol situació que anticipi una crisi i acompanyar la persona al servei adequat, cosa que no significa derivar-la o desentendre-se'n.

En el capítol desè, "Oliver Sacks o el narrador que humanizaba los historiales clínicos y/o sociales modernos", Alfonso García Vilaplana analitza les històries clíniques del neuropsiquiatra Sacks i, a partir d'aquí, fa un crit d'atenció sobre la pèrdua del nostre talent narratiu i reivindica sensibilitat a l'hora de construir el relat de l'altre aportant una mirada càlida i respectuosa cap a les persones amb què s'estableix la relació d'ajuda. Aquest relat permet recuperar als subjectes com a persones que es constitueixen com a agents, autors i actors de la seva pròpia vida.

Per concloure aquesta ressenya, es pot dir que lectura i l'escriptura van de la mà, per això aquesta obra és una picada d'ullet que brinda múltiples oportunitats, i fa valer la potència del recurs literari com a eina creativa que podem incorporar en la nostra pràctica professional.

Aquest llibre no deixa indiferent, ens interpel·la i ens treu de la nostra zona de confort. De manera amena, ens convida a sistematitzar el registre de les nostres experiències per continuar avançant en el Treball Social. Escriure ajuda a reflexionar, a ordenar els pensaments i, finalment, a ser professionals més compromesos.

Els relats recollits en aquesta obra ens acosten a la vida i a les maneres de viure d'algunes de les persones que són objecte de l'atenció social, generant empatia i comprensió, apostant pel respecte a la seva dignitat.

Definitivament, connectar el Treball Social i la literatura és donar espai a una mena de saber on no només és important l'àmbit racional, sinó també el subjectiu i emocional, coincidint així amb els corrents més avançats de l'aprenentatge.

# *Trabajo Social con familias*

---

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

---

Concepción Castro Clemente<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-9729-2876

---

**Per citar:** Castro Clemente, C. (2019). [Ressenya del llibre *Trabajo Social con familias*, de Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero]. *Revista de Treball Social*, 217, 139-141. DOI: 10.32061/RTS2019.217.09

---

Els professors de Treball Social Tomás Fernández García i Laura Ponce de León Romero acaben de reeditar el llibre titulat *Trabajo Social con familias*, en una nova edició actualitzada, ampliada i revisada que publica l'editorial Alianza, una de les de més prestigi en l'àmbit de les ciències socials, cosa que indubtablement suposarà la difusió i divulgació mundial dels seus continguts i del Treball Social.

Per a la professió, aquest llibre és un referent metodològic en l'abordatge de conflictes i problemàtiques familiars, perquè suposa la consolidació de la intervenció clínica des d'un model psicosocial clínic i sistèmic.

El llibre està adaptat als requisits de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), per la qual cosa la lectura en resulta amena i senzilla, perquè a cada capítol el lector pot trobar els objectius que es pretenen aconseguir amb l'estudi de cada temàtica, un resum amb les idees centrals, activitats de repàs per contrastar l'aprenentatge, lectures recomanades per ampliar coneixements, preguntes de reflexió dins del text, així com exemples pràctics de casos intercalats al llarg de tot el llibre.

Una de les grans aportacions d'aquest manual és el contingut pràctic que inclou. En l'últim capítol, el novè, el lector pot posar en pràctica tot el contingut teòric après en els vuit capítols anteriors. Més de cent pàgines emprades per descriure i donar solució a cinc casos, cadascun d'ells pertanyent a un sector i un àmbit d'actuació diferents: envelliment, salut mental, conflictes de parella, absentisme escolar i immigració. Tots ells estructurats a partir de les mateixes fases del mètode bàsic (diagnòstic, programació, execució i avaluació), però atenent les peculiaritats de cada temàtica, que exigeixen l'aplicació de diferents tècniques i models.

La part més teòrica del llibre està composta d'una introducció i vuit capítols. En la introducció els autors expliquen els canvis que han experimentat les famílies al llarg de la història i la sistematització professional cada vegada més especialitzada que demana l'abordatge dels conflictes familiars. Dones com Mary Richmond, Grace Abbott, Jessie Taft, Margaret

---

1 Professora de Treball Social a la UNED i a la UNIR. [concastro@madrid.uned.es](mailto:concastro@madrid.uned.es)

Frances Byington, Jane Addams i Alice Salomon van contribuir al desenvolupament teòric d'aquesta disciplina durant el segle passat. En l'actualitat, la professió continua reinventant-se per donar resposta als ràpids canvis socials i econòmics que es produeixen, amb el mateix objectiu principal de garantir el benestar de les famílies des d'una intervenció organitzada, que treballa coordinadament entre diferents administracions (justícia, educació, salut, serveis socials, etc.) i amb una visió multidisciplinària. Tenint en compte aquesta anàlisi, els autors ens ofereixen una definició actualitzada del Treball Social amb famílies, caracteritzant-lo com "un procés que es dirigeix a potenciar els recursos interns individuals i socials de la família, on la participació activa dels seus integrants en les accions i en les estratègies dissenyades, li facilitaran superar els efectes de l'adversitat, desenvolupant les seves capacitats com un element indispensable per resoldre els problemes i millorar el seu funcionament social".

Aquesta definició representa la nova orientació professional dins de l'actual context històric, on la família ha experimentat molts canvis, i en relativament poc temps. No només ha deixat de ser extensa per ser nuclear o unipersonal, sinó que s'han modificat els rols arran de la incorporació de la dona al treball; a més, l'envelliment de la població està guiant noves estratègies socials, les taxes de pobresa han disminuït en alguns països, i apareixen la globalització, les millores sanitàries i entorns de famílies més plurals, com les reconstituïdes, les homoparentals, les multiculturals, les no parentals, etc. L'objectiu d'aquest llibre és entendre tots aquests canvis per endinsar-nos en l'anàlisi de les metodologies i en els models teòrics que ens permetin comprendre i intervenir en les causes, complexitats i crisis que afecten les famílies al llarg del seu cicle vital.

El segon i el tercer capítol estan dedicats a descriure les principals necessitats que tenen les famílies al llarg del seu cicle vital. Elaborar aquest mapa de necessitats suposa aprofundir en l'elaboració dels diagnòstics socials de les famílies, anticipant-se a la seva problemàtica des de la perspectiva de la prevenció i del suport professional. Al final del capítol s'ofereix una interessant taula on es recullen totes aquestes necessitats des del naixement fins a la mort.

En el quart es descriu la varietat i pluralitat de famílies que hi ha en l'actualitat, analitzant els motius pels quals poden esdevenir vulnerables i entrar en complexos processos d'exclusió social. També s'ofereix amb el mateix objectiu una descripció detallada dels tipus de famílies existents, de les definicions i les seves funcions mirant de comprendre'n la funcionalitat sistèmica.

En la intervenció familiar, l'ètica professional resulta un element essencial per salvaguardar els interessos professionals i els de la família. És en aquest àmbit on els conflictes ètics són més complexos i per això exigeixen l'ús de diferents models per solucionar-nos. En el cinquè capítol s'expliquen dos dels principals models de resolució de dilemes ètics, com el model de Reamer basat en la jerarquia de principis, o el de Ballester basat en l'aplicació de diversos filtres (ètic, legal i social), que ofereixen als professionals una guia d'actuació ètica.

Els capítols sis, set i vuit són els més metodològics, perquè s'hi descriuen les fases del mètode, les tècniques que s'hi fan servir i els models teòrics que serveixen de referència per enfocar els objectius del treball.

El mètode en el Treball Social amb famílies disposa de sis fases bàsiques: recepció familiar, recopilació d'informació, valoració tècnica, elaboració d'un pla d'acció, aplicació de la programació i avaluació. En tot aquest procés hi ha dos elements clau per garantir-ne la continuïtat: l'acomodació professional o consolidació de la relació terapèutica i la mobilització per al canvi, fonamentat en la motivació i l'adherència al tractament social. En el llibre s'expliquen totes aquestes fases amb la utilització de gràfics i figures, que ajuden a entendre la complexitat i sistematització de l'acció professional.

En el setè capítol s'analitzen les aportacions metodològiques dels diferents models teòrics que es poden aplicar durant la intervenció familiar: psicosocial, clínic, sistèmic, ecològic, cognitiu/conductual, de crisi, i finalment els autors ofereixen un nou model, el d'obertura de cicles tancats, adaptat a la circularitat i la repetició dels complexos processos d'exclusió social.

El capítol vuitè és molt pràctic i visual perquè s'hi descriuen i s'hi representen gràficament les principals tècniques d'intervenció familiar. El lector pot veure gràficament un genograma, un ecomapa, un culturograma, un diagrama de flux, un mapa de xarxes, un ciclograma, un gràfic de Gantt, etc., així com estudiar les altres tècniques no gràfiques com l'entrevista, l'observació i la mediació. En aquest capítol també es dedica un apartat especial a explicar les principals tècniques sistèmiques, com la confrontació, el manteniment, el rastreig, el mimetisme, entre d'altres.

Un llibre complet i recomanable per a professors, estudiants, professionals i públic en general que desitgin conèixer com es duu a terme la intervenció familiar clínica des del Treball Social.



## Normes per a la presentació d'articles a l'RTS

La *Revista de Treball Social*, editada pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, és una revista especialitzada que es publica des de l'any 1960 amb periodicitat quadrimestral. Els objectius de la publicació són:

- Difondre les experiències professionals i el coneixement científic generat a partir de la pràctica i la investigació en treball social.
- Contribuir al desenvolupament professional dels treballadors i les treballadores socials aportant eines metodològiques, experiències, investigacions, anàlisis i reflexions que permetin vincular pràctica i teoria.
- Promoure l'anàlisi crítica de la realitat social i les polítiques socials.

L'RTS es dirigeix, especialment, als treballadors i les treballadores socials de l'àmbit professional i acadèmic, també a estudiants universitaris i a qualsevol professional vinculat a l'entorn del treball social.

L'RTS està oberta a tots els treballadors i les treballadores socials que desitgin presentar articles originals sobre investigacions empíriques, treballs teòrics o revisions bibliogràfiques, descripcions d'experiències professionals, assajos i anàlisis crítiques, sempre en relació amb el treball social, les polítiques socials i els serveis de benestar social.

Els treballs presentats han de ser originals i no poden haver estat publicats, totalment ni parcialment, en cap altre mitjà o publicació. Han d'estar signats almenys per un/a treballador/a social.

L'RTS demana la cessió dels drets d'autoria, així com la no existència de conflicte d'interessos.

El contingut dels articles és responsabilitat exclusiva de qui firma l'autoria i si hi ha evidències de plagi es posaran en marxa les accions previstes per informar els autors i les autores, retirar el document no original de la pàgina web i informar els lectors i les lectores de la situació.

Les autores i els autors de treballs d'investigació declararan en el text de l'article que en el procés d'investigació s'han respectat els principis ètics que corresponen al tipus d'estudi que presenten (autoritzacions que corresponguin, consentiment informat dels i les participants, dissociació de les dades d'identificació, cita adequada de les autories, etc.).

## PROCÉS DE SELECCIÓ D'ARTICLES

L'equip de redacció farà una selecció prèvia dels articles presentats i, posteriorment, seran valorats seguint el procediment anònim de revisió per parells a doble cec (l'equip de revisió no coneix l'autoria dels articles i els autors i les autores no coneixen la identitat de qui valora el seu treball). Per tal que aquest mètode de revisió d'articles sigui factible, els articles es presentaran en versió anonimitzada, és a dir, una versió en la qual no es pugui identificar l'autoria.

Les persones que signen acceptaran sotmetre el treball a la revisió i a possibles canvis en contingut i estil segons les recomanacions de l'equip de revisió.

## SECCIONS I EXTENSIÓ DELS ARTICLES PRESENTATS

### **A fons:**

Articles que ofereixen un desenvolupament d'un tema d'interès per als i les professionals del treball social. Extensió entre 6.000 i 8.000 paraules.

Poden ser:

- Articles d'investigació empírica: que s'estructuraran, almenys, en els següents apartats: introducció, metodologia, resultats, discussió o conclusions i referències bibliogràfiques citades en el text.
- Articles teòrics: la redacció dels quals no estarà subjecta a una estructura concreta, però que, en qualsevol cas, comprendran una introducció, fonts documentals suficients, crítica fonamentada i conclusions pertinents.

### **Compartint la pràctica professional:**

Articles en què es presentin bones pràctiques i sistematització d'experiències d'interès en treball social, serveis socials o altres sistemes vinculats al desenvolupament dels drets socials. Extensió entre 4.000 i 6.000 paraules.

Els articles incorporaran una introducció, el cos del text d'estructura lliure que inclourà, en tot cas, la contextualització teòrica, normativa (si procedeix) i metodològica de la intervenció presentada, unes conclusions i les referències bibliogràfiques de les cites mencionades en el text.

### **Ressenyes:**

Presentació i comentaris de llibres i tesis doctorals. Extensió màxima: 1.200 paraules.



En tots els casos l'extensió màxima inclou les referències bibliogràfiques.

Els articles que superin la quantitat de paraules indicada es retornaran als autors i les autores perquè en redueixin l'extensió.

Els articles s'han de presentar en format electrònic, en document de text editable (.docx o .RTF), lletra Arial cos 12; interlineat 1,5; marges 3 cm. Les cites literals es transcriuran en Arial 11, interlineat 1,5 i marges 4 cm.

## IDIOMES

Els articles es poden presentar en català o castellà indistintament. En la versió en línia, cada número de l'RTS es publicarà en català i en castellà; a més es publicarà com a mínim un article, seleccionat per l'equip de redacció, traduït a l'anglès. La versió en paper recollirà tots els articles en l'idioma original. Els títols, resums i paraules clau de tots els articles es publicaran també en anglès.

## SISTEMA D'ENVIAMENT D'ARTICLES

De manera prèvia a la presentació de qualsevol article, la persona que signi com a autora principal haurà de registrar-se (si no ho ha fet anteriorment) com a usuària de la pàgina web ([www.revistarts.com](http://www.revistarts.com)). Els articles es carregaran a la plataforma seguint les indicacions detallades a l'apartat "Enviaments" de la pàgina web.

En tots els casos, l'article haurà de presentar: títol i subtítol, en cas que n'inclogui (40 paraules màxim); resum (250 paraules màxim) en català o castellà i en anglès; les paraules clau (5 com a màxim) en català o castellà i en anglès, i el text principal, que respondrà a les normes de la secció a la qual es presenta.

El text principal s'enviarà com a arxiu adjunt de manera anonimitzada, suprimint qualsevol element que permeti directament o indirectament la identificació de l'autor o autora. Un cop s'hagi realitzat la valoració, en el moment en què es comuniqui l'acceptació per a la publicació de l'article, es demanarà l'enviament de la versió definitiva identificant l'autoria.

## FIGURES I TAULES

**Taules:** Es presentaran en el lloc del text que correspongui numerades segons l'ordre d'aparició. S'utilitzaran únicament per clarificar aspectes rellevants. Els títols o peus que acompanyin les taules han d'explicar el contingut i la font. Es presentaran sense colors, amb el format predefinit, línies senzilles i text en Arial.

**Figures:** es consideren figures les fotografies, els gràfics o les il·lustracions. Es presentaran en el lloc del text que correspongui numerades segons l'ordre d'aparició, s'identificaran amb el terme abreujat "fig. X". S'han de dissenyar amb un bon contrast, de manera que no perdin qualitat amb la reducció. En l'edició en paper seran publicades en blanc i negre. Les figures han de tenir la finalitat de clarificar de forma important el text i el seu nombre serà el mínim necessari.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

S'han de col·locar al final del text, seguint l'ordre alfabètic i d'acord amb les normes APA (6a edició, 2018).

**Llibre en paper:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol: Subtítol.* (# ed.). Ciutat: Editorial. En els casos d'autoria múltiple, s'han d'incloure tots els autors i les autores. Els seus noms i cognoms se separen amb comes, excepte davant de l'últim/a autor/a, que s'hi posa "i".

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

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

**Autor corporatiu:** Nom de la institució o organisme (Any). *Títol: Subtítol.* (# ed.). Ciutat: 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.

**Capítol de llibre:** Cognoms, Inicial del nom de l'autor/a del capítol. (Any). Títol de capítol: Subtítol. En Nom i Cognom de l'editor/a (ed.), *Títol del llibre* (# ed., p. XX-XX). Ciutat, País: Editorial.

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

**Llibre electrònic amb DOI:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol.* DOI:

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

**Llibre electrònic amb URL:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol*. Recuperat de: URL.

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

**Article de revista en format físic:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). Títol de l'article. Subtítol de l'article. *Títol de la revista. Subtítol, volum*(número), pp-pp.

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

**Article de revista amb DOI:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). Títol de l'article. Subtítol de l'article. *Títol de la revista. Subtítol, volum*(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

**Article de revista en línia:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). Títol de l'article. Subtítol de l'article. *Títol de la revista. Subtítol, volum*(número), pp-pp. Recuperat de URL

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

**Pàgina web:** Autor/a personal o corporatiu. (Any última actualització). *Títol de la pàgina*. Recuperat de URL

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

**Simposis i conferències:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). Títol de la ponència. En Inicial del nom. Cognoms. (Editor literari), *Títol del simposi o congrés* (p. xx-xx). Ciutat: Editorial.

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

**Tesis:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol de la tesi* (Tesi de grau, màster o doctorat inèdita). Nom de la institució, lloc.

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

**Tesis en línia:** Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol de la tesi* (Tesi de grau, màster o doctorat). Nom de la institució, Ciutat, País. Recuperat de URL

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

**Vídeos:** Cognoms, Inicial del nom. (Any, mes, dia). *Títol del vídeo*. Recuperat de URL

Centeno, A. i Morena, R. de la (2015). *Yes, We Fuck!* Recuperat de [www.yeswefuck.org](http://www.yeswefuck.org)

**Pel·lícula:** Cognoms, Inicial del nom del productor/a. (productor/a), i Cognoms, Inicial del nom del director/a. (director/a). (Any). *Títol de la pel·lícula*. [Pel·lícula]. País d'origen: Estudi.

Mase, Y. (productor) i Takita, Y. (director). (2008). *Despedidas*. [Pel·lícula]. Japón: Shochiku Company Limited.

**Fotografia:** [Fotografia de Nom i cognom del fotògraf/a]. (Lloc. Any). *Nom de la col·lecció*. Ubicació.

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

**Notícies de premsa:** Cognoms, Inicial del nom. (Data). Títol de l'article. *Nom del diari*, p.

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

**Notícies de premsa en línia:** Cognoms, Inicial del nom. (Data). Títol de l'article. *Nom del diari*. Recuperat de URL.

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

**Llei/ordre/decret:** Número de la llei (ordre, decret...) i denominació oficial si la té. *Títol de la publicació en què apareix oficialment*. Lloc de publicació. Data (dia, mes i any), núm., pp-pp.

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

Aquestes referències s'han adaptat de les normes APA (6a edició, 2018). Per a altres documents, consulteu la pàgina web [www.apastyle.org](http://www.apastyle.org).

Els autors i les autores rebran 2 exemplars en paper del número de la revista on es publiqui el seu treball.

L'RTS no cobra quotes per la publicació dels articles.

L'equip de redacció de l'RTS no es fa responsable de l'autenticitat dels treballs publicats ni de la seva credibilitat. Les opinions expressades en els articles són responsabilitat dels autors i l'RTS no s'hi identifica necessàriament.

### **LLISTA DE COMPROVACIÓ PRÈVIA A L'ENVIAMENT D'ARTICLES**

Els autors i les autores hauran de comprovar que els articles compleixen els requisits que es mostren a continuació; en cas de no complir-los, els treballs els seran retornats.

1. El cos de l'article s'ha anonimitzat: no inclou l'autoria ni la filiació i s'ha suprimit qualsevol element que pogués permetre directament o indirecta la identificació de l'autor o l'autora. S'ha confirmat que s'ha utilitzat el terme "Autor/a" per indicar les referències al seu propi treball.
2. El manuscrit s'envia en format .docx o RTF, incloses les referències bibliogràfiques, taules i figures.
3. Les referències bibliogràfiques inclouen el DOI o la direcció URL, segons correspongui, en tots els casos possibles.
4. El text es presenta en lletra Arial cos 12; interlineat 1,5; marges 3 cm. Les cites literals es transcriuran en Arial 11, interlineat 1,5 i marges 4 cm.
5. S'inclou el títol complet (40 paraules com a màxim) en castellà o català i en anglès; un breu resum (250 paraules com a màxim) en castellà o català i en anglès, i les paraules clau (5 com a màxim) en castellà o català i en anglès.
6. Les figures i taules són al lloc del text que els correspon, amb numeració correlativa, el títol i la font. Es presentaran sense colors, amb el format predefinit, línies senzilles i text en Arial.
7. Es declaren beques o suport financer i la seva procedència, si escau.

8. Es manifesta que el treball compleix amb els requisits ètics d'investigació.
9. El manuscrit respon a les especificacions de la secció a la qual es dirigeix.
10. S'han revisat les referències bibliogràfiques i s'ajusten a l'estil i el format de les normes internacionals APA exigides per la revista.

## COMPROMÍS ÈTIC DE L'RTS

L'RTS es compromet a adoptar i promoure les bones pràctiques i els principis ètics orientadors de les publicacions científiques. Per aquest motiu es guiarà per les orientacions del codi de conducta de COPE (Committee on Publication Ethic), que es pot consultar a <https://publicationethics.org>

L'RTS assumeix els següents compromisos ètics:

- Incorporar la transparència com un dels principis clau en la gestió de la revista.
- Comunicar els objectius i funcionament de l'RTS a les persones lectores i possibles autores mitjançant la pàgina web de la revista.
- Explicar de manera clara les normes de presentació d'articles. Es facilitarà una llista de comprovació per ajudar a la confirmació del compliment de tots els requisits de presentació.
- Promoure l'atribució d'autoria apropiada incorporant tots els autors i les autores en les comunicacions que es realitzin des de l'RTS.
- Basar la decisió d'acceptar o no un treball per a la seva publicació únicament en el document presentat, valorant, entre altres aspectes, la rellevància del tema, l'originalitat i la claredat.
- Indicar a l'equip revisor dels articles presentats l'encàrrec, amb concreció, incorporant les recomanacions de la COPE:

Realitzar revisions objectives.

Evitar crítiques personals als autors i les autores.

Argumentar les valoracions amb referències, si és necessari.

Declarar qualsevol conflicte d'interessos com, per exemple i no exclusivament, que el revisor o la revisora tingui coneixement previ de l'enviament a la revista, hagi col·laborat recentment amb alguna de les persones autores o pertanyi a la mateixa institució.

Desistir de revisar els manuscrits en els quals tingui un interès competitiu per la temàtica tractada, l'autoria o la institució que presenta l'article.

Respectar la confidencialitat del material que se'ls facilita. No podran discutir un document inèdit amb col·legues o utilitzar la informació en un treball propi.

Vetllar perquè l'article valorat compleixi aspectes ètics com: l'originalitat de l'escrit, la declaració de l'autoria de no tenir conflictes d'interessos, i la confirmació que el tema investigat, la

metodologia emprada i els resultats presentats s'ajusten als principis de no discriminació i respecte a la dignitat.

Procurar la cita adequada de l'autoria d'obres, models d'intervenció o qualsevol altre aportació reconeguda, així com la identificació de plagis.

Confirmar que l'article es respectuós amb els principis de confidencialitat i secret professional, així com amb l'obtenció de les autoritzacions necessàries.

- En cas que s'identifiqui mala pràctica per part d'alguna de les persones que formen part de l'equip de revisió d'articles, aquesta serà retirada de la base de dades de revisors de l'RTS.
- Les revisions d'articles es faran mitjançant el mètode de revisió per parells a doble cec. L'equip de redacció es compromet a posar els mitjans necessaris per garantir la confidencialitat en el procés de valoració, tant cap als revisors i les revisores com cap a les persones autores. També vetllarà per l'agilitat d'aquest procés evitant demores innecessàries que puguin perjudicar aquestes últimes.
- En cas que algun membre de l'equip de redacció presenti un article a l'RTS per a la seva publicació, s'assumeix el compromís que se seguiran els mateixos procediments de valoració, revisió per parells de doble cec, com en qualsevol altre treball presentat. En cas que l'article d'un membre de l'equip de redacció de l'RTS sigui publicat es farà constar en una nota el procés seguit per a la seva selecció.
- En cas d'incorporar publicitat a la publicació, l'equip de redacció es compromet a mantenir la qualitat de la revista sense que les consideracions comercials afectin les decisions editorials.
- Finalment, assumim que la relació de l'RTS amb la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya es basa en el principi d'independència editorial.



NOTA

**Sistema d'enviament d'articles**

Tal com es va anunciar a l'RTS 215, i segons es recull a l'apartat Sistema d'enviament d'articles de les normes de publicació (vegeu pàgina 145), a partir d'octubre de 2019 la recepció d'articles es realitzarà a través de [www.revistarts.com](http://www.revistarts.com).



COL·LEGI OFICIAL  
DE TREBALL SOCIAL  
DE CATALUNYA

---

[www.tscat.cat](http://www.tscat.cat)

---

Amb la col·laboració de



Diputació  
Barcelona



Generalitat de Catalunya  
Departament de Treball,  
Afers Socials i Famílies