

RTS

Revista de Treball Social

número 204 - abril 2015

Al lado de los niños
y los adolescentes (I)

Alongside children
and adolescents (I)



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

Directora: Rosa M. Ferrer Valls

Subdirectora: Pepita Vergara Beltrán

Equipo de redacción: Carlos Alarcón Zwirnmann

Teresa Aragonès i Viñes

Rosa M. Carrasco Coria

Rosa Garriga Blasco

Josep M. Mesquida González

Administrativa: Anna Pablos Ortuño

Comité asesor: **Montserrat Bacardit i Busquet:** Trabajadora social. Directora RTS de 2006 a 2014. **Laura Caravaca Morilla:** Trabajadora social. Coordinadora responsable del Centro de día y SAD a la Fundació Privada President Torres Falguera, Llar Fundació. **Teresa Crespo i Julià:** Presidenta d'Entitats Catalanes d'Acció Social (ECAS). Presidenta del Consejo asesor de Políticas Sociales y familiares. **Montserrat Cusó Torelló:** Trabajadora social. Presidenta de Save the Children a Espanya. **Jose Fernández Barrera:** Trabajadora Social, licenciada en derecho y Dra. en sociología. Universidad de Barcelona. **Carme Fernández Ges:** Trabajadora social y licenciada en ciencias de la educación. Universidad Ramon Llull (Fundació Pere Tarrés). **Jose Antonio Langarita Adiego:** Trabajador social i Dr. en antropología social. Universidad de Girona. **Montserrat Mestres Anglà:** Trabajadora social y licenciada en antropología social. Jefe de Servicios de los Servicios Sociales, Sanidad y Programas en el Ayuntamiento de Manresa. **Xavier Pelegrí Viaña:** Trabajador social y Dr. en antropología. Universidad de Lleida. **Carmina Puig i Cruells:** Trabajadora social, psicóloga y Doctora en Antropología social. Universidad Rovira i Virgili (Tarragona). **Cristina Rimbau Andreu:** Trabajadora social. Experta en políticas sociales europeas. **Pepita Rodríguez i Molinet:** Trabajadora social. Referente del área de trabajo social de l'Institut Català de la Salut àmbit Barcelona. **Antoni Vilà Mancebo:** Licenciado en Derecho y Dr. en Pedagogía. Investigador de PIGOP-UAB. **Cristina Villalba Quesada:** Trabajadora social. Profesora Titular Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Pablo de Olavide (Sevilla). **Teresa Zamanillo Peral:** Trabajadora social y doctora en ciencias políticas y sociología. Catedrática jubilada de la facultad de Trabajo social de la Universidad Complutense de Madrid.

Diseño de las portadas: Jordina Tió

Diseño interior: Ester Lozano Vivó

Corrección de estilo y traducción: Raül Cascajo i Orzáez

Traducción y corrección inglés: Urgell Poch Planas

Imprenta y maquetación: I.G. Santa Eulàlia. Sta. Eulàlia de Ronçana

Depósito legal: B-19535/1968

ISSN: 0212-7210

ISSNe: 2339-6385

Tiraje: 600 ejemplares en edición impresa

Versión en línea consultable en www.tscat.cat

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Portaferrissa 18, 1r 1a - 08002 Barcelona

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

Correo electrónico: rts@tscat.cat

Suscripciones: www.tscat.cat

Junta de Gobierno del Col·legi

Decana: Núria Carrera i Comes

Vicedecana 1ª: Margarita García Canela

Secretaria: Montserrat Mas Carrillo

Tesorera: Lucía Guerrero Ruiz

Vocal y vicesecretario: Juan Manuel Rivera Puerto

Vicedecana 2ª: Mª Pilar Martínez Bertholet

Vicedecana 3ª: Anna M. Galobardes Gelada

Vicedecana 4ª: Marta Frontiñán García

Vicedecana 5ª: Gemma Solanas Bacardit

Vicedecana 6ª: Glòria Martín Lleixa

Vocales: ... M. Mercè Ginesta Rey

David Nadal Miquel

Càndid Palacín Bartrolí

Arantza Rodríguez Juano

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

Sumario

■ Editorial	5
■ A fondo	
Los derechos de los niños hoy, después de 25 años de la Convención de las Naciones Unidas <i>Jorge Cardona Llorens</i>	9
El sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña <i>Joan Mayoral Simón</i>	23
Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia <i>María José Rodrigo López</i>	36
Política social en materia de infancia y adolescencia en el País Vasco: prevención y protección <i>Boni Cantero Sevilla</i>	48
Sentir la experiencia de la acogida familiar: una conversación entre la vivencia y el pensamiento <i>Mireia Soler y Josep Bonil</i>	63
Experiencia del proyecto PRINCEP: la atención integral al paciente pediátrico con enfermedad crónica compleja y su familia <i>Esther Lasheras Soria</i>	72
UBAI, una apuesta por la atención a la infancia en riesgo <i>Tamara Buisan, Laura Alberich y Gabi Garcia</i>	82
Presentación de un caso práctico: el trabajo en red, diferentes paradigmas (Dificultades y soluciones) <i>Carmen Bernat, Norma Camps y Francis González</i>	89
El reto de la parentalidad positiva. Una propuesta metodológica de preservación familiar desde el Ayuntamiento de Lleida <i>Clara Sanz Font</i>	98
Programa de prevención del maltrato infantil: la experiencia del programa Preinfant <i>Carolina Torralbo y otras autoras</i>	107

<p>Grupo de familias adoptantes con niños con trastornos del comportamiento y con necesidades educativas especiales <i>Marta Galligó y otros autores</i>.....</p>	116
<p>■ Otros temas de interés</p>	
<p>Los profesionales de los servicios sociales básicos en tiempos de crisis <i>Xavier Pelegrí, Cecilio Lapresta, Rafael Allepuz y Pere Enciso</i>.....</p>	125
<p>El informe social en el marco de la Administración de Justicia: informe social forense o pericial <i>Laura Crous i González</i>.....</p>	136
<p>Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora <i>María Àngels Fernández Carné</i></p>	141
<p>■ Miscelánea</p>	
<p>Estrella <i>Júlia Pejó Vergara</i></p>	161
<p>■ Estante de libros</p>	
<p>Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas.....</p>	165
<p>El fruit del baobab. Trobada de mirades.....</p>	168
<p>Los desorientados.....</p>	170
<p>■ La Revista</p>	
<p>Publicaciones</p>	175
<p>Normas para la presentación de artículos en la <i>Revista de Treball Social</i> ..</p>	176
<p>Boletín de suscripción</p>	179

Editorial

Recientemente se ha celebrado el 25 aniversario de la Convención sobre los derechos de los niños que promulgó la Organización de las Naciones Unidas, un convenio internacional de carácter vinculante para los estados que lo hayan ratificado (España lo ratificó el 30 de noviembre de 1990). La aprobación de la Convención supuso el verdadero reconocimiento de los niños y los adolescentes como sujetos activos y participativos, con necesidades y derechos que se les deben garantizar y no solo como objetos de protección. Este aniversario nos invita a meditar sobre la situación de la infancia y la adolescencia en nuestro entorno.

En el año 2010 el Parlament de Catalunya aprobó por unanimidad la Ley de los Derechos y las Oportunidades de la Infancia y la Adolescencia (LDOIA), y de esta manera agrupó toda la legislación referida a la infancia y la adolescencia en una misma norma. Las expectativas depositadas en el despliegue de la ley eran muy elevadas, y en este número (y en el siguiente) nos ha parecido adecuado, a 5 años de su aprobación, reflexionar sobre su desarrollo.

El trabajo social, desde su nacimiento, ha tenido como objeto de intervención los niños y los adolescentes desde la perspectiva de la cobertura de sus necesidades, la promoción de su bienestar y la prevención de las situaciones de riesgo.

La figura del trabajador social está presente en la gran mayoría de servicios de nuestro sistema de bienestar que intervienen con la infancia y la adolescencia: Equipos de Atención Psicopedagógica, Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz, servicios de salud de distintos niveles, Instituciones colaboradoras de Integración Familiar, Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia, centros de acogida, etc., sin olvidar los propios Servicios Sociales Básicos, que tienen importantes competencias en materia de infancia y adolescencia.

Como muestra de este hecho, la gran cantidad de artículos y ámbitos diferentes de intervención han hecho que decidiéramos editar dos monográficos sobre el tema. En los dos números de la *RTS* dedicados a la infancia y la adolescencia encontraréis, además de aportaciones teóricas sobre el tema, diferentes experiencias profesionales que ponen de manifiesto la riqueza, interés y vinculación de nuestra disciplina con los niños y adolescentes y sus familias.

The Convention of the rights of the child enacted by the United Nations, an international agreement binding for the states that have ratified it (Spain ratified it on November 30th 1990) has recently celebrated its 25th anniversary. The adoption of the Convention marked the true recognition of children and adolescents as active and participatory subjects with needs and rights that have to be ensured, and not just as objects of protection. This anniversary invites us to reflect on the situation of children and adolescents in our context.

In 2010 the Parliament of Catalonia unanimously approved the law on Rights and Opportunities for Children and Adolescents (LDOIA), which groups all legislation relating to children and adolescents. The expectations placed on the law implementation were very high, and in this edition (and the next one) it seemed appropriate to reflect on its development five years after its adoption.

From its birth, Social Work has intervened with children and adolescents from the perspective of covering needs, promoting wellness and preventing risk.

Social workers are present in most of our welfare system services involved with childhood and adolescence: Educational Psychology Teams, Early Childhood Development, health services at different levels, Institutions Supporting Family Integration, Teams for Children and Adolescents, shelters, etc., not to mention basic social services, which have significant powers in childhood and adolescence.

Evidence of this are the large number of different articles and areas of intervention that have made us decide to publish two monographs on the subject. In both RTS numbers dedicated to children and teenagers there are theoretical contributions on the subject, in addition to different professional experiences that show the richness, interest and linkage of our discipline with children and adolescents and their families.



A fondo

Los derechos de la infancia hoy, después de 25 años de la Convención de las Naciones Unidas

El sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña

Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia

Política social en materia de infancia y adolescencia en el País Vasco: prevención y protección

Sentir la experiencia de la acogida familiar: una conversación entre la *vivencia* y el pensamiento

Experiencia del proyecto PRINCEP

UBAI, una apuesta por la atención a la infancia en riesgo

Presentación de un caso práctico: el trabajo en red, diferentes paradigmas (dificultades y soluciones)

Programa de prevención del maltrato infantil: la experiencia del programa Preinfant

Grupo de familias adoptantes con niños con trastornos del comportamiento y con necesidades educativas especiales

Los derechos de la infancia hoy, después de 25 años de la Convención de las Naciones Unidas

The rights of the Child today, 25 years after the United Nations Convention

Jorge Cardona Llorens¹

Resumen

El artículo describe el significado y alcance de la Convención de los Derechos del Niño y cómo han evolucionado dichos derechos en los últimos 25 años, desde la entrada en vigor de la Convención hasta la entrada en vigor del tercer Protocolo en 2014. Para ello, tras señalar las principales características de la Convención, su contenido y significado en el momento de su aprobación, se identifican los que, en opinión del autor, son los principales progresos que se han llevado a cabo en los primeros 25 años de aplicación: las reformas legislativas; la elaboración de estrategias integrales para la protección de los derechos de la infancia; la creación de instituciones nacionales de derechos humanos con competencia en infancia; la existencia de planes de difusión y formación de los derechos; la reducción de fallecimientos por causas prevenibles; el aumento del porcentaje de escolarización; etc. Sin embargo, quedan también grandes desafíos por afrontar. Entre ellos el autor destaca: la reducción de la mortalidad que sigue siendo escandalosamente alta; la inversión en infancia; la eliminación de la violencia contra los niños; la reducción de la desigualdad, la discriminación y la inequidad; y la participación efectiva de los niños. El artículo termina con algunas reflexiones sobre la entrada en vigor del tercer Protocolo a la Convención, que supone el cierre del círculo de cambio de paradigma de reconocimiento del niño como sujeto de derechos.

Palabras clave: Derechos del niño, políticas de infancia.

Para citar el artículo: CARDONA LLORENS, Jorge. Los derechos de la infancia hoy, después de 25 años de la Convención de las Naciones Unidas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 9-22. ISSN 0212-7210.

¹ Catedrático de Derecho Internacional. Universidad de Valencia. Miembro del Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Jorge.Cardona@uv.es.

Abstract

The article describes the meaning and scope of the Convention on the Rights of the Child and how these rights have evolved over the past 25 years since the entry into force of the Convention until the entry into force of the Third Protocol in 2014. After identifying the main features of the Convention, its content and meaning at the time of approval, the author sets out his views on what are the main developments that have taken place in the first 25 years of implementation: legislative reforms; the development of comprehensive strategies for the protection of the rights of children; the establishment of national human rights institutions with expertise in childhood; the existence of plans for dissemination and training of rights; reducing deaths from preventable causes; increasing the percentage of schooling; etc. However, there also are great challenges ahead, including the author highlights: the reduction of mortality remains shockingly high; investment in children; the elimination of violence against children; reducing discrimination and inequality; effective participation of children. The article ends with some reflections on the entry into force of the Third Protocol, which accounts for closing the circle on the paradigm shift recognizing children as subjects of rights.

Key words: Rights of the Child, child related policies

I. Introducción

Hoy se acepta con carácter general de que la Convención de los Derechos del Niño es un instrumento jurídico internacional extraordinario. Adoptada y abierta a la firma por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, a principios de 2015 la Convención ha alcanzado casi su ratificación universal al haber sido ratificada por 195 Estados. Sólo dos estados no han ratificado la Convención: Estados Unidos de América y Sudán del Sur.

La Convención ha sido completada por tres protocolos facultativos. Los dos primeros, celebrados en el año 2000 y que entraron en vigor a principios de 2002, hacen referencia a la participación de niños en conflictos armados (OPAC), y a la venta de ni-

ños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (OPSC). Ambos desarrollan las disposiciones de la Convención sobre estas cuestiones, especificando y detallando las obligaciones del Estado. Ambos protocolos tienen más de 160 ratificaciones. Por su parte, el tercer Protocolo, relativo a un procedimiento de comunicaciones (OPIC), fue aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 19 de diciembre de 2011 y abierto a la firma el 28 de febrero de 2012; entró en vigor en febrero de 2014 y en la actualidad tiene 17 ratificaciones. España es parte en los tres protocolos.

Aunque hasta la fecha no se ha conseguido una ratificación de los protocolos tan universal como la de la Convención, debe señalarse que de los únicos dos estados que no han ratificado la Convención, el más im-

portante de ellos (Estados Unidos de América) sí que ha ratificado los dos primeros protocolos, y todos los años se incorporan a los mismos nuevos estados parte, lo que hace pensar que no se tardará en alcanzar una ratificación cuasi universal de los protocolos y que, en todo caso, el sistema de la Convención es ya universal, al estar fuera de él solo Sudán del Sur, que ha anunciado su pronta ratificación.²

En el presente trabajo querría centrarme, conforme al título del mismo, en el significado y alcance de la Convención y en cómo han evolucionado los derechos del niño en estos últimos 25 años desde la entrada en vigor de la Convención hasta la entrada en vigor del tercer Protocolo en 2014.

II. Significado y alcance de la Convención

El reconocimiento casi universal de la Convención a que hacíamos referencia en la introducción tiene un significado revolucionario respecto a la consideración jurídica del niño. Como se ha señalado reiteradamente, la Convención representa la consagración del cambio de paradigma que se produce a finales del siglo XX sobre la consideración del niño por el derecho: el niño deja de ser considerado como un objeto de protección, para convertirse en un sujeto titular de derechos que debe ser empoderado en los mismos.

Pero la Convención de los Derechos del Niño no es algo aislado, sino que debe ser contemplada como uno más de los escalones subidos por la humanidad en los últimos

años en el camino, no fácil, hacia el reconocimiento universal de los derechos de todas las personas.

Como es sabido, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se ha ido cambiando poco a poco el paradigma en relación con los grupos de personas consideradas “en situación de vulnerabilidad”, ya se trate de las minorías étnicas, de las mujeres, de los niños, de las personas con discapacidad, etc. Todos estos grupos habían sido tradicionalmente considerados “débiles” y “dependientes”, que necesitaban ser “protegidos” por el derecho. Eran considerados más como “objeto” de regulación jurídica que como “sujeto” de derechos.

■ Eran considerados más como “objeto” de regulación jurídica que como “sujeto” de derechos.

Los movimientos de derechos civiles y feministas que empezaron reivindicando la igualdad jurídica de todas las personas con independencia de su raza o sexo, y que se consagrará en el reconocimiento de la titularidad de los mismos derechos que los demás a las minorías étnicas y a las mujeres (explicitado en el Derecho Internacional en las Convenciones sobre *Eliminación de todas las formas de discriminación racial* de 1966 y sobre la *Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres* de 1979), se irá extendiendo a otros colectivos que reivindicarán la misma consideración de titulares de todos los derechos para otros colectivos como los niños (consagrado en la *Convención de los derechos*

² Aunque Estados Unidos no ha ratificado la *Convención*, al haber ratificado los dos protocolos sí se encuentra dentro del “sistema de la *Convención*”, y en consecuencia se somete al control del Comité de Derechos del Niño.

del niño de 1989) o las personas con discapacidad (consagrado en la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* de 2006).

En estos dos últimos supuestos es donde es más claro el cambio de paradigma. La sociedad había considerado tradicionalmente tanto a los niños como a las personas con discapacidad como “necesitados de protección”. Protección que, en la mayor parte de los casos, suponía desde negarles capacidad jurídica, impidiéndoles incluso el derecho a poder participar en las decisiones esenciales que afectaban a su vida, hasta llegar a considerarlos casi una “propiedad” de aquellas personas de las que se les hacía “dependientes”.

Frente a estas posturas surgen los movimientos sociales reivindicadores de la necesidad de crear una sociedad inclusiva e integradora, en la que se considere la diferencia entre sus componentes como algo enriquecedor y en la que todos sus integrantes sean por igual titulares de todos los derechos, teniendo el Estado la obligación de adoptar las medidas necesarias para que el ejercicio de esos derechos pueda realizarse en condiciones suficientes y de igualdad. Dichos movimientos sociales van a ir consiguiendo que se produzca ese cambio de paradigma necesario para la constitución de sociedades equitativas en las que todos sus miembros sean titulares de todos los derechos.

Es en este sentido en el que debe comprenderse la perspectiva adoptada por la *Convención de los Derechos del Niño* (y de las otras convenciones antes citadas). La Convención no proclama derechos nuevos para los niños. Los niños tienen los mismos derechos que las demás personas. La perspecti-

■ **La perspectiva de la Convención está enfocada hacia las obligaciones del Estado para garantizar que dichos derechos puedan ser ejercidos por los niños y sean respetados tanto por el Estado como por las demás personas.**

va de la Convención está enfocada hacia las obligaciones del Estado para garantizar que dichos derechos puedan ser ejercidos por los niños y sean respetados tanto por el Estado como por las demás personas.

Y para su consecución, como eje central del cambio de paradigma, la Convención va a incluir dos principios que podemos considerar “revolucionarios” en relación con la situación anterior: el principio del “interés superior del niño” y el principio que impone la obligación de “escuchar al niño en todas las decisiones que le afecten”. Ambos principios, contenidos en los art. 3 y 12 de la *Convención*, respectivamente, deben ser leídos conjuntamente y están en la base del nuevo estatuto del niño como “sujeto de derecho”.

Conforme al art. 3.1 de la *Convención*: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a la que se atenderá será el interés superior del niño”. Consideración “primordial” que en determinadas ocasiones la *Convención* nos indica que deberá ser casi la única, como es el caso, por ejemplo, en materia de adopción³ o para poder separar al niño de sus padres.⁴

³ Art. 21: “Los estados partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial”.

Conforme al art. 12-1 de la Convención: “Los estados partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño”. Es decir, no se trata sólo de “oír” al niño, sino de “escuchar”, lo que significa que su opinión debe ser tenida en cuenta (debiendo justificar los motivos por los que quien decide se separa de la misma) y que dicha opinión sea escuchada en el momento necesario para que pueda influir, en su caso, en la decisión.

■ Los niños no “pertenecen” a nadie, ni siquiera a sus padres.

La lectura conjunta de estos dos principios nos muestra la perspectiva del niño como sujeto de derechos. Suponen una nueva perspectiva en las relaciones entre adultos y niños, lo que lleva consigo una dinámica democrática en dichas relaciones. Los niños no “pertenecen” a nadie, ni siquiera a sus padres. Los niños se pertenecen a sí mismos y deben ser considerados sujetos de derecho, cuyo interés debe ser tenido en cuenta en todas las decisiones que les afecten, y cuya opinión debe ser escuchada antes de determinar el contenido de ese interés.

La estructura de la *Convención de los Derechos del Niño* puede considerarse que está formada por seis grupos de normas sustantivas⁵ relativas a:

- a) el ámbito de aplicación de la *Convención*
- b) los principios generales que inspiran la *Convención*;
- c) las medidas generales que deben adoptar los estados en relación con la *Convención*;
- d) la especificación de diversos derechos a la situación particular de los niños;
- e) las obligaciones relativas a la protección de los niños ante violaciones de derechos a los que son especialmente vulnerables;
- d) las obligaciones respecto de niños que se encuentran en situación de doble vulnerabilidad a fin de reducir las mayores barreras para el ejercicio de sus derechos;

a) En relación con el *ámbito de aplicación*, el artículo 1 establece el ámbito de aplicación personal al definir al niño como “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. A pesar del último inciso, debe considerarse en todo caso que la *Convención* es aplicable respecto de toda persona, desde su nacimiento hasta los 18 años.

Respecto de su ámbito de aplicación espacial, el artículo 2-1 prevé que “Los esta-

⁴ Art. 9-1: “Los estados partes velarán para que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño”. Art. 9-3: “3. Los estados partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño”.

⁵ A los que habría añadir otros dos grupos no sustantivos relativos a las disposiciones relativas al mecanismo de control de aplicación de la *Convención*; y a las disposiciones finales sobre la firma, entrada en vigor, reservas, etc.

dos partes respetarán los derechos enunciados en la presente *Convención* y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción”. Como señaló la Corte Internacional de Justicia en el asunto del muro construido en territorio palestino, esta expresión significa que las obligaciones del Estado contenidas en la *Convención* no se ciñen exclusivamente al territorio del Estado, sino también a toda actividad fuera de su territorio que se encuentre bajo su jurisdicción,⁶ pues “si bien la jurisdicción de los estados es primordialmente territorial, en ocasiones puede ejercerse fuera del territorio nacional”.⁷

b) En relación a los *principios generales* que inspiran la convención, son cuatro. Los dos primeros han sido ya citados: el principio del interés superior del niño (artículo 3.1) y el principio del respeto a las opiniones del niño o de participación (artículo 12). A ellos dos deben añadirse el principio de no discriminación (artículo 2) y el principio del respeto a la vida, la supervivencia y el desarrollo (artículo 6).

Estos cuatro principios traspasan toda la *Convención* y todos los derechos del niño y todas las obligaciones del Estado deben ser interpretadas a la luz de los mismos.

Ahora bien, conforme a la doctrina del Comité de Derechos del Niño, no se trata sólo de principios que informan el conjunto de derechos contenidos en la *Convención*, sino también de derechos autónomos, de forma que su no respeto en un caso concreto es una violación de los derechos del niño en sí mismo, sin necesidad de su vinculación con un derecho concreto de la *Convención*. En

otras palabras, a diferencia de lo que ocurre con otros tratados de derechos humanos, como por ejemplo la *Convención Europea de Derechos Humanos*, cabe la violación del principio de no discriminación de forma autónoma, sin necesidad de que se trate de una discriminación en el ejercicio de uno de los derechos previstos en la *Convención*. Lo mismo puede decirse sobre la violación del principio del respeto a las opiniones del niño, del interés superior o del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo.

c) Junto a los principios generales, un tercer grupo de normas contenidas en la *Convención* son las referentes a las *medidas generales de aplicación* que deben adoptar los estados en relación con la *Convención de los Derechos del Niño*. Se trata de medidas generales que deben adoptar los estados en todo caso, solo por haber ratificado la *Convención*.

A estas medidas generales de aplicación hace referencia el artículo 4 de la *Convención*, conforme con el cual: “Los estados partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente *Convención*. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los estados partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional”.

En desarrollo de esta disposición, el Comité de derechos del niño aprobó en 2003 la Observación General n° 5, dedicada en exclusiva a dichas medidas generales de apli-

⁶ *Consequences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé*. Avis consultatif du 9 juillet 2004, CIJ, *Recueil*, par. 113.

⁷ *Ibidem*, par. 109.

cación. Aunque no es este el momento ni lugar de hacer una glosa de la misma, a modo de resumen podemos destacar nueve grandes medidas que todo Estado está obligado a realizar en relación con la *Convención* y que son:

1. *Proceso de reforma de la ley*: que consiste, principalmente, en la obligación de reformar su legislación de forma que se acomode a las obligaciones derivadas de la *Convención*. Es decir, no basta con ratificar la *Convención* y decir que en el ordenamiento jurídico interno los tratados tienen una jerarquía superior a la ley. La seguridad jurídica exige que se produzcan todas las reformas legislativas necesarias para que el derecho interno sea conforme con las obligaciones derivadas de la *Convención*.
2. *Desarrollo de instituciones de derechos humanos independientes para los niños*: instituciones independientes que deben cumplir los principios de París sobre independencia de las instituciones de derechos humanos y que pueden consistir en instituciones específicas para los niños (defensor del niño) o en la existencia de secciones específicas, con personal especialmente formado, en las instituciones nacionales de derechos humanos (sección de derechos del niño en la defensoría del pueblo).
3. *Posibilidad de invocar los derechos de los niños ante los tribunales*: en el caso de que el ordenamiento jurídico no prevea la aplicación directa de los tratados en el ordenamiento interno y exija cualquier tipo de medida de transformación de los tratados en derecho interno o de desarrollo para poder invocar los derechos contenidos en un tratado ante

un órgano judicial interno, el Estado deberá adoptar dichas medidas al ratificar la *Convención*.

4. *Desarrollo de estrategias o agendas amplias para los niños*: los estados deben establecer, en el marco de sus políticas públicas, políticas específicas que impliquen una estrategia o agenda amplia que contemple el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la *Convención* de una forma integral y no sectorial. La elaboración de Planes Estratégicos de Infancia suele ser el instrumento principalmente utilizado.
5. *Desarrollo de mecanismos permanentes de coordinación gubernamental*: el Estado debe coordinar la acción de todos los organismos encargados de aplicar las obligaciones derivadas de la *Convención*. Coordinación que debe ser horizontal (entre los diversos ministerios y departamentos implicados a nivel estatal) y vertical (entre los diversos niveles de responsabilidad: nacional, regional y local). Y dicha coordinación debe ser llevada a cabo por mecanismos creados con carácter permanente con el objetivo específico de la coordinación de las políticas de infancia y no de forma esporádica.
6. *Supervisión sistemática, recopilación de datos y evaluación*. Para poder elaborar estrategias eficaces y adoptar las medidas de política de infancia necesarias para el pleno respeto de las obligaciones derivadas de la *Convención*, el Estado debe recopilar los datos relativos a la situación de los niños en el país, desagregados por edad, sexo, etnia, región, etc. Y dichos datos deben ser mantenidos y evaluados periódica-

mente a fin de determinar los resultados de los planes integrales de infancia y de las demás medidas adoptadas.

7. *Asignación de recursos para los niños (análisis presupuestario, etc.):* al señalar la obligación de asignar recursos suficientes se indica que no solo debe existir dicha asignación suficiente, sino que debe poder visibilizarse a fin de poder evaluarla. Ello significa que en todos los presupuestos públicos, de todos los niveles de la Administración que tengan responsabilidades en materia de infancia, debe poder identificarse los recursos asignados al cumplimiento de las obligaciones derivadas de la *Convención*.

■ **Al señalar la obligación de asignar recursos suficientes se indica que no solo debe existir dicha asignación suficiente, sino que debe poder visibilizarse a fin de poder evaluarla.**

8. *Educación, formación e incremento de concienciación de la Convención:* el cambio de paradigma que representa la *Convención* no solo debe reflejarse en la legislación del Estado, sino que debe transmitirse al conjunto de la sociedad. La única forma de conseguirlo es difundiendo la *Convención*, introduciendo su enseñanza en los currículos académicos tanto en los niveles básicos de enseñanza como en los universitarios y realizando campañas de concienciación social en aquellos

ámbitos en los que la mentalidad social no haya terminado de asumir la perspectiva de derechos humanos en la consideración de la niñez.

9. *Colaboración en el proceso de implementación con la sociedad civil, incluyendo los niños:* finalmente, el Estado tiene también la obligación de fortalecer y cooperar con la sociedad civil, incluidos los niños, a fin de que se produzca un verdadero empoderamiento de los titulares de los derechos.

Todas estas medidas de carácter general deben tener por finalidad garantizar el ejercicio de los derechos a que se refiere la *Convención*. A dichos derechos se refieren los otros tres grupos de normas a los que queremos hacer referencia en este apartado. No se trata de normas que establezcan “derechos específicos” de los niños. Como hemos dicho, los niños tienen los mismos derechos que las demás personas.

d) En relación con las *obligaciones respecto a la especificación de determinados derechos humanos a la situación especial de los niños:* dicha especificación viene referida, fundamentalmente, a derechos vinculados con dos de los principios generales antes mencionados. Se trata de:

- derechos referentes a los recursos, capacidades y contribuciones necesarias para la supervivencia y pleno desarrollo del niño, entre los que están incluidos los derechos a una alimentación y alojamiento adecuados, al agua potable, a atención sanitaria básica,⁸ a una formación académica,⁹ al esparcimiento, al recreo y a actividades culturales.¹⁰
- derechos relativos a la participación de los niños y niñas a fin de que puedan expresar

⁸ Artículo 24; ⁹ Artículos 28 y 29; ¹⁰ Artículo 31.

libremente sus opiniones y manifestar su punto de vista en relación con cuestiones que afectan a su vida social, económica, religiosa, cultural y política, como son el derecho a expresar opiniones y a ser escuchado,¹¹ el derecho a la información¹² y la libertad de asociación.¹³

e) En relación a las *obligaciones del Estado parte relativas a la protección de los niños ante situaciones en las que su vulnerabilidad aumenta por su condición de niño* y sus derechos pueden verse especialmente violados, son de destacar los casos de: secuestro por los padres;¹⁴ la protección contra toda clase de violencia;¹⁵ la adopción;¹⁶ el trabajo infantil;¹⁷ el consumo de drogas;¹⁸ la explotación sexual;¹⁹ el secuestro, venta y trata;²⁰ u otras formas de explotación;²¹ o la detención y castigo.²²

f) Finalmente, en relación a las *obligaciones respecto de niños que se encuentran en situación de doble (o triple o superior) vulnerabilidad a fin de reducir las mayores barreras para el ejercicio de sus derechos*, viene referido a los casos de: los niños privados de su ambiente familiar;²³ los niños refugiados;²⁴ los niños con discapacidad;²⁵ los niños al cuidado de instituciones públicas;²⁶ los niños de minorías o grupos indígenas;²⁷ los niños que se encuentran en conflictos armados;²⁸ los niños víctima de abandono, abusos o explotación;²⁹ o los niños en conflicto con la ley.³⁰

En todos estos supuestos, el Estado asume obligaciones específicas a fin de proteger el respeto de los derechos del niño.

Al conjunto de obligaciones establecidas en la *Convención* deben añadirse las obliga-

ciones más específicas asumidas, como hemos señalado en la introducción, por los dos protocolos facultativos celebrados en el año 2000 y entrados en vigor a principios de 2002. Ambos desarrollan las disposiciones de la *Convención*, especificando y detallando las obligaciones del Estado respecto a las cuestiones específicas de cada Protocolo. Ninguno implica un cambio en el significado de la *Convención*. Sin duda, ambos aumentan su alcance, pues aunque las cuestiones en ellos tratadas estaban referenciadas con carácter general en la *Convención*; los protocolos especifican, desarrollan y aclaran las obligaciones de los estados para proteger a los niños en esas situaciones o para luchar contra tan graves (y lamentablemente frecuentes) violaciones de los derechos de los niños.

III. 25 años de evolución de los derechos del niño en los estados

a) Los principales progresos de estos 25 años

Del apartado anterior se deduce que ha habido un amplio desarrollo normativo en el ámbito internacional en lo que se refiere a los derechos del niño. Pero, ¿qué ha ocurrido en el interior de los estados durante estos 25 años?

Si centramos nuestra atención en el interior de los estados, lo primero que se ve respecto de las medidas generales de aplicación son reformas legislativas. Se puede decir que en todos los estados se ve hoy una situación muy distinta a la de hace 25 años. En todos los estados hay, bien un código sobre los

¹¹ Artículo 12; ¹² Artículo 13; ¹³ Artículo 15; ¹⁴ Artículo 11; ¹⁵ Artículo 19; ¹⁶ Artículo 21; ¹⁷ Artículo 32; ¹⁸ Artículo 33; ¹⁹ Artículo 34; ²⁰ Artículo 35; ²¹ Artículo 36; ²² Artículo 37; ²³ Artículo 20; ²⁴ Artículo 22; ²⁵ Artículo 23; ²⁶ Artículo 25; ²⁷ Artículo 30; ²⁸ Artículo 38; ²⁹ Artículo 39; ³⁰ Artículo 40.

derechos de los niños, bien una legislación especial sobre derechos de los niños. Se ha realizado una reforma legislativa completa que se observa en todos los estados del mundo.

Por otra parte, en casi todos los estados se aprecia la existencia de estrategias para la aplicación de los derechos de los niños. Podemos afirmar la existencia generalizada de planes nacionales de acción para aplicar la *Convención*, para proteger a los niños. Todos estos planes nacionales de acciones son positivos.

También encontramos la creación cada vez en más estados de instituciones nacionales de derechos humanos, e incluso, en algunos estados de «defensores» especiales para los niños. Por ejemplo Bélgica, donde hay dos «defensoras» para los niños: una en la zona valona y otra en la zona flamenca. Igualmente hay otros países en los que hay *Ombudspersons* específicos para los niños. Otra alternativa frecuente en muchos países es la creación de una sección especializada para los Derechos del Niño en la institución nacional de derechos humanos. Es decir que, de una forma u otra, se incrementan los mecanismos para una protección especial.

Por otra parte se ve en todos los estados la existencia cada vez más de planes de difusión y sensibilización sobre los Derechos del Niño. Parafraseando la *Constitución* de la UNESCO (que nos habla de que la guerra nace en el espíritu de los hombres y que se debe combatir allí), se podría decir que el respeto de los derechos de los niños, es decir que el cambio de paradigma de los niños como sujetos de derecho debe empezar en la mente de los hombres, y que es allí donde se debe trabajar para la defensa de los derechos de los niños. Es necesario hacer sensibilización, difusión y capacitación para cambiar la situación.

■ El cambio de paradigma de los niños como sujetos de derecho debe empezar en la mente de los hombres, y es allí donde se debe trabajar para la defensa de los derechos de los niños.

En este sentido, podemos afirmar que los niños empiezan a estar en las agendas de los estados. Se puede ver en todos los estados que en las elecciones siempre hay algo sobre los niños. En los programas, los niños son considerados, de una forma u otra (siempre nos gustaría que más, pero no podemos negar que algo sí). Todos los estados hablan de los niños. Y eso es un mérito de la *Convención*.

Otro gran progreso fácilmente identificable es la reducción del número de niños que fallecen por causas prevenibles. En estos 25 años se ha reducido a la mitad. En 1990 había 12 millones y medio de niños que morían por causas evitables, y en 2014 son solo la mitad, 6 millones y medio.

Otro progreso viene referido al porcentaje de alumnos que llegan a la escuela primaria. Desde el 51% en 1989 a casi el 90% hoy.

Pero si bien todo esto significa un progreso, indudablemente nos quedan grandes desafíos. Como veremos a continuación, nos queda mucho por hacer para que los derechos de los niños sean respetados. Pero también debemos felicitarnos por haber comenzado el camino.

En el apartado siguiente me centraré en lo que considero los grandes progresos, así como los grandes desafíos que nos quedan por superar, terminando con una referencia al Tercer Protocolo de la *Convención* como cierre del círculo del reconocimiento de los niños como sujetos de derecho.

b) *Los principales desafíos para los próximos años*

A mi juicio existen cinco grandes desafíos para los próximos años.

1. *El primer gran desafío es la reducción de la mortalidad.* He dicho antes que se ha reducido a la mitad los niños que fallecen por causas prevenibles, pero todos los días 17.000 niños fallecen por causas que se pueden evitar. Esto significa que en el tiempo dedicado por el lector a este trabajo, han fallecido varios niños por causas prevenibles. Entonces... se debe mejorar sin duda la protección.
2. *El segundo gran desafío es la inversión.* Es cierto que hay reformas legislativas, se hacen estrategias nacionales, etc., pero la cuestión clave es la inversión, el presupuesto público. Se debe hacer inversión en derechos, no solo declarar los derechos. El ejercicio de los derechos necesita recursos, y eso hoy es un gran desafío.

Y este desafío presenta especiales dificultades, incluso aunque exista voluntad política, porque hoy es imposible saber cuál es el presupuesto dedicado a los derechos de los niños en un país. Si se mira el presupuesto público no se encuentra cuantos recursos se destinen a la salvaguardia de los derechos de los niños. Y si no se conoce la inversión que se hace en los derechos de los niños es imposible saber si se cumple o no la inversión necesaria para el respeto de los derechos.

De ahí la necesidad de cambiar esta situación.³¹

3. *El tercer gran desafío es la violencia.* Esta cuestión es especialmente importante. La violencia en los niños es algo absolutamente silencioso. Nadie habla. En los medios de comunicación no se encuentra la cuestión de la violencia. Y la violencia en los niños, el maltrato físico, psíquico, el abuso sexual, es terrible, en todos los países del mundo y en todas las clases sociales. Esto no es una cosa de la pobreza. La violencia se encuentra en todos los países desarrollados, en los países en vías de desarrollo, en todas las clases sociales. Y nadie habla de este tema. Se habla (y es necesario hacerlo) de la violencia contra la mujer, pero no de la violencia contra los niños. Y no se puede luchar contra un problema si no se conoce a fondo. No hay estadísticas, se conocen solamente las cuestiones que llegan a los tribunales. Esta cuestión debe estar en la agenda de medios de comunicación, en la agenda social, para comenzar a hablar sobre el tema, para comenzar a hacer políticas de prevención, difusión, de concienciación, de investigación, de represión y de rehabilitación.
4. *El cuarto gran desafío, a mi juicio, es la desigualdad, la discriminación, la inequidad.* Cada vez más aumenta la desigualdad, no solo entre países desarrollados y países en desarrollo, en todos los países, dentro de cada país. Hace poco se publicó el informe del UNICEF sobre

³¹El Comité de los derechos del niño para explicar a los estados el contenido de esta obligación está preparando una observación general sobre la cuestión de presupuesto público y derecho de los niños.

la repercusión de la crisis en los niños en los países desarrollados.³² Es terrible como la desigualdad aumenta cada vez más en el interior de todos los países.

5. *El quinto desafío es la participación.* En mi opinión, la participación es un tema clave para conseguir al cambio de paradigma. Al ratificar la *Convención*, los estados se comprometieron a hacer del derecho de cada niño a participar en las decisiones que les afectan una realidad. El reconocimiento del niño como sujeto de derecho pasa inevitablemente por la adopción de medidas concretas, por la creación de un mecanismo para que los niños puedan participar realmente en las decisiones que les afectan. Y para ello los mecanismos deben estar previstos. Pero la realidad es que aún son muy rudimentarios, o inexistentes en muchos estados.

c) *El cierre del círculo: el Protocolo Facultativo relativo a un procedimiento de comunicaciones*

Para terminar, una referencia al tercer Protocolo de la *Convención*. Es bien conocido el lema «nada para nosotros, sin nosotros». Y poner fin a las violaciones contra los niños es un objetivo que solo se podrá alcanzar con ellos. En este sentido, al ratificar el 3er Protocolo de la *Convención* sobre las comunicaciones individuales, los estados han aceptado que los niños puedan hacer valer sus propios derechos ante nuestro Comité.

Pero llegar al 3er Protocolo ha sido un trabajo muy arduo. La *Convención* era el úni-

co de los tratados internacionales básicos de derechos humanos sin procedimiento de comunicaciones. Aunque los mecanismos internacionales generales de la reclamación podían ser utilizados por los niños, lo cierto es que no abarcan toda la gama de los derechos de los niños consagrados en la *Convención*, y esas reclamaciones no son examinadas por un corpus de expertos en los derechos del niño.

Existían pues grandes razones para realizar un protocolo de estas características. Entre las razones que lo hacían necesario destacamos:

1. Para que los niños **dejaran de ser “mini-personas” con “mini-derechos”**: no se es plenamente titular de derechos si no se tienen mecanismos para reclamar en caso de violación, y los niños eran los únicos titulares de derechos declarados en tratados de Naciones Unidas que no tenían acceso a un mecanismo internacional de protección.
2. Porque es necesario que los niños y niñas **tengan a su disposición un procedimiento a escala internacional** cuando no existan recursos nacionales capaces de proteger sus derechos o éstos hayan demostrado ser ineficaces, y que ese mecanismo cubra todos sus derechos y esté formado por especialistas en los derechos del niño.
3. Porque es bueno para identificar con precisión **dónde fallan los sistemas nacionales**, y ayudar a los estados a mejorar la ejecución de sus obligaciones. La asunción de estos motivos llevó a que, tras largas negociaciones, la Asamblea Ge-

³² UNICEF. *Los niños de la recesión. El impacto de la crisis económica en el bienestar infantil en los países ricos.* El texto puede consultarse en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/report_card_12._los_ninos_de_la_recesion.pdf

neral de Naciones Unidas aprobara el Protocolo Facultativo a la *Convención de los Derechos del Niño* sobre un Procedimiento de Comunicaciones en diciembre de 2011. Dicho Protocolo se abrió a la firma el 28 de febrero de 2012 y entró en vigor en abril de 2014.

Este mecanismo debe permitir a los niños (o a sus representantes) poder llevar las violaciones de los derechos directamente ante el Comité cuando las soluciones internas existentes han sido ineficaces.

Además, permitirá que el Comité pueda establecer consultas urgentes cuando se le informa de violaciones graves o sistemáticas de los derechos contenidos en la *Convención* o sus protocolos.

Este Protocolo cierra el círculo del cambio de paradigma del niño como sujeto de derechos en el ámbito internacional. Pero aún nos queda mucho para que algo parecido a este Protocolo se instale en el interior de los estados.

IV. Conclusión

He intentado describir rápidamente el alcance y contenido de la *Convención sobre los*

derechos del niño y la evolución de esos derechos a lo largo de los últimos 25 años. No es fácil extraer conclusiones. Como era de esperar, hay luces y sombras. Si echamos la vista atrás y miramos el camino recorrido, podemos apreciar que se ha evolucionado. Pero si echamos la vista hacia delante y miramos lo que nos queda por recorrer, lo cierto es que el trabajo que falta es mucho y los retos no son fáciles de superar.

Desde un punto de vista negativo, en la actualidad se aprecian ciertas tendencias regresivas en el ámbito del desarrollo de los derechos de los niños. Vemos como en muchos estados se plantean rebajar la edad de acceso al trabajo, o la edad de responsabilidad penal (¡con lo que ha costado fijar esas edades!). Pero desde un punto de vista positivo vemos que los estados siguen desarrollando los derechos de los niños y afirman su necesidad.

Los niños no son el futuro de nuestras sociedades. Los niños son el presente. Y hay que trabajar ahora para conseguir que se respeten todos sus derechos. Los derechos que no se respetan hoy, son irrecuperables. Eso nos imprime urgencia en recorrer el camino que nos queda.

Bibliografía

- CARDONA LLORENS, J. “La Convención sobre los Derechos del Niño: significado, alcance y nuevos retos”, en *Educatio siglo XXI*, Volumen: 30 Número: 2, 2012. Pág. 47-68. ISSN 1699-2105.
- CARDONA LLORENS, Jorge “Droits de l’enfant et secteur privé : existe-t-il un besoin de Convention contraignante?”, en *Droits de l’enfant et secteur privé: amener les états et les entreprises a remplir leurs obligations*, Sion (Suiza): Institut International des Droits de l’Enfant, 2012. Pág. 72-85.
- CARDONA LLORENS, J. “El tercer protocolo de la Convención de los Derechos del Niño: la consagración del niño como sujeto de derechos humanos y los nuevos desafíos del Comité de los Derechos del Niño”, en *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, Volumen: 12 Número: 12, 2012. Pág. 211-228. ISSN 1677-1419.
- CARDONA LLORENS, J. “Worrying Tendencies: children’s criminalization” (edito) en *News de l’Institut International des droits de l’Enfant*, 2012. Pág. 1-3.
- CARDONA LLORENS, J. “Human Rights and the Inclusive Society”, en *Globalization and Human Rights: Challenges and Answers from a European Perspective*, Editorial Springer Netherlands (ISBN 978-94-007-4019-8), 2012. Pág. 51-72.
- CARDONA LLORENS, Jorge “La Convención de los derechos del niño: significado, alcance y nuevos retos”, en *Temas de actualidad jurídica sobre la niñez*, México: Editorial Porrúa (ISBN 978-607-09-1138-5), 2012. Pág. 1-18.
- CARDONA LLORENS, J. “La evaluación y determinación del interés superior del niño”, en *Revista Española de Derecho Internacional*, Volumen: LXV Número: 2, 2013. Pág. 253-258. ISSN 0034-9380.
- CARDONA LLORENS, J. “Droit à l’éducation des enfants en situation de handicap : exclusion, intégration et inclusión” en *Droit des enfants en situation de handicap*, Sion (Suiza): Institut International des Droits de l’Enfant, (ISBN: 978-2-8399-1363-8), 2013. Pág. 49-58.
- CARDONA LLORENS, J. “La transposition des droits de l’enfant dans les systèmes juridiques nationaux”, Monaco: *Revue de Droit Monégasque*, número extraordinario, 2014. Pág. 35-51. ISSN 1992-3899.
- CARDONA LLORENS, J. “El Interés Superior del niño: balance y perspectivas del concepto en el 25º aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño”, en *Revista Española de desarrollo y cooperación*, (ISSN 1137-8875), Número extraordinario, Otoño de 2014. Pág. 21-35.
- CARDONA LLORENS, J. “El dret de l’infant a fer que el seu interès superior sigui una consideració primordial en totes les decisions que l’afectin”, en *25 anys de la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de l’Infant (III Jornades Catalanes sobre l’Infant: La responsabilitat dels adults vers els infants)*, Barcelona: Generalitat de Catalunya i Justícia i Pau, 2014 (Dipòsit legal: B 21417-2014). Pág. 30-50.
- CARDONA LLORENS, J. “Libertad y derecho de información: una visión desde la perspectiva de los derechos de los niños”, en *Perspectivas actuales de las libertades de opinión y expresión y de la libertad de información*, Madrid: Colección «Peces-Barba», editorial Dykinson, 2015, ISBN 978-84-9085-324-5. Pág. 15-28.

El sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña

Reflexiones a los cinco años de entrada en vigor de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (Primera parte)

The Catalan Protection System on childhood and adolescence

Joan Mayoral Simón¹

Resumen

El 3 de julio de 2015 se han cumplido cinco años de la entrada en vigor de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. Su largo proceso de elaboración, que comenzó por la redacción de un documento de bases y un amplio proceso participativo, cristalizó en una ley que fue aprobada por unanimidad por el Parlament de Cataluña. Este texto dotó a Cataluña de una norma que incorporaba una visión integral, abarcaba toda la legislación sobre infancia y adolescencia y suponía una importante transformación del sistema de protección. Desgraciadamente, su aprobación coincidió con una situación de grave crisis económica que aún perdura, lo que ha afectado a su desarrollo y a la realidad social que quería transformar.

En este artículo, dividido en dos partes, analizaremos el sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña implantado por la Ley 14/2010 y su evolución durante estos últimos cinco años.

En esta primera parte nos centraremos en las tendencias actuales y en los retos del sistema diseñado por la Ley 14/2010 en cuanto a las instituciones privadas de protección y a las públicas de apoyo en el medio familiar ante las situaciones de riesgo.

Palabras clave: Infancia, protección a la infancia, situaciones de riesgo, situaciones de desamparo.

Para citar el artículo: MAYORAL SIMÓN, Joan. El sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 23-35. ISSN 0212-7210.

¹ Licenciado en Derecho. Diploma Estudios Avanzados en Derecho Público por la UAB. Máster en Alta Función Directiva por la EAPC. Subdirector general de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Generalitat de Catalunya. jmayoral@gencat.cat

Abstract

Last 3rd July marked five years since the entry into force of the Law 14/2010 of May 27th, regulating the rights and opportunities of childhood and adolescence. Its long process of developing, which started with the preparation of a document of foundations and a broad participatory process, crystallized into a law that was unanimously adopted by the Parliament of Catalonia. This text provided Catalonia with a standard which embodied a comprehensive vision, including all legislation related to childhood and adolescence, and meant a major transformation in the protection system.

Unfortunately, the approval of the law coincided with a severe economic downturn that still endures. This has affected its development and the social reality that it aimed to change.

In this paper, divided into two parts, we look at the child protection system in Catalonia implemented by Law 14/2010 and its evolution during the past five years. In the first part, we focus on the recent trends and challenges of the system designed by Law 14/2010, as regards both situations of abandonment and the development of public policies.

Key words: Childhood, child protection, risk situations, situations of abandonment.

El sistema de protección diseñado por la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (en adelante, Ley 14/2010), configura un sistema descentralizado de protección que se fundamenta en la distinción entre las situaciones de riesgo (competencia de los entes locales, que, según los casos, deben abordar los equipos de servicios sociales básicos y los equipos de atención a la infancia y la adolescencia) y las situaciones de desamparo (competencia de la Administración de la Generalitat de Cataluña, mediante la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, en adelante DGAIA).

La Ley 14/2010 también supone la inte-

gración de las dos vertientes de la protección a la infancia (tutela civil y servicios sociales), haciendo de punto de encuentro de lo establecido por la ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales, y el marco civil establecido por la Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia.

Cinco años después de las primeras orientaciones para la implementación de este modelo (Mayoral, 2010) efectuadas ante la inmediatez de la entrada en vigor de la Ley 14/2010, es oportuno analizar con cierto espíritu crítico la evolución y situación actual del sistema, los retos y las dificultades, así como de las políticas públicas que directamente le afectan.

I. Situación actual y tendencias del sistema de protección a la infancia de Cataluña

De acuerdo con el diseño realizado por la Ley 14/2010, completado con el Código Civil de Cataluña y la Ley de servicios sociales, podemos definir el sistema de protección a la infancia como el conjunto de instituciones privadas y públicas de protección a la persona menor de edad y de servicios sociales que tienen por finalidad garantizar su cuidado, alimentación, educación y formación integral, el ejercicio de sus derechos y la administración o defensa de sus bienes e intereses patrimoniales.

■ **Podemos definir el sistema de protección a la infancia como el conjunto de instituciones privadas y públicas de protección a la persona menor de edad y de servicios sociales que tienen por finalidad garantizar su cuidado, alimentación, educación y formación integral, el ejercicio de sus derechos y la administración o defensa de sus bienes e intereses patrimoniales.**

Dicho esto, esquemáticamente podríamos dividir el sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Cataluña en cuatro niveles, evidentemente interrelacionados, que son los siguientes:

1. La familia y las otras instituciones privadas de protección que tienen que ejercer la **potestad parental, la tutela, la curatela, la defensa ju-**

dicial o la guarda de hecho. Estas funciones están bajo un doble control, administrativo y judicial.

2. Administración pública, formado a la vez por dos niveles:

2.1 La Administración local, que debe intervenir, mediante los servicios sociales, dando apoyo a la familia cuando existen **situaciones de riesgo.**

2.2 La Administración de la Generalitat mediante la entidad pública de protección, la DGAIA, que debe prestar la protección subsidiaria cuando son necesarias modalidades alternativas de protección que impliquen la separación del núcleo familiar porque existe una **situación de desamparo.**

Toda la función administrativa está sujeta al control judicial y a la vigilancia del Ministerio Fiscal.

3. La Administración de Justicia (Ministerio Fiscal/órganos jurisdiccionales): ejerce el control judicial tanto de la actividad privada como del ejercicio de la actividad administrativa de protección y también en ciertos supuestos actúa como instancia subsidiaria de las anteriores, como en el supuesto de guarda judicial.

Es necesario remarcar que en el sistema de protección inciden de una forma esencial otros sistemas (sistemas que, en un sentido amplio, podríamos considerar parte del sistema de protección entendido como toda actividad organizada dirigida a garantizar los derechos de los niños y los adolescentes y un nivel de bienestar adecuado), como son, significativamente, los siguientes:

1. el **sistema educativo**, que debe garantizar el derecho a la educación de todo niño y adolescente (artículos 48 a 52 de la Ley 14/2010),
2. el sistema **sanitario**, que debe garantizar su derecho a la salud física y mental (artículos 44 a 46 de la Ley 14/2010)
3. y el **sistema general de prestaciones sociales**, que debe garantizar una atención adecuada a la diversidad funcional o **discapacidad** de los niños y adolescentes (artículo 42 de la Ley 14/2010) y de sus progenitores, y un **apoyo económico** suficiente a las familias con niños a cargo para asegurar que disponen de los recursos económicos suficientes para proporcionarles un nivel de bienestar adecuado (artículo 27 Convención, artículo 41 de la Ley 14/2010, Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias, normativa sobre seguridad social...).

Antes de entrar en el análisis de los niveles de protección, cabe destacar que si los otros sistemas complementarios (educativo, sanitario, social) no funcionan adecuadamente, este déficit repercute negativamente en el sistema de protección a la infancia, dado que ni las familias ni la entidad pública de protección pueden hacer frente sin el adecuado apoyo a todas las carencias y dificultades educativas, sanitarias y económicas.

Señaladamente, los servicios sociales y la entidad pública de protección deben apoyar o suplir a los progenitores, tutores o guarda-

dores legales cuando éstos no ejercen sus funciones o las ejercen en perjuicio grave del interés superior del niño, pero no pueden suplir al resto de funciones (atención educativa adecuada, atención a los problemas de salud mental y discapacidad, pensiones o ayudas económicas para situaciones de necesidad social...) que corresponden a otros sistemas con los que se debe coordinar.

En este sentido, los efectos de la crisis económica, que, como veremos, han afectado directamente a la aplicación de las políticas públicas de protección a la infancia, también impactan en la protección a la infancia en la medida que también afecta a otros sistemas complementarios (educativo, sanitario, prestaciones sociales...).

II.a La potestad parental y el resto de instituciones privadas de protección

El sistema de protección empieza desde la propia familia, que es el núcleo básico de asistencia a los menores de edad, y su protección está reconocida tanto a escala internacional² como nacional.³ Es por eso que la institución jurídica central para la protección a la infancia y la adolescencia es la **potestad parental**, que deriva de la filiación jurídicamente establecida y que es una función atribuida a los progenitores por la ley en el ejercicio de la cual tienen que proporcionar a sus hijos las condiciones de vida necesarias para su desarrollo integral (ver artículo

² El artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos de 1950 reconoce el derecho al respeto a la vida familiar, o el artículo 9.1 de la Convención de los derechos del niño que encarga a los estados velar porque los hijos no sean separados de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando esta separación sea necesaria para proteger el interés superior del niño.

³ Ver el artículo 40.2 del Estatut de Catalunya.

236-1 a 32 del Código Civil de Cataluña, y 37.1 y 2 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia).

En el ejercicio de esta función, los progenitores tienen derecho a recibir, por parte de las administraciones públicas, la ayuda necesaria para que puedan asumir su responsabilidad (ver artículo 18 de la Convención y artículos 12, 37.3 y 4 y 41 de la Ley 14/2010).

■ El 99,5% de los niños y adolescentes de Cataluña están bajo la protección de su familia.

Actualmente el 99,5%⁴ de los niños y adolescentes de Cataluña están bajo la protección de su familia, ya bajo potestad parental de sus progenitores o, residualmente, en una del resto de instituciones privadas subsidiarias de protección que enunciamos a continuación.

Cuando faltan los progenitores se prevén otras instituciones privadas de protección, como son: la tutela (artículos 222-1 a 54 del Código Civil de Cataluña), la curatela en el caso de adolescentes emancipados (artículos 223-1 a 10 del Código Civil de Cataluña), el defensor judicial en el caso de conflicto de intereses o falta provisional de las anteriores (224-1 a 5), y la guarda de hecho cuando existe una situación de falta de ejercicio de las funciones por parte de los progenitores o tutores y el guardador asume transito-

riamente la guardia mientras lo comunica a la autoridad judicial o a la entidad pública encargada de la protección de menores de edad (artículos 225-1 a 5 del Código Civil de Cataluña).

Entre estas instituciones privadas de protección tiene especial relevancia la guarda de hecho, por lo que haremos un pequeño análisis de ella. La guarda de hecho es aquella situación en la que un niño o adolescente convive y es atendido por personas que no son sus progenitores o tutores y que no ha sido formalizada en modo alguno (resolución judicial o administrativa).

Podríamos definir la **guarda de hecho** como una institución de derecho civil mediante la cual una persona, por ausencia o con el consentimiento expreso o tácito de los titulares de la potestad parental o tutelar, y sin intervención de la autoridad judicial o administrativa, se hace cargo de un niño o adolescente, ejerciendo las funciones propias de los progenitores o tutores, sin título que lo habilite para ello.

Estas situaciones generan inseguridad y condicionan la intervención desde el sistema de protección que debe garantizar el bienestar y la seguridad jurídica del niño o adolescente que se encuentra bajo la guarda de hecho.

Esta situación confusa es también la que da pie a la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Civil, nº 582/2014, de 27 de octubre de 2014, que es especialmente interesante porque se hace eco de la polémica sobre si las guardas de hecho tienen que comportar

⁴De 1.385.127 niños y adolescentes que había en Cataluña en el año 2013 según el IDESCAT, 6713 estaban bajo tutela según la memoria del Departamento de Bienestar Social y Familia del mismo año; lo que supone un 0,4832% (no se tienen en cuenta los expedientes asistenciales porque son actuaciones con mayores de edad). Este porcentaje, de entre el 0,4 y el 0,5%, es la tasa en la que nos movemos en los últimos años.

necesariamente la declaración de desamparo, si bien hay que tener en cuenta que interpreta el Código Civil estatal y no el que hemos mencionado.

La Sentencia afirma que “ni el Código Civil ni la LOPJM resuelven la cuestión de si un menor de edad que recibe asistencia de un guardador de hecho, es decir, de persona que no ostenta ninguna autoridad o poder jurídico sobre aquel, puede ser declarado en desamparo y sometido a tutela automática.”

Comenta que existen dos tesis doctrinales y jurisprudenciales:

- la objetiva: el desamparo solo se da si faltan los elementos básicos para el desarrollo integral del niño o adolescente. Es decir, si el menor de edad carece de asistencia adecuada.
- subjetiva: cuando las personas que tienen la obligación legal de atender al menor no lo hacen.

La sentencia considera, como no podría ser de otra manera, que “el interés del menor de edad debe prevalecer sobre cualquier otro interés en juego”.

En lo que se refiere a Cataluña, el actual Código Civil de Cataluña, artículo 225-1, establece que “es guardadora de hecho la persona física o jurídica que cuida a un menor..., si no está en potestad parental o tutela o, aunque lo esté, si los titulares de estas funciones no las ejercen”.

En estos casos el artículo 225-2 establece que “el guardador de hecho que ha acogido transitoriamente a un menor que ha sido desamparado por las personas que tienen la obligación de cuidarlo lo debe comunicar a la entidad pública competente en materia de protección de menores o a la autoridad judicial en el plazo de setenta y dos horas desde el inicio de la guarda.”

Por tanto, la regularización de la guarda de hecho de un menor de edad tiene dos posibilidades: judicial (atribución de funciones tutelares) o administrativa (declaración de desamparo).

Dada la opción que otorga el Código Civil al guardador de hecho de utilizar la vía judicial o administrativa, si éste pide a la DGAIA que asuma la tutela del menor de edad por ser conveniente para el interés superior de éste, o la DGAIA tiene conocimiento de una situación de guarda de hecho, la DGAIA, comprobadas las circunstancias, debe valorar la situación y debe asumir la tutela y regularizar la acogida o adoptar la medida de protección que sea necesario, si eso es lo que más conviene al interés superior del niño (pensemos, por ejemplo: problemas de documentación, matriculación, acceso a la sanidad pública, empadronamiento... o reclamación de unos progenitores respecto a los que existan elementos para valorar existiría una situación de desamparo).

No podemos olvidar que, tal y como dice la Sentencia del TS, la guarda de hecho es una situación provisional, débil y que genera un vínculo jurídico débil entre el menor de edad y su guardador, el cual ni siquiera puede oponerse a la entrega de éste si es reclamado por quien ostenta la potestad parental. Por lo tanto, hay que ser cauteloso ante estas situaciones por la falta de seguridad jurídica de esta figura; lo que conlleva siempre una posible desprotección para el niño o el adolescente.

Todo ello sin perjuicio de informar desde un inicio, o en un momento posterior, a los guardadores de hecho de la posibilidad de pedir las funciones tutelares judicialmente o incluso de hacerlo la DGAIA (que según el artículo 222 -14.2 del CCC tiene la obligación de instar la constitución de la tu-

tela de los menores desamparados que tenga a su cargo si hay personas que la puedan asumir en interés de aquellos).

Entrando en los problemas fundamentales que afectan actualmente a las familias como instituciones de protección, quisiera mencionar dos: la pobreza y el incremento de situaciones de monoparentalidad.

En la transformación constante de las estructuras familiares destaca en la actualidad la **familia monoparental**, en sus diferentes formas. La estructura familiar monoparental conlleva en muchos casos la necesidad de un mayor apoyo para evitar situaciones de desprotección de los niños, y en este sentido algunos datos de los que disponemos sobre la estructura familiar de los niños atendidos por el sistema de protección nos indican la importante prevalencia de la estructura monoparental⁵ en los niños atendidos por el sistema de protección.

Con conexión con esta realidad encontramos el otro de los problemas centrales per las familias en el momento presente, la **pobreza**,⁶ en el que la infancia es el grupo de población más vulnerable. Actualmente no estamos siendo capaces de dar íntegro cumplimiento del artículo 41 de la Ley 14/2010, que deriva a su vez del artículo 40.2

de nuestro Estatuto y del artículo 27 de la Convención y que establece el derecho de todo niño a un nivel básico de bienestar.

Ciertamente, desde el Govern se hacen esfuerzos para mantener, no sin limitaciones y reducciones muy significativas,⁷ unos mínimos de prestaciones por hijo a cargo, una renta mínima de inserción y otras prestaciones, como la nueva prestación para menores de edad en situación de riesgo introducida por la Ley 14/2010. También es cierto que se hacen convocatorias extraordinarias para entidades que atienden a familias con niños a cargo en situación de vulnerabilidad social (la del año 2015 por un importe de 3 millones de euros).⁸

Pero el establecimiento de un sistema de prestaciones públicas por hijo a cargo que supusiera realmente un paso adelante y un cumplimiento mínimo de lo previsto en el artículo 27 de la convención y 41 de la Ley 14/2010, requeriría de una dotación presupuestaria de la que no se dispone. En este sentido Julià Cano (2014), en una propuesta moderada de las diferentes posibilidades que analiza, calcula un coste anual de 460 millones de euros solo por el importe de una prestación de cobertura parcial (27,6% de los niños y adolescentes).

⁵ En este sentido los datos de evaluación del proyecto Cases d'Infants nos indican que la estructura familiar de un 40% de los niños atendidos es monoparental.

⁶ Como señala el Informe sobre los derechos del niño del Síndic de Greuges de noviembre de 2014, "según datos del Idescat para el año 2012, el 29,4% de los niños menores de dieciséis años se encuentra en una situación de pobreza relativa, con una tendencia creciente desde el año 2008."

⁷ Así el presupuesto aprobado para el año 2010 de la actual Secretaría de Familia era de 213.906.765,00 euros, de los cuales 189.028.089,00 euros eran familias (prestaciones). El presupuesto aprobado para el año 2015 de 18.714.918,00 euros, de los cuales 6.500.000,00 euros serían para familias (prestaciones).

⁸ Ver ORDEN BSF/39/2015, de 4 de marzo, por la que se aprueban las bases que regirán la convocatoria extraordinaria de subvenciones a entidades para el desarrollo de actuaciones de atención a las familias en situación de vulnerabilidad social, especialmente aquellas que tienen niños a cargo, y se abre la convocatoria extraordinaria para el año 2015.

■ Es necesario reflexionar más sobre las conexiones y los límites difusos entre pobreza, situación de riesgo y situación de desamparo.

No obstante, es necesario reflexionar más sobre las conexiones y los límites difusos entre pobreza, situación de riesgo y situación de desamparo. Cuando una madre no puede atender adecuadamente a su hijo o renuncia a él en el momento del nacimiento para darlo en adopción, no siempre es fácil delimitar el problema de la falta de recursos económicos de otros posibles factores. Debemos tener presente, como recuerda la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 18 de junio de 2013 (Asunto R.M.S. contra España), que la falta de recursos económicos nunca puede ser la causa de privar a unos progenitores de la potestad parental.

II.b Las situaciones de riesgo

Entendemos por situación de riesgo (artículo 102 de la Ley 14/2010) aquella situación en la que el desarrollo y el bienestar del niño o adolescente se ven limitados o perjudicados por cualquier circunstancia personal, social o familiar, siempre que para la protección efectiva del niño o el adolescente no sea necesaria la separación del núcleo familiar.

Es competencia de la Administración local intervenir ante las situaciones de riesgo de los niños y adolescentes que se encuentren en su territorio (artículo 99 de la Ley 14/2010). La regulación de riesgo en la Ley

14/2010 ha supuesto estructurar y ordenar la intervención que los servicios sociales básicos y los equipos de atención a la infancia y la adolescencia (en adelante EAIA) deben realizar para mejorar la situación de los niños en riesgo y evitar una eventual separación futura.

Podemos decir que, con el esfuerzo de todos, desde la aprobación de la Ley 14/2010 se ha avanzado mucho en la sensibilización de los entes locales, en la protocolarización de la intervención de los servicios sociales básicos y del EAIA y en la coordinación para la formalización del compromiso socioeducativo. En este sentido, un hito fundamental fue la firma el 5 de julio de 2012 por parte de la Asociación Catalana de Municipios, la Federación de Municipios de Cataluña y la DGAIA de un documento de bases generales de actuación ante las situaciones de riesgo grave y su progresivo despliegue.

En cuanto a las valoraciones de las situaciones de riesgo y desamparo, se ha avanzado tanto en la publicación de los indicadores⁹ como de los instrumentos de apoyo a los profesionales (Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo asociado al RUMI, Sistema de Información a la Infancia y la Adolescencia, SINI@ e instrumento de criba) que los incorporan y sirven para asesorar a los profesionales en la toma de decisiones de acuerdo con un lenguaje¹⁰ y criterios comunes. En este sentido, es esencial el instrumento de criba que se ha puesto a disposición de los equipos de servicios sociales y que recoge las siguientes situaciones, niveles de gravedad y acciones:

⁹ ORDEN BSF / 331/2013, de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes (DOGC nº 6530, de 30-12-2013).

¹⁰ Hay que eliminar de nuestro lenguaje especialmente el concepto de alto riesgo social que se recogía en la ley de servicios sociales de 1985 y en el Decreto de Creación de los EAIA (DECRETO 338/1986, de 18 de

Niveles de gravedad, situaciones y acciones a realizar según el servicio que valora inicialmente el caso (Servicios Sociales Básicos o DGAIA)

Gravedad	Situación	Servicio que valora	Acción que debe realizar
Crítica	El niño o adolescente podría encontrarse en una situación de desamparo que pone en peligro inminente y manifiesto su integridad física o psíquica y requiere su protección inmediata	SBB	Se necesita coordinación con el EAIA para consensuar la necesidad de proponer la protección inmediata del niño o el adolescente. En caso de no poder contactar, derivar a la DGAIA
		DGAIA	Abrir expediente de desamparo, valorar la adopción de medidas cautelares (atención inmediata, desamparo preventivo) y hacer derivación al equipo técnico competente. En caso contrario, derivación al EAIA para estudio del caso de carácter prioritario
Desamparo	El niño o el adolescente podría encontrarse en una situación de desamparo que no pone en peligro inminente y manifiesto su integridad física o psíquica y, por tanto, no requiere su protección inmediata	SSB	Se necesita derivación al EAIA para estudio del caso.
		DGAIA	Abrir expediente de desamparo y hacer derivación ordinaria a la EAIA para que haga el estudio del caso.
Riesgo grave	El niño o el adolescente podría encontrarse en una situación de riesgo grave para su desarrollo	SSB	Hay que hacer estudio e intervención en el caso, con posible asesoramiento del EAIA, si conviene.
		DGAIA	Abrir expediente de riesgo y derivar a los Servicios Sociales Básicos para estudio del caso.
Riesgo leve-moderado	El niño o el adolescente podría encontrarse en una situación de riesgo no grave para su desarrollo	SSB	Hay que hacer estudio e intervención del caso.
		DGAIA	Abrir expediente de riesgo y derivar a los Servicios Sociales Básicos para estudio del caso.
No riesgo	No se ha identificado ninguna situación de riesgo	SSB	No es necesaria intervención desde la perspectiva de los niños o adolescentes
		DGAIA	Hay que abrir y cerrar expediente informativo para dejar constancia en el Sini@
Falta de información	No se dispone de información suficiente para valorar la situación de riesgo o desamparo	SSB	Si es preciso, hay que emprender acciones desde el propio servicio para aclarar la situación o archivar el caso.
		DGAIA	Hay que abrir expediente informativo para recoger más información y aclarar la situación en la que se pueda encontrar el niño o el adolescente

En lo referente a la realidad de las situaciones de riesgo, actualmente, los datos incompletos de que disponemos apuntan a que 14.051 niños y adolescentes están en situación de riesgo (lo que supone solamente un 1,02% de los niños y adolescentes bajo potestad o tutela privada), de los cuales 2.349 tienen firmado un compromiso socioeducativo¹¹ por encontrarse en una situación de riesgo grave.¹²

■ Los datos incompletos de que disponemos apuntan a que 14.051 niños y adolescentes están en situación de riesgo.

De las situaciones descritas en el artículo 102.2 de la Ley 14/2010 y detectadas, quiero mencionar tres situaciones el abordaje de las cuales es especialmente complejo en el momento presente y que considero que hay que destacar:

1. Los conflictos abiertos y crónicos entre los progenitores cuando anteponen sus necesidades a las del

niño o el adolescente (771 expedientes de riesgo, 12,38%),¹³ a los cuales hay que añadir los expedientes de riesgo abiertos por violencia machista (1.576 expedientes de riesgo, 25,31%).¹⁴ Las situaciones de violencia y conflicto grave entre los progenitores afectan a los hijos tanto como víctimas directas como indirectas. En concreto, cuando se produce una situación de crisis familiar, el conflicto entre los progenitores para la guarda y custodia y/o el régimen de visitas perjudica a los hijos/as de la pareja y es una situación de riesgo (artículo 102.2.f de la Ley 14/2010) que cada vez demanda una mayor coordinación entre los diferentes servicios. En este punto, el niño o adolescente tiene derecho a relacionarse adecuadamente con sus progenitores, pero hay que clarificar el papel que deben tener los servicios sociales y la entidad pública de protección. Entiendo que este papel debe ser de apoyo a las resoluciones que dicte la

noviembre, de regulación de la atención a la infancia y adolescencia con alto riesgo social). Este último define en un sentido totalmente diferente a lo que se estaba utilizando: A los efectos de este Decreto, se entiende por alto riesgo social la situación por la que un menor se encuentra en un ambiente socio-familiar que incide negativamente sobre la su personalidad y que, dados los déficits sociales que concurren, hacen prever la emergencia y desarrollo de conductas asociales. Por tanto más parecido a lo que entendemos como situaciones de conflicto o dificultad social.

¹¹ Fuente: memoria del Departamento de Bienestar Social y Familia del 2014. Hay que tener presente que estos datos surgen del Sistema de Información de la Infancia y la Adolescencia (Sini@) y que solo contempla los casos abiertos por la DGAIA y derivados a los Servicios sociales. Este dato no se podrá conocer con cierta seguridad hasta que los Servicios sociales básicos se integren en el Sini@ tal y como establecen los artículos 25, 101.1 y la disposición adicional 3ª de la Ley 14/2010.

¹² Podemos comparar este dato con los niños y adolescentes que con la anterior normativa estaban en las situaciones denominadas de “contención en el núcleo” y atenciones en la propia familia (medida que comportaba la tutela de la Generalitat pero se mantenía la guardia con los padres) que son las situaciones asimilables a las actuales situaciones de riesgo grave con compromiso socioeducativo. Según el Mapa de servicios existían 795 contenciones en el núcleo (2011) y 1.132 atenciones en la propia familia (2009).

¹³ Fuente: Sini@

¹⁴ Fuente: Sini@

autoridad judicial, que es la competente en esta materia. Solo en los supuestos en los que se valore que ninguno de los dos progenitores es capaz de proteger a su hijo se puede tratar la situación como de posible desamparo.

2. **Las situaciones de conflicto o dificultad social derivadas de la incapacidad o imposibilidad de controlar la conducta del niño o el adolescente con peligro de hacerse daño o de perjudicar a terceras personas** (582 expedientes de riesgo, 9,35%).¹⁵ Actualmente estas situaciones se abordan como situaciones de riesgo (artículo 102.1.g de la Ley 14/2010). A esta realidad hay que añadir también los supuestos de menores de catorce años que cometen infracciones penales (artículo 3 de la Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, de responsabilidad penal del menor, y artículo 154 de la Ley 14/2010),¹⁶ en el cual hemos tenido recientemente el caso de la muerte de un profesor a manos de un alumno de trece años. En este ámbito se ha desarrollado un programa de intervención¹⁷ que en el año 2014 ha recibido 845 denuncias, que han implicado a 751 menores de catorce años. La intervención con menores de edad con problemas de

conducta desde la actividad puramente protectora centrada en trabajar sobre “la incapacidad o imposibilidad de los progenitores de controlar la conducta” requiere de programas específicos que intervengan en el medio para evitar en la medida de lo posible la separación del núcleo familiar o la consolidación de una carrera delictiva.

3. **El absentismo y el abandono escolar**¹⁸ (218 expedientes de riesgo, el 3,50%).¹⁹ El absentismo y el abandono escolar como problema social son un factor directamente relacionado con la pobreza, la exclusión social y la delincuencia en el que hay que invertir todos los esfuerzos posibles. Creo que los datos de expedientes de riesgo basadas en aperturas efectuadas por la DGAIA no recogen muchos casos que no superan el nivel de intervención de servicios sociales. En este sentido, la conceptualización de estas situaciones como de riesgo y no como de desamparo no es obstáculo para que, además de las tareas de prevención y vigilancia que deben desarrollar los entes locales y la intervención de los servicios sociales básicos, sea necesario aplicar la sanción administrativa que se encuentra adecuadamente regulada en la Ley 14/2010 (artículos 157, 158 y 161) y desarro-

¹⁵ Fuente: Sini@

¹⁶ Ver MAYORAL y MURO, septiembre 2012.

¹⁷ Ver COLL, MAYORAL, MURILLO, MURO, noviembre 2014.

¹⁸ El artículo 102.2.e) de la Ley 14/2010 considera situación de riesgo “la falta de escolarización en edad obligatoria, el absentismo y el abandono escolar”. Por su parte, el artículo 52 de la Ley 14/2010 establece la definición legal de cada uno de estos tres conceptos.

¹⁹ Fuente: Sini@

llada por el Decreto 230/2013, de 1 de octubre, de régimen sancionador en materia de infancia y adolescencia. La Ley obliga, por tanto, a pesar de que hasta ahora nunca se haya sancionado ningún caso, que hay que ejercer esta competencia sancionadora especialmente cuando se trata de niños en los que existe una clara conducta culpable de los progenitores.

Respecto a las medidas de atención ante las situaciones de riesgo (artículo 104 de la Ley 14/2010), los grandes retos actuales son los siguientes:

1. El dimensionamiento adecuado de los servicios básicos de atención social y de su capacidad para atender a los niños y adolescentes en situación de riesgo, **partiendo de un modelo de servicios sociales público.**

2. El desarrollo de los servicios y medidas previstas en el artículo 104 de la Ley 14/2010 para la atención a los niños y adolescentes en situación de riesgo, partiendo del establecimiento de un modelo de servicios de intervención socioeducativa. Con respecto a este nuevo modelo, hay que destacar el pacto alcanzado con la Asociación Catalana de Municipios, la Federación de Municipios de Cataluña y la Diputación de Barcelona, que conceptualiza y desarrolla los Servicios de Intervención Socioeducativa para su inclusión en la futura Cartera de servicios sociales, que son los siguientes:

■ **Servicio de apoyo a las familias con niños de 0 a 3 años en situación de riesgo.** Servicio de intervención socioeducativa para

progenitores, tutores o guardadores con niños de 0-3 años en situación de riesgo que, mediante actividades de apoyo y de formación, vela por un adecuado desarrollo integral y bienestar de los niños y por la permanencia con su familia. Este servicio se puede prestar integrado con el resto de servicios de intervención socioeducativa.

■ **Servicio de atención diurna** (actual centro abierto). Servicio diurno para la atención de niños y adolescentes en situación de riesgo fuera del horario escolar en los periodos lectivos, que da apoyo, estimula y potencia la estructuración y el desarrollo de la personalidad, la socialización, la adquisición de aprendizajes básicos y el ocio, y compensa las carencias de los niños y adolescentes atendidos mediante el trabajo individualizado, el grupal, el trabajo en red y con la comunidad. Este servicio se puede prestar integrado con el resto de servicios de intervención socioeducativa.

■ **Servicio de intervención con familias con niños y adolescentes en situación de riesgo.** Conjunto de actuaciones profesionales dirigidas a dar a las familias el apoyo necesario para que puedan atender correctamente a sus hijos o hijas en situación de riesgo, fomentando mediante el trabajo individual o grupal, la adquisición de habilidades y hábitos de conducta, tanto en cuanto a capacidades personales como capacidades relacionales dirigidas a disminuir la situación de ries-

go. Este servicio se puede prestar integrado con el resto de servicios de intervención socioeducativa.

- **Servicio de acompañamiento socioeducativo para adolescentes en situación de riesgo.** Servicio destinado a apoyar a los adolescentes en situación de riesgo con el fin de que progresivamente puedan alcanzar una capacidad para gestionar sus responsabilidades personales y sociales. Este servicio se puede prestar

integrado con el resto de servicios de intervención socioeducativa y coordinarse con servicios especializados de acogida residencial.

- **Servicio de intervención socioeducativa itinerante.** Servicio destinado a dar de manera integrada el conjunto de prestaciones de los servicios de intervención socioeducativa en aquellas zonas del territorio de baja densidad demográfica y gran amplitud territorial.

Nota: La bibliografía se publica en la segunda parte del artículo (RTS 205)

Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia

Family preservation and positive parenting: two convergent approaches

María José Rodrigo López¹

Resumen

El objetivo del artículo es reflexionar sobre el enfoque de la preservación familiar para situaciones de riesgo psicosocial desde la perspectiva de la parentalidad positiva, una recomendación del Consejo de Europa sobre políticas de apoyo a la familia. Ambos enfoques están promoviendo una visión más preventiva del trabajo con familias basada en la promoción de capacidades parentales.

Palabras clave: Preservación familiar, riesgo psicosocial, parentalidad positiva, apoyo parental.

Para citar el artículo: RODRIGO LÓPEZ, María José. Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 36-47. ISSN 0212-7210.

Abstract

The main objective of this paper is to reflect on the family preservation approach to psychosocial risk situations from the perspective of the Council of Europe's Recommendation on family policies to support Positive Parenting. Both approaches are promoting a more preventive view to the work with families based on the promotion of parenting capacities.

Key words: Family preservation; Psychosocial risk; Positive parenting; Parenting support.

¹ Catedrática de psicología evolutiva y de la educación. Facultad de Psicología, Universidad de la Laguna. mjrodriguez@ull.es.

El objetivo del artículo es reflexionar sobre el enfoque de la preservación familiar para situaciones de riesgo psicosocial desde la perspectiva de la parentalidad positiva, una recomendación del Consejo de Europa que destaca la importancia de la familia como factor de protección para el niño y la necesidad de que todas las familias cuenten con apoyos parentales para que puedan llevar a cabo adecuadamente su tarea. Ambos enfoques están convergiendo al promover una visión más preventiva del trabajo con familias basada en la promoción de sus capacidades. Veámoslas cada una por separado para después analizar su convergencia.

1. El enfoque de la preservación familiar

La preservación familiar comprende todas aquellas acciones que hay que llevar a cabo para mantener al menor en el hogar cuando los responsables de su cuidado, atención y educación por diversas circunstancias hacen dejación de sus funciones parentales o hacen un uso inadecuado de las mismas, comprometiendo o perjudicando el desarrollo personal y social del menor, pero sin alcanzar la gravedad que justifique una medida de separación del menor de su familia (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

El enfoque de la preservación familiar proporciona una óptica más amplia desde la que repensar la protección de menores. Según ésta, el objetivo a lograr para los menores debe ampliarse desde la protección (librarle del maltrato) hacia el bienestar (promover el buen trato). No es que el primer objetivo deba abandonarse, ya que, gracias a este énfasis en la protección del menor, se

han mejorado los procesos de detección y notificación de situaciones de maltrato, los procesos de indagación e investigación de casos para determinar de modo más eficiente si hay o no un caso de maltrato, la toma de decisiones subsecuente para organizar la salida del hogar si se demuestra que la seguridad del niño no está garantizada y/o el tratamiento familiar pertinente. Lo que señalamos más bien es que es un objetivo insuficiente, ya que conseguir que los menores no sufran maltrato no quiere decir que sufran un buen trato. Para ello hay que cubrir, además de las necesidades primarias, biológicas o de supervivencia (alimentación, salud, protección ante riesgos, trato adecuado, ambiente físico apropiado, entre otras), las necesidades secundarias de salvaguarda de lazos afectivos positivos, de desarrollo de las funciones cognitivas, lingüísticas y sociales en un entorno de estimulación apropiado y de promoción del ajuste del menor a los contextos sociales próximos. Desgraciadamente, no siempre estas necesidades quedan cubiertas cuando se separa al menor de las familias o se consigue evitar la aparición de nuevas fuentes de riesgo para su protección como es el maltrato institucional (lentitud en la toma de decisiones, cambio continuo de cuidadores, larga permanencia en centros, etc.).

Siguiendo con este argumento, el bienestar de los menores no debe considerarse ajeno e incluso incompatible con el bienestar de su familia. Las trayectorias vitales de los padres y las de sus hijos e hijas están ligadas, de modo que incluso en los casos de salida del menor del hogar, los avatares de la familia de origen siguen influyendo en la vida de los hijos e hijas (sobre todo en los casos de acogimiento familiar y residencial), por no

mencionar que muchos vuelven, al final del proceso, a reintegrarse al núcleo familiar tras la emancipación. Por ello, todo lo que hagamos para promover el bienestar de esa familia va a redundar en beneficio del bienestar del menor. Promover el bienestar del menor y de la familia no consiste solo en eliminar el maltrato o las pautas disfuncionales de la relación familiar, sino en promover las competencias de la familia y sobre todo las de los padres para que puedan ofrecer al menor un ambiente educativo más apropiado. Ello supone cambiar la óptica de la familia como factor desencadenante del maltrato para promover el papel de la familia como factor de protección del menor.

No se nos oculta que esto no es una empresa fácil. Los servicios de preservación familiar están a medio camino entre una mentalidad punitiva hacia la familia típica de un enfoque jurídico de la protección del menor y una mentalidad capacitadora de la familia típica de los programas psicoeducativos de apoyo a los padres. Por ello es inevitable mantener una cierta tensión dialéctica entre ambas mentalidades, lo que significa que, sin perder de vista el nivel de peligrosidad que tenga la situación para el menor, hay que centrarse también en la familia para promover sus competencias. Es importante evitar los dos extremos: de un lado prolongar la experiencia del niño en un lugar inapropiado, incurrir en situaciones de peligro y retrasar su adaptación a un ambiente nuevo más protector y positivo. De otro, separarle prematuramente del hogar para que entre en dispositivos de protección imperfectos, donde se eternice en el limbo de la Administración, donde sufra el desarraigo de sus lazos familiares y no en-

cuentre una solución alternativa satisfactoria y estable.

Para orientar las actuaciones bajo el enfoque de la preservación familiar, éstas deben enmarcarse en un enfoque de intervención que las inspire. Nuestra propuesta es que se adopte un enfoque evolutivo-educativo y comunitario (Rodrigo *et al.*, 2008). El eje de este enfoque es el trabajo en *prevención y promoción*, que es el que suele quedar obviado en los planteamientos tradicionales de trabajo con familias, centrados en corregir las deficiencias y eliminar los factores de riesgo. Trabajar en prevención supone poner en marcha medidas orientadas a minimizar la influencia de los factores de riesgo y potenciar la influencia de los factores de protección del entorno de las familias, permitiendo la realización de una gran variedad de acciones que pueden desarrollarse en uno o varios niveles de intervención primaria (universal, selectiva o indicada), secundaria y terciaria. El trabajo en promoción corresponde a aquellas acciones que pretenden incrementar las competencias y resiliencia de las personas y las familias para que puedan satisfacer sus necesidades, resolver sus situaciones problemáticas y movilizar los recursos personales y sociales necesarios para mejorar la autonomía y el control de la propia vida.

En el cuadro 1 presentamos algunas características que definen el enfoque de la prevención y promoción frente a los enfoques tradicionales centrados en el déficit y el riesgo.

Cuadro 1. Características diferenciales entre el enfoque basado en el déficit y el riesgo y el enfoque basado en la prevención y promoción

Enfoque basado en el déficit y el riesgo	Enfoque basado en la prevención y promoción
Reactivo y finalista Identifica deficiencias y riesgos Es prescriptivo con las familias Proporciona recursos solo para los grupos de riesgo Foco centrado en individuos Cambio centrado en comportamientos	Proactivo y del proceso Identifica fortalezas y protección Es colaborativo con las familias Proporciona recursos normalizadores Foco contextual y comunitario Cambio centrado en relaciones e interacciones

Servicios reactivos son aquellos que se ponen en marcha a demanda de los usuarios, mientras que los servicios proactivos son aquellos que acuden al entorno social para adelantarse a las necesidades de demanda de las poblaciones a las que puede potencialmente atender, promoviendo acciones protectoras y de prevención de los problemas. Cuando el servicio es reactivo se interviene sobre todo con los casos de familias en crisis, en alto riesgo y cronificadas, de modo que se trata de una intervención “finalista”. Sin embargo, cuando el servicio es proactivo se trabaja con una gran variedad de casos y niveles de riesgo, se trabaja con familias “en proceso de”, esto es, que están viviendo en aquellos momentos situaciones que se prevé que entrañen riesgos (por ejemplo, la entrada en la escuela infantil, situaciones de divorcio, niños con discapacidades o en la transición a la adolescencia) antes de que se hayan producido problemas importantes.

Asimismo, el enfoque basado en el déficit trata sobre todo de identificar los problemas y deficiencias de las familias así como

sus factores de riesgo, mientras que el enfoque basado en la prevención y promoción trata de identificar, además del riesgo psicosocial, las fortalezas y capacidades y los factores protectores en el ambiente. En el primer enfoque, cuando se identifican los problemas y deficiencias, los profesionales “prescriben” lo que las familias deben hacer. En el segundo enfoque el proceso de búsqueda de capacidades y elementos protectores se hace en colaboración con las familias, para que se integre su punto de vista en el diagnóstico de la situación y en la planificación de las soluciones y la elección de los recursos.

En el primer enfoque se asume que los recursos para mejorar las situaciones familiares deben ser específicos para las familias con problemas, con lo que se corre el riesgo de estigmatizarlas. Por el contrario, en el enfoque basado en prevención y promoción se plantean recursos normalizadores para todas las familias, y se realizan esfuerzos adicionales de modo que las familias en riesgo puedan beneficiarse de los mismos junto al resto de las familias. Asimismo, se arbi-

tran apoyos complementarios para aquellas familias que más lo necesitan, pero siempre secuenciando los apoyos y evitando saturar las capacidades de las familias para recibirlos, sobre todo si son apoyos formales.

El modelo de desarrollo que guía el proceso de cambio también difiere en ambos enfoques. En el primer caso, el desarrollo se entiende como fruto de la acumulación lineal de factores de riesgo que operan a nivel del individuo y que hay que eliminar. En el segundo caso, el desarrollo se entiende como un proceso complejo que está influido por los contextos que rodean al individuo (familia, escuela, iguales, barrio, ocio) a lo largo de su trayectoria vital y modelado por las relaciones cambiantes que va estableciendo con dichos contextos. Por ello, en el primer caso se trata de eliminar los comportamientos desviados del individuo, mientras que en el segundo se trata de cambiar sus relaciones e interacciones con dichos contextos, interviniendo también en éstos para que permitan mejorar sus oportunidades de aprendizaje y promover sus competencias. La visión de que las personas interactúan en diversos contextos de vida o contextos de desarrollo nos permite abrir el foco sobre los posibles factores que influyen en el comportamiento parental. Así, los padres y las madres interactúan en contextos diversos, por supuesto la familia propia, pero también en el mundo del trabajo, de las relaciones de amistad, del vecindario, del mundo del ocio, de los TIC y del consumo, etc. En todos estos contextos las personas encuentran más o menos oportunidades para aprender las competencias y practicarlas, así como para encontrar el reconocimiento del entorno a sus aprendizajes. De modo que: *oportunidad, práctica y reconocimiento* son los tres

ingredientes básicos que deben darse en nuestra relación con los contextos de vida para que vayamos aprendiendo las competencias parentales necesarias.

En suma, en el primer enfoque la familia es vista de modo negativo como el principal factor causal de lo que le ocurre al niño, mientras que en el segundo enfoque se tiene una visión más positiva de las figuras parentales, ya que, cualquiera que sea su nivel de capacidades, se trata de partir de un análisis de las mismas e identificar sus necesidades de apoyo para que puedan mejorar el ejercicio de la parentalidad.

2. El enfoque europeo de la parentalidad positiva

El Consejo de Europa, consciente de la importancia de la familia y del buen desempeño de las responsabilidades parentales, ha promovido la Recomendación Rec (2006), sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la parentalidad. Este enfoque está teniendo una gran repercusión en nuestro entorno debido al esfuerzo colaborativo entre el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias, que ha promovido su difusión (Rodrigo, Máiquez y Martín, 2010a; Rodrigo, Máiquez y Martín, 2010b; Rodrigo, Máiquez y Martín, 2011). La parentalidad positiva se refiere “al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”. Según ésta, el objetivo de la tarea de ser padres es promover relaciones positivas entre padres e hijos,

fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental, para garantizar los derechos del menor en el seno de la familia y optimizar el desarrollo potencial del menor y su bienestar (cuadro 2). La gran diversidad de modelos familiares existentes en la sociedad actual y las diferencias culturales y de género incrementan la variabilidad en la tarea de

ser padres y madres. Sin embargo, las necesidades de los niños que deben cubrirse para alcanzar cotas de desarrollo idóneo son básicamente las mismas. Asimismo, el enfoque de la parentalidad Positiva reconoce la importancia de cubrir las necesidades de las figuras parentales para que puedan ejercer adecuadamente su labor.

Cuadro 2. Satisfacción de necesidades desde la parentalidad Positiva

Necesidades de los niños, niñas y adolescentes	Necesidades de las figuras parentales
<p>Vínculos afectivos sanos, protectores y estables</p> <p>Entorno estructurado en rutinas y hábitos, estimulación y oportunidades de aprendizaje</p> <p>Reconocimiento de logros y capacidades</p> <p>Libre de violencia física, verbal y emocional en su entorno</p>	<p>Información, orientación y reflexión sobre el modelo educativo familiar</p> <p>Tiempo para ellos y para la familia.</p> <p>Confianza en las propias capacidades parentales y satisfacción con la tarea.</p> <p>Apoyo informal y formal para superar dificultades y reducir el estrés parental y familiar.</p>

La recomendación refuerza una nueva visión del proceso de socialización en la sociedad actual según la cual tanto padres y madres como hijos e hijas son protagonistas en el proceso de adquisición y construcción de normas y valores mediante la adaptación mutua, la acomodación y la negociación, llevadas a cabo durante sus interacciones diarias (Kuczynski y Parkin, 2007). En este nuevo modelo se presta la máxima importancia a la contribución progresiva de los hijos y las hijas al proceso de socialización, así como a la dialéctica de construcción y colaboración mutua que se va creando entre unos y otros. La cuestión clave no es si las figuras parentales deben ejercer la autoridad para

que los hijos les obedezcan, sino cómo ejercerla de modo responsable para que se preserven los derechos de los hijos e hijas, se

■ **La cuestión clave no es si las figuras parentales deben ejercer la autoridad para que los hijos les obedezcan, sino cómo ejercerla de modo responsable para que se preserven los derechos de los hijos e hijas, se fomenten sus capacidades críticas y de participación en el proceso de socialización, y se promueva progresivamente su autonomía e implicación productiva en la vida comunitaria.**

fomenten sus capacidades críticas y de participación en el proceso de socialización, y se promueva progresivamente su autonomía e implicación productiva en la vida comunitaria.

La Recomendación se propone conseguir que los estados miembros del Consejo de Europa sean conscientes de la necesidad de proporcionar a los padres los mecanismos de apoyo suficientes para cumplir sus importantes responsabilidades en la crianza y educación de sus hijos. Concretamente, los estados miembros están llamados a apoyar a los padres en sus tareas educativas a través de: a) las políticas familiares adecuadas que proporcionen las medidas legislativas, administrativas y financieras para crear las mejores condiciones posibles para la educación positiva; b) la prestación de servicios de apoyo para padres y madres tales como servicios de asesoramiento locales, líneas telefónicas de ayuda y programas educativos para padres; y c) proporcionar servicios especializados para los padres en situación de riesgo psicosocial para prevenir la salida de los menores del hogar familiar motivado por situaciones de maltrato. Crear las condiciones adecuadas significa también tomar medidas para eliminar los obstáculos a la parentalidad positiva, como son las políticas para promover una mejor conciliación de la vida familiar y laboral, fomentar servicios y entornos laborales favorables para la familia, o sensibilizar a las comunidades para que creen redes de apoyo para las familias.

3. Las ecologías parentales y sus necesidades de apoyo

La tarea de ser padres y madres no se ejerce en un vacío, ni depende exclusivamente de las características de las figuras paren-

■ **La parentalidad se ejerce dentro de un espacio ecológico cuya calidad depende de tres tipos de factores: el contexto psicosocial donde vive la familia, las necesidades evolutivo-educativas de los menores y las capacidades de los padres y madres para ejercer su tarea.**

tales. La parentalidad se ejerce dentro de un espacio ecológico cuya calidad depende de tres tipos de factores: el contexto psicosocial donde vive la familia, las necesidades evolutivo-educativas de los menores y las capacidades de los padres y madres para ejercer su tarea. De modo que, para entender y valorar cómo se está llevando a cabo dicha tarea, es preciso tener en cuenta estos tres aspectos que contemplan tanto las condiciones del exterior como del interior de la familia (Rodrigo *et al.*, 2010b; Rodrigo *et al.*, 2015).

Respecto al contexto psicosocial, son aquellas condiciones del entorno familiar que pueden resultar tóxicas o de riesgo para las familias o que, por el contrario, pueden resultar benéficas o protectoras para su buen funcionamiento (Garbarino y Gantzel, 2000). Los factores de riesgo son aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una determinada conducta, situación o problema que comprometen en menor o mayor medida el ajuste personal y social de las personas. Los factores de protección son aquellas influencias que modifican la respuesta de una persona ante algún riesgo en una dirección más positiva que la que cabría esperar.

Además de las condiciones del contexto psicosocial de la familia, las necesidades evolutivo-educativas de los menores también influyen en el ejercicio de la parentalidad positiva. Existen condiciones de diverso tipo que hacen que los menores deban ser objeto de atención o cuidados específicos. Determinados períodos de edad (0-3 años, adolescencia), las condiciones al nacer o las complicaciones perinatales, el retraso en el desarrollo, los trastornos de conducta, la presencia de enfermedades crónicas, los problemas de salud mental, o la hiperactividad, entre otras, son condiciones que pueden incrementar la vulnerabilidad de los menores y las necesidades de todo tipo que hay que cubrir para su adecuado desarrollo. Todo ello puede requerir de sus progenitores, ajustes y compensaciones de diverso tipo e intensidad que complican el ejercicio de las responsabilidades parentales.

Por su parte, las capacidades parentales también modelan poderosamente el ejercicio de la parentalidad positiva (Barudy y Dantagnan, 2005; Martín, Cabrera, León y Rodrigo, 2013; Walsh, 2003). Padres y madres con escasas capacidades de observación y reflexión, rígidos a la hora de aplicar una pauta educativa, con expectativas nulas o negativas sobre el futuro de los menores, centrados en sus propias necesidades pero no en las de los hijos/as, poco implicados y satisfechos con la tarea de ser padres, en desacuerdo con la pareja en temas educativos, con baja autoestima y habilidades sociales, escasa capacidad para resolver conflictos y para buscar apoyos, entre otras características, pueden tener más dificultades a la hora de asumir las responsabilidades parentales.

El ejercicio de la parentalidad positiva requiere de aliados y de apoyos sociales para

llevarla a cabo, teniendo presentes las diversas ecologías en las que se lleva a cabo. Las necesidades de apoyo, tanto de instituciones como de personas, van a ser diferentes dependiendo de los tres factores mencionados que rodean a la parentalidad: contexto psicosocial, necesidades de los hijos/as y las propias capacidades parentales. Así, cuando aumenta el riesgo psicosocial en el contexto familiar, los menores son más vulnerables y los padres y las madres cuentan con menos capacidades, también la necesidad de apoyos se hace mayor para poder compensar los efectos negativos de estos factores. En particular, los padres en situación de riesgo psicosocial debido a carencias afectivas, dificultad para establecer relaciones de intimidad con la pareja, falta de habilidades sociales, abandono prematuro de la escolaridad, etc., afrontan la tarea de ser padres, a menudo, muy pronto y con escasos recursos personales y sociales. Requieren, por tanto, muy especialmente de estos apoyos. Pero no son los únicos, ya que todas las familias pueden, en algún momento, experimentar situaciones estresantes y contar con apoyo insuficiente ante los múltiples retos que deben afrontar como resultado de transiciones o crisis vitales, eventos vitales negativos, presiones económicas, cambios en las condiciones sociales, emergencia de nuevos problemas sociales, deterioro de los barrios y de los lazos con la comunidad, escuelas inadecuadas, dificultades para afrontar el rol parental en solitario, etc.

Los programas grupales de educación parental están siendo un buen recurso de apoyo que está acorde tanto con la filosofía de la preservación familiar como con el enfoque de la parentalidad positiva (Rodrigo *et al.*, 2010b). Son un medio ideal para pro-

mover competencias parentales en un medio interactivo y respetuoso con los puntos de vista de los padres. Entender las motivaciones por las que hacen las cosas, por las que se comportan del modo en que lo hacen, lo que valoran en los niños, lo que les hace feliz, lo que les preocupa, con lo que sueñan y a lo que aspiran es la forma más segura de poderles ayudar a confeccionar el traje a medida que andan buscando para el ejercicio de la parentalidad. Esto no cambia porque sean familias en riesgo, nuestra intervención no puede hurtarles este protagonismo porque de hacerlo no estarán en condiciones de aprender las competencias que pretendemos enseñarles. Y es que las competencias no se explican, no se obligan, no se recomiendan, no se convencen, sino que se

■ Y es que las competencias no se explican, no se obligan, no se recomiendan, no se convencen, sino que se practican, se reconocen y se reflexiona sobre ellas.

practican, se reconocen y se reflexiona sobre ellas. Por ello, de acuerdo con la metodología experiencial, a los padres y las madres hay que presentarles en los programas momentos y episodios de la vida cotidiana suficientemente enriquecidos para que se vean reflejados en ellos y que puedan practicar y reflexionar sobre los comportamientos, emociones y pensamientos que se integran en dichos episodios y mediante su verbalización poder operar sobre ellos (Rodrigo *et al.*, 2008). Luego los padres y madres se van comprometiendo a realizar pequeñas acciones de cambio en su vida cotidiana y vuelven al grupo a contar sus impresiones y a recibir el apoyo y

sugerencias del grupo. Nosotros estamos allí acompañando el proceso, siendo testigos y narradores de sus avances y abriéndoles el mundo de posibilidades y alternativas.

Ejemplos de estos programas de educación parental, desarrollados en nuestro equipo y en colaboración con otros equipos, son los siguientes: “Crecer felices en familia” (Rodrigo *et al.*, 2008), para padres y madres con niños de 0 a 5 años (se implementa en Junta de Castilla y León, Ajuntament de Lleida, Consell de Mallorca y corporaciones locales de Canarias); “Aprender juntos, crecer en familia” (Amorós *et al.*, 2011), para padres y madres e hijos e hijas de 6 a 11 años de edad (Red de entidades de la Obra Social de la Caixa y centros escolares de Canarias); “Vivir la adolescencia en familia” (Rodrigo *et al.*, 2010) para padres y madres con hijos de 12 a 17 años (Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, Ajuntament de Lleida, Centros escolares y servicios sociales de Canarias). Por último, hemos desarrollado una página web para padres que promueve los principios de la parentalidad positiva (Torres *et al.*, 2015), mediante un programa online de educación parental que recomendamos para aquellos padres y madres que ya se mueven fácilmente por internet para buscar información y orientaciones educativas: <http://educarenpositivo.es>

4. La conjunción de la preservación familiar y la parentalidad positiva

Hasta hace muy poco la conjunción del binomio “parentalidad positiva” y “preservación familiar” no se había producido. Sin embargo, los profesionales de los servicios de protección son muy conscientes de que

es necesario introducir el enfoque de prevención y promoción en el sistema de protección del menor. En lo que sigue desgranaremos algunas reflexiones en torno a los cambios de presupuestos que supone esta aportación.

En primer lugar, ha supuesto una ampliación del foco de interés en el menor que ya no solo se circunscribe a la protección y promoción de sus derechos, sino que también incluye asegurarse la promoción de sus capacidades proporcionándole plenas oportunidades para su desarrollo tanto presente como futuro. De modo que la propuesta de la parentalidad positiva no resta atención a la protección del menor sino que suma todavía más requerimientos para que ésta se produzca con mayor amplitud y garantía.

Además, en este enfoque se reconoce expresamente que el interés del menor se garantiza con mayor firmeza cuando promovemos el bienestar familiar. La promoción del bienestar familiar está muy ligada al ejercicio de la parentalidad positiva, de modo que todo lo que hagamos en favor de ésta última redundará en beneficio del menor. Asimismo, se plantea que para lograr el bienestar familiar es muy importante lograr espacios comunitarios donde la familia “res-

■ **Asimismo, se plantea que para lograr el bienestar familiar es muy importante lograr espacios comunitarios donde la familia “respire” factores de protección, se “nutra” de recursos y apoyos normalizados y “disfrute” de un entorno donde la protección de la infancia y la adolescencia sea un valor.**

pire” factores de protección, se “nutra” de recursos y apoyos normalizados y “disfrute” de un entorno donde la protección de la infancia y la adolescencia sea un valor. Los tres aspectos, el interés del menor, el bienestar de la familia y el desarrollo de la comunidad, están encadenados y se retroalimentan mutuamente. De todo ello se desprende que toda política de protección del menor debe pasar por esta contemplación más amplia de los factores asociados al interés del menor y superar visiones reduccionistas y aislacionistas.

■ **Desde el buen trato, el maltrato no surge como una singularidad extraña de los individuos (salvo casos extremos de patologías mentales), sino como el resultado de un ejercicio inadecuado de la parentalidad condicionado por una ecología adversa que rodea a dicho ejercicio.**

En segundo lugar, la conjunción de ambos enfoques ha supuesto una contemplación de la situación de riesgo de desprotección desde el “buen trato” y no desde el “maltrato”. Desde el buen trato, el maltrato no surge como una singularidad extraña de los individuos (salvo casos extremos de patologías mentales), sino como el resultado de un ejercicio inadecuado de la parentalidad condicionado por una ecología adversa que rodea a dicho ejercicio. Se hace, pues, un análisis ecológico sistémico de dicha ecología, se examinan en colaboración con la familia sus necesidades y se plantea un proceso de cambio donde se conjugan y movilizan los

apoyos y se concitan los recursos para promover las capacidades parentales y del menor, acompañando a ambos en todo el proceso.

Por último, la conjunción de ambos enfoques supone también un cambio en el modo en el que se concibe la prestación de los servicios. La tentación del sistema de protección es crear recursos exclusivos para las familias que maltratan o en riesgo de maltrato, con el consiguiente peligro de intervenir estigmatizando y generando más exclusión. Es como si se pensara que estas familias necesitan cosas distintas que las otras familias, en lugar de pensar que estas familias necesitan lo mismo que las otras familias y además más cosas. Al contrario, se trata de organizar servicios que proporcionen un

continuo de apoyo a las familias que se vaya intensificando a medida que aumentan las necesidades de las mismas, mediante la combinación adecuada y pautada de varias modalidades de intervención. Asimismo, estos servicios deben seguir principios de calidad y de buenas prácticas profesionales para proporcionar un trato adecuado a las familias (Rodrigo, Máiquez y Martín, 2011).

En suma, se están dando grandes pasos que acercan cada vez más ambos enfoques y permiten la entrada de “aire fresco” y renovador a los servicios de apoyo a las familias. Estoy segura de que con ello daremos un trato más efectivo no solo a las familias en riesgo sino a todas las que necesiten apoyos en determinados momentos de sus vidas.

Agradecimientos

Este trabajo forma parte de los estudios realizados en el proyecto de investigación *PSI 2012-32879* subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Bibliografía

- AMORÓS, P.; MATEOS, A.; FUENTES, N.; PASTOR, C.; RODRIGO, M. J.; BYRNE, S. [...] GUERRA, M. *Aprender Juntos, Crecer en Familia*. Barcelona: Obra Social “la Caixa”, 2011. Depósito legal B 30684-2011.
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa, 2005. ISBN: 9788497840910.
- Consejo de Europa: Recomendación Rec. 19 sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva (2006). [Recuperado abril 2015] <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/recomendacionConsejoEurop2006df.pdf>
- GARBARINO, J. y GANZEL, B. “The human ecology of early risk”, en SHONKOFF, J. P. y MEISELS, S. J. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Nueva York: Cambridge University Press, 2000. Pág. 76-93. ISBN: 0-521-58471-X.
- KUCZYNSKI, L. y PARKIN, M. “Agency and bidirectionality in socialization: Interactions, transactions, and relational dialectics”, en GRUSEC, J. E. y HASTINGS, P. (Eds.) *Handbook of Socialization*. Nueva York: Guilford, 2007. Pág. 259-283. ISBN: 978-1593859770.
- MARTÍN, J. C.; CABRERA, E.; LEÓN, J. y RODRIGO, M. J. “La Escala de Competencia y Resiliencia Parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial”, en *Anales de Psicología*, nº 29 (2013). Pág. 886-896. ISSN: 0212-9728.
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L.; MARTÍN, J. C. y BYRNE, S. *Preservación familiar*. Madrid: Pirámide, 2008. 978-8436822311.
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L. y MARTÍN, J. C. *La educación parental como recurso psicoeducativo para el apoyo de la parentalidad positiva*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2010a. [Recuperado abril 2015] <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L. y MARTÍN, J. C. *Parentalidad positiva y políticas locales de Apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2010b. [Recuperado abril 2015] <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/folletoParentalidad.pdf>
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L. y MARTÍN, J. C. *Buenas prácticas profesionales para el apoyo a la parentalidad positiva*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2011. [Recuperado abril 2015] <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/BuenasPractParentalidad-Positiva.pdf>
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L.; BYRNE, S.; RODRÍGUEZ, B.; MARTÍN, J. C.; RODRÍGUEZ, G. y PÉREZ, L. *Programa Crecer Felices en Familia. Programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2008.
- RODRIGO, M. J.; MARTÍN, J. C.; MÁIQUEZ, M. L.; ÁLVAREZ, M.; BYRNE, S.; GONZÁLEZ, A.; GUERRA, M.; MONTESDEOCA, M. A. y RODRÍGUEZ, B. *Programa Vivir la adolescencia en familia. Programa de apoyo psicoeducativo para promover la convivencia familiar*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2010.
- RODRIGO, M. J. et al. *Manual práctico de parentalidad positiva*. Madrid: Síntesis, 2015. 978-8499588483.
- TORRES, A.; SUAREZ, A.; ÁLVAREZ, M.; PADILLA, S.; RODRÍGUEZ, E. y RODRIGO, M. J. “Apoyo parental online”, en M. J. RODRIGO (Ed.). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Pág. 243-262. Madrid: Síntesis, 2015. 978-8499588483.
- WALSH, F. *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004. 978-9505181087.

Política social en materia de infancia y adolescencia en el País Vasco: prevención y protección

Social policy regarding childhood and adolescence in the Basque Country: prevention and protection

Boni Cantero Sevilla¹

Resumen

El presente artículo parte de la necesidad de impulsar un cambio de mirada de la consideración de la infancia y la adolescencia como protagonistas de sus vidas y de que nos dirija en nuestra intervención profesional.

Desde esta concepción podremos acercarnos al trabajo social con las familias, con la infancia y con la adolescencia, desde la prevención y promoción de buenas prácticas y desde el abordaje de la desprotección en el marco de los servicios sociales vascos. Con el propósito de contribuir en esta tarea, se aportan una serie de recomendaciones desde la política local y los planes de infancia que mejoran nuestra práctica en trabajo social.

Palabras clave: Infancia y adolescencia, familia, derechos, trabajo social, política local, prevención y protección infantil.

Para citar el artículo: CANTERO SEVILLA, Boni. Política social en materia de infancia y adolescencia en el País Vasco: prevención y protección. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 48-62. ISSN 0212-7210.

Abstract

This article is based on the need to promote a change of perspective in the consideration of childhood and adolescence as protagonists of their lives and to direct our professional intervention.

From this perspective, the focus is on social work with families, with children and teens, on prevention and promotion of good practices and on tackling the lack of protection in the context of Basque social services.

A series of recommendations from local policies and plans of childhood that improve our practice in social work are presented to contribute to this task.

Key words: Childhood and adolescence, family, rights, social work, local policy, child prevention and protection.

¹Trabajadora social y profesora asociada de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad del País Vasco. boni.cantero@ehu.eus.

Introducción

El concepto de *infancia* ha evolucionado considerablemente hacia un modelo universal en el que niños y niñas son considerados sujetos de derechos.

La confusión existente entre la concepción de la infancia como hecho biológico y su concepción como constructo social promueve la invisibilidad de niños y niñas. Mientras no consideremos la infancia una categoría social con igual representatividad y peso social, económico y cultural que otras categorías, les estaremos escatimando derechos y responsabilidades. Por ello es necesario hacer un cambio de mirada sobre esta concepción de la infancia, no solo desde la defensa de sus derechos sino también en la participación de niños, niñas y adolescentes en los servicios sociales, y en concreto en nuestra intervención profesional.

Niños y niñas sujetos de derechos. Un cambio de mirada

Lourdes Gaitán nos propone ese cambio de mirada que consiste en “considerar a los niños, niñas y adolescentes como verdaderos actores sociales” (2014, pág.19). Este cambio nos abre nuevas posibilidades para comprender la imagen y la representación social de la infancia.

El momento clave en el que se cristaliza la preocupación de algunos sectores profesionales y sociales por la atención a la infancia se produce durante la década de 1960. El 20 de noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. Con posterioridad, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba el 20 de noviem-

bre de 1989 la Convención de los Derechos del Niño. La ratificación por parte del Estado español se efectuó el 30 de noviembre de 1990. Es, y podemos considerarla, la mejor reflexión compartida de la humanidad.

Desde la teoría de las necesidades infantiles, y con los derechos de la infancia como eje central, Félix López (2008, pág. 149-151) nos resume todos los derechos de esta manera: “todos los niños y las niñas tienen derecho a vivir en condiciones que les permitan satisfacer todas sus necesidades básicas”. Conforme a esta teoría, todo niño o niña tiene derecho a:

- A. Satisfacer todas las necesidades fisiológicas (ser planificado, alimentación, temperatura, asistencia sanitaria, actividad física...)
- B. Satisfacer sus necesidades cognitivas (ayuda de adultos para comprensión de la realidad, transmisión de valores, protección...)
- C. Satisfacer sus necesidades emocionales y sociales (tener una familia, ser aceptado/a, estimado/a, reconocimiento de sus intereses y conducta sexual, ser participante activo/a, hacer el guión de su propia vida...)

Por lo tanto, cualquier intervención profesional debe basarse en el derecho de niños y niñas a que sus necesidades sean cubiertas y bien atendidas. Y la familia es la institución que mejor puede responder, con la ayuda de las instituciones sociales. En este sentido, entendido el trabajo social como la profesión central en la defensa de los derechos humanos, se encuentra en una posición única y privilegiada para hacer realidad los derechos de la infancia desde el empoderamiento de niños, niñas y adolescentes.

“La práctica de un trabajo social con un enfoque de derechos humanos puede contribuir de forma notable a cambiar la forma de mirar a los niños: de verlos como seres protegibles y dependientes a valorar sus capacidades y fortalecer su autonomía, contando con su participación activa en todos aquellos asuntos que les afectan, y contribuyendo de esa manera a una forma de reactualización de sus derechos, conforme a las necesidades identificadas por ellos mismos” (Gaitán, 2014, pág. 21).

En nuestro entorno social, **el trabajo social con la infancia y la adolescencia** se realiza principalmente desde los servicios sociales públicos, con la estrecha colaboración de entidades y organizaciones sociales y privadas en sus diferentes niveles de atención primaria y especializada. El ámbito de intervención predominante es el de la atención y la protección infantil. Según la investigación de Berasaluze y Berrio-Otxoa (2011), de los/las trabajadores/as sociales con experiencia profesional el País Vasco 67% trabaja en la Administración, y de estos/as el 61,8% en la Administración local.

Esta actuación del trabajo social en el ámbito de la protección infantil es así debido a la existencia de un marco jurídico que la regula, y debido a las competencias atribuidas a los servicios sociales, pero a la vez (Gaitán, 2014) “favorece un sesgo hacia una visión de las personas menores de edad como seres dependientes, vulnerables y moldeables”. Una visión que casa mal con los objetivos de emancipación y logro de una autonomía personal que se atribuye, por principio, a cualquier modalidad de intervención social.

Nunca nadie nos dijo que la participación de niños, niñas y adolescentes en los procesos de intervención social fuera una

■ **Nunca nadie nos dijo que la participación de niños, niñas y adolescentes en los procesos de intervención social fuera una tarea fácil y sencilla.**

tarea fácil y sencilla. Reviste cierta complejidad y requiere flexibilizar y adaptar nuestros procedimientos y protocolos a sus necesidades y características, a pesar de las limitaciones de las propias instituciones así como de las normativas que regulan los distintos servicios y prestaciones.

Este cambio de mirada nos permite trabajar desde un modelo de atención centrada en la persona, desde las capacidades y fortalezas, superando modelos centrados en los servicios, en los déficits y las dificultades.

En el ejercicio del trabajo social con la infancia escuchar a los niños y niñas es un estándar de calidad en nuestra práctica profesional. La calidad tiene que ver con satisfacer las necesidades y expectativas de las personas y reconstruir con ellas sus itinerarios de vida, ¿pero conocen ellas sus propias necesidades y derechos?, ¿conocemos siempre sus necesidades?, ¿y sus expectativas respecto a qué esperan de nosotros/as?

El Hospicio de Vitoria, un antecedente del actual sistema de protección

En ocasiones necesitamos repensar la historia de la atención a la infancia en nuestras comunidades para comprender el modelo que hemos heredado. La historia del antiguo Hospicio de Vitoria-Gasteiz es un ejemplo de buena práctica –digna de compartir–. Y para ello reseñaremos la tesis

doctoral de J. Lezaun Valduviego (2012), que, desde la ética, analiza los cuidados prestados en el Hospicio (desde su fundación en 1777 hasta 1876) y ha conseguido visibilizar los valores implicados en cada una de las etapas asistenciales y existenciales diseñadas para su atención (la exposición, el torno, el nodrizaje, la educación, el trabajo y la integración social). Ha conseguido poner en valor el cómo y el porqué un grupo de intelectuales e ilustrados fue capaz de despertar en la población unos valores de solidaridad y altruismo que estuvieron por encima de dimensiones políticas, penurias, epidemias... y “fueron capaces de fijar e interiorizar esos valores en la ciudadanía alavesa tanto como para crear una red social de asistencia al niño desvalido y que esa estructura y atención perdurara en el tiempo sin una figura clara de liderazgo” (Expósito y otros, 2012).

La junta del Hospicio buscó las mejores nodrizas, los mejores maestros y artesanos, asegurándoles una educación universal y facilidades para su integración social desde los más altos parámetros de calidad posibles, con el objetivo último de proporcionarles la mejor de las vidas posibles.

Además de la calidad e innovación del centro, J. Lezaun también pone un especial énfasis en destacar que: “el antiguo hospicio vitoriano transmite a la sociedad actual toda una lección de solidaridad y comportamiento ético...”. La institución estaba por encima de disensiones políticas, ocupaciones extranjeras, enfrentamientos fratricidas, penurias o epidemias”.

Curiosamente, si nos remontamos al año 1975 podemos recordar la primera experiencia en programas de protección infantil que el Ayuntamiento promocionó con la desinstitucionalización de los niños y las ni-

ñas del antiguo Hospicio de la ciudad, –la Residencia de La Paz–. En aquella década el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y los políticos que en aquel momento se encontraban dirigiendo el Consistorio, con la iniciativa privada de un grupo de personas sensibilizadas, realizaron una propuesta de acogimiento de niños y niñas mayores de 14 años que no podían volver con sus familias de origen. Es lo que podríamos denominar los albores del acogimiento familiar. Y en el año 1984 la Corporación aprueba el primer programa político de infancia asumiendo aquellos programas de acogimiento residencial y familiar que se estaban gestando en el entorno municipal y que han sido un referente a escala nacional. Desde entonces y hasta ahora, el Ayuntamiento viene desarrollando su labor desde la óptica de la protección de la población infantil, adecuando los recursos a la satisfacción de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y focalizando la atención en la familia como el mejor recurso para la satisfacción de las necesidades de sus hijos e hijas.

Durante estas décadas los servicios sociales municipales de Vitoria-Gasteiz han mantenido los programas de infancia e incluso han generado programas nuevos como respuesta a nuevas necesidades; sin embargo, en los últimos años, con motivo de la crisis económica, las decisiones políticas han supuesto un retorno asistencialista en lo que se refiere a las prestaciones económicas y a los recortes en los programas de prevención y sensibilización.

Crisis económica y social. Pobreza infantil

La crisis económica y social –de prolongada duración– amenaza la cohesión y el

bienestar social, aunque no de la misma manera en todas las comunidades; las distintas situaciones de partida antes de la crisis y las distintas respuestas que los Gobiernos están dando a la misma se traducen en diferentes formas de proteger a la ciudadanía de sus efectos. En todo caso, el impacto de la crisis no es igual para toda la población y resulta bastante evidente que está provocando consecuencias graves en aquellos grupos de población más vulnerables, entre los que encontramos a la población infantil.

Unicef (2014): “los niños y niñas son los últimos responsables de la crisis y sin embargo están sufriendo sus consecuencias de forma tan o más grave que otros colectivos y grupos sociales. A la vez, el impacto en ellos está siendo mucho menos visible cuando son precisamente los que menos capacidad tienen para enfrentarse a ella y a sus consecuencias...”.

En la coyuntura actual es muy necesario contribuir a visibilizar el impacto que la crisis está teniendo en la infancia y la adolescencia, así como a reflexionar sobre las consecuencias que, en el medio y largo plazo, pueden tener las políticas de reducción del gasto público y las medidas de ajuste en distintos ámbitos, determinando las oportunidades de futuro de los niños, las niñas y los adolescentes. El hecho de que haya comunidades que, como el País Vasco, alcanzan una mejor posición en la clasificación no significa que los problemas estén resueltos. La tasa de pobreza afecta a 1 de cada 5 niños en el País Vasco, a diferencia de España, donde afecta a 1 de cada 3 (datos INE, Informe Educo).

La pobreza infantil perpetúa las desigualdades sociales y compromete el futuro de la sociedad; precisa de políticas públicas orientadas a provocar cambios estructurales

sostenibles. El reto es grande, pero es posible revertir el ciclo de la pobreza y la exclusión infantil.

La educación es la herramienta más poderosa para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza y para alcanzar la cohesión social.

En el ámbito de la salud, la Sociedad española de salud pública y administración sanitaria (SESPAS) se posiciona de esta manera –de forma resumida– sobre pobreza infantil y salud: “Hay pruebas científicas suficientes para afirmar que el grado de pobreza infantil alcanzado en España dejará efectos indelebles en la salud de los niños a lo largo de su vida (...) Existe evidencia de una peor salud general y peor salud mental en los menores de familias vulnerables que requieren ayuda para mantener su vivienda o que han sido desahuciados...” (SESPAS, 2014, pág.1-2). También en otros ámbitos como son la cultura, el deporte, el ocio, etc., la infancia y sus familias han visto recortado su acceso.

De la misma manera, en el ámbito de la desprotección infantil, la crisis y la precariedad económica han desestabilizado a las familias y han provocado un incremento en el número de demandas en los Servicios sociales.

En lo que se refiere a la desprotección infantil atendida en los servicios sociales municipales, los estudios anuales y extraordinarios de la Defensoría del pueblo del País Vasco, Ararteko, Gobierno vasco, que analizan la realidad de la infancia de especial protección, nos dicen que, a nivel cuantitativo (Ararteko /Infancias vulnerables, 2011) “la disparidad entre unos municipios y otros es enorme y que resulta difícil establecer comparaciones en algunos datos (por ejemplo en los datos relativos a los programas, ya que cada municipio los contabiliza de diferente

manera, o en los relativos a población atendida, ya que en ocasiones se contabilizan familias, y en otras menores)”.

Recientemente –abril 2015– las diputaciones forales de los tres territorios históricos vascos –competentes en la protección administrativa de niños y niñas en situación de grave desprotección o desamparo–, informaban a la prensa de un incremento paulatino del número de niños y niñas atendidas, y señalaban que a lo largo de 2014 más de 5.000 niños y adolescentes han sido atendidos por los servicios sociales de infancia de las diputaciones por encontrarse en situación de grave riesgo o desamparo (eldiariodelnorte.es, 04-04-2015). Añaden que, a lo largo del año pasado, 997 niños fueron acogidos en centros de protección y 769 por familias de acogida.

En el caso de Vitoria-Gasteiz la ciudad fue un referente a escala estatal por comprender la ciudad como espacio garantista de necesidades fundamentales, de interrelación y de asistencia a los colectivos menos favorecidos. La manera de entender la vida y la política giró en torno a la solidaridad, la justicia y la cohesión. La ciudad hizo algo tan grande como ser pionera en política social (en la atención a la desprotección infantil, la acogida a la inmigración, centros para personas sin hogar, a mujer y personas mayores...); pionera en la creación de una red de escuelas infantiles municipales, centros cívicos, aportaciones a cooperación al desarrollo, el primer Ayuntamiento en gestionar la Renta de Garantía de ingresos (RGI)...

Pero en estos últimos años, y con la excusa de la crisis, las prioridades, que no las necesidades, han cambiado, y algunos de estos logros conseguidos por la ciudad han sufrido recortes importantes y algunos pro-

gramas y servicios incluso han desaparecido, sobre todo en el ámbito de la prevención y la promoción.

Han pasado todos estos años y en el momento actual nos encontramos con más necesidad que nunca de recuperar lo esencial, de una puesta a punto de los valores de toda la vida. A pesar de los recortes en sanidad, en educación, en servicios sociales... el sistema de protección no ha quebrado. La profesora Begoña Román (Gasteiz, 2014, *Humanizar la Atención Sanitaria. Lo novedoso de lo antiguo*) se refería a un concepto que explicaría esta situación: “*la neoexplotación en nombre de la vocación*”. Los/las profesionales están dando más de lo que pueden, y las familias están soportando una carga importante.

La atención a la Infancia de especial protección en el País Vasco

La atención a las necesidades de la infancia y la adolescencia, y el cumplimiento de sus derechos, afecta a todos los poderes públicos y es competencia de las distintas administraciones con competencia en su bienestar (sanidad, educación, servicios sociales...).

Veamos cuál es la organización de la atención a la infancia de especial protección en el País Vasco y el desarrollo normativo en esta materia:

- El Estatuto de Autonomía de Euskadi, aprobado por Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, es el marco jurídico de referencia en el que se recogen las competencias de la CAPV y que cabe considerar dada la peculiaridad de la organización institucional de nuestra comunidad autónoma (art. 9 y 10, competencia exclusiva como: la asistencia social).

- La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, es la normativa estatal que modificó la Ley 21/87 y estableció las pautas de actuación. Con fecha 27 de febrero de 2015 el Consejo de Ministros ha aprobado la remisión a las Cortes Generales de los proyectos de Ley y de Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Declara el derecho subjetivo a los servicios sociales, garantizando el carácter universal de las prestaciones y los servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Establece el marco competencial y ordena la competencia en materia de infancia y adolescencia.
- La Ley 13/2008, de 12 de diciembre, de Apoyo a las Familias. Aprobada por el Parlamento vasco con el objeto de establecer el marco y las bases para una política familiar integral, orientada a la mejora del bienestar y de la calidad de vida de las familias y de sus miembros.
- La Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, a nivel de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), pretende:
 - a) Garantizar a los niños, niñas y adolescentes, residentes o transeúntes en el territorio de la CAV el ejercicio de los derechos;
 - b) Establecer el marco de actuación así como las intervenciones dirigidas a su atención y protección; y
 - c) Definir los principios de actuación y el marco competencial e institucional

en el ámbito de la protección a niños, niñas así como en el de la intervención con personas infractoras menores de edad.

Esta Ley 3/2005, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, encarga a la institución municipal la recepción, investigación, valoración e intervención de aquellos casos de desprotección leve y moderada. Y a las diputaciones en aquellos casos de desprotección grave y desamparo.

Esta Ley comprometía en su Disposición final primera la necesidad de elaborar y aprobar un instrumento básico para determinar la gravedad de las situaciones de desprotección. Se refiere al Instrumento Balora aprobado en el año 2011.

Decreto Balora. Un instrumento para la valoración de la gravedad

El Decreto 230/2011, de 8 de Noviembre, por el que se aprueba el Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la comunidad autónoma del País Vasco: Balora.

La valoración y determinación de las situaciones de riesgo y desamparo y su nivel de gravedad es una cuestión de extraordinaria importancia, que puede ser ayudada mediante la aplicación de este u otros instrumentos técnicos validados. De dicha valoración va a depender no sólo la intervención que se desarrolle en cada caso, sino también la asunción de responsabilidades por parte de la Administración local (en las situaciones de riesgo leve o moderado) o de la Administración foral (en las situaciones de grave riesgo o desamparo).

La atención de la desprotección infantil debe basarse en una amplia gama de servicios que constituyan un continuo y que permitan combinar para cada caso, y en las diferentes fases.

La elaboración del instrumento ha sido participada por profesionales de los servicios de protección a la infancia de las diputaciones forales (Gipuzkoa, Bizkaia y Álava/Álava), los Servicios Sociales de los ayuntamientos de Donostia-San Sebastián, Bilbao y Vitoria-Gasteiz; y liderado por el Gobierno Vasco, y con la colaboración de la Asociación Dartington-i. También participaron la Asociación de Municipios Vascos (EUDEL) y profesionales de los Servicios Sociales de diferentes municipios en su validación.

El instrumento Balora define la desprotección como: “Un niño, niña o adolescente se encuentra en situación de desprotección cuando tiene necesidades básicas sin satisfacer, que le provoquen un daño significativo en su salud y desarrollo, y esta situación es consecuencia directa de la incapacidad o imposibilidad de su padre, madre o persona que ejerce su tutela o guarda para cumplir los deberes de protección o del inadecuado cumplimiento de dichos deberes”. Las situaciones de desprotección pueden constituir riesgo o desamparo dependiendo de su gravedad. Dentro de las situaciones de riesgo podemos hablar de riesgo leve, moderado y grave en función de las diferentes tipologías de desprotección infantil y adolescente que recoge. Para cada tipología de desprotección el instrumento describe diferentes niveles de gravedad y describe ciertas situaciones, que aunque no constituyen una desprotección infantil o adolescente implican déficits leves en el cuidado del niño, niña o adolescente: vulnerabilidad a la desprotección.

En algunas de las tipologías hay que tener en cuenta la edad del niño, niña o adolescente y establecer diferentes niveles de gravedad según la etapa evolutiva (menos de 6 años, entre 6 y 12 años, y 12 años o más).

Cuando se está aplicando el Balora y se constata que existe un solo indicador de una tipología de gravedad elevada, aunque el resto de tipologías no alcancen dicha gravedad, automáticamente el caso es considerado de gravedad elevada. De la misma manera se realizará con el resto de niveles.

Las tipologías que ordena el instrumento Balora son: maltrato físico; negligencia (hacia necesidades físicas, necesidades de seguridad, necesidades formativas y necesidades psíquicas); abuso sexual; maltrato psíquico (maltrato emocional, instrumentalización en conflictos entre las figuras parentales, exposición a situaciones de violencia de pareja o entre miembros de la unidad convivencial y amenazas de agresión física); abandono; incapacidad de control de la conducta del niño, niña o adolescente; y otras (trato inapropiado, corrupción, mendicidad y explotación laboral).

■ La gravedad de la situación de desprotección se establece en base al *daño* que sufre la persona menor de edad.

La gravedad de la situación de desprotección se establece en base al **daño** que sufre la persona menor de edad. Se considera que el daño experimentado por un niño, niña o adolescente constituye un daño significativo cuando se presenta una o varias de las siguientes circunstancias: el daño que padece el niño, niña o adolescente en una o varias

áreas de desarrollo (físico, emocional, social y/o cognitivo) le coloca en los extremos de lo esperable a su edad o manifiesta un funcionamiento extremadamente limitado o perturbado; las dificultades en una o varias áreas de desarrollo persisten a lo largo de diferentes etapas evolutivas; o el daño afecta simultáneamente al menos a dos áreas de desarrollo (físico, emocional, social y/o cognitivo).

En este instrumento se describen, igualmente, los diferentes momentos que debe seguir el proceso de intervención en los casos de desprotección: recepción, investigación, evaluación, elaboración del plan individualizado de atención, puesta en marcha del plan, reevaluación del plan y fin de la intervención. El instrumento se utiliza durante todo el proceso de valoración tanto por profesionales del trabajo social como por profesionales de la psicología y la educación social, dado que requiere de una intervención multidisciplinar para valorar ciertas situaciones de desprotección.

El Balora es un instrumento diseñado y aprobado por decreto para ser aplicado por los/las profesionales que trabajan en el ámbito de la desprotección infantil en Servicios Sociales municipales y forales. Se trata de un instrumento que aúna criterios entre los/las profesionales de los Servicios Sociales y establece un lenguaje y una guía común ante una situación de desprotección y los diferentes niveles de gravedad; también para diferenciar las competencias entre los ayuntamientos y las diputaciones, según el nivel de gravedad. Pretende también promover una mejor coordinación entre los ámbitos municipal y territorial y entre los profesionales de los diferentes ámbitos implicados (sanidad, justicia, educación...). Gracias a la aplicación del instrumento, los resultados de

diferentes profesionales son más homogéneos en las valoraciones realizadas, y no aparecen dobles valoraciones llevadas a cabo por diferentes profesionales.

En la actualidad el uso del instrumento está generalizado, su valoración es satisfactoria y los/las profesionales destacan que objetiviza la valoración de la desprotección y ayuda a orientar la intervención. En estos últimos meses profesionales de todos los servicios sociales vascos han participado en la revisión y evaluación del instrumento para realizar una propuesta de mejora (pendiente de aprobación y publicación).

En este panorama normativo de la atención a la infancia y la adolescencia de especial protección en el País Vasco, con el reparto competencial descrito, las diputaciones y ayuntamientos gestionan programas y servicios para niños, niñas y adolescentes y sus familias en función del nivel de gravedad de la desprotección infantil de la que son competentes.

Las diputaciones forales atienden las situaciones de desprotección grave y desamparo con programas de intervención familiar (intervención educativa y terapéutica), programas de acogimiento residencial, programas de acogimiento familiar y adopción. Los ayuntamientos vascos en materia de servicios sociales dirigidos a la atención de la infancia y la adolescencia de especial protección (vulnerabilidad leve y moderada) han tenido más o menos desarrollo en los diferentes territorios históricos. La situación de Vitoria-Gasteiz en cuanto a dotación de programas y recursos ha sido durante muchos años un referente para otros ayuntamientos vascos, ha desarrollado un amplio abanico de recursos y programas con un objetivo final común, la mejora del bienestar.

En la actualidad gestiona los siguientes programas (para un mayor desarrollo véase la página web del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz):

- Programa para la participación de la infancia y la adolescencia Aktiba(tu).
- Plan local de Infancia y Adolescencia (prorrogado 2015-2016).
- Programas para la prevención de la desprotección infantil: Programa de parentalidad positiva, talleres de buenas prácticas...
- Programa de Educación de calle y Programa de ayuda a domicilio (SAD básico y Servicios de intervención socioeducativa-educadores familiares).
- Programas de recepción y valoración de casos de desprotección infantil: valoración de casos de desprotección, asesoría psicológica en supuestos de abuso sexual y valoración en intervención: Programa de Resiliencia.
- Programas de apoyo a las familias: Programa de prevención secundaria (capacitación en habilidades parentales), Programa de Terapias psicológicas individual y familiar, Programa Orain (programa de apoyo temporal a familias en el cuidado de sus hijos/as).
- Programas de preservación familiar: 5 Centros socioeducativos (centros de día), Centro socioeducativo Prelaboral, Programa de apoyo y desarrollo acompañado ADA, Programa Bidatu (pisos para madres con niños y niñas menores de 8 años, Programa Salburua.
- Programas de acogimiento residencial (Hogares funcionales) y acogimiento familiar. Y programas de desvinculación para jóvenes: post-acogimiento residencial y post-acogimiento familiar.

Los programas de acogimiento residencial, acogimiento familiar y programas de desvinculación no son competencia municipal pero se mantienen en el Ayuntamiento a la espera de acuerdo político para proceder a su transferencia a la Diputación alavesa según el Decreto de cartera y legislación anterior.

Respecto a los equipos profesionales de los servicios sociales municipales y forales, en el caso de Vitoria-Gasteiz se trata de equipos psicosociales, y en ocasiones psico-socio-educativos, que reclaman más tiempo y la necesidad de mayor intensidad en la intervención con las familias. Reclaman una mayor inversión en políticas locales de prevención y promoción de buenas prácticas.

Políticas locales de infancia y adolescencia

Las políticas de infancia han sido un campo poco frecuentado por la intervención política, muy fragmentado y poco debatido. En las políticas familiares, las políticas de apoyo a la infancia son muy recientes y es necesario seguir impulsando un profundo debate participado entre las personas y las entidades implicadas con las administraciones competentes, el Tercer sector, asociaciones y, por supuesto, con sus protagonistas: niños, niñas y adolescentes, y sus familias.

Parece que se tiende a valorar cada vez más las políticas locales, por ser más próximas a la ciudadanía y porque tienen más conocimiento de la realidad. En este contexto se hace más que necesaria la inversión pública en planes transversales que contribuyan a la mejora del bienestar infantil.

La transversalidad requiere de trabajo en equipo de modo interdisciplinar, requiere de capacidad de liderazgo del cambio social para

la mejora del abordaje de la realidad compleja y multidimensional de la sociedad actual, y es también un instrumento organizativo que pretende desarrollar estrategias, herramientas... que nos permitan adaptarnos mejor a una realidad muy compleja; pero no debe ser entendida como la panacea para hacer frente a las dificultades de coordinación, los problemas organizativos. A veces se percibe como un trabajo añadido, se percibe como una sobrecarga porque en muchas ocasiones no se contemplan recursos humanos ni el tiempo necesario para un buen trabajo interdisciplinar; a pesar de todo esto es necesario trabajar de forma transversal y los resultados lo avalan.

Pero esta idea de transversalidad que supone una cultura diferente de trabajo requiere de unas condiciones: participación y transparencia, coordinación horizontal, trabajo en equipo e interdisciplinariedad, definición de recursos y estructuras, método de trabajo y, por supuesto, un compromiso y dirección política estratégica. Los planes locales son esos instrumentos o estrategias transversales comprometidos con la misión de la política de la Administración local responsable del plan y que incorpora a todos sus intervinientes.

■ El municipio tiene un papel primordial por su proximidad a la comunidad, por sus competencias y, por supuesto, por incumbencia.

Desde esta premisa, el municipio tiene un papel primordial por su proximidad a la comunidad, por sus competencias y, por supuesto, por incumbencia.

Las y los profesionales que desarrollamos nuestra labor en el ámbito psicosocial, que es el más complejo de todos, somos porosos a la presión social, nos modificamos con nuestro trabajo diario, con cada interacción. Somos como la realidad social en la que estamos y en la que actuamos, una realidad que es ciega, sorda y muda a menos que se la interroge. En nuestro ámbito de trabajo no podemos esperar a que la realidad nos dicte la política o estrategia que articule nuestro quehacer, nos nutrimos de la investigación-formación, de la búsqueda y gestión del conocimiento, de una realidad en la que estamos inmersos y que se encuentra en continuo proceso de cambio. En este sentido, necesitamos de la Universidad, de “lo académico”, para caminar en esta dirección, y estamos seguras de que los nuevos estudios de grado nos están aportando más, si cabe.

Navegar en las organizaciones sociales es muy complejo, y en particular lo es también en las administraciones públicas. En las relaciones e interacciones somos profesionales que incorporamos nuestros aprendizajes, pero siempre tenemos que tratar de ampliar el repertorio de respuesta personal para no dar respuestas automatizadas, ser verdaderos agentes de cambio y parte proactiva en el proceso de cambio desde la oportunidad que nos brinda el propio sistema.

El Plan local de infancia y adolescencia (PLINA) de Vitoria-Gasteiz

El municipio ya contaba con una diversidad de programas y servicios dirigidos a la infancia y la adolescencia, y tenía experiencia en otros planes de igualdad, juventud, inmigración, gerontológico..., pero no contaba con un plan de infancia hasta el año

2009, fecha en la que se aprueba el primer plan, PLINA 2009-2013, y prorrogado hasta 2016. Es una iniciativa que responde al mandato de garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes y su bienestar. El PLINA, por lo tanto, se identifica como un objetivo estratégico para el Ayuntamiento que afecta a la totalidad de los departamentos municipales, y recalca la importancia de las tareas de coordinación y de gestión transversal, optimizando aquellas actuaciones municipales que se dirigen a mejorar su calidad de vida, la promoción de un desarrollo evolutivo adecuado y la participación e integración progresiva en la sociedad como ciudadanía de pleno derecho. Sus principios transversales son: igualdad, perspectiva de género, interculturalidad, normalización lingüística y desarrollo evolutivo.

El Plan está organizado en 6 grandes líneas estratégicas, que son:

1. Mejorar la calidad de los servicios/programas/recursos municipales dirigidos a la infancia y la adolescencia.
2. Potenciar y apoyar a las familias en la crianza y educación de sus hijos/as.
3. Potenciar la atención y la intervención en situaciones de riesgo y de desprotección de la infancia y la adolescencia desde la preservación familiar.
4. Promover una representación social adecuada de la infancia y la adolescencia, así como su participación en la vida social de nuestra ciudad garantizando la promoción y la protección de sus derechos.
5. Incorporar en la planificación de la ciudad la perspectiva de la infancia y la adolescencia.
6. Apoyar la función educadora de Vitoria-Gasteiz como ciudad que fomenta

la formación, la promoción y el desarrollo de la infancia y la adolescencia.

Son muchas las acciones que estos planes comprometen y que nos marcan la hoja de ruta de la política social en esta materia que debemos acometer.

En lo que respecta a la competencia municipal desde el ámbito de servicios sociales dirigidos a la infancia y la adolescencia, en la actualidad los proyectos estratégicos y prioritarios son:

- Acciones de formación y sensibilización de agentes sociales para la detección y mejora de la intervención con la infancia de especial protección.
- Programas de participación y defensa de los derechos.
- Programas de parentalidad positiva, proyectos sobre adolescencia en positivo, proyectos de fomento del apego seguro, etc.
- Programas de resiliencia en familia.
- Proyectos de corresponsabilidad y estrategias de usos del tiempo.
- Programas para nuevas necesidades en desprotección: prevención e intervención precoz en violencia filioparental y otros.

Una apuesta por el trabajo, un cambio de mirada

Hemos hablado de derechos, de participación, de prevención y protección infantil, de políticas locales y planes locales... pero para dar cumplida cuenta a esta misión tenemos delante un arduo trabajo que requiere de una dosis extra para todos y todas de motivación. El trabajo en red con otros/as profesionales nos ofrece una gran oportunidad para responder a las necesidades sociales de una forma más integral.

También, el fomento de la creatividad y la innovación nos ofrecen nuevas alternativas, otras formas de ver la red, nuevas formas de ver la realidad. La motivación, el trabajo en red, la innovación y la creatividad nos aportan calidad en nuestro trabajo, y la calidad en nuestro trabajo es rentabilidad social.

■ La motivación, el trabajo en red, la innovación y la creatividad nos aportan calidad en nuestro trabajo, y la calidad en nuestro trabajo es rentabilidad social.

La calidad en los servicios dirigidos a la mejora del bienestar infantil no es una opción, es un imperativo ético. Nuestro trabajo ha de estar basado en la evidencia, en las investigaciones al respecto. La praxis y la sistematización de la intervención suponen una mejora continua de las estrategias, enfoques, nuevos conocimientos, y supone también poner el acento en la evidencia científica y no solo en los resultados observables. Y sistematizar nuestras prácticas buenas sería importante y relevante para obtener referentes que nos posibiliten realizar buenas prácticas, con formación y supervisión.

La actitud ética es la actitud profesional, la ética es el discurso del deber, es implicación. En el ámbito de la infancia la ética nos muestra dos líneas directrices: competencia (la parte operativa de la autonomía del sujeto) y confidencialidad. La confidencialidad reconoce la intimidad como un derecho del niño/a y de sus padres/madres. Tomar conciencia de que la información que manejamos es del otro es un principio de justicia, y cuando intervenimos no podemos dejar de

pensar en las repercusiones que nuestra intervención tiene en terceras personas, es un principio de justicia.

El conocimiento por parte de los y las profesionales de las necesidades infantiles y sus características es la base para su satisfacción. Todo ello porque la mejora del bienestar infantil no es solo protección, es, sobre todo, prevención y promoción de su bienestar. Se hace muy necesario disponer de programas y estrategias de detección precoz e intervención temprana.

Existen diferentes modelos de intervención centrados en el cambio de la calidad de la relación temprana entre padres-hijos. John Bowlby formuló la teoría del apego a finales de los años 50.

Desde la teoría de las necesidades infantiles y la teoría del apego centramos la actuación de los servicios de protección en situaciones de maltrato infantil.

Los modelos explicativos del maltrato infantil valoran la gravedad de la desprotección infantil desde la identificación de factores de riesgo y de factores de protección. Utilizaremos los factores de protección y resiliencia para diseñar nuestra actuación profesional con el objetivo de mejorar el bienestar de ese niño/a y su familia.

No podemos hablar de infancia y adolescencia sin hablar de género. Nuestro objetivo es cambiar la historia, y la única alternativa pedagógica es la coeducación. Una educación que empodere a las mujeres desde la infancia, desde el abordaje de las relaciones igualitarias y la autonomía personal.

Y, volviendo al principio, conviene insistir en que para dar cumplida cuenta a esta misión tenemos delante un arduo trabajo que requiere de mucha motivación.

Estaremos de acuerdo en que trabajar con otras personas es muy enriquecedor, a veces vivimos nuestra vida y también la de otras personas. Pero es necesario reivindicar lo esencial, que quizás se ha perdido por el camino, algo que nos caracterizaba y que tiene que seguir caracterizándonos: la aten-

ción a las personas. Esta manera de trabajar requiere rigor pero, sobre todo, requiere sensibilidad, compromiso y mucha prudencia.

La atención a la infancia y la adolescencia de especial protección desde esta forma de trabajar no es un destino, es un viaje que no tiene fin.

Bibliografía

- ARARTEKO. DEFENSORÍA DEL PUEBLO VASCO. Estudio: *El impacto de la crisis en la infancia: la realidad vasca*. GOBIERNO VASCO, 2013.
- ARARTEKO. DEFENSORÍA DEL PUEBLO VASCO. Estudio: *Infancias vulnerables*. GOBIERNO VASCO, 2011.
- AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ. *La transversalidad como elemento de mejora en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Resultados de una reflexión compartida*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2008.
- AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ. *Servicios sociales dirigidos a la infancia*: <http://www.vitoria-gasteiz.org/serviciossociales>. *Plan local de Infancia y Adolescencia*: <http://www.vitoria-gasteiz.org/plina>.
- Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE nº 313, de 31 de diciembre de 1990.
- Decreto 230/2011, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el *instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BALORA)*. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2011. Obtenido en http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-conEs/es/contenidos/informacion/balora/es_doc/balora.html
- EDUCO.ORG. Informe: “Niñas y niños, los más vulnerables en todas las comunidades autónomas”. El bienestar de la infancia en España 2014. https://www.educo.org/Educo/media/Documentos/Medios/Informe_EDUCO_setiembre_2014.pdf
- EXPÓSITO GONZÁLEZ, R.; RUBIO PILARTE, J. y SOLÓRZANO SÁNCHEZ, M. *Ética y valores en el hospicio de Vitoria. Ilustración y Romanticismo. “Una apuesta por la vida y la dignidad de los expósitos*. 2012. Obtenido en <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/06/etica-y-valores-en-el-hospicio-de.html>
- FANTOVA, F. Diseño de políticas sociales. *Fundamentos, estructura y propuestas*. Editorial CCS, 2014. ISBN: 978-84-9023-225-5
- GAITÁN, L. *De “menores” a protagonistas. Los derechos de los niños en el Trabajo social*. 2014. ISBN-13: 978-84-940462-3-0
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia. BOPV nº 59, de 30 de marzo de 2005, pág. 4707 y BOE nº 274, de 14 de noviembre de 2011.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE nº 15, de 17 de enero de 1996.
- LEZAUN VALDUVIECO, J. *Ética y valores en el Hospicio de Vitoria. Ilustración y Romanticismo. Una apuesta por la vida y la dignidad de los expósitos*. Tesis doctoral inédita, 2012.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. *Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social*. 2008. ISBN 978-84-368-2198-7
- ROMÁN MAESTRE, B. *Humanizar la Atención Sanitaria. Lo novedoso de lo antiguo*. (Conferencia 8 de noviembre de 2014 en Vitoria-Gasteiz organizada por la Sociedad de cuidados paliativos ARINDUZ, recuperado en la web <http://arinduz.org/>)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS). *Posicionamiento de SESPAS sobre pobreza infantil y salud*. 2014.
- UNICEF. *La infancia en España 2014*. Informe disponible en www.unicef.es/pactoinfancia

Sentir la experiencia de la acogida familiar: una conversación entre la *vivencia* y la reflexión

Feeling the experience of foster care: a conversation between experience and reflection

Mireia Soler Boada y Josep Bonil Gargallo¹

Resumen

Se presenta la experiencia de una familia acogedora desde dos perspectivas paralelas: las vivencias del proceso y las reflexiones que fueron surgiendo. A partir del relato de hechos significativos acaecidos durante los seis años de la acogida, se presentan algunas reflexiones que la familia acogedora ha ido madurando a lo largo del tiempo.

Palabras clave: Acogida familiar, sentimientos, vivencias y reflexiones.

Para citar el artículo: SOLER BOADA, Mireia i BONIL GARGALLO, Josep. Sentir la experiencia de la acogida familiar: una conversación entre la *vivencia* y la reflexión. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 63-71. ISSN 0212-7210.

Abstract

The article presents the experience of a foster family from two parallel perspectives: the experiences of the process and the reflections it has arisen. From the story of the significant events happened during the six years of foster care, we present some thoughts that the foster family has matured over time.

Key words: Foster family, feelings, experiences and reflections.

¹ Familia acogedora.

Pensando en ella, juntos nos hicimos mejores personas.

Nuestra experiencia como familia acogedora ha sido una mezcla de *vivencias* y reflexiones. Se hace difícil escribir el gran volumen de **sentimientos** que nos ha generado la acogida. Por eso, cuando la *Revista de Trabajo Social* nos pidió explicar nuestra experiencia pensamos en escribir de forma paralela *vivencias* y reflexiones. No porque pensemos que están separadas sino porque creemos que a lo largo de la acogida hay momentos que se centran en lo que se *vive* y otros en la reflexión que haces al respecto. Los **sentimientos** a menudo surgen de la mezcla personal que haces de los dos elementos. Esperamos que la lectura del texto, igual que lo fueron para nosotros seis años de acogida familiar, sea para cada persona una experiencia única.

Los cuatro estamos nerviosos mientras acabamos de desayunar y nos preparamos para partir. Hoy nuestros hijos la conocerán, se conocerán. No sé qué pasará, qué harán o qué dirán, no es momento de pensarlo. Se lo hemos explicado, ellos han participado en el proceso de validación, pero tienen 7 y 9 años y no creo que se hagan cargo por completo de la situación.

Nosotros ya hemos hecho algunas visitas al centro donde hace unos meses que vive. Hemos salido con ella a dar una vuelta, pero hoy es diferente, es como la prueba de fuego. Cogemos el regalito que le hemos preparado: un libro para colorear y unos colores; los niños están muy expectantes y contentos.

Llegamos al centro, nos esperamos en el patio de juegos hasta que llega con la educadora, se la ve tan pequeña e indefensa... Nos mira y no dice nada, los hijos quieren jugar pero ella no dice nada. Le dan el regalo y cuando lo ve lo tira al suelo, llora y patalea, los hijos se han quedado quietos, mirando, y nosotros no sabemos qué decir. Tienen que pasar muchos meses antes de que sonría ante un regalo...

Infancia: Del latín *infans*, “el que no habla”.

En la sociedad latina el niño era el individuo que no era capaz de expresar sus sentimientos y deseos mediante la palabra.

¿Qué haces cuando viene a vivir a casa una persona con la que no puedes hablar? Hablar entendido como la posibilidad de compartir lenguajes y sus significados. Si a veces ya es bastante difícil comunicarse con los hijos biológicos, con los que has compartido significados desde el mismo momento del nacimiento, ¿cómo lo haces con un individuo que conoces con tres años y que tiene un bagaje lingüístico muy distinto al tuyo?

■ **Pensamos que uno de los elementos clave en la vivencia de la acogida es la comunicación entre las personas que forman parte de ella.**

Pensamos que uno de los elementos clave en la vivencia de la acogida es la comunicación entre las personas que forman parte de ella. Esta reflexión hace importante considerar la fluidez y los significados.

Ya hace unos días que está en casa, dice muy pocas palabras, es difícil entender qué quiere, los hermanos son “aquel y aquella”, agua, parque y poco más, pero sigue nuestras conversaciones. Le propongo ir de compras como cada mañana, yo cojo la bolsa, ella el muñeco y nos vamos. Hoy toca comprar el pan, salimos del borno y de golpe arranca a llorar y patalear como yo no había visto nunca, se tira al suelo, no sé qué hacer, intento cogerla y tira el muñeco con rabia al suelo. Como puedo cojo el muñeco, la cojo a ella y la compra y llego a casa sofocada, enfada y perpleja, todo a la vez. Es el primer episodio de muchos y muchos. Con días aprendí que ella esperaba que yo le das un trozo de pan, una costumbre que yo nunca había tenido con los hijos y que rápidamente compartieron los tres...

Es muy pequeña pero sabe cuidarse sola, no le gusta que le ayudes, todo lo quiere hacer sola, comer, vestirse, ducharse, camina sin quejarse. Pero los sentimientos van por otro lado, a menudo, muy a menudo, los sentimientos se cruzan con los recuerdos o las esperanzas y arranca con pataletas donde los juguetes salen volando y los gritos se oyen por toda la casa. Los otros dos hijos se tapan los oídos gritando que se calle. Por la noche, cuando intento dormir, pienso por qué me he metido en este entuerto y sobre todo por qué he metido a mis hijos en una historia donde ellos acaban sufriendo...

Nos hemos convertido en los “popus” del barrio. La gente habla de nosotros y nos mira con cara de aprobación. La niña se ha

En la acogida es fácil que aparezcan dificultades de fluidez e incluso incapacidad por parte del niño que llega a la familia acogedora. La experiencia previa a menudo no estimula el desarrollo de la fluidez y la desconfianza genera una actitud más proclive a la vida interior que a la apertura al medio, a la introspección muy por encima de la extraversión.

Si sumamos que es fundamental que los significados de las palabras y los gestos tengan un importante componente de coincidencia, ¿qué pasa cuando a un niño de tres años le dices que algo está en la nevera y el niño sólo utiliza la palabra “eso” y señala cualquier cosa? ¿Qué pasa cuando le dices que vamos a la ducha y él vive la ducha como una agresión y no lo sabe expresar?

Cuando sumamos la falta de fluidez y la dificultad de encontrar significados comparados aparece el riesgo de la Incomunicación, que crea una fuerte inquietud en ambas partes. Si no la abordamos con rapidez nos puede llevar a edificar un muro de aislamiento que para nosotros supuso la primera dificultad de la acogida.

Intrasubjetividad: Del latín, *sub* (bajo), *lactare* (tirar), *ivis* (relación pasiva o activa) -*datos* (calidad) *intra* (entre varias entidades). Calidad que tiene un individuo de establecer una relación mediante la emisión de estímulos que pretenden crear algún tipo de cambio en el otro.

¿Cómo se generan los vínculos que favorecen la relación mutua? Intentar comprender al otro y asumir los límites de este esfuerzo es fundamental para evitar el ries-

convertido en un puente para que muchas personas, antes conocidas, se acerquen y establecen una relación más estrecha. Los amigos nos preguntan y a menudo quedamos para charlar, es un apoyo fundamental. Al mismo tiempo aparece un grupo de personas que hace siempre la misma pregunta: ¿Por qué? Ya no respondemos, para luego reconocer su admiración y de alguna manera reflejar en nosotros sus opciones solidarias. Es una situación que en un primer momento sorprende por convertirse en una molestia importante. Con el tiempo dejamos de ser novedad y vemos que la acogida nos ha servido para enriquecer nuestra red social. Mucha gente nos echa una mano y muchas relaciones se estrechan. La mayoría todavía siguen...

“Toca cap”, otra de las frases que conllevará malestar, gritos y llantos. Tolerar muy mal que la duchamos, de hecho se ducha sola, pero aún tolera mucho y mucho peor lavarse la cabeza. Lo intenta hacer sola, pero no es fácil, es un equilibrio que nos costará siempre, y que siempre asociaremos a malestar...

En la escuela es la pequeña de los hermanos y primos, si tiene un problema o se hace daño alguien les llamará e irán corriendo a ayudarla, son mayores y por lo tanto deben cuidarla como han hecho con los otros cuando llegaron a la escuela. Es la ley del clan y ella forma parte de éste...

Es fantástico acompañarla en el descubrimiento del mundo. Para ella todo es estimulante, todo hace que los ojos se le abran como platos. Una obra de teatro en casa, el

go de levantar un muro de aislamiento entre niño y familia. El niño se mueve a partir de su experiencia, a menudo traumática, que filtra cualquier estímulo. Al mismo tiempo aparece en él un mecanismo de defensa guiado por la pregunta: Si otros me han abandonado, ¿por qué estos deben ser diferentes? El objetivo fundamental de la actitud intrasubjetiva es que el otro inicie un proceso de rotura del muro de aislamiento.

Un proceso que es necesariamente lento, con altibajos y no pocas contradicciones. Parece que la confianza puede ser un recurso para iniciar este proceso, desde una doble perspectiva: la que el niño adquiera hacia la familia acogedora y que la familia acogedora tenga en sí misma.

Es difícil pensar de qué manera se puede generar confianza en el otro más allá de la coherencia, el afecto, la paciencia, la comprensión, la interacción... Crear confianza en el niño se convierte en una aventura de alto riesgo.

■ Parece clave la propia confianza, pues la familia acogedora se ve sometida a un fuerte estrés.

Ante esta evidencia parece clave la propia confianza, pues la familia acogedora se ve sometida a un fuerte estrés. ¿Por qué me he metido en este alboroto? Aquí es cuando se empieza a minar la propia confianza. ¿Estamos preparados para hacer esto? Creo que nos supera. Vuelve a surgir un torpedo a la línea de flotación de la acogida. Ya no puedo más, te pone al límite de la renuncia y el fracaso y hace emerger un primer sentimiento de culpabilidad.

■ **Es fantástico acompañarla en el descubrimiento del mundo. Para ella todo es estimulante, todo hace que los ojos se le abran como platos.**

pasacalle de los gigantes, los diablos infantiles, un concierto en el parque

Y de repente descubre que ha ido a parar a una familia ligada al tejido asociativo del pueblo. El hermano en el Cau, la hermana en el Esplai, todos a los diablos... Cada fin de semana una aventura, primero como espectadora, después formando parte. Y ella, agotada, siempre aguanta, es su talante, vivir hasta el límite, a saber que puede pasar en el futuro. En cuanto termina la actividad desconecta en un mundo de sueños, misterioso: muecas, gritos y a veces llantos...

Hoy es martes, toca visita, voy a buscarla antes en la escuela, cogemos el coche y vamos al lugar donde nos espera el educador que la llevará a ver a su familia, baja de un coche y sube al otro. Mientras aprovecho para explicar cómo nos va, los problemas que tenemos, las pataletas, las dudas, todo lo que nos preocupa, y el educador me da consejos, me orienta e intenta desangustiar me, mientras ella espera nerviosa en el coche. No puedo explicar todo lo que quisiera y necesitaría, ella espera para irse. Tengo un poco más de una hora que aprovecho para comprar y tomar un café antes de que vuelva...

Vacaciones, todo el mundo en el coche y hacia uncamping de los Picos de Europa, con

Vale la pena dedicar esfuerzo a diseñar un mecanismo que nos haga confiados sobre todo en nosotros mismos.

Instrumento: Del latín *instrumentum in-* (hacia dentro), *structus* (construido) *mento* (resultado, instrumento) “objeto utilizado para realizar un trabajo”. Un instrumento es un objeto (inerte) que tiene por función dar apoyo a un proceso constructor.

¿Cuál es la función de la familia acogedora? La acogida es un sistema muy amplio en el que aparecen el niño, la familia biológica, las entidades colaboradoras y una infinidad de escaleras de la Administración. Tal y como se concibe el proceso de acogida, el niño es su centro y el resto son instrumentos que deben favorecer al niño.

En esta estructura la familia acogedora se mueve en territorio pantanoso, a menudo difícil. Una familia acogedora no es una entidad profesional, es a la vez un instrumento de apoyo y un grupo de personas implicadas personal y emocionalmente: *no hay remedio*.

Al sistema familia acogedora se le pide que introduzca una nueva estructura. Que la trate con normalidad, como una parte más de la familia, en definitiva que la ame.

Incluso se plantea que cuanto mejor participe del proceso de acogida más fácil será que el acogimiento acabe con el éxito, un éxito que significa la pérdida del niño acogido: altruismo en estado puro.

■ **Un éxito que significa la pérdida del niño acogido: altruismo en estado puro.**

abuelos y tíos, aumentamos la intensidad de la aventura. Fiel a su talante es una “todo terreno”, corre, se baña en el río, sube por la montaña, come de todo y siempre escoge calidad. El único reto: la calma que requieren los espacios pequeños. El difícil equilibrio entre sus bruscos movimientos y el orden de la mesa del desayuno. Por regla general niña y mesa ordenada son incompatibles. El cuarto verano nos vamos a los Alpes italianos, también de camping. Nos sorprende la documentación que nos piden las instituciones. Ella está perfectamente adaptada y sólo pide un parque cada tantos kilómetros. Mientras hacemos la ruta pinta, mira cuentos y sobre todo duerme, aquel sueño misterioso que nunca parece ser suficiente tranquilo.

En el refugio del Montblanc, a más de 4000 metros de altura, se ve como una pequeña bolita azul, con cara fría que pregunta: ¿Qué me está pasando? Debemos marchar rápido, la presión atmosférica la deja KO. Una vez en el camping un buen plato de macarrones con carne la vuelve a poner a tono. Poco a poco nos vamos cohesionando. Integrados en el Valle de Aosta parecemos una familia normal...

Los Reyes, uno de los días más señalados para los niños. Los Reyes en todas las casas donde hay niños. Tener dos familias significa también tener dos veces reyes, y de rebote, tener una hermana en la otra familia, también quiere decir que algo traerán a nuestros hijos...

Las comidas en el trabajo a menudo se convierten en un informe del proceso Todo el

Para la familia acogedora constituye una experiencia que se mueve en el difícil diálogo entre el bienestar que genera formar parte del proyecto y el duelo de la pérdida de alguien a quien amas. Habría que reflexionar sobre el apoyo que debe tener la familia acogedora, tanto en referencia a la realización del proceso como especialmente con el duelo.

Incondicionalidad: Del latín *condicio, condicionis*, resultado del verbo *condicere* (convenir, señalar o dejar mediante un acuerdo o compromiso). Verbo prefijado con *con-* (conjuntamente, globalmente) y el verbo *decire*, que no es solamente decir, sino también indicar. Cuando se añade el prefijo *in-* negamos la condicionalidad, con lo que la relación que se establece entre dos partes no está regulada por un acuerdo o compromiso sino que puede ser totalmente arbitraria e incluso jerárquica. ¿Puede existir una relación incondicional y a la vez saludable?

En un proceso de acogida se toman diversidad de decisiones en multitud de escalas que están interrelacionadas pero que no siempre tienen carácter compartido. Nos encontramos con diversidad de ritmos simultáneos: el ritmo de acoplamiento y conquista de la normalidad en la familia acogedora, el ritmo de intervención sobre la familia biológica, el ritmo de desarrollo del niño acogido, el ritmo de trabajo de las entidades colaboradoras... Conviven muchos ritmos y una gran dificultad para sincronizarlos.

En la escala micro, la relación es altamente bidireccional y las decisiones se toman a partir de los modelos de gestión de la fami-

mundo pregunta, todo el mundo hace sugerencias. Es un espacio que con medida ayuda a canalizar angustia, a veces tiene el efecto contrario. La medida es posiblemente una de las claves del proceso...

Hoy nos toca visita extraordinaria. Se ha cambiado el lugar de encuentro, hace mucho frío y viento y hemos llegado un poco pronto. Pienso que es mejor esperar en el otro chaflán, hace sol y parece más resguardado. De golpe se acerca una mujer corriendo hacia ella, muy contenta la levanta del suelo y le da un fuerte abrazo, hasta que me mira y ve que no soy la educadora, la ha visto de lejos y el resto del mundo ha desaparecido. Las dos sabemos que somos las madres. Se disculpa, se preocupa, sabe que no nos teníamos que ver, pero ha sido inevitable. A partir de ahora, a las visitas extraordinarias no viene del educador.

Los 2-4 años que podía durar la acogida han pasado a 6, parece que las cosas entre la Administración y la familia biológica no van bien. Se plantea la posibilidad de que no se irá y de que, si nosotros queremos, se quede en casa. Hacemos un pensamiento y apostamos por cambiar esa sensación de provisionalidad en la que vivimos. Se ha ido haciendo mayor y necesita un escritorio para poder hacer los deberes, la cama es demasiado pequeña y el armario también. Reformamos su habitación y le explicamos que le servirá hasta el instituto, que la ropa de niña mayor necesita más espacio, le vamos enseñando un futuro y dejamos de lado la provisionalidad. Ella está más tranquila. Al cabo de dos meses se nos

lia acogedora; esta situación se va diluyendo a medida que nos alejamos del núcleo acogedor.

En el marco general suele ser prioritario el criterio profesional, una perspectiva jerarquizada poco democrática. Otra posibilidad sería un modelo de trabajo comunitario en que los diferentes agentes que participan puedan intervenir de forma legítima para determinar los ritmos idóneos, que no ideales, del proceso.

Nos situamos en la necesidad de decidir el paradigma que orienta la experiencia acogedora. Sea cual sea tendrá costes para alguno de los agentes participantes, el reto es decidir cómo se deben distribuir estos costes. Estamos lejos de este planteamiento, de momento el paradigma nos lleva a la incondicionalidad, que acerca a la familia acogedora a una relación cercana a la sumisión.

“Incertidumbre”: Del latín *certitudo*, *certus* (cierto) más el sufijo *tudo* (calidad) “calidad de cierto”. A menudo su significado se amplía no solo a la calidad de cierto del presente sino a la posibilidad de anticipar lo que puede ocurrir en el futuro. El prefijo *in-* niega la posibilidad de aproximarse con certeza. ¿Qué pasará mañana?

Posiblemente la pregunta más recurrente del proceso de acogida es: ¿Cuánto tiempo durará? La respuesta tiene una dimensión pragmática y otra emocional.

La pragmática nos pide dar respuesta a situaciones tan cotidianas como: ¿el coche que tenemos es adecuado si incorporamos una persona más a la familia? ¿Cómo debe-

plantea que vuelve definitivamente con su familia en un breve periodo de tiempo.

La reunión se para planificar el retorno, estamos las dos familias y los profesionales que presentan el calendario de retorno.

Las dos madres protestamos al mismo tiempo, no se pueden hacer las cosas tan de prisa, ella necesita un tiempo para digerir los cambios, hay que ir más despacio, ambas la queremos y queremos lo mejor para ella. Después de seis años, tampoco vendrá de una visita con su familia, ya me iniciado el proceso de desacoplamiento. ¿Cómo le explico sin llorar que estoy muy contenta de que vuelva con su familia, que ahora tendrá su madre pero yo seguiré siendo el otro madre, que lo ha de estimar y amar a todos los que conocerá, que irá a una nueva escuela, tendrá otros amigos, conocerá otra gente, y las puertas de nuestra casa-su estarán abiertas por ella? ¿Cómo se lo explicas con ilusión? Ella confía en nosotros y tenemos que mostrar esta confianza...

El día de la mudanza llenamos el coche con todas sus cosas. Llegó con dos bolsas de plástico llenas de ropa que pronto le quedó pequeña y un muñeco de peluche. Se marcha con un montón de cosas: sus cosas. El mundo de una niña que ha ido construyendo su vida entre nosotros y ahora tenemos que decidir lo que es “suyo” y lo que es “nuestro”, nada fácil.

Llenamos el coche, parece que nos vamos todos de vacaciones, bolsas, juguetes, la bicicleta que le trajeron los reyes de los padres biológicos... y llegamos a la plaza donde

mos organizar el espacio de su casa? ¿Debemos pensar en el instituto?

Todas preguntas muy comunes en una familia ordinaria, pero que generan un volumen importante de ansiedad cuando la respuesta se elabora en una situación transitoria.

La perspectiva emocional conlleva preparar la frustración que conlleva tomar decisiones sin saber qué continuidad tendrán. Con los hijos biológicos ya sucede, pero en la acogida el componente es muy muy superior.

Un nuevo reto que pide, de nuevo, crear la propia estrategia.

Irreversible: Del latín *reventor, eris, tis, sum*, “volver sobre los propios pasos”. El prefijo *i-* manifiesta la imposibilidad de volver sobre los propios pasos. La palabra *irreversibilidad* hace referencia no solo a la imposibilidad de revivir una situación vivida sino también a la marca imborrable que dejan en las personas las experiencias que han vivido. ¿Cuándo termina realmente la acogida?

Administrativamente, un día llega un informe que dice que en dos semanas el niño vuelve con la familia biológica.

Alta intensidad, alegría y tristeza en dosis equivalentes. Toca elaborar el duelo y terminar la relación administrativa con las instituciones.

¿Pero realmente cuando termina la acogida? En relación al niño, ¿el día en que se llena el coche con su historia y se hace el intercambio con la familia biológica con un adiós lleno de sensaciones contradictorias?

hacemos los intercambios, es una mañana luminosa, es temprano y hay poca gente en la calle.

Nosotros, hemos pensado que nuestros hijos mejor que no vinieran, ya es bastante difícil, los otros padres, ella y un coche lleno de cosas.

No hay nadie más. No los podemos dejar en plena calle solos con sus cosas, finalmente decidimos acompañarlos en coche a la puerta de su casa. No era lo previsto, pero tantas cosas no eran lo previsto...

Las familias seguimos en contacto, sobre todo “las madres”, tiene muchas dudas, muchos problemas, me llama y me pide consejo, se desahoga explicándome lo que yo conozco muy bien, las pataleta, los gritos... a ellos también les asusta. Y yo intento explicar, aconsejar, mientras voy en el bus de vuelta del trabajo, o estoy terminando de hacer la cena...

Han pasado los años y cada vez que pasamos por el parque de los intercambios lo miramos con añoranza, un pequeño comentario y silencio durante un par de minutos, ya es un ritual.

Una llamada en Navidad, una para el cumpleaños e ir adelante.

En relación a la Administración, ¿el día en que se deja de recibir una pequeña ayuda económica y se hace una evaluación del proceso que termina con un “gracias por servicios prestados”?

La experiencia de acogida es intensa e irreversible, por ello podríamos afirmar que un acogimiento no tiene final. Quedan multitud de huellas que regresan de manera recurrente en forma de recuerdos, objetos y relaciones. Sensación contradictoria entre felicidad por el trabajo bien hecho y duelo por la pérdida de un hijo. ¿Alguna familia está preparada?

Experiencia del proyecto PRINCEP: la atención integral al paciente pediátrico con enfermedad crónica compleja y su familia

The 'Princep' Project Experience: comprehensive care to pediatric patients with complex chronic disease and to their families

Esther Lasheras Soria¹

Colaboración de Silvia Ricart Campos y Andrea Aldemira Liz, pediatras referentes de la Unidad

Resumen

El proyecto PRINCEP (Plataforma de Resposta Integral als Nens Crònics amb Elevada Dependència) es una unidad creada en el Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu para la gestión de los pacientes pediátricos pluripatológicos con enfermedades crónicas y de alta complejidad. Está formada por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermería, trabajo social y atención espiritual) que procura una atención centrada en el paciente y su familia. El objetivo es la mejora de calidad de vida de toda la unidad familiar.

Palabras clave: Cronicidad, complejidad, biopsicosocial, equipo multidisciplinar, calidad de vida.

Para citar el artículo: LASHERAS SORIA, Esther. Experiencia del proyecto PRINCEP: la atención integral al paciente pediátrico con enfermedad crónica compleja y su familia. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 72-81. ISSN 0212-7210.

¹ Trabajadora social. Hospital maternoinfantil Sant Joan de Déu. elasheras@hsjdbcn.org

Abstract

The PRINCEP project is a unit created in Sant Joan de Déu Mother& Child Hospital for the management of pediatric patients with chronic multipathological and high complexity. It's formed by a multidisciplinary team: medical, nursing, social work and spiritual care. The unit makes a focus on the patient and family. The aim of the unit is improving quality of life of the family unit.

Key words: Chronicity, complexity, biospiciosocial, multidisciplinary team, quality of life.

El desarrollo que la ciencia y la tecnología aplicadas a la salud han experimentado en los últimos 30 años ha condicionado un descenso espectacular de la mortalidad infantil desde mediados del siglo pasado hasta nuestros días. Esta mayor supervivencia a condiciones anteriormente mortales ha ido acompañada de la aparición de un nuevo fenómeno, la cronicidad, no ligado a la edad y que también afecta a la población infantil. Estudios recientes en Estados Unidos han demostrado como, a lo largo de los últimos años, la tasa de ingresos de niños con enfermedades crónicas complejas ha aumentado progresivamente (del 8,9% en 1997 al 10,1% en 2006). Además, los niños con enfermedades crónicas complejas en 2006 fueron los usuarios de entre el 73% y el 92% de los dispositivos tecnológicos implantados en niños (Simon, TD. *et al.*, 2010).

La cronicidad en pediatría tiene una serie de especificidades:

- Enfermedades de alta complejidad de muy baja prevalencia (enfermedades minoritarias), que requieren una gestión individualizada del caso.
- Asociación frecuente con otras comorbilidades, en la mayoría de casos como

consecuencia de la fragilidad ocasionada por la enfermedad de base. Esto va asociado a una mayor discapacidad y vulnerabilidad y, consecuentemente, a una alta dependencia del sistema sanitario. El contacto de estos pacientes con el hospital es frecuente, con múltiples consultas a diferentes especialidades e ingresos hospitalarios frecuentes y/o prolongados.

- En pediatría no sólo se trabaja con el paciente, sino que es igual de importante el trabajo con la familia, ya que en gran medida serán los cuidadores los que se verán afectados por la enfermedad, con cambios importantes de orden práctico y organizativo en su día a día y también de tipo emocional, resultado de la situación de sufrimiento.

Además, en muchos casos hay que añadir el impacto que tienen sobre el proceso de salud los diferentes determinantes sociales como son la pobreza, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo o el entorno relacional, entre otros; que paralelamente se ven agravados por las fuertes desigualdades internas entre áreas geográficas y las estrati-

ficaciones sociales. Durante las dos últimas décadas, varios estudios muestran las importantes repercusiones que tienen los determinantes sociales sobre la salud, señalando las desigualdades socioeconómicas y de género como dos de las más habituales y con peores repercusiones en la sociedad (Commons Health Committee, 2009).

Por ejemplo, en Hungría, el *Budapest Mortality Study* (*British Medical Journal*, 1999) revelaba que los hombres que habitaban en los vecindarios más deprimidos tenían una esperanza de vida cuatro años menor que el promedio nacional y de cinco años y medio menos respecto la población socialmente más acomodada.

■ **Tener un hijo/a en una situación de enfermedad crónica compleja tiene por sí mismo un profundo impacto en las familias, que sumado a otros elementos socioeconómicos y sociofamiliares, desencadena, en muchos casos, una situación de alta vulnerabilidad.**

En definitiva, tener un hijo/a en una situación de enfermedad crónica compleja tiene por sí mismo un profundo impacto en las familias, que sumado a otros elementos socioeconómicos y sociofamiliares, desencadena, en muchos casos, una situación de alta vulnerabilidad. Con todas estas premisas, se hace necesaria una gestión especializada de estos pacientes para optimizar el seguimiento y la prevención de complicaciones y facilitar la comunicación entre todos los servicios y profesionales implicados. A todo ello hay que sumar la necesidad de contemplar una

visión integral del paciente y su familia para mejorar su calidad de vida y la atención recibida.

Descripción del proyecto

Con este fin, en 2012 el hospital Sant Joan de Déu impulsó la creación de un equipo multidisciplinario que diera respuesta a esta situación con el objetivo de desarrollar un programa de atención a enfermos crónicos pediátricos: la unidad PRINCEP para la gestión de los pacientes pediátricos pluripatológicos con enfermedades crónicas y de alta complejidad, dirigida a pacientes que tienen necesidad de gestión sociosanitaria específica del caso, un acceso al hospital, gran dependencia de tecnología, polifarmacia, cuidados domiciliarios y dificultades psicosociales asociadas a la situación clínica y/o a las que existían con anterioridad al diagnóstico.

El objetivo principal es poder ofrecer mayor calidad de vida al paciente y a su familia. Por tanto, la inclusión en la Unidad debe garantizar un valor añadido, es decir, una mejora de la atención asistencial. Para poder alcanzar este objetivo es necesario ofrecer una atención integral con un equipo multidisciplinar formado por profesionales del ámbito médico, de enfermería, de trabajo social y de atención espiritual.

La atención proporcionada desde la Unidad es de carácter preventivo y asistencial y se lleva a cabo en dos niveles:

1. Presencial: en consultas externas, hospital de día u hospitalización pediátrica.

■ Se efectúan controles periódicos, realizando un apoyo médico y social tanto al paciente como a la familia. El objetivo es detectar precozmente las reagudizaciones

de cara a prevenir ingresos no programados y las dificultades que pueden surgir tanto en la evolución clínica como en las repercusiones que el impacto de la enfermedad puede tener en la familia y en el entorno más cercano.

En este sentido, debemos tener presente que para estas familias el mundo que conocían hasta ahora se transforma en un escenario totalmente diferente y desconocido que genera sentimientos de miedo, incertidumbre, culpabilidad, desesperación, etc. Se inicia un proceso de duelo al que, probablemente, se sumarán otros duelos debidos a las pérdidas que el ajuste a la nueva situación implicarán, como por ejemplo renuncias laborales y/o personales. Algunos estudios revelan que la mayor dificultad para compaginar familia y trabajo surgen cuando los niños enferman (Tobío, 2005).

Y es que cuando hablamos de cuidar de un niño/a con una situación clínica de cronicidad compleja debemos pensar que, frecuentemente, uno de los padres deberá modificar sus condiciones laborales durante cierto tiempo o de forma indefinida, y no siempre será suficiente. Si pensamos en una familia con tres hijos pequeños en la que uno de ellos requiere de cuidados especiales, resulta difícil imaginar cómo un solo progenitor podrá ocuparse de los tres, hasta donde su economía se verá amenazada a largo o corto plazo cuando no tienen apoyo ni posibilidad de ninguna prestación económica, etc. Difícil también en los casos de familias monoparentales, sin red de apoyo o aquellas que previamente ya se encontraban en una situación económica desfavorable, etc.

Consecuentemente, la manera de vivir y

de relacionarse entre los miembros y con el resto se desdibuja, obligando a la familia a reorganizarse debido a los ingresos hospitalarios, gastos no previstos, pérdida de relaciones sociales, del tiempo que se dedica a los demás hijos, a uno mismo y a la relación de pareja. En definitiva, cambios drásticos que afectan a la familia como grupo y cada uno de ellos como individuo único.

Esta serie de reajustes algunas familias los realizan solas, o solo necesitan intervenciones puntuales, pero otras precisarán de una intervención y acompañamiento continuo del trabajador social para mantener el equilibrio de la familia. Porque, en muchos casos, el equilibrio se rompe.

En este sentido, en trabajo social hablamos de una atención especializada orientada al diseño de un plan de trabajo con el paciente y su familia, a través del estudio de los factores que configuran y determinan la situación que rodea al enfermo y su familia. La elaboración del diagnóstico social sanitario determinará cuál es la intensidad de la intervención social que podemos ofrecer y/o que la familia puede precisar.

- Se efectúa una tarea de acompañamiento social a las familias. Una de las principales tareas de todo el equipo, pero especialmente del trabajador social, es la de acompañar ofreciendo contención emocional y trabajar en la adaptación a la nueva situación.

El conocimiento y la experiencia no son suficientes, por sí solos, para reducir los sentimientos de soledad, incertidumbre y desamparo que las familias viven en el proceso de enfermedad de su hijo/a. Se debe tener en cuenta que, en ocasiones,

este acompañamiento significa sencillamente “estar, tener presencia”, que no quiere decir “hacer”. En estas ocasiones, el trabajador social es el recurso en sí mismo, es el soporte.

No resulta nada fácil afrontar y gestionar el sufrimiento propio y el ajeno, por ello el equipo debe poder contar con un espacio de supervisión para que los profesionales del equipo puedan hacer una buena gestión de sus sentimientos y emociones.

- Se organizan actividades de educación terapéutica para fomentar el autocuidado y capacitación (*empowerment* y *engagement*) de los cuidadores. Es esencial que el equipo, con la ayuda del trabajador social, explore las interpretaciones culturales de la salud y enfermedad de cada población, así como la relación en la que estructuran sus prácticas y hábitos, y en cómo expresan los síntomas y emociones en su manera de enfermar, curarse y morir. En este sentido, la actitud del equipo debe poder demostrar su interés genuino por cada situación que atiende y por los efectos del impacto generados por la enfermedad en la familia.

Para conseguir un plan de tratamiento que sea viable y eficaz, es necesario tener un conocimiento y comprensión de la realidad de estas familias y de su entorno más cercano. Se debe tener en cuenta que esta realidad vendrá determinada por la propia percepción de la familia, es decir, el significado que procuran a su situación y a sus vivencias (dificultades y potencialidades), dado que trabajamos con el mundo simbólico del otro, es decir con la percepción subjetiva sobre cómo cada persona ve el mundo (Kelly, 2001).

Además, no podemos obviar los cambios

en el modelo familiar de los últimos 30 o 40 años, en el que la nota predominante es la diversidad de las familias y el aumento de las migraciones, ha hecho visibles las diferencias culturales y de formas de vivir y, por tanto, problemáticas muy diferentes, de las que si no se tiene conocimiento pueden dificultar la comunicación con la familia, el proceso diagnóstico y el tratamiento adecuado. El trabajador social debe velar para que estas diferencias sean entendidas y respetadas por los profesionales implicados en el proceso y presentes en la elaboración del plan terapéutico. Además, entre los profesionales de la Unidad y la familia se establece una relación de seguridad y confianza, utilizando un modelo asistencial basado en la simetría entre ambas partes, es decir, respetando y legitimando los conocimientos que, como padres/cuidadores, tienen de la situación y evolución de la salud de su hijo/a, sus opiniones y emociones.

- **Relación de seguridad y confianza, utilizando un modelo asistencial basado en la simetría entre ambas partes, es decir, respetando y legitimando los conocimientos que, como padres/cuidadores, tienen de la situación y evolución de la salud de su hijo/a, sus opiniones y emociones.**

Es habitual que, en algunos casos, la figura del trabajador social sea el profesional a quien la familia traslada sus opiniones, pensamientos o vivencias más relacionadas con los elementos que les generan an-

gustia o bien que, a través de las visitas de seguimiento, sea el propio trabajador social quien lo detecte.

La experiencia de la Unidad revela que el mejor plan terapéutico no será viable sin la aceptación, comprensión y participación de la familia en su elaboración. Trabajar con pacientes de estas características supone una continua toma de decisiones a nivel multidisciplinar, dentro del marco de la bioética, que, en los casos en los que no es posible una mínima interacción con el paciente, no resulta nada fácil. La información, percepción y opinión que aportan los padres es fundamental.

- Se coordinan las acciones a realizar con estos pacientes, tanto a nivel de especialidades hospitalarias como con las Urgencias, Centros de Atención Primaria, Servicios Sociales Básicos, CDIAP, escuelas ordinarias y escuelas de educación especial, ONG y Fundaciones, etc.

El contacto con los servicios de territorio (salud, escolares y servicios sociales) permite una menor disrupción en la vida de las familias de estos niños, favoreciendo una mayor adherencia de éstas a los servicios de zona e integración en la comunidad: como ejemplo, se apoya telemáticamente y presencialmente, con asesoramiento y protocolos de actuación en caso de urgencia a escuelas, a fin de garantizar la escolarización de menores que hasta entonces debían permanecer en casa, ya que a menudo los profesionales del centro no pueden y no se ven preparados y capacitados para lograr el cuidado de un niño de estas características. En los casos de familias con alta vulnerabilidad social o riesgo social también se realizan coordinaciones con servicios sociales básicos y

otros dispositivos, no sólo para la consecución de un plan terapéutico común, sino para poder transmitir que implica cuidar de un hijo enfermo en un ámbito no hospitalario, con la garantía de que el niño recibe una atención óptima en todo momento.

La experiencia del equipo pone de relieve que para poder ofrecer la excelencia y la mejora de la calidad de vida de estos niños y niñas, resulta imprescindible la participación de todos los profesionales implicados. No solo se trata de realizar coordinaciones protocolarias, sino de compartir saber y conocimientos en beneficio del paciente.

- **Para poder ofrecer la excelencia y la mejora de la calidad de vida de estos niños y niñas, resulta imprescindible la participación de todos los profesionales implicados. No solo se trata de realizar coordinaciones protocolarias, sino de compartir saber y conocimientos en beneficio del paciente.**

Por otra parte, también se realizan programas de capacitación de la familia y los cuidadores habituales en técnicas de cuidados específicos (como el uso del botón gástrico, cuidados de la traqueotomía...) y con estrategias y apoyo por parte del trabajador social, con el fin de favorecer la adaptación a la nueva situación; todos son elementos que favorecen su autonomía y su sentimiento de confianza.

2. **No presencial:** a través de un teléfono de contacto 24 horas 365 días al año, donde

en casos de urgencias clínicas las familias pueden contactar con enfermería o pediatras referentes. Para situaciones no urgentes también se ofrece un contacto asincrónico vía e-mail seguro (a través del Portal del Paciente). Mediante estos recursos ofrecen nuevas vías de resolución de dudas a las familias, reforzamos la educación terapéutica, y tenemos una fuente de detección de reagudizaciones o agotamiento familiar y de otras situaciones sociofamiliares que permite su gestión precoz.

Además, supone también una vía de coordinación y comunicación con otros especialistas y dispositivos de proximidad de las familias (ABS, CDIAP, Servicios Sociales Básicos, Asociaciones y Fundaciones...), que evita desplazamientos innecesarios y duplicidad de consultas con el fin de mejorar la rutina diaria, la dinámica familiar o la adaptación a las escuelas. En definitiva, proporcionar a la unidad familiar apoyo en su entorno más próximo.

En este sentido, debemos tener presente que el entorno social tiene un papel importante en el proceso de enfermedad. Tanto es así que, cuanto mayor sea el apoyo social cercano a la familia, mayor capacidad tendrá ésta para hacer frente a la situación de crisis y poder compensar las consecuencias a largo plazo que pueden surgir entre sus miembros como consecuencia del impacto a todos los niveles que el proceso de enfermedad implica. Por tanto, el trabajador social trabaja con la familia para conseguir fortalecer o procurar una red, tanto a nivel formal con otros profesionales, como a nivel informal con la comunidad como parte del plan terapéutico.

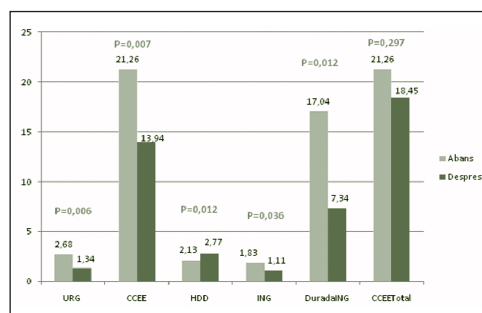
Importantes investigaciones señalan la relevancia de las relaciones sociales en el

bienestar psicológico de las personas. Ambos tipos de redes pueden ser proveedoras de apoyo social en términos económicos, emocionales, etc., y motivar un efecto amortiguador, tal como propone uno de los modelos convencionales, en el que se expone la asociación entre apoyo social y salud (Fernández, 2003).

Resultados del análisis de la experiencia

Se han analizado los datos de actividad a lo largo de los 3 años de evolución de la unidad, y se han obtenido los siguientes resultados:

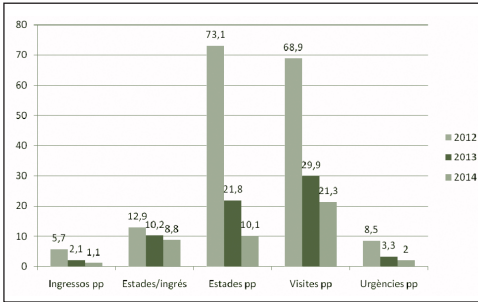
- a) Comparación del uso de recursos sanitarios de los primeros 47 pacientes de la unidad que tenían un mínimo de seguimiento de un año. Se registró la utilización de recursos los 12 meses antes de la inclusión en la unidad y en los 12 meses después (*Gráfico 1*).



Se observa una disminución estadísticamente significativa en el promedio anual de urgencias por paciente, en el promedio de ingresos, y una disminución del promedio de consultas realizadas por pacientes, pero sin llegar a la significación estadística.

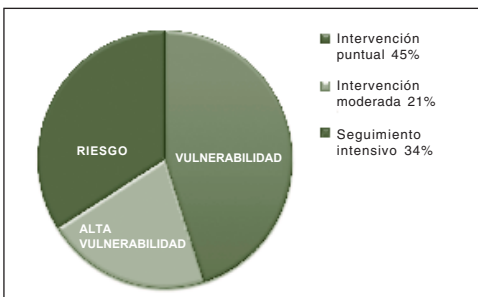
- b) Análisis de la actividad asistencial de estos pacientes desde 2012 (*Gráfico 2*) Hasta la fecha actual, detección de una disminución progresiva de los ingresos hospi-

talarios, las estancias hospitalarias, las estancias medias por ingreso, las visitas a consultas externas y las visitas a urgencias. Es importante traducir esta disminución de la presencia en el hospital como una



posibilidad más, del niño y de su familia, de mantener una vida cotidiana más cercana a la deseada, pudiendo mantener una actividad laboral con menos altibajos o más participación del menor en la escuela, por ejemplo.

c) Estudio de los factores de vulnerabilidad y riesgo social de los pacientes incluidos en la Unidad y del tipo de intervención social necesaria (Claramonte, MA.; Navidad, D. *et al.*, 2015). Dados los múltiples factores que inciden en el proceso de enfermedad, todos los pacientes incluidos en la unidad hacen un seguimiento por parte de Trabajo Social a causa de la situación de vulnerabilidad sociofamiliar generada por la enfermedad (*Gráfico 3*).



c.1) En el 45% la intervención ha sido puntual en el debut y en los episodios agudos o de crisis, y siempre que la familia lo ha pedido.

c.2) En el 21% se ha llevado a cabo una intervención moderada de los pacientes/familia, dada la suma de diferentes factores como pueden ser: dificultades en la dinámica familiar, situación económica desfavorable o precaria, falta de apoyo familiar y social, familia extranjera, desplazada del sitio de residencia, entre otros, que implican una situación de elevada vulnerabilidad y por lo tanto requieren de un tratamiento para evitar que se genere una situación de riesgo social.

c.3) En el 34% el seguimiento ha sido intensivo, dada la situación de alto riesgo, entendiendo como riesgo características o condiciones de las familias que pueden representar una amenaza para el bienestar del menor. Ejemplo de estas situaciones son: padres con déficits en sus capacidades físicas, intelectuales y/o emocionales que pueden suponer una limitación para el cuidado adecuado del menor; consumo de tóxicos, conductas violentas, disfunciones en las relaciones intra-familiares o con el menor, condiciones de la vivienda y la adherencia al tratamiento por parte de los progenitores, entre otros.

En fecha actual, el censo de pacientes activos es de 101, con una media de edad de 5 años. El 81% de las procedentes de la provincia de Barcelona (al ser esta el área de influencia del hospital), el 6% de

Tarragona, el 6% de Girona, el 3% de Lleida y el 4% de otras procedencias.

DISCUSIÓN

En un mundo que cambia de forma vertiginosa y en el que las sociedades se transforman constantemente, se hace necesario que los profesionales del ámbito sanitario dispongan de conocimientos y habilidades necesarias para dar respuesta a nuevas necesidades, no solo a las nacidas raíz de los avances científicos y tecnológicos, sino a las surgidas de las nuevas realidades familiares y sociales.

Por esta razón, la atención de pacientes pediátricos con enfermedad crónica compleja requiere de profesionales con competencias transversales (Escarrabill, J. *et al.* 2015) que puedan dar respuesta a estas ne-

cesidades con la intervención de equipos multidisciplinares que garanticen una atención holística.

Y en este sentido, la tarea del trabajador social sanitario se rebela imprescindible como profesional experto en el acompañamiento de familias con hijos en situación de elevada complejidad clínica y con una mayor vulnerabilidad ante el impacto que esta situación tiene en sus vidas, y, por tanto, con una mayor necesidad de la gestión del caso.

Sabemos que los aspectos relacionados con la estructura, funcionamiento y dinámica de las familias, la influencia del entorno más próximo, de la cultura, de las creencias y la gran incidencia de los determinantes sociales son, todos, elementos decisivos en el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad.

Bibliografía

- BENACH, J. “Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994)”, en *Gaceta Sanitaria*, nº 49 (1995). Pág. 251-264. ISSN: 0215-9111.
- BOSCH, JM. “La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura”, en *Atención Primaria*, nº 44 (2012). Pág. 385-686. [Consultado: 2-03-2015] [Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencionprimaria-27/articulo/la-toma-decisiones-conjunta-medicina-90145639>]
- BRAVEMAN, P. “Health disparities and health equity: Concepts and measurement”, en *Annual Review of Public Health*, nº 27 (2006). Pág. 167-194. ISSN: 0163-7525.
- COLOM, MD. “El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión”, en *Revista AGATHO*. Sedisa IX, 2008.
- COLOM, MD. *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. ISSIS-junio 2010.
- ESCARRABILLA, J.; CLÈRIES, X. y SARRADOC, JJ. “Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos”, en *Atención Primaria*, nº. 47(2) (2015). Pág. 75-82. ISSN: 0212-6567.
- FERNÁNDEZ, P. “Redes sociales, apoyo social y salud”, en *Revista de recerca i investigació en antropologia*, nº 3 (2005).
- Health Inequalities. *Third Report of Session 2008–09*. House of Commons Health Committee, 2009. [Consultado: 2-03-2015] [Disponible en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/286.pdf>]
- ITUARTE, T. *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Ed. Siglo XXI de España, 1992. 978-8432307607.
- KELLY, G. *Psicología de los constructos personales*. Ed. Paidós, 2001. 84-49311241.
- CLARAMONTE, M^a Àngels; NADAL, David; GONZÁLEZ, Rosa; POU, Noemi i RAMS, Silvia. *La intervenció social en la malaltia crònica infantil*. Monogràfics TSCAT. [Consultado: 2-03-2015] [Disponible en: http://www.tscat.cat/images/arxiu/Malaltia_Cronica_Infantil_v04%20-%20monogr%C3%A0fic%207.pdf]
- RODRÍGUEZ, D.; BERENGUERA, A.; PUJOL-RIBERA, E.; CAPELLA, J.; PERAY, JL. y ROMA, J. “Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública”, en *Gaceta Sanitaria*, nº 27 (2013). Pág. 388-397. ISSN: 0213-9111.
- SIMON, TD; BERRY, J.; FEUDTNER, C.; STONE, BL.; SHENG, X.; BRATTON, SL.; DEAN, JM. y SRIVASTAVA, R. “Children with complex chronic conditions in inpatient hospital settings in the United States”, en *Pediatrics*, nº 126(4) (2010). Pág. 647-655. ISSN: 0031 4006.
- “Social inequalities and health: ecological study of mortality in Budapest, 1980-3 and 1990-3”, en *British Medical Journal*, 1999. ISSN: 0959-8146.
- TIZÓN, J. L. *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Ed. Paidós, 2009. 978-8449316166.
- TOBÍO, S. C. y FERNÁNDEZ C., JA. *Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales*. Vol. 79 de Documento de trabajo. Fundación Alternativas, 2005.

UBAI, una apuesta por la atención a la infancia en riesgo

The Intensive Care Basic Unit, a bet on attention for children at risk

Tamara Buisan,¹ Laura Alberich González² y Gabi Garcia Falcó³

Resumen

En este artículo se presenta la Unidad Básica de Atención Intensiva como un nuevo recurso dentro de los servicios sociales de atención primaria del Ayuntamiento de Hospitalet para atender a familias con niños en situación de riesgo. Exponen sus principales características, supuestos prácticos, así como conclusiones obtenidas desde su creación en 2012.

Palabres clave: Infancia en riesgo, intervención intensiva, Servicios Sociales Básicos, plan de trabajo.

Para citar el artículo: BUISAN, Tamara; ALBERICH GONZÁLEZ, Laura y GARCIA FALCÓ, Gabi. UBAI, una apuesta por la atención a la infancia en riesgo. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, pàgines 82-88. ISSN 0212-7210.

Abstract

This article presents the Intensive Care Basic Unit as a new resource in primary care social services in the City of L'Hospitalet, to assist families with children at risk. Here, its main characteristics, practical examples and conclusions from its creation in 2012 are exhibited.

Key words: Children at risk, intensive intervention, Basic Social Services, work plan.

¹ Trabajadora social de la Unitat Bàsica d'Atenció Intensiva (UBAI) de l'Ajuntament de l'Hospitalet. bsf-ubai@l-h.cat.

² Trabajadora social de la Unitat Bàsica d'Atenció Intensiva (UBAI) de l'Ajuntament de l'Hospitalet. bsf-ubai@l-h.cat.

³ Trabajador social de la Unitat Bàsica d'Atenció Intensiva (UBAI) de l'Ajuntament de l'Hospitalet. bsf-ubai@l-h.cat.

APROXIMACIÓN TEÓRICA

1. Justificación

Los motivos que llevan al Área de Bienestar y Familias del Ayuntamiento de Hospitalet a crear un dispositivo dentro de los Servicios Sociales Básicos (SSB) que atiendan a la infancia en riesgo y a sus familias responden a los diferentes cambios en la legislación (Ley 14/2010 LDOIA y Ley 12/2007, de servicios sociales) y a necesidades organizativas:

- El incremento de competencia que establece la ley de infancia sin modificación de ratios correspondiente.
- El incremento constante de las demandas en la atención primaria, de la cronicidad de los casos, etc., como resultado del contexto de crisis económica laboral y social, así como de los mayores déficits del sistema público de protección social, de sanidad y de educación.
- La excesiva polivalencia de los servicios sociales.
- La práctica imposibilidad para realizar tratamientos intensivos con las personas atendidas.
- La creación de una Comisión de Infancia en el Área de Bienestar y Familia, para analizar la situación detectada y hacer propuestas organizativas al respecto.

Es en este contexto que en 2012 se valora necesario implementar un dispositivo que permita atender **dentro de los propios SSB** de manera más intensiva a la infancia en riesgo y a su familia.

2. Objetivo

El objetivo general de la UBAI es trabajar para disminuir la situación de ries-

go de los niños/adolescentes ofreciendo un tratamiento intensivo a las familias derivadas de las Áreas Básicas de Servicios Sociales (ABSS) de Hospitalet.

La **hipótesis** que sustenta la creación de la Unidad es que, con un trabajo intensivo basado en el modelo de ayuda, apoyo y acompañamiento a las familias con niños en situación de riesgo, se podrán potenciar las capacidades de las personas atendidas y los indicadores detectados disminuirán.

3. A quién se dirige

Se dirige a familias residentes en Hospitalet, atendidas por las ABSS, con niños/adolescentes en situación de riesgo (tal como define el artículo 102 de la Ley 14/2010 de mayo: “se entiende por situación de riesgo la situación en la que el desarrollo y el bienestar del niño o adolescente se ven limitados o perjudicados por cualquier circunstancia personal, social o familiar, siempre que para la protección efectiva del niño o el adolescente no sea necesaria la separación del núcleo familiar”). Cabe destacar la necesidad de que haya cierta **conciencia** de sus dificultades e **implicación** positiva en su proceso de mejora para que con la intervención intensiva haya **previsión de disminuir o eliminar** esta situación de riesgo.

4. Características de la UBAI

4.1 Composición

Los perfiles profesionales de los técnicos que integran esta unidad de manera *interdisciplinaria* son: 3 trabajadores sociales, 3 educadores sociales y 3 psicólogos. De este modo se trabaja conjuntamente la valoración diagnóstica, la elaboración del plan de

trabajo, el tratamiento social y educativo de apoyo y la evaluación, especialmente en los ámbitos que son propios de cada disciplina.

4.2 Intensidad en la intervención

Entendida la intervención intensiva como aquella que exige un aumento continuado en cuanto a inversión de los tiempos de los técnicos sociales en relación a lo que se está trabajando con una familia desde las ABSS, dicha intervención se caracteriza por:

- La **continuidad** sostenida en el tiempo y programada en función del Plan de Trabajo. A menudo las ABSS trabajan los casos de manera intensiva, pero la universalidad de acceso a los servicios sociales (que supone un aumento de la demanda) dificulta poder mantenerla durante el período que se considera adecuado o necesario.
- La **dedicación** del tiempo de los técnicos sociales, diferenciando el de la intervención directa e indirecta.
- La **frecuencia**, definida por el número de intervenciones directas o indirectas realizadas con la familia durante el período de intervención (un año).
- La **flexibilidad** y la **disponibilidad**, dado que se adapta la intervención a la multiplicidad de situaciones y realidades que tienen los niños y sus familias: motivaciones, ritmos, horarios... Se procura tener una presencia continuada en su dinámica de funcionamiento haciendo una aproximación a su espacio habitual (domicilio, barrio, otros servicios...) y facilitando la accesibilidad.
- La **rapidez** y la **adecuación** de la respuesta al ritmo de la familia, marcada por 3 factores: **objetivos** planteados desde la ABSS, la **temporalidad** mar-

cada por el proyecto UBAI (intervención con la familia durante un año aproximadamente), y la **respuesta** de la familia.

Las herramientas utilizadas para trabajar con esta intensidad son las propias del trabajo social, y destacan especialmente el papel del equipo interdisciplinar, el plan de trabajo como estructurador de la intervención, el plan de mejora como instrumento corresponsabilizador de la familia y la inversión de tiempo al crear red para continuar apoyando más allá de la presencia de la UBAI.

4.3 Temporalidad

El **plan de trabajo** inicial propuesto desde las ABSS en el momento de la derivación marca los objetivos a alcanzar por la UBAI, teniendo en cuenta la temporalidad de la intervención y que no se trata de un recurso finalista.

Durante el tiempo que dura la intervención se realizan evaluaciones del plan de trabajo para valorar la consecución de los objetivos establecidos con respecto a los indicadores de riesgo detectados inicialmente.

Una vez finaliza nuestra intervención se valora si la situación de riesgo se ha visto modificada. En función de esto, se cierra el caso:

- Mantenimiento y/o disminución de la situación de riesgo: el caso vuelve a ABSS con un añadido de información que completa el diagnóstico inicial y con orientaciones sobre aquellos aspectos en los que se puede incidir y/o continuar trabajando.
- Aumento de la situación de riesgo: el caso se interconsulta con los servicios sociales especializados (EAIA), haciendo la derivación para la valoración de un posible desamparo.

APROXIMACIÓN PRÁCTICA

5. Perfil de la población atendida

Desde octubre de 2012, en que la UBAI inició la intervención con familias derivadas por parte de las ABSS, hasta diciembre de 2014 han sido derivados 228 niños/adoles-

centes en situación de riesgo (111 familias), de los que se ha intervenido con 210 (101 familias).

A continuación se muestran algunos datos sobre el perfil de los menores y familias atendidas, así como los principales factores y/o indicadores de riesgo.

Perfil de los menores y de la familias atendidas

Edad menores	0-6 años	7-12 años	13-18 años		
	38%	32%	30%		
Tipología familiar	Nuclear	Monoparental	Reconstituida	Extensa	
	33%	51%	13%	3%	
Procedencia menores	Estado español	Resto de Europa	América	África	Ásia
	75%	2%	12%	8%	3%
Ingresos económicos familiares	Rentas de trabajo (con/sin contrato)	Paro con prestación/subsidio	Otras RMI... prestaciones, pensiones,	Paro sin prestaciones	sin ningún ingreso reconocido
	40%	15%	22%	7%	16%

6. Ejemplos de intervención: Intensidad, trabajo en red e Interdisciplinariedad

Supuesto práctico 1

La familia J. V. está formada por cinco miembros, dos adultos y tres niños, todos ellos de origen gitano-rumano. Al inicio de la intervención los dos pequeños tenían pocos meses de edad (prematuros), lo que les requería muchas atenciones médicas desde diferentes servicios. La situación socioeconómica era precaria (vivían de la chatarra y de la mendicidad; compartían piso ocupado con otras personas del mismo origen, dificultades idiomáticas...). La derivación a la UBAI se hizo conjuntamente con el EALA, porque se detectó una cierta negligencia

(falta de cumplimiento en el seguimiento médico, alimentación inadecuada) y para valorar en un tiempo limitado si la familia podía mejorar su situación y la de los menores.

La intervención intensiva de la UBAI supuso el acompañamiento a la familia, que más allá de simbólica era física allí donde era necesario, y en especial a los servicios de atención médica, que daban mensajes e indicaciones a veces contradictorias entre los hospitales y el ambulatorio. Con la presencia de los profesionales de la UBAI en las visitas (y la ayuda de la propia red de apoyo que traducía) se pudieron unificar las indicaciones médicas que les daban, y se fueron transmitiendo y explicando a la familia las lógicas de atención y las formas de atender a sus hijos hasta que por

ellos mismos pudieron entender y asumir la responsabilidad.

Con tres meses de intervención se observó la buena vinculación de los progenitores con los hijos, descartar el desamparo y situar la principal problemática en la pobreza y consiguiente falta de recursos materiales y personales. Después de un año y medio de intervención se ha visto que la familia es prácticamente autónoma en su relación con los servicios de salud, requiriendo solamente la supervisión del técnico.

Así, cabe destacar la implicación de los trabajadores sociales de los diferentes servicios de salud, la oportunidad de establecer contacto con diferentes profesionales de la red que trabaja con este colectivo (agradecimiento especial a la Red Romest). La movilización profesional realizada para resolver las dificultades, como la documentación (administrativa, sanitaria, de inscripción y padrón) ha supuesto cambios organizativos y ha hecho emerger recursos de los que se benefician también otras familias.

■ La oportunidad de establecer contacto con diferentes profesionales de la red que trabaja con este colectivo.

Supuesto práctico 2

La familia C. M., formada por una pareja con dos hijos, fue derivada a la UBAI por la gran preocupación de los referentes de ABSS, de la escuela y del esplai por la situación de los niños. Después de que los menores vivieran experiencias traumáticas en el país de origen, en Hospitalet se encuentran con la ausencia continuada de los progenitores por las largas jornadas laborales y las dificultades para conectar con las necesidades emocionales de los hijos. El malestar de los menores se hace

patente en la escuela y en el esplai, con comportamientos agresivos, insultos, nerviosismo y conductas de riesgo.

Las continuas coordinaciones y reuniones entre la escuela, el esplai, terapeuta y la UBAI permiten conocer y abordar con la familia aquellos aspectos observados en el día a día por el resto de servicios. El trabajo coordinado y persistente de los diferentes servicios con los progenitores (mensajes comunes, ofrecimiento de apoyo, orientaciones, estrategias) ha sido clave para que la familia haya generado “pequeños grandes cambios”, como es el hecho de que la madre haya reducido la jornada laboral para pasar más horas con los hijos.

Este hecho permite a la UBAI abordar las dificultades del día a día con los padres, y por tanto generar nuevos cambios que no necesariamente son visibles a corto plazo en el resto de servicios. De hecho, desde el centro escolar (donde pasan más horas los menores y se evidencia su malestar) siguen teniendo muchas dificultades para contenerlos, hasta el punto de prever posibles expulsiones

A través de las reuniones de red el profesorado puede escuchar lo que se está trabajando semanalmente con los progenitores, que hay asistencia, buen vínculo y avances de los menores con el servicio de apoyo psicológico, que el esplai se detecta mayor contención y aceptación de los límites, y que los progenitores colaboran satisfactoriamente en una actividad extraescolar diferente. Esto permite la visibilidad de los cambios que hace la familia y que podrían pasar desapercibidos (cada servicio menudo ve sólo su parcela); y en algunas ocasiones alivia la angustia de aquellos profesionales más expuestos al sufrimiento de los menores.

■ Y en algunas ocasiones alivia la angustia de aquellos profesionales más expuestos al sufrimiento de los menores.

El trabajo en red, por lo tanto, permite sumar esfuerzos, y es especialmente útil en cuanto a la detección y valoración conjunta de aspectos relevantes, la toma de decisiones compartida y la coherencia de las diferentes intervenciones. Asimismo la existencia de la red da mayores garantías de la continuidad del seguimiento y apoyo por parte de esta una vez finalice la intervención de la UBAI.

Supuesto práctico 3

La señora D. era muy rígida y exigente con su hijo de seis años. En algunos momentos llegaba a unos niveles de tensión altísimos, en los que había llegado a partir el labio al niño, con la posterior intervención de la policía.

Aunque conocedora de las necesidades de su hijo, la madre tenía muy distorsionada la manera de transmitirlo; era muy poco comunicativa con el niño y lo trataba como un adulto sin tener en cuenta su etapa vital. La madre se encontraba mal por dolencias musculares y de huesos y tomaba mucha medicación (relajantes musculares) que limitaba su actividad.

Desde la UBAI se trabajaron inicialmente en el despacho orientaciones y pautas que la madre tenía dificultades para realizar en el domicilio. Posteriormente se fue a la vivienda una vez por semana para introducir dinámicas, hacer nuevas propuestas de actividades conjuntas con el niño (juegos, leer cuentos...), así como para trasladar las orientaciones trabajadas en el despacho. También se incidió en el niño, que hacía una demanda excesiva a la madre, para que entendiera que ella necesitaba espacios de descanso. En la medida que se podía tranquilizar a la madre, el hijo también; se podía introducir el disfrutar mutuo, y que la madre entendiera el momento y las necesidades de su hijo. También se hicieron intervenciones conjuntas con la escuela, a fin de trabajar en la misma línea.

Por lo tanto, siendo inicialmente un caso grave y casi derivado a la EAlA, se cerró de forma planificada, habiendo alcanzado los objetivos y sin requerir una posterior atención intensiva, sino una intervención que reforzara desde el ABSS lo que se había trabajado desde la UBAI.

Al finalizar la intervención la madre expresaba literalmente sentir “desconcierto y una rara tranquilidad, pero siento que el puedo hacer”, y el hijo, “mi mamá no me chilla casi nunca, hacemos más cosas juntos y nos reímos”.

CONCLUSIONES

La intervención realizada por la UBAI se valora positivamente, tanto por parte de los técnicos que la integran como por parte de las familias atendidas.

En el informe final de investigación de la Universidad de Barcelona se destaca que “las familias atendidas por la UBAI consideran que, mediante el tratamiento realizado, han mejorado su situación familiar y relacional”. Asimismo, los profesionales de la unidad apreciamos un aumento de la responsabilización de la familia en su proceso y, en la medida que han participado en su plan de mejora y han sido sujetos de una atención personalizada, un aumento de la conciencia de la propia situación. Esto no asegura, sin embargo, que una vez la intervención finalice la familia incorpore estas mejoras como algo propio, aunque quede un bagaje personal de la experiencia que en cada caso será más o menos utilizado.

Por parte del equipo se resalta la importancia del trabajo interdisciplinar tanto en la intervención directa como por la labor interna de evaluación y reflexión conjunta. La corresponsabilidad con la familia y el vínculo permiten el acompañamiento en este proceso.

Bibliografía

- Àrea de Benestar i Família, Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat. "Projecte UBAI". L'Hospitalet de Llobregat, 2012.
- Àrea de Benestar i Família, Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat. "Guió de treball de la comissió d'infància per la implementació de la llei 14/2010, la millora de l'atenció a la infància de risc i l'extensió de bones practiques". L'Hospitalet de Llobregat, 2012.
- Catalunya. "Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials", en *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4990 (18 octubre 2007). Pàg. 37788-37839.
- Catalunya. "Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència", en *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 5641 (2 junio 2010). Pàg. 42475-42536.
- "Avaluació de l'impacte en la intervenció amb les famílies d'infants en situació de risc ateses durant l'any 2013. Informe final de recerca." GRITS- Grup de Recerca i Innovació en Treball Social. Universitat de Barcelona, març de 2015.

Presentación de un caso práctico: el trabajo en red, diferentes paradigmas (dificultades y soluciones)

Presentation of a Case Study: work in networking, different paradigms (difficulties and Solutions)

Carmen Bernat Domènech,¹ Norma Camps Salamero² y Francis González García³

Resumen

En este artículo queremos exponer un caso real en el que el EAIA, los Servicios Sociales y Aldeas Infantiles SOS hemos hecho un trabajo en red con el fin de apoyar y colaborar en el fortalecimiento de una madre en el proceso de recuperar a sus hijos.

Todo este proceso, desde que los hermanos ingresan en el Centro de Acogida y finalmente pueden retornar con su madre, se prolonga durante cuatro años (2010-2014). Como anexo al artículo se han desarrollado las siglas institucionales.

Palabras clave: Trabajo en red, vínculos, resistencias, dificultades, narrativa constructiva, fortalecimiento familiar.

Para citar el artículo: BERNAT DOMÈNECH, Carmen; CAMPS SALAMERO, Norma i GONZÁLEZ GARCÍA, Francis. Presentación de un caso práctico: el trabajo en red, diferentes paradigmas (Dificultades y soluciones). *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, pàgines 89-98. ISSN 0212-7210.

¹ Psicóloga. Máster en Terapia Familiar Sistémica en el Centre de Teràpia Familiar de Barcelona Dr. Albert Sarró. Psicóloga del EAIA del Vallès Occidental. cbernat@ccvoc.cat

² Educadora social. Postgrado en Terapia Familiar Sistémica de Barcelona Dr. Lluís Santiago. Técnica SIFE (Servei d'Integració Família Extensa) d'Aldeas Infantiles SOS. ncamps.bcn@aldeasinfantiles.es

³ Trabajadora social y antropóloga social. Máster en Violencia de Género por la Universitat Autònoma de Barcelona. Postgrado en Terapia Familiar Sistémica de Barcelona Dr. Lluís Santiago. Técnica del SAF (Servei d'Atenció a Famílies) y del PMB (Programa Monoparentals Barcelona) de Aldeas Infantiles SOS. Profesora de la Facultat Pere Tarrés (Ramon Llull). fgonzalez.bcn@aldeasinfantiles.es

Abstract

In this article we expose a real case where EAIA, Social Services and SOS Children's Villages have done a work in network to support and collaborate in the process of strengthening of a mother in the process of retrieving her children.

The whole process lasts for four years (2010-2014), from the brothers entrance at the shelter until they can finally return with his mother.

Key words: Work in a network, resistances, difficulties, constructive narrative, family strengthening.

Los tres menores, a los que llamaremos Fátima, Hassan y Ali, ingresaron en un Centro de Acogida cuando tenían 7, 5 y 2 años, respectivamente. La madre, originaria de Marruecos, residía desde hacía pocos meses en el municipio M., proveniente de Melilla. Separada del padre de sus hijos, no disponía de apoyo familiar ni de red social. Sus ingresos eran los correspondientes a la ayuda familiar. Vivía en una habitación realquilada. Constan antecedentes de malos tratos y denuncias contra el padre de sus hijos, cuando residían en Melilla. Había estado en una Casa de Acogida para mujeres maltratadas. Desde Melilla ya se habían detectado indicadores de negligencia de la madre en el cuidado de sus hijos (absentismo escolar, niños solos en el parque y en casa, delegación de los niños en otras personas, poca colaboración con los servicios). La decisión de la madre de trasladarse a vivir a M. agravó su situación y la de sus hijos. En el poco tiempo que llevaban residiendo en M. constaban ya dos atestados policiales, en los que se ponía de manifiesto que los tres hermanos se encontraban solos, de noche, a cargo de uno de los compañeros de piso de la

madre. Los niños también estaban desescolarizados. La madre acudió a los Servicios Sociales exponiendo su imposibilidad de hacerse cargo de sus hijos y pidiendo su ingreso en un Centro. La madre verbalizaba que no quería que sus hijos sufrieran las consecuencias de no poder atender bien.

La señora Fátima hacía un relato de su infancia muy traumático, con maltratos físicos graves por parte de su madre, aislamiento y desescolarización. Viviendo una boda forzada cuando aún era menor de edad.

Después de un proceso de estudio por parte del Centro de Acogida, donde los hermanos permanecieron seis meses, se hizo la propuesta de acogimiento en familia ajena para los tres. Asimismo, se valoraba un pronóstico negativo de recuperabilidad de la madre en cuanto a que los menores pudiesen volver con ella. Con este primer diagnóstico se deriva el seguimiento de la madre

■ **Valoraba un pronóstico negativo de recuperabilidad de la madre en cuanto a que los menores pudiesen volver con ella.**

y los menores al EAIA correspondiente. A la espera de obtener familia acogedora por los tres hermanos, estos ingresaron en un CRAE.

Se da desde el inicio una buena vinculación de la madre con los servicios (Servicios Sociales y EAIA). Existe una buena predisposición y colaboración de la madre, que unida a un trabajo coordinado de algunos servicios de la red permitió que se lograran las condiciones necesarias para que la madre recuperara a sus hijos.

Cabe destacar que la madre estuvo de acuerdo con la propuesta realizada para sus hijos, entendiendo que para ellos era mejor vivir con una familia que en un centro. Manifestaba el deseo de poder recuperarlos, pero a la vez era consciente del largo camino que tenía por delante.

Los tres hermanos permanecieron juntos en el CRAE aproximadamente un año. Dada la imposibilidad de que pudieran ser acogidos por una familia ajena los tres juntos, desde algunos servicios se planteó la posibilidad de que los hermanos fueran acogidos por separado, ya que según su valoración, el vínculo afectivo entre ellos era muy débil. Incluso, se valoraba positiva la separación, para facilitar la atención individualizada de cada uno de los niños. A pesar de las dudas planteadas, se priorizó la posibilidad de que los hermanos pudieran ser acogidos por separado en familia ajena.

Respecto a la madre, asistía con regularidad a las visitas con sus hijos en el espacio de visitas biológicas de EVIA de la DGAIA. Los permisos eran de una hora quincenal supervisada. Durante las mismas se detectaban carencias en sus habilidades educativas, y en la capacidad de poder atender a las diferentes necesidades de sus hijos. En este

periodo, durante las visitas, se hacía un acompañamiento de los menores, por parte del CRAE. Se mantenía una buena comunicación con la madre, informándola de la evolución de sus hijos. La intervención iba más dirigida a ofrecer apoyo a los niños que a realizar un trabajo activo con la madre que la fortaleciera como tal.

Paralelamente, la madre asistía a las entrevistas con el EAIA mostrándose colaboradora y sincera. Transmitía un fuerte sentimiento de fragilidad y soledad. Se observaba que necesitaba un tiempo para reencontrarse con ella misma. Durante los primeros meses se encontraba triste y abatida, y con falta de iniciativa, pero paulatinamente, con el asesoramiento de los Servicios Sociales y el EAIA, realizó un curso de alfabetización (nunca había ido a la escuela), de informática, hizo seguimiento psicológico (SIAD-Servicio de Información y Atención a la Mujer), y hacía búsqueda activa de trabajo. Comenzó a trabajar con contratos temporales. Progresivamente la madre inició un proceso de recuperación personal, que se fue haciendo extensivo en otros ámbitos. Este proceso inicial se prolonga durante un año aproximadamente. En base al buen proceso de la madre y su buena predisposición, el EAIA plantea su derivación al Programa de Fortalecimiento Familiar de Aldeas Infantiles SOS de Cataluña.

Esta derivación coincide en el tiempo con la comunicación de que hay una familia de acogida para el pequeño de los tres hermanos.

Todos los servicios, excepto el EAIA (Aldeas Infantiles SOS todavía no había iniciado su intervención), estuvieron de acuerdo en iniciar el proceso de acoplamiento, pese a valorarse las dificultades de la familia

acogedora seleccionada, al asumir un pronóstico de ampliación de los permisos.

La madre comienza a participar en el Programa de Fortalecimiento Familiar de Aldeas Infantiles SOS. Se observa desde un inicio la capacidad de la madre de asumir la importancia de lo que están viviendo, y teniendo muy claro que quiere recuperar a sus hijos, pero que quiere tener la seguridad de que en el momento que los vuelva a tener con ella les podrá garantizar la estabilidad que sus hijos necesitan, y lo quiere hacer de manera segura y consistente. Asimismo se observa que vive la estancia de sus hijos, tanto el que está con familia acogedora como los que están en el centro, como un espacio temporal de seguridad. La madre es capaz de vivir los nuevos vínculos afectivos que han establecido los tres hijos como una oportunidad y una suma de afectos.

Desde su participación en el servicio, se inicia una intervención con la madre en la que puede ir contando lo que quiere, lo que siente y lo que necesita para poder acompañar a sus hijos en todo este proceso.

Durante su estancia en el Programa de Aldeas Infantiles SOS, la Sra. Fátima pasa por diferentes servicios: por el servicio de orientación familiar, servicio de espacio de visitas, servicio de terapia familiar sistémica y la escuela de familias. Siempre muestra una actitud de escucha y aprendizaje; a la vez que demuestra también sus momentos de debilidad y de desánimo.

De este modo y a través de la coordinación entre todos los agentes implicados en este caso se van ampliando las visitas con sus tres hijos, pudiendo centrar la intervención en realizar un trabajo activo con la madre que la apoderando como tal. Se realiza un acompañamiento a la madre y los

niños durante los ratos de los encuentros, trabajando aspectos relacionales y la capacidad de la madre de poder sostener la particularidad de cada uno de los tres niños. Paulatinamente, la madre es cada vez más capaz de resolver las demandas de sus hijos y escucharlos desde la seguridad y la tranquilidad que le ofrecen tanto el entorno como su propio proceso personal.

A raíz de los cambios que se van observando en la relación entre ellos, la intervención se centra en trabajar de forma individual y conjunta con el sistema familiar, abordando de una banda con la madre todas aquellas dudas y situaciones que ella considera difíciles de gestionar ofreciéndole el acompañamiento para resolverlas. Y al mismo tiempo estableciendo encuentros entre la madre y sus hijos para poder hablar de aquellas situaciones que les preocupaban, así como poder ser un instrumento de mediación que permitiera superar malentendidos y dificultades que se daban en su relación.

Sin embargo, y teniendo muy presente la buena evolución de la situación, desde el EAIA se plantea la viabilidad de realizar una ampliación de los permisos de la madre con sus hijos, en un periodo de seis meses. Debido a la evolución de la madre empiezan a mostrarse indicios de un cambio de pronóstico.

A tal efecto, se comunica a los servicios implicados en el acogimiento familiar, previamente a que Alí, el hermano pequeño, fuera acogido, para que la familia seleccionada pudiera asumir dicha ampliación.

Los otros dos hermanos iniciaron un proceso con dos familias colaboradoras. Muy pronto la hija mayor, Fátima, decidió dar por finalizada la colaboración, con el mensaje claro de que sólo saldría del centro para marcharse con su madre. El hermano me-

diano continuó con la colaboración, y manifestaba encontrarse muy a gusto.

En base a la consolidación del proceso positivo de la madre, su mejora en la relación con sus hijos durante las visitas se propuso la ampliación de los permisos de los tres hermanos con la madre, tal y como estaba previsto.

Este fue un punto clave y dificultoso del proceso, ya que ampliar los permisos ponía en cuestión la propuesta de acogimiento en familia ajena de los tres hermanos, y se invalidaba el pronóstico de no retorno con la madre. A partir de este momento se inicia un largo camino, en el que cada uno de los servicios, desde su posicionamiento, argumentaba lo que consideraba mejor para cada uno de los tres hermanos.

Aquí se pusieron de manifiesto los diferentes paradigmas de los servicios. Desde la ICIF se priorizaba la consolidación de la acogida y la seguridad y bienestar que la familia le estaba ofreciendo a Alí, el hijo pequeño. Valoraba que cualquier tipo de modificación podía generar inquietud e inseguridad en el niño y la familia. De hecho, se comunicó la imposibilidad de la familia acogedora de asumir una ampliación de los permisos.

Desde el CRAE, respecto a los otros dos hermanos, también manifestaron reticencias y dudas, sobre todo porque se valoraba que una ampliación de los permisos dificultaba la posibilidad de que los hermanos pudieran ser acogidos. Asimismo se dudaba de la posibilidad de la recuperación de la madre y se empatizaba con las preocupaciones y los miedos de los niños ante un posible fracaso del proceso.

Desde el EAIA, Servicios Sociales y Aldeas Infantiles SOS observamos que la ma-

dre había iniciado una consolidación de su proceso madurativo, habiendo demostrado sus mejoras en cuanto a sus capacidades parentales. Teniendo en cuenta que el encargo del EAIA es seguir trabajando para que los padres y los hijos puedan vivir juntos siempre que sea posible, se apostó por hacer los cambios progresivos que permitieran seguir trabajando en esta dirección.

Se realizó un trabajo lento y progresivo, en el que con muchas dificultades se logró que en un principio los dos hermanos mayores que permanecían en el CRAE pudieran disfrutar de permisos más amplios con su madre. Alí, el hermano menor, continuaba con el mismo régimen de permisos anteriormente establecido. Cabe destacar que durante las visitas se captó el fuerte vínculo afectivo y sentimiento de pertenencia que tenían los tres hermanos con la madre, y también entre los tres hermanos. Aldeas Infantiles facilitó y potenció que la familia de acogida de Ali y la madre se conocieran, factor que rebajó las dudas y angustias de todos (madre, familia y sobre todo para el pequeño Ali). Cada visita mantenían comunicación entre ellos respecto a Ali. La madre reforzaba la labor que ellos hacían, y daba mensajes positivos a su hijo. Por su parte, la familia acogedora verbalizó que haber conocido a la madre del niño acogido les había ayudado a entender la situación y poder conectar con las dificultades de vida por las que había pasado la familia.

Respecto a Fátima y Hassan, los dos hermanos mayores, se captaba que disfrutaban de los permisos con la madre y volvían contentos y satisfechos. Hassan manifestó el CRAE que él priorizaba ir con su madre antes que con la familia colaboradora. Sin embargo, Hassan mantuvo la colaboración,

ya que se modificaban los permisos, en función de los que se establecían con la madre. Se continuaba trabajando con la madre de forma intensiva y se abordaban las dificultades existentes.

Fátima y Hassan comenzaron a disfrutar de permisos muy amplios con su madre, no así Ali, que continuaba con el mismo régimen de permisos. Se daba el mensaje de la incompatibilidad de mantener permisos amplios con la madre mientras el hermano pequeño estuviera acogido en familia ajena. Tampoco se permitían llamadas telefónicas. Desde el Punto de Encuentro de Aldeas Infantiles SOS se ponía de manifiesto el sufrimiento de Ali por no poder tener los mismos permisos que sus hermanos. El pequeño manifestaba que los fines de semana quería ir con su madre y hermanos.

En base a la falta de consenso entre el EAIA y la ICIF se realizaron diferentes informes y coordinaciones. Por último, se convocó una reunión en la DGAIA, a la que asisten diferentes servicios, ICAA incluido. La ICIF comunica que la familia acogedora debe irse a vivir al extranjero por cuestiones laborales en el periodo de un año y pico. Este hecho facilita en extremo que se realice un plan de acoplamiento muy progresivo del hermano pequeño y que se incluya en el mismo proceso que sus hermanos Fátima y Hassan.

Tres meses antes del plazo previsto, Ali fue a vivir con la madre, ya que la familia acogedora tuvo que marcharse antes en el extranjero. Fátima y Hassan fueron a vivir con la madre en el período previsto.

Cabe destacar que durante el proceso progresivo de acercamiento de los tres hermanos con la madre, hubo situaciones de crisis, de sufrimiento, de dudas de los profe-

sionales, de preocupaciones... pero que se abordaron como indicadores que el regreso con la madre generaba en los tres hermanos.

Ali hace un año que vive con la madre y Fátima y Hassan nueve meses.

Cabe destacar que la familia colaboradora de Hassan sigue siendo una figura importante para él, e incluso su relación se ha hecho extensiva a sus hermanos y su madre. Regularmente, tanto Hassan como alguno de sus hermanos disfrutaban de su relación.

Respecto a la familia de acogida de Ali, siguen teniendo relación, sobre todo telefónica. La lejanía física es un impedimento para verse, pero cuando han venido al país se han puesto en contacto con Ali y han mantenido relación con toda la familia. En el comedor de casa hay una fotografía de Ali con ellos, y el niño los llama su otra familia.

CONCLUSIONES

Con todo este relato en relación a un caso concreto, nos gustaría poder compartir las siguientes **conclusiones**:

En muchas ocasiones los diferentes agentes que intervienen en un caso lo hacen desde **diferentes paradigmas**, lo que supone que el abordaje de la intervención tenga un punto de mira diferente. Sería óptimo que la diferencia de miradas pudiera aportar riqueza en la revisión e intervención con las familias y los niños. Pero desgraciadamente nos encontramos que esto lo que implica es que cada uno tenga una visión parcial de la situación y sea dificultoso poder empatizar con lo que aporta el otro. En este caso que hemos expuesto se dieron circunstancias dificultosas que se fueron sorteando con trabajo y argumentaciones.

En muchas ocasiones es difícil aceptar un **cambio de pronóstico** en un caso tan complejo como este, donde los diferentes profesionales defendían su parcela de intervención sin tener en cuenta la globalidad del caso. Estas reticencias suelen ser fruto del miedo a asumir el riesgo de que el nuevo pronóstico no sea un éxito, comprensible por el hecho de que tanto las familias implicadas como los niños puedan sufrir durante el proceso.

Ahora bien, no podemos olvidar que entre todos tenemos que poder **trabajar respetando la LDOIA**, Ley 14/2010, de 27 de mayo, de derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia, en el punto 4 D, teniendo muy presente el interés superior del niño y al mismo tiempo garantizando que tanto los niños como las familias participen en todo el proceso, siendo ellos los máximos protagonistas del mismo.

Poder mantener una **narrativa constructiva** en cuanto a la historia de las familias de

origen, que pueda reforzar sus **capacidades parentales y recoger el papel clave y transitorio** que ejercen los CRAE y las familias de acogida es esencial en un proceso como este.

Garantizar que los niños vivan, a lo largo de procesos de separación de la familia de origen, situaciones en las cuales el objetivo sea **sumar afectos** es también esencial. Como técnicos encargados de velar por su bienestar debemos evitar situaciones que generen conflictos de lealtades y triangulaciones imposibles de gestionar sin sufrimiento. Cuando un niño siente que todos los adultos que lo aman (padres, familia de acogida, educadores, entre otros) quieren lo mejor para él, que se conocen y se validan siendo como son, puede vivir tranquilo y puede disfrutar del tiempo que está lejos de su entorno natural mientras los adultos resuelven las cosas que son de los adultos.

Bibliografía

- BARUDY, F. y DANTAGNAN, M. *Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2005. ISBN 978-8497844147.
- CYRULNIK, B. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia feliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa, 2001. ISBN 8490325626.
- Llei 14/2010 de 27 de maig de 2010 dels drets i oportunitats de la infància i d'adolescència (<http://www.parlament.cat/activitat/catalog/TL115.pdf>).

ANEXO. Desarrollo siglas institucionales

DGAIA – Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia. La DGAIA es el organismo que promueve el bienestar de la infancia y la adolescencia en alto riesgo de marginación social con el objetivo de contribuir a su desarrollo personal. También ejerce la protección y tutela de los niños y adolescentes desamparados.

ICAA – Instituto Catalán de Acogidas y Adopciones. Fomenta el derecho de los niños a tener una familia y, por tanto, promover la acogida simple en familia ajena y la acogida preadoptiva, como medidas para atender adecuadamente las necesidades del menor, como persona sometida a situaciones de riesgo grave para a su desarrollo integral, procurar su atención educativa y favorecer su regreso a la familia natural.

EAIA – Los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) están formados por profesionales de la psicología, la pedagogía, la asistencia social y la educación social, y están distribuidos por todo el territorio de Cataluña. Los EAIA reciben los casos en situación de desamparo o en riesgo de estar que detectan los servicios sociales básicos, las instancias judiciales o policiales o la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Hacen el diagnóstico, la valoración de los niños y de su entorno socio-familiar, y proponen las medidas más adecuadas para cada caso. Elaboran planes de mejora para el niño y su familia, hacen el seguimiento y el tratamiento una vez se han aplicado las medidas propuestas, tanto si están en el núcleo familiar como en un centro o en una familia de acogida. Son los responsables de coordinar los otros equipos y servicios de su territorio que también intervengan en la atención a los niños en desamparo, así como dar asesoramiento a los servicios sociales básicos de atención social.

ICIF – Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar. Son entidades sin ánimo de lucro, constituidas legalmente, que tienen como finalidad la protección de menores; reúnen los requisitos previstos y están acreditadas de acuerdo con el Decreto 337/1995, de 28 de diciembre, para desarrollar las funciones de mediación que les atribuye la ley para integrar a los niños en una familia.

- Estudio, valoración y preparación de las familias que han solicitado el acogimiento de un niño.
- Recerca de familias acogedoras para el niño propuesto.
- Acoplamiento del niño en la familia acogedora mediante el equipo especializado.
- Seguimiento posterior del niño de acuerdo con las directrices del organismo competente.
- Formación de las familias acogedoras candidatas.
- Colaboración en la gestión de la financiación del servicio prestado por las familias acogedoras en la manera como se establezca mediante convenio.

CRAE – Los Centros Residenciales de Acción Educativa son aquellas instituciones para la guarda y educación de niños y adolescentes a los que se aplica la medida de acogimiento simple en institución, de acuerdo con la medida que conste en el informe previo de los equipos técnicos competentes.

El objetivo de este servicio es dar respuesta a situaciones y necesidades educativas y asistenciales que requieren una especialización técnica en su guarda y educación alternativa a su familia de origen.

EVIA – Espacio de visitas para niños y adolescentes. Se realizan visitas biológicas de los niños y adolescentes que se encuentran bajo la tutela de la DGAIA, con sus padres y otros familiares.

ALDEAS INFANTILES SOS de Cataluña es una ONG sin ánimo de lucro que fundamenta su labor en atender a niños y jóvenes y sus familias en situación de vulnerabilidad, para impulsar su desarrollo y autonomía, mediante el acogimiento, la prevención y el reforzamiento de sus redes familiares y sociales. Para llevar a cabo esta misión la organización se fundamenta, desde sus inicios, en los siguientes valores: audacia, compromiso, confianza y responsabilidad.

Desde Aldeas Infantiles SOS se cree que el desarrollo ideal de los niños y niñas se garantiza mediante cuatro principios:

- Un entorno familiar protector, con personas estables de referencia y manteniendo juntos a los hermanos.
- El apoyo de redes sociales sólidas para las familias, el trabajo desde la comunidad.
- El interés superior del niño como la base de todas las decisiones y acciones, ofreciendo soluciones adaptadas a cada una de las situaciones individuales.
- El reconocimiento de que los niños y niñas tienen un papel fundamental en su propio desarrollo y en la defensa de sus derechos, tenemos que involucrar a los niños y jóvenes con sistemas sólidos y coherentes de participación.

A nivel estatal, es una asociación en la que tienen programas sociales en las comunidades de Cataluña, Galicia, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, Tenerife, Aragón, Las Palmas y en 16 países de América Latina y África. Nuestro programa en concreto atenta la protección y la prevención en la infancia en el ámbito del fortalecimiento de las familias, como apoyo a los acogimientos familiares, contamos con un SIFE (Servicio de Integración en Familia Extensa) y dos programas de atención a familias que tienen hijos entre 0 y 18 años y que requieren de un apoyo y acompañamiento en sus capacidades parentales SAF (Servicio de atención a familias) y PMB (Programa de familias monoparentales Barcelona), donde se trabaja con el núcleo familiar teniendo como guía el modelo sistémico.

El reto de la parentalidad positiva. Una propuesta metodológica de preservación familiar desde el Ayuntamiento de Lleida

The challenge of positive parenting. A methodological approach to family preservation from Lleida City Council

Clara Sanz Font¹

Resumen

En aquest article pretenem reflexionar sobre la importància de la parentalitat positiva i el paper clau dels agents socials en la preservació familiar i en el desenvolupament de la infància. Ho farem a partir de la presentació de l'experiència pràctica de tres programes que es duen a terme a l'Ajuntament de Lleida, la seva metodologia i els seus resultats. Són elements per a la reflexió, la innovació i el canvi social.

Palabras clave: Parentalitat positiva, preservació familiar, metodologia experiencial, resiliència familiar, model ecològic.

Para citar el artículo: SANZ FONT, Clara. El reto de la parentalidad positiva. Una propuesta metodológica de preservación familiar desde el Ayuntamiento de Lleida. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 98-106. ISSN 0212-7210.

Abstract

The aim of this article is to reflect on the importance of positive parenting and the social agents key role in the family preservation and in the infancy development. We will do so by presenting the practical experience of three programs being held by Lleida Town Council, their methodology and results. Elements for reflection, innovation and social change.

Key words: Positive parenting, Family preservation, Experiential methodology, Family resilience, Ecological model.

¹ Educadora social y psicopedagoga. Técnica de Infancia y Familia. Ajuntament de Lleida. csanz@paeria.cat.

El modelo ecológico de la parentalidad positiva y la preservación familiar

Sabemos que la familia es el contexto de desarrollo más importante para los niños; aún así, ser padres y madres hoy no es una tarea fácil. Los padres y madres del siglo XXI necesitan nuevas estrategias para reforzar en clave positiva su papel educador ante las nuevas realidades sociales y familiares cada vez más complejas: la eclosión de los nuevos modelos familiares, la crisis económica y su repercusión, los cambios relacionales, las dificultades en la conciliación laboral y familiar... La parentalidad se ejerce en un espacio ecológico en el que se suman tres factores: el contexto psicosocial donde vive la familia, las necesidades evolutivo-educativas de los niños y las capacidades de los progenitores/as para ejercer la parentalidad; y por tanto, la suma o combinación de diferentes factores de riesgo y de protección en estos tres bloques, que a la vez son cambiantes, facilitarán, o por el contrario, dificultarán, el ejercicio de la parentalidad positiva y como consecuencia influenciarán el desarrollo de la infancia.

■ **La parentalidad se ejerce en un espacio ecológico en el que se suman tres factores: el contexto psicosocial donde vive la familia, las necesidades evolutivo-educativas de los niños y las capacidades de los progenitores/as para ejercer la parentalidad**

Realidades nuevas y cambiantes que requieren que los apoyos y programas de apoyo orientados a la educación parental contemplen estos tres bloques (contexto, necesidades de los niños y capacidades de los progenitores/as) y que por tanto se centren tanto en el desarrollo de las competencias de los padres y madres como en el complemento y refuerzo de las redes sociales que tienen a su alcance. Es así como los soportes profesionales enfocados en este sentido los entenderemos como estrategias potenciadoras de los factores de protección y resiliencia familiar y como facilitadores de igualdad de oportunidades para los niños y familias.

Con todo, este es un reto para el conjunto de agentes sociales y poderes públicos que de un tiempo a esta parte se está concretando en diferentes propuestas teóricas y legislativas que fomentan este cambio, respuestas profesionales que deben ser flexibles e innovadoras. Aquí algunos ejemplos:

*“El ejercicio de la parentalidad, aunque vinculado a la intimidad familiar, debe ser considerado como un ámbito de la política pública, y se deben aportar todas las medidas necesarias para apoyar el ejercicio parental y crear condiciones necesarias para un ejercicio positivo de parentalidad”.*²

“Los padres y las madres tienen responsabilidades comunes en la educación y el desarrollo de los hijos menores de edad. Las políticas de atención y protección a los niños y los adolescentes deben incluir las actuaciones necesarias para la efectividad de sus derechos, teniendo en cuenta que el bienestar de los niños y los adolescentes está íntimamente ligado con el de sus familias. Los poderes públicos deben

² Recomendación Rec (2006) del Consejo de Europa. Sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad.

*proporcionar la protección y la asistencia necesarias a las familias para que puedan asumir plenamente sus responsabilidades”.*³

*“La familia, como lugar donde se crea el capital humano de un país y fundamento de todo el edificio social, debe ser objeto de especial atención por las políticas de las administraciones. Todas las administraciones deben revisar su trabajo a favor de las familias con niños a cargo, para sumar esfuerzos y tejer una red de mínimos que mejore el día a día de las familias”.*⁴

La experiencia de los programas de educación parental en Lleida

Teniendo en cuenta estos cambios legislativos y los cambios de concepción de todas las corrientes teóricas y metodológicas que desde hace un tiempo están aportando una visión sistémica al trabajo con la infancia y la adolescencia y sus familias, desde la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Lleida nos planteamos impulsar proyectos de preservación familiar que encajaran con estas perspectivas y al mismo tiempo promover una nueva metodología de trabajo experiencial y grupal, y que permitiera incorporar también una vertiente comunitaria al trabajo llevado a cabo desde los servicios sociales municipales. Esto nos permitiría rediseñar tanto el rol profesional como la atención que queríamos ofrecer a las familias leridanas y a la vez optimizar los recursos existentes.

Por ello, y después de buscar diferentes experiencias y programas, optamos por hacer una formación específica por parte de

profesionales de la Universidad de La Laguna y la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, que habían diseñado y validado dos programas de preservación familiar que encajaban con nuestro planteamiento.

Es así como en el mes de febrero de 2010, y después de esta formación y con el asesoramiento y supervisión inicial del equipo impulsor, se iniciaron los programas de preservación familiar, destinados a ampliar las competencias y las redes de apoyo parental de las familias leridanas usuarias de los servicios sociales. Concretamente los programas que impulsamos fueron:

- *Créixer feliços en família*; orientado a familias con niños de hasta cinco años.
- *Viure l'adolescència en família*; diseñado para las familias con hijos e hijas en edad adolescente.

En 2012, con el apoyo de la Obra Social “la Caixa” y la Fundació Bosch i Gimpera a través del programa Proinfancia, se añade el programa:

- *Aprendre junts, créixer en família*; para padres y madres y sus hijos/as con edades de entre 6 y 12 años.

¿Qué pretendemos? Objetivos y competencias que se fomentan

Se pretende reforzar y capacitar a padres y madres en su papel educador, a fin de que tengan herramientas suficientes para poder proporcionar a sus hijos/as un entorno protector donde puedan crecer y desarrollar todas sus capacidades.

Se plantea la parentalidad positiva a través de la promoción del desarrollo y con-

³Ley 14/2010, de los derechos y las oportunidades de la infancia y la adolescencia.

⁴Pacte per a la Infància a Catalunya.

■ **Se pretende reforzar y capacitar a padres y madres en su papel educador, a fin de que tengan herramientas suficientes para poder proporcionar a sus hijos/as un entorno protector donde puedan crecer y desarrollar todas sus capacidades.**

vencia familiar como objetivo general; y en concreto se propone promover y apoyar las competencias parentales y también la resiliencia infantil. Los programas pretenden:

- Promover vínculos afectivos, estables y sanos entre padres e hijos, para un desarrollo seguro y ajustado a las características y necesidades evolutivas de los niños.
- Desarrollar un clima de comunicación y escucha activa en familia, fomentando las relaciones educativas, la corresponsabilidad, los hábitos saludables y el ocio constructivo.
- Apoyar y potenciar el ejercicio de la tarea parental y la vivencia positiva del desarrollo de los hijos/as.
- Favorecer los factores de protección, y reducir los de riesgo, mediante el incremento del apoyo social y la satisfacción de las necesidades de los padres y madres a múltiples niveles.
- Favorecer la coordinación de estos programas con otros recursos y actividades que complementan su eficacia.

Por eso, se hace imprescindible trabajar para la consecución de unas determinadas competencias que favorecen el desarrollo del rol parental ajustado a cada etapa de crianza:

- Habilidad de autonomía personal y búsqueda de apoyo social.

- Sentimiento de capacidad para llevar a cabo el rol parental y consiguiente aumento de la implicación en la tarea educativa.
- Visión positiva del hijo/a y la familia y responsabilidad del bienestar del niño.
- Búsqueda de ayuda de personas significativas con la finalidad de complementar el rol parental en lugar de sustituirlo o devaluarlo.
- Acuerdo con la pareja sobre criterios educativos.
- Identificación y utilización de recursos para cubrir las necesidades como padres o madres y como adultos.
- Manejo adecuado del estrés parental.

¿Cómo lo hacemos? Criterios metodológicos

A diferencia de otras iniciativas más centradas en la divulgación teórica de contenidos y en el entreno de determinadas técnicas, la formación que se quiere transmitir a padres y madres a través de estos programas de preservación familiar es de tipo experiencial; y se realiza mediante encuentros grupales semanales dinamizados por un educador social de referencia. Se trata de una metodología experiencial, participativa y con

■ **A diferencia de otras iniciativas más centradas en la divulgación teórica de contenidos y en el entreno de determinadas técnicas, la formación que se quiere transmitir a padres y madres a través de estos programas de preservación familiar es de tipo experiencial**

objetivos muy concretos orientados a identificar, reflexionar y analizar las propias ideas familiares, sentimientos y acciones en episodios de su propia vida cotidiana y que permitan compartir vivencias y dudas, analizar las propias actitudes y contrastarlas con las de los otros, conseguir una visión más amplia y comprender diferentes perspectivas. Todo, sintiéndose parte de un colectivo, con los mismos intereses, deseos, necesidades y expectativas. Así, la filosofía se centra más en el desarrollo de las competencias personales y las propias pautas educativas de padres y madres que en dar lecciones sobre “cómo se tiene que ser” y “qué se tiene que hacer” partiendo de “modelos ideales” de familia.

Los programas *Créixer feliços en família* y *Viure l'adolescència en família* se estructuran en sesiones grupales con un total de unos doce padres y madres participantes. Se trata de sesiones semanales de una hora y media durante seis meses aproximadamente.

El programa *Aprendre junts, créixer en família* se estructura también en sesiones semanales, estas de dos horas durante unos cinco meses. Las sesiones prevén una primera hora de intervención con grupos diferenciados de padres y madres y de hijos e hijas con un total de diez a dieciséis participantes por grupo, y una segunda hora en la que se realizan actividades familiares conjuntas.

Los programas se estructuran en diferentes módulos temáticos:

Crecer felices en familia	Aprender juntos, crecer en familia	Vivir la adolescencia en familia
M1. El desarrollo del vínculo afectivo.	M1. Mostremos afecto en familia.	M1. Acercarnos a la adolescencia.
M2. Conocer a nuestro hijo/a.	M2. Eduquemos a nuestros hijos.	M2. Más allá del conflicto familiar.
M3. Aprender a regular el comportamiento infantil.	M3. Aprendamos a comunicarnos en familia.	M3. Hacia un estilo de vida saludable en familia.
M4. La primera relación con la escuela.	M4. Conectemos con la escuela.	M4. Las nuevas formas de comunicarse de los adolescentes.
M5. Educar. ¿Una tarea en solitario?	M5. Disfrutemos juntos en familia.	M5. La relación familia-escuela. Un apoyo clave en la adolescencia.
	M6. Afrontemos los retos cotidianos.	
	M7. Recordemos lo que hemos aprendido.	

Estos contenidos se trabajan mediante diferentes materiales preestablecidos y diseñados siguiendo la metodología experiencial,

se combinan técnicas como la exposición oral, ejercicios escritos, diálogos simultáneos, discusiones dirigidas, trabajo en grupo, llu-

via de ideas, historias animadas y viñetas, juegos de rol, videofóruns y fantasías guiadas.

Aparte, y sin perder la perspectiva ecológica y comunitaria que los programas pretenden, y con la flexibilidad que éstos permiten, se pueden incorporar otras actividades que complementen las sesiones. En este caso, por ejemplo, hemos valorado de forma positiva la celebración conjunta del día de las familias, la participación en eventos comunitarios, la organización de un acto de clausura de los cursos donde se hace reconocimiento a las familias participantes... entre otras experiencias que los mismos grupos han ido proponiendo.

Una figura clave en este proceso es el/la dinamizador/a, el educador de las sesiones, que guía al grupo en el proceso de construcción y desarrollo cognitivo y actitudinal. Este profesional se convierte en mediador/facilitador del cambio y sus funciones se centran en el acompañamiento en la construcción del conocimiento, apoyo a las iniciativas personales y sentimientos de competencia parental, facilitase su negociación y consenso y en cuidar el clima emocional del grupo. El rol de los dinamizadores es específico y concreto, y es por ello que todos los profesionales implicados en el proyecto han recibido una formación inicial especializada por parte de los equipos impulsores de los programas.

¿Quién participa? Los destinatarios

Desde sus inicios, los programas de preservación familiar en Lleida han tenido muy buena acogida y su repercusión ha sido creciente.

Actualmente todos los educadores/as sociales de atención primaria de los servicios sociales municipales, educadores/as de entorno y educadores/as del servicio del

EAlA, en total 16, dinamizan un grupo de familias, y además se han sumado a la iniciativa diferentes servicios municipales de atención a la infancia como la Red de centros abiertos y ciberaulas de Lleida y el Servicio Materno, implicando un total de 7 profesionales más a la iniciativa.

De este modo, los programas de preservación familiar se convierten en un recurso más que complementa el trabajo llevado a cabo desde los diferentes servicios, sea la intervención individual ofertada desde los servicios sociales de atención primaria, como la grupal que se ofrece en los diferentes recursos de atención a la infancia.

Se prioriza la participación en el programa de las familias con situación de especial vulnerabilidad que ya están siendo atendidas por el servicio que dinamiza el grupo y que son beneficiarias también de otros programas de atención a la infancia y la familia. Así se facilita un plan de trabajo integral y completo y se puede mantener el profesional de referencia, consiguiendo una perspectiva ecológica de las acciones socioeducativas y facilitando el seguimiento de su evolución. En los grupos también pueden participar las familias extensas que tengan los niños a su cargo.

Lleida tiene una población de 139.176 habitantes, y han participado de la iniciativa, entre los tres programas y desde el año 2010, un total de 1.189 familias, y se han beneficiando de ella sus 2.453 hijos/as.

¿Qué conseguimos? Beneficios del programa, evaluación y retos de futuro

Los programas de preservación familiar han permitido ampliar las actividades y el campo de actuación con infancia y familia

en la ciudad; consideramos que han aportado beneficios directos a las familias beneficiarias de los programas, así como también en el rol profesional y la metodología de trabajo de los diferentes servicios implicados.

Los programas prevén una evaluación inicial y final mediante cuestionarios validados y analizados por las universidades de referencia de éstos. Se trata de cuestionarios que permiten hacer un seguimiento de contenidos de tipo cognitivo, emocional y de habilidades de manera individualizada para cada participante y a la vez poder obtener datos comparativos entre diferentes grupos de población. Una metodología cuidadosa que pone de relieve los beneficios que aportan los programas para las familias: se han detectado cambios significativos en la disminución del estrés parental, del manejo de las emociones negativas, de la afirmación de poder, de la interacción disfuncional entre padres/madres e hijos/as y del castigo corporal. Aumentan la negociación, la supervisión educativa, la empatía de los participantes y la satisfacción con el rol parental.

Con todo, una valoración positiva en la evolución de los participantes, que, tal como el programa prevé, repercute en el estilo de

■ Se han detectado cambios significativos en la disminución del estrés parental, del manejo de las emociones negativas, de la afirmación de poder, de la interacción disfuncional entre padres/madres e hijos/as y del castigo corporal. Aumentan la negociación, la supervisión educativa, la empatía de los participantes y la satisfacción con el rol parental.

crianza y beneficia los vínculos familiares y como consecuencia favorece el desarrollo positivo de la infancia.

Aparte de las mejoras personales en las competencias parentales de los participantes, se tiene en cuenta también la percepción y valoración final que hacen las mismas familias de la vivencia que les supone participar en el programa, y los resultados son muy positivos. La media de satisfacción total de participantes ha sido, hasta el momento, de un 4,46 sobre 6 puntos. En cuanto al detalle de las puntuaciones, destacó la satisfacción de los participantes con el programa en sí, con el apoyo que han encontrado y con la relación establecida con el dinamizador del grupo.

Más allá de los programas y de su metodología, conviene subrayar también sus beneficios en el trabajo profesional diario con las familias, que han permitido la formulación conjunta de planes de trabajo, una visión profesional más completa de las fortalezas y capacidades de cada familia, la posibilidad de trabajar con diferentes niveles de intensidad y metodologías en la atención a las familias y llegar a atender a las familias con menor nivel de riesgo, que antes recibían menos atención por cuestión de recursos. Aparte, hay que considerar la formación y cambio de rol profesional que han podido desarrollar los diferentes agentes profesionales implicados, y que ha sido facilitador de muchos procesos de intervención y cambio.

Como retos de futuro nos planteamos la consolidación del proyecto, el fomento de la metodología experiencial y la integración del sistema de trabajo grupal y comunitario en el resto de intervenciones y coordinaciones, así como también aumentar el aprovechamiento y a la vez la implicación de los re-

cursos comunitarios en la aplicación de los programas.

Además, un nuevo reto es también complementar la intervención llevada a cabo con un programa paralelo para los hijos/as de hasta cinco años y adolescentes de las familias participantes.

Y para terminar...

Pensamos que los servicios municipales, que dan una atención directa a las personas,

por su proximidad y accesibilidad, son el recurso óptimo para plantear intervenciones como los programas de preservación familiar, y que el contexto actual es óptimo para replantear y repensar el modelo de atención a las familias. Entendemos los programas de preservación familiar presentados como un posible eje vertebrador de este cambio y que implica un largo camino a recorrer para pasar del paradigma de la prevención y la coordinación en el de la promoción y el trabajo en red.

Bibliografía

- AMORÓS, P.; MATEOS, A.; FUENTES, N.; PASTOR, C.; RODRIGO, M. J.; BYRNE, S.; BALSSELLS, M.A.; MARTÍN, J. C. y GUERRA, M. *Aprender juntos, crecer en familia*. Barcelona: Obra Social “la Caixa”, 2011. Depósito legal: B-30515-2011.
- Catalunya. Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. 27 de maig de 2010. 14/2010.
- Consell d'Europa. Recomanació Rec (2006)19 del Comitè de Ministres als Estats Membres sobre polítiques de suport a l'exercici positiu de la parentalitat, 13 de desembre de 2006.
- Departament de Benestar Social i Família. *Pacte per la infància a Catalunya*. [en línia]. Generalitat de Catalunya, 2013. [20/03/2015] http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiadolescencia/observatori_drets_infancia/destacats_columna_dreta/pacte_infancia_catalunya_julio_2013.pdf
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L. y MARTÍN, J. C. *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. [en línia]. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, 2010. [20/03/2015] <http://www.femp.es/files/566-922-archivo/folleto%20parentalidad%201.pdf>
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L. y MARTÍN, J.C. *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. [en línia]. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, 2010. [20/03/2015] <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L. y MARTÍN, J. C. *Buenas prácticas profesionales para el apoyo a la parentalidad positiva*. [en línia]. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, 2011. [20/03/2015] <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/BuenasPractParentalidadPositiva.pdf>
- RODRIGO, M. J.; MÁIQUEZ, M. L.; MARTÍN, J. C. y BYRNE, S. *Preservación Familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide, 2008. ISBN 978-84-368-2231-1
- RODRIGO, M.J.; MÁIQUEZ, M.L.; BYRNE, S.; RODRÍGUEZ, G. y PÉREZ, L. *Programas Crecer Felices en Familia. Programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2008. ISBN 978-84-9718-570-7
- RODRIGO, M.J.; MARTÍN, J.C.; MÁIQUEZ, M.L.; ÁLVAREZ, M.; BYRNE, S.; GONZÁLEZ, A.; GUERRA, M.; MONTESDEOCA, M. A. y RODRÍGUEZ, B. *Programa Vivir la adolescencia en familia. Programa de apoyo psicoeducativo para promover la convivencia familiar*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, 2010. ISBN 978-84-7788-597-9

Programa de prevención del maltrato infantil: la experiencia del programa Preinfant

Programme for the prevention of child abuse: the experience of Preinfant programme

Carolina Torralbo Muñoz¹ y otras autoras²

Resumen

Este artículo explica la experiencia de Preinfant, un programa de prevención del maltrato infantil impulsado, desde 1998, por ABD Asociación Bienestar y Desarrollo. Su principal objetivo es proteger la salud física y mental del bebé, disminuyendo y/o eliminando aquellas situaciones de riesgo infantil que se pueden dar durante el embarazo y los primeros años de vida en un contexto familiar de alto riesgo. Preinfant ofrece acompañamiento para construir una vinculación saludable en el complejo proceso de asumir la maternidad. Actualmente el programa está implantado en el Área Metropolitana de Barcelona y en Madrid. Dispone de un portal web (preinfant.org) para orientar y asesorar *online* y cuenta con Pisos Maternoinfantiles para atender la emergencia social de la vivienda.

Palabras clave: Infancia, adolescencia, maternidad, embarazo adolescente, maltrato infantil, exclusión social, prevención, detección precoz.

Para citar el artículo: TORRALBO MUÑOZ, Carolina. Programa de prevención del maltrato infantil: la experiencia del programa Preinfant. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 107-115. ISSN 0212-7210.

¹ Trabajadora social y antropóloga. Experta en terapia familiar, protección a la infancia y en derechos de los niños y de los adolescentes. Técnica del programa de prevención del maltrato infantil Preinfant, impulsado por ABD Asociación Bienestar y Desarrollo. ctorralbo@abd-ong.org

² **Asun Álvarez**, referente del programa Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Berta Domènech**, referente del programa Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Laia Navarro** referente del programa Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Nausica Castelló**, responsable del programa LARIS y Preinfant, de ABD Associació Benestar i Desenvolupament. **Carme Calafat**, directora del Área de Infancia y Familia de ABD Associació Benestar i Desenvolupament.

Abstract

The article explains the experience of the Preinfant programme, focused on child abuse prevention, promoted by ABD Associació Benestar i Desenvolupament from 1998. Its main objective is to protect the baby's physical and mental health, reducing and/or eliminating risk situations during pregnancy and in the first years of the child's life in a family context of high-risk. Preinfant offers support to build a healthy relationship in the complex process of accept responsibility of maternity. Currently the program is implemented in the Metropolitan Area of Barcelona and in Madrid. It has a website (preinfant.org) to guide and advice online and has some Houses for maternal care in the emergency social of housing.

Key words: Childhood , teenagers, maternity, teenage pregnancy, child abuse, social exclusion, prevention, early detection.

1. Presentación de PREINFANT

PREINFANT es un programa de prevención del maltrato infantil y de acompañamiento a la maternidad que incide prioritariamente en los aspectos vinculares y que tiene como objetivo prioritario proteger la salud física y mental del/de la bebé disminuyendo y/o eliminando aquellas situaciones de riesgo que se pueden dar a lo largo del embarazo y los tres primeros años de vida en un contexto familiar de alto riesgo. Lo crea en 1998 la Asociación Bienestar y Desarrollo, una ONG que lleva a cabo más de 70 servicios y programas que dan respuesta a todos aquellos procesos que generan situaciones de vulnerabilidad o de exclusión social. Centra sus esfuerzos en la atención de las personas y en sus trayectorias vitales, previniendo situaciones de fragilidad social y atendiendo sus necesidades y las de su entorno más próximo.

En sus inicios Preinfant trabajaba exclusivamente en la ciudad de Barcelona, pero

rápidamente extendió su intervención en los municipios de alrededor, y actualmente cuenta también con una réplica en Madrid, donde ABD también tiene sede.

Para poder conocer la utilidad del proyecto es importante tener en cuenta algunas variables que configuran la necesidad y urgencia de la intervención con este colectivo diana. Por un lado la gravedad del maltrato infantil y sus consecuencias (sobre todo en la etapa prenatal y hasta los 3 años de vida), y por otro la vulnerabilidad de sostener una maternidad en situación de alto riesgo (soledad y aislamiento social, ausencia de ingresos económicos y red de apoyo...).

2. Algunos datos sobre el maltrato infantil

El Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2001 definió el maltrato infantil en los siguientes términos: "Acción, omisión o

trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y el su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

El informe *Maltrato infantil en la familia en España* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011 sitúa a la familia como el segundo contexto, tras la guerra, donde hay mayor incidencia de maltrato infantil. La literatura reitera que los casos de maltrato infantil que se detectan son entre el 10% y el 20% de la totalidad de los casos.

■ Sitúa a la familia como el segundo contexto, tras la guerra, donde hay mayor incidencia de maltrato infantil.

Tal y como afirma el Dr. Jordi Pou, jefe de los Servicios de Pediatría y Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y profesor titular de Pediatría en la Universidad de Barcelona, en su obra *El pediatra y el maltrato infantil* (2010), el maltrato más frecuente es la negligencia (cuando las necesidades básicas del niño no están cubiertas), que supone aproximadamente el 50% de los malos tratos, seguido del maltrato psíquico (27%), el físico (11%) y el sexual (6%).

En cuanto a la edad, en el estudio realizado por el Departamento de Bienestar y Familia *Maltratos físicos bebés y menores de cuatro años* se muestra que el grupo más afectado por el maltrato físico era el de 0 a 12 meses (siendo el 36, 6% de los/as 41 menores de 4 años).

Según el Plan de Infancia y Adolescencia de Cataluña, los principales tipos de maltrato infantil no se manifiestan de forma pura o aislada, sino que lo hacen de manera combinada.

A pesar de la dispersión de datos sobre las características del maltrato, según el Observatorio de la Infancia de la Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia, se da una cierta concordancia en una serie de conclusiones sobre las características personales y familiares y sobre las situaciones sociales que rodean los casos de maltrato, concordancia en ocasiones extensible a los datos que se encuentran en otras publicaciones internacionales. Estos puntos de acuerdo son los siguientes:

- El maltrato es un poco más frecuente entre los chicos que entre las chicas.
- Se ha confirmado que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato.
- El maltrato se da en niños de todas las edades. El maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años, y sobre todo entre los 12 y los 15.
- En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo como son los escasos recursos de apoyo; se advierten también factores como ser niño prematuro, padecer enfermedades frecuentes o ser hiperactivo; y sobre todo situaciones sociofamiliares como el desempleo, la desestructuración familiar, ambientes carentes de afecto, el alcoholismo y la drogadicción, o una vivienda inadecuada.

3. Descripción del Programa PRE-INFANT

3.1. Objetivos

En la línea preventiva se sitúa el Programa Preinfant. El objetivo principal es proteger la salud física y mental del bebé, y lo conseguimos:

- Potenciando las competencias parentales visibilizando, incorporando y/o recuperando las habilidades y/o los recursos necesarios para una crianza sana, responsable y segura.
- Favoreciendo la toma de conciencia y necesidad de generar un vínculo seguro entre la madre y el/la bebé reduciendo al máximo los indicadores de riesgo existentes.
- Fomentando la creación o el fortalecimiento de una red de apoyo segura que impulse la autonomía y el apoderamiento de la madre, rompiendo los círculos de aislamiento en los que se encuentra.

Se realiza un acompañamiento en el complejo proceso de asumir unas maternidades que a menudo no son ni programadas ni deseadas, o en el otro extremo, muy idealizadas, poniendo las bases de una vinculación saludable.

3.2. Características de la población atendida

El Programa se dirige a mujeres embarazadas y/o con hijos/as entre los 0 y los 3 años de edad que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones de vulnerabilidad: maternidad prematura (madres jóvenes adolescentes), no disponer de un entorno familiar contenedor, tener problemas de drogodependencias, alcoholismo o salud

mental, monomarentalidad, gran precariedad económica y social y, finalmente, historias familiares marcadas por maltrato o abusos.

El origen del programa, en 1998, se sitúa en la atención a las mujeres y familias con problemas de drogodependencias y/o alcoholismo. En ese momento un grupo de profesionales de los centros de drogodependencias gestionados por ABD buscan la manera de dar respuesta a la detección de las complicaciones obstétricas, derivadas tanto de los efectos de la droga como de las condiciones de vida de las gestantes. Asimismo, en aquellos años se contrastan indicadores que determinan que la existencia de una drogodependencia instaurada en los cuidadores/as primarios de un/a menor puede conducir a situaciones desestructuradas y conflictivas en el seno de la familia y a situaciones de maltrato.

Actualmente la mayor parte de usuarias atendidas entran en programa dado su maternidad prematura. El embarazo en este periodo llega de forma no planificada y necesita una serie de ajustes psicosociales y familiares para garantizar el bienestar físico y emocional del futuro/a bebé. La maternidad requiere niveles altos de madurez, responsabilidad y estabilidad (emocional, laboral y económica). Asumir este evento en una etapa como la adolescencia implica riesgos tanto para la madre como para el futuro bebé (Carrillo *et al.*, 2004). La complejidad de la intervención social con adolescentes embarazadas radica en el hecho de tener que hacer equilibrios para desarrollar y conjugar el hecho de ser adolescente con la maternidad prematura.

La mayoría de jóvenes atendidos/as presenta una considerable fragilidad emocional, a menudo con historias vitales de reiteradas pérdidas y duelos no elaborados, así como

■ **La mayoría de jóvenes atendidos/as presenta una considerable fragilidad emocional, a menudo con historias vitales de reiteradas pérdidas y duelos no elaborados.**

importantes carencias afectivas. A esto se suma el estresor que supone afrontar la maternidad en situaciones de alta precariedad social, y a menudo sin un entorno familiar contenedor (emocional/relacional). Las familias de origen pueden reaccionar desde el enojo, la distancia y la culpabilización al adolescente. Este entorno complica aún más la situación de partida ya que el adolescente debe responsabilizarse íntegramente de los cambios que se producen; y en la mayoría de los casos sin el apoyo del padre del bebé. Muchas y diferentes tensiones impactarán en su vida influenciando sus futuros planes con la repercusión principal sobre su educación y las relaciones con sus propios padres, madres y entorno.

La preparación a la maternidad es necesaria: preparación psicológica, redefinición de las relaciones con una misma y con la pareja, negociación de responsabilidades relacionadas con el cuidado del bebé y la posible redefinición de la propia identidad. Muchas madres adolescentes no están preparadas para realizar estos cambios necesarios y este hecho les genera conflictos que interfieren con sus habilidades parentales y les dificulta la posibilidad de dar al bebé un ambiente socioemocional adecuado.

A este contexto evolutivo de las madres hay que sumar la situación económica cada vez más deteriorada de las familias atendidas. Se observan graves situaciones de pobreza, con la consiguiente pérdida de

oportunidades a nivel bio-psico-social de los niños y niñas. Es relevante mencionar la existencia de situaciones laborales muy precarias (desempleo de larga duración, exclusión del mercado laboral, déficits formativos, imposibilidad de conciliar o responsabilidades familiares ineludibles, situación administrativa irregular, etc.) y grandes dificultades para acceder a una vivienda digna (ausencia de ingresos económicos, ya sea por desempleo o ayudas sociales, desahucios, etc.). Todos estos aspectos agravan la situación del caso y dificultan aún más la estabilidad necesaria para la atención, dada la falta de arraigo a un territorio y la dificultad al consolidar una red de apoyo social.

A modo de ejemplo, para hacer una radiografía de la población atendida en el programa, observamos un perfil de vulnerabilidad multifactorial que viene marcado por la falta de recursos económicos (86% de las familias), la maternidad prematura (80%), la falta de apoyo de la madre por parte de la familia de origen (76%), los antecedentes de maltrato de la madre (40%), la monomarentalidad (33%), los problemas de salud mental diagnosticados (23%) o los casos de drogodependencias (16%).

3.3. Modelos teóricos de referencia

Preinfant se sirve de modelos teóricos que permiten observar, analizar y comprender de una manera óptima la realidad en la que se interviene y el propio modelo de intervención que propone desde el abordaje social y psicológico. Se cuenta con la formación sobre **psicología evolutiva**, a través de la cual se observan los cambios conductuales y psicológicos de los niños; la **teoría del vínculo**, que mantiene como principio que un recién nacido necesita desarrollar una

relación con al menos un/a cuidador/a principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad; la **teoría general de sistemas**, que facilita la observación del individuo ‘en relación’ y no de forma aislada o individual, entendiendo que el cambio en un miembro del sistema repercutirá en su totalidad; y finalmente, la **teoría ecológica de Bronfenbrenner**, un modelo que ayuda a tener una perspectiva global del contexto que influye en el desarrollo de un individuo.

3.4. Principios de la intervención

Asimismo, el proyecto, después de 17 años de recorrido, se asienta en unos principios rectores que guían el trabajo de las profesionales y de todas las intervenciones que se dan en el marco de Preinfant. En primer lugar, el proyecto se centra en el **interés superior del niño**, entendido como la satisfacción integral de sus derechos y asegurando su protección y bienestar. Se trabaja desde el impulso de una **marentalidad positiva**, según la cual el objetivo de ser padres y madres es promover las relaciones positivas con los hijos/as, para garantizar los derechos del/ de la menor en el seno de la familia a través de vínculos afectivos cálidos, entornos estructurados, estimulación y apoyo, el reconocimiento y la capacitación y educación sin violencia.

- **El proyecto se centra en el interés superior del niño, entendido como la satisfacción integral de sus derechos y asegurando su protección y bienestar.**

El resto de fundamentos giran en torno a una intervención que sitúa en el **centro a la**

persona, impulsando y facilitando que participe activamente de su propio proceso de atención y, por lo tanto, asegurando que sea el principal **agente de cambio**. Se busca que la familia logre cambios en su situación para mejorar la vida de sus hijos/as instaurando una mirada hacia el bebé que englobe tanto la unicidad como la complejidad. Las dimensiones neurológicas, intelectuales, emocionales y sociales del niño, individualmente diferentes, interactúan conjuntamente para crear una persona que es más que la suma de sus partes. La profesional trabaja desde una mirada amplia que atiende todas las peculiaridades y complejidades de la situación. Una mirada a la persona y no al objeto de intervención. Hay que partir de la base de que en la mayor parte de los casos el programa atiende dos menores en momentos vitales diferentes, pero es necesario que ambos estén protegidos y procurar hacerlos crecer de manera sana.

Con este objetivo se trabaja fomentando las capacidades **resilientes** y asegurando factores protectores tales como referentes afectivos, recuerdos de momentos felices, personas que lo han querido, etc. Se planifica la intervención también desde una **perspectiva de género**, dado que el trabajo se realiza en todos los casos con las mujeres (y otros miembros de la familia o entorno), y se requieren herramientas y abordajes adaptados.

3.5. Metodología y desarrollo del programa

En cualquier caso, desde Preinfant se interviene bajo una metodología dinámica, abierta y flexible, adecuando el proceso a las circunstancias, motivaciones, demandas y/o necesidades verbalizadas y/o visibilizadas de las familias. Existe una evaluación

y ajuste continuado entre la madre y el niño, la intervención y la red existente para construir un proceso circular de calidad y mejora.

Las familias que se atienden a menudo tienen en su historia de vida antecedentes complejos y/o situaciones tan difíciles como internamiento institucional, fracasos en la crianza, antecedentes de maltrato y/o abusos; o experiencias previas de haber recibido atención muy mediatizada por el control. Por ello, a menudo existen importantes resistencias para generar nuevos vínculos de apoyo terapéutico, ya que se sienten perseguidas, cuestionadas y controladas en sus funciones marentales.

En este sentido, desde Preinfant se observa que, cuando se empieza a intervenir durante la etapa prenatal, las resistencias a recibir ayuda disminuyen, se vinculan al servicio con mayor facilidad y mejora la alianza terapéutica, y se sienten atendidas y acompañadas en un momento de mayor vulnerabilidad. De hecho, los datos de las familias que entran en programa expresan lo que se ha trabajado con los servicios derivantes durante todos estos años: solo un 13% de las mujeres entran en el programa con un hijo/a menor de 3 años, el resto lo hacen embarazadas. Hay un mensaje implícito: “se puede compartir un propósito, ayudar a crecer, a nacer, a cuidar”. Si se consigue la alianza de trabajo se garantiza una mayor adherencia a la posterior intervención e incidir precozmente en el desarrollo de las competencias marentales permite prevenir posibles situaciones de maltratos prenatales (especialmente las derivadas de falta de seguimiento medicoginecológico y/o del consumo activo de tóxicos), permite realizar un acompañamiento en el complejo proceso de asumir unas maternidades que a menudo no

son ni programadas ni deseadas; permite ayudar a incorporar un rol materno y paterno suficientemente sano que pasa por revisar sus modelos de crianza, como los han tratado como hijos/as, por ejemplo.

La intervención en el período prenatal permite que se pueda ir construyendo un espacio físico y mental para su futuro hijo/a de manera que puedan acogerse en las mejores condiciones posibles y responder a sus necesidades. Cuanto antes pueda comenzar este trabajo, mejor pronóstico se puede esperar.

En todo este proceso el programa ofrece **apoyo emocional y trabajo del vínculo durante el embarazo y posteriormente con el/la bebé**, con el fin de favorecer una vinculación confortable y potenciar las competencias marentales; **apoyo en los cuidados del embarazo, pautas y habilidades de crianza; y dinamización de los recursos de la red** con el fin de, en caso de ser necesario, fomentar la adherencia de las familias con la red social y profesional.

A nivel operativo Preinfant recibe los casos principalmente derivados de servicios sociales de territorio, pero también de servicios sanitarios, centros de tratamiento de drogas, equipos de infancia, entre otros. Asimismo las familias pueden dirigirse directamente, y desde hace ya 3 años se ha puesto en marcha el portal web **preinfant.org** y un **entorno de redes sociales** (Facebook y Twitter) en el que se ofrece información sobre el embarazo en jóvenes a través de sus canales, y se garantiza un espacio de atención y asesoramiento *online* a jóvenes embarazadas.

En todo el proceso de acogida de los casos derivados se trabaja en un marco de referencia cálido, cordial y profesional, manteniendo una actitud empática y de es-

cucha activa que facilite el vínculo terapéutico, y por tanto el éxito de adherencia al proceso de intervención.

Teniendo en cuenta el diagnóstico y el perfil de población al que se dirige el programa, se realiza un diagnóstico amplio a través de una exploración en profundidad de la situación familiar, social, sanitaria, educativa, laboral, y los factores de riesgo y protección existentes y detectados. Se exploran las necesidades y oportunidades que presenta el caso, los factores causales y los condicionantes de riesgo, se trabaja con un pronóstico compartido de la situación en un futuro inmediato y a medio plazo, se identifican los recursos, se determinan prioridades, etc., con el objetivo de establecer una estrategia de intervención.

A través del diagnóstico e hipótesis de trabajo se elaboran los Planes de Mejora con la familia. Contienen los objetivos (concretos y alcanzables) y actividades a realizar durante el proceso de intervención en las áreas que engloba el proyecto (vinculación y crianza, creación de redes de apoyo, vinculación a recursos, desarrollo de habilidades, etc.) y adaptados al momento evolutivo (durante el embarazo, desde el nacimiento hasta los seis meses del bebé, de los siete a los diecisiete meses, y finalmente de los dieciocho a los tres años de vida). Cada uno de estos Planes hace hincapié en aspectos de vinculación y crianza propios del momento evolutivo, con el objetivo de afianzar un patrón de vinculación, trabajar las actitudes, cuidados y hábitos saludables, identificación de las demandas del bebé y las respuestas a las mismas y seguimiento médico, entre muchos otros.

El trabajo con las madres y las familias se lleva a cabo a partir de varios mecanismos: el trabajo a domicilio, la visita hospita-

ria, las visitas de acompañamiento, el acceso permanente al profesional fácilmente localizable, la oferta flexible a la hora de programar las visitas, y técnicas como la videointervención con la familia.

Desde el año 2010, dada la situación de emergencia social que se detecta en las mujeres embarazadas de Preinfant, ABD dispone de Pisos maternoinfantiles para asegurar el alojamiento de las mujeres y un espacio seguro y protegido para recibir al bebé en su primer tiempo de vida. Es en cualquier momento del proceso de la mujer, en caso de detectar situaciones de riesgo para el bebé y para ella misma (insalubridad, hacinamiento, conflictividad familiar, indigencia, desahucio, etc.) que se realiza una derivación a los servicios propios que ABD ha desarrollado.

En todos los casos Preinfant realiza un seguimiento post-alta pasados los seis meses de la finalización de la intervención. La evaluación del cierre es una etapa primordial en la que se realiza **la evaluación del cambio**. Mediante un cuestionario adaptado se recogen los indicadores que permiten observar y conocer la evolución del caso en las áreas de intervención del programa. Concretamente consigue mejorar los aspectos psicológicos de las familias en un 83% de los casos, los conocimientos y hábitos sanitarios en el 82%, los aspectos sociales en el 70% de los casos (todo el alto condicionamiento social de las familias), las relaciones de la red formal en un 81%, gracias a un trabajo de alta intensidad relacional con la red de apoyo formal (en un año se realizan alrededor de 40 acciones de coordinación por familia con servicios públicos y privados) y un 60% de las relaciones informales (especialmente relevante dado el trabajo con la familia de origen con las madres adolescentes).

4. Conclusión

Desde la extensa experiencia en programas de atención y prevención al maltrato infantil, se ha podido constatar la eficacia de la intervención en el período prenatal y en los primeros años de vida del/de la bebé, reduciendo y/o eliminando indicadores de riesgo que favorecen y aseguran su protec-

ción, siendo imprescindible para su posterior desarrollo integral.

Desde ABD creemos que una acción preventiva que se desarrolle de forma efectiva en la fase pre-natal, natal y post-natal es fundamental como elemento contenedor y preventivo de la posibilidad de aparición de situaciones de riesgo para la infancia.

Bibliografía

- BOWLBY, John. Una base segura: *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. PAIDOS IBERICA, 1989. ISBN 9788449302015
- PETER RYGAARD, Niels. El niño abandonado. *Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Editorial Gedisa, S.A., 2008. ISBN 978-84-9784-226-6
- POU, J. *El pediatre i el maltractament infantil*. Editorial Ergon, 2010. ISBN 978-84-8473-786-5
- BARUDY, Jorge. *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós Ibérica, 1998. ISBN 9788449304941
- BERRY BRAZELTON, T. *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Plaza & Janés Editores, S.A. 2001. ISBN 84-01-37780-3
- FELIX, L. *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica y Criterios Educativos. Programa para la Mejora del sistema de atención social a la infancia*. Generalitat de Catalunya, departament d'Acció Social i Ciutadania Secretaria d'Infància i Adolescència de Catalunya. 1995.
- OBSERVATORIO DE LA INFANCIA. *Maltrato infantil. Detección, notificación y registro de casos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. NIPO 201-06-245-6.
- UNICEF. *Convenció sobre los Derechos del Niño 1989*. DL-M-26132-2006.
- España. *Protecció Jurídica del Menor, competencies y medidas de protecció (riesgo o desamparo) en casos de maltrato infantil*. Ley Orgánica 1/1996. 15-01-1996. 14 páginas. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069>
- Cataluña. *Dels Drets i les oportunitats en la Infància i l'Adolescència*. Ley 14/2010. 27-05-2007. 62 páginas. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/28/pdfs/BOE-A-2010-10213.pdf>
- Cataluña. *Ley de Servicios Sociales de Catalunya*. Ley 12/2007. 11-10-2007. 30 páginas. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/11/06/pdfs/A45490-45519.pdf>
- España. *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. 5-04-2013. 68 páginas.
- http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf

Grupo de familias adoptantes con niños con trastornos del comportamiento y con necesidades educativas especiales

Group of adoptive families with children with behavioral disorders and special needs

Marta Galligó (coord.) y otras autoras¹

Resumen

En el siguiente artículo se expone la experiencia de trabajo en grupo con familias que tienen niños que se encuentran en proceso de adopción en Cataluña y que presentan problemas importantes en su desarrollo, ya sea por alteraciones conductuales o bien porque presentan algún tipo de diagnóstico en salud mental. Tanto familias como profesionales que han intervenido valoran positivamente la experiencia, pues en las familias ha aumentado la comprensión de las necesidades de sus hijos, y se confirma el valor del grupo como herramienta de prevención de dificultades en el vínculo niño-adoptantes.

Palabras clave: Trabajo grupal, adopción, competencias parentales, niños con necesidades educativas especiales, niños con trastornos del comportamiento.

Para citar el artículo: GALLIGÓ, Marta i altres autors. Grupo de familias adoptantes con niños con trastornos del comportamiento y con necesidades educativas especiales. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 116-121. ISSN 0212-7210.

¹ Entidad colaboradora (ICIF) del Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció (ICAA). Equipo integrado por Marta Galligó (coordinadora) marta.galligo@intress.org, Olinda Almeida, Teresa Galligó, Mónica Pla, Elena Requena y Julia Torres (psicólogas); Laia Bellostes y Yolanda Galera (trabajadoras sociales).

Abstract

This article shows the experience of group work with families who have children who are in the process of adoption in Catalonia, which have significant problems in their development, whether it is a behavioral alteration or some kind of mental health diagnosis. Both families and professionals who have taken part assess it as a positive experience because families have increased the understanding of their children's needs, and this confirms the value of the group as a tool to prevent difficulties in the bond between the child and the adoptive parents.

Key words: Group work, adoption, parental skills, children with special needs, children with behavioral disorders.

El proceso de adopción de niños en Cataluña se pone en marcha cuando se resuelve administrativamente para un menor que la mejor medida de protección para él es la adopción en familia ajena. Hasta que se constituya el auto de adopción por parte de un juez, habrá que hacer un seguimiento psicosocial, que contempla una serie de intervenciones según las necesidades de cada situación, como entrevistas, visitas domiciliarias, sesiones de juego o bien sesiones diagnósticas con del niño, así como coordinaciones con los diferentes profesionales (centros educativos, CDIAP, CSMIJ y otros) que estén en contacto con el niño y la familia. Nuestro equipo multidisciplinar, formado por trabajadoras sociales y psicólogas, es el encargado de realizar este asesoramiento psicológico, educativo y social, y de informar sobre el proceso administrativo y jurídico. Así, uno de los objetivos principales del seguimiento es acompañar a la familia en la crianza del niño, en especial en lo referido a las tareas específicas de la adopción (revelación de los orígenes, secuelas del abandono, discriminación racial...). Administrativamente,

este seguimiento está planteado desde una perspectiva individual, de relación profesional-familia, sin que estén contemplados otros tipos de intervención o seguimiento que impliquen un trabajo con las familias en su conjunto.

Sin embargo, desde diferentes disciplinas que incluyen el trabajo social, la educación social, la psicología, la sociología, etc., se sabe que el trabajo grupal promueve dinámicas y posibilidades de cambio diferentes de lo que es capaz de provocar el dúo que conforman la familia y el profesional (Rubio y Varas, 1997).

De ahí la iniciativa de poner en marcha un trabajo grupal con las familias atendidas por nuestro equipo, además de recoger la necesidad detectada en algunos adoptantes de niños con dificultades importantes de desarrollo de contactar con otras familias que se encontraran en situación parecida.

Objetivos de los grupos y características de los participantes

La finalidad del trabajo grupal es crear un espacio donde las familias compartan

sentimientos y experiencias, así como fomentar las capacidades de observación y de pensamiento de los participantes, competencias parentales imprescindibles en especial para hacer frente a realidades inesperadas que conllevan altos niveles de ansiedad y de dolor psíquico.

En concreto, los objetivos que persigue el grupo son:

- Promover el contacto entre familias adoptantes con experiencias de parentalidad semejantes.
- Abordar las ansiedades que surgen en la crianza de un niño (tanto ansiedades universales como específicas de la adopción y las derivadas de las necesidades especiales de los niños).
- Favorecer en la familia la aceptación del hijo adoptivo, con sus rasgos diferenciales.

Los grupos de trabajo fueron dos. Un primer grupo formado por siete familias que tenían niños con alteraciones de conducta importantes, tales como alta impulsividad y manejo deficiente de la agresividad, conducta desafiante, baja tolerancia a la frustración, gran ansiedad de separación y dificultades en las relaciones sociales y con las figuras de autoridad. Y un segundo grupo de seis familias con niños que habían recibido un diagnóstico clínico como síndrome de alcoholismo fetal, trastorno del espectro autista, síndrome X frágil y disminución intelectual de etiología desconocida. Cabe destacar que, en el momento de la propuesta, no existían (o había pocos) indicadores de riesgo que pronostican las graves dificultades que aparecerán posteriormente.

Las edades de los niños oscilaban entre los 3 y 11 años, y el tiempo de convivencia con la familia variaba de uno a cinco años.

Organización y metodología de trabajo

Se organizaron 10 sesiones de trabajo para cada grupo, a razón de una cada tres semanas. Posteriormente se programó un encuentro a los cinco meses de finalizar la experiencia. Además, en uno de los grupos, tras la 10ª sesión se hizo una conclusión-merienda en la que también participaron los niños. En todas las sesiones se invitó a los dos miembros de la pareja; en general, la participación fue alta y motivada.

Cada grupo fue conducido por una trabajadora social y una psicóloga, y la duración de las sesiones fue de 90 minutos. Eran grupos cerrados.

A partir de una preselección realizada por el equipo técnico, se ofreció a un conjunto de familias la posibilidad de participar en la experiencia grupal y finalmente fueron las propias familias quienes de manera voluntaria decidieron formar parte del grupo.

Se utilizaron dinámicas de grupo que requirieran de una participación activa: discusión de documentación tanto en grupo grande como en pequeño grupo, visionado y análisis de cortometrajes y actividades conjuntas niño/acogedores (para ser realizadas en el período intersesiones).

Temas de trabajo

Antes de iniciar las sesiones de grupo, se administró un cuestionario a las familias participantes con el objetivo de programar las temáticas de interés. De estos temas, los que mayor discusión e interés generaron en ambos grupos fueron la aceptación del hijo, el abandono, la escuela, y el sentimiento de identidad y la autoestima.

■ El punto de partida de la mayoría de familias participantes era de aceptación de las dificultades presentes en sus hijos.

1) Aceptación del hijo. El punto de partida de la mayoría de familias participantes era de aceptación de las dificultades presentes en sus hijos. En otros la utilización de la idealización de la situación (“tengo un hijo perfecto”, “es lo mejor que me podía haber pasado”) era una medida defensiva frente al dolor por la aceptación auténtica de la dificultad. Finalmente, una minoría de familias aún se encontraba en proceso de aceptación del diagnóstico clínico y/o de las dificultades de sus hijos; tal como expresaba una familia después de tres años de convivencia con el niño: “lo estamos masticando pero no nos lo podemos tragar, nosotros queríamos un niño sano. Quizá hubiera sido mejor no adoptar”. En todo caso, aceptar al hijo o a la hija requiere asumir la incertidumbre de su evolución, favoreciendo que las expectativas de los adultos sean más realistas. En este sentido, una madre manifestaba: “ahora va todo mejor, no sé si es porque el niño está mejor o porque nosotros hemos aceptado el hijo que tenemos”.

2) Abandono. El trabajo se destinó a transmitir la vivencia interna de un fallo básico relacionado con el abandono. En el grupo de alteraciones conductuales, algunas familias relacionaban las dificultades actuales de sus hijos con las negligencias y el abandono que habían sufrido en el período inicial de su vida, mientras que otros que no entendían la relación entre el comportamiento disruptivo de su hijo y el hecho adoptivo (“¿No nos diréis ahora que mi hijo es así

porque es adoptado? Hay muchos niños biológicos que también son complicados en clase”). Respecto al grupo de necesidades especiales, en las primeras sesiones se obviaba la importancia del abandono en la situación actual de sus hijos. Toda la problemática se relacionaba con el diagnóstico. Progresivamente, la conciencia de todos los participantes de este grupo aumentó respecto a la temática abordada, así como reconocer estrategias desplegadas por los niños para defenderse de ese dolor, como la idealización de la madre biológica o no querer hablar del tema. Son representativas las siguientes frases, recogidas en el transcurso de las sesiones: “Gracias al grupo he podido entender que mi hijo sufre por culpa del abandono”, “estamos edulcorante la realidad, azucarar-la no lleva a ninguna parte” o “...el niño manifestó que como que ahora ya tendrá DNI podrá coger un avión e ir a buscar a su madre biológica. Quiere preguntarle por qué lo abandonó y hoy en día él sufre tanto”.

■ Reconocer estrategias desplegadas por los niños para defenderse de ese dolor, como la idealización de la madre biológica o no querer hablar del tema.

3) Escuela. Todos los participantes coinciden en el rechazo sentido por parte del entorno social, ejemplificado sobre todo en actitudes de incomprensión de la escuela hacia el hecho adoptivo y hacia los problemas de sus hijos e hijas. Se relata el “suplicio” de los deberes, las energías invertidas por parte de las familias para que los niños estén al nivel del grupo-clase, la incomprensión

sión de algunos docentes, los comentarios de otras familias... También se destaca que no todas las escuelas adoptan el mismo enfoque ante los problemas de aprendizaje que tienen estos niños ni tienen los mismos recursos para afrontar la diversidad.

4) Sentimiento de identidad y autoestima de los niños. Las repercusiones que en el sentimiento de identidad y la autoestima tiene el hecho de “ser diferente” es una preocupación importante en aquellas familias que tienen acogidos a los niños y niñas de más edad, algunos ya preadolescentes. Los niños tienen un sentimiento devaluado de las propias capacidades y recursos respecto a su grupo de referencia, (“yo soy diferente de los demás, tengo una manera diferente de aprender”, “tú querrías que tu hija fuera otra”), o bien expresamente se apartan de situaciones en las que prevén que fracasarán o no tendrán una actuación similar a la de los iguales, con una tendencia importante a inhibirse y a abandonar.

Valoración de la experiencia

Mediante un cuestionario elaborado *ad hoc*, las familias han valorado favorablemente la asistencia al grupo, considerándola adecuada y muy recomendable en el conjunto del seguimiento. *Grosso modo*, los participantes de ambos grupos consideran que la intervención grupal por una parte ha favorecido la comprensión de las necesidades que presenta su hijo o hija, y por la otra ha aumentado su empoderamiento (“El grupo me ha posibilitado que pueda enfrentarme con más seguridad con el tutor y pedirle que todos los profesionales que atienden a mi hijo se coordinen”). Desde la perspectiva de los profesionales, el trabajo en grupo permite

en las familias participantes una mayor elaboración de los orígenes, captar el impacto del abandono sobre el desarrollo, y potenciar las capacidades parentales de observación y pensamiento.

Así, el trabajo en grupo es una herramienta de prevención, especialmente en aquellos casos en que los niños tienen dificultades importantes en el desarrollo. Prevención que a corto y medio plazo tiene que ver con la toma de conciencia y la adaptación de la familia a una realidad inesperada y no buscada, así como con la respuesta emocional que son capaces de proporcionar al niño.

Pero también se trata de una herramienta de prevención a largo plazo. La prevención a medio y largo plazo en familias adoptantes es primordial para evitar el fracaso en la adopción. Berástegui (2008) contempla como factores de riesgo asociados al regreso del niño que el niño o la niña tenga antecedentes familiares de trastorno mental, que haya habido exposición fetal al alcohol o las drogas, y presencia de problemas emocionales y/o de conducta importantes. En cuanto a factores de riesgo en la familia adoptante, destaca las expectativas poco realistas hacia la adopción y la falta de apoyo externo a la

■ En cuanto a factores de riesgo en la familia adoptante, destaca las expectativas poco realistas hacia la adopción.

familia en su tarea. Por su parte, Galli y Viero (2001) enfatizan la importancia de detectar, en el proceso de valoración de solicitantes a la adopción, experiencias vitales o características de personalidad contraindicadas para llevar a cabo este proceso. Para estos auto-

res, el esfuerzo de los técnicos debe dirigirse a un análisis más cuidadoso del proceso de luto del hijo biológico no concebido y los mecanismos de defensa que impiden la adecuada elaboración de esta experiencia vital que determina claramente el proceso de vinculación con el niño adoptado. En este sentido el riesgo aumenta si nos encontramos con niños que, por las carencias afectivas en etapas tempranas, desarrollan una patología que requiere implicación personal, responsabilidad y cuidado afectuoso por parte de familias, que deben estar libres de cargas emocionales no elaboradas.

Entre las medidas para prevenir las adopciones truncadas, Berástegui (2008) destaca disponer de buenos servicios postadoptivos

y potenciar asociaciones de familias adoptivas donde poder recibir ayuda y apoyo de otras familias que hayan vivido situaciones parecidas.

Nuestro juicio es que la intervención grupal incide en los factores de riesgo relativos a la familia adoptante y en las dificultades emocionales y conductuales de niños y adolescentes, ya que la dinámica de grupo pone en evidencia conflictos que dificultan el proceso de vinculación entre niño y adulto. En este contexto, el grupo se convierte en una herramienta de prevención, pues ofrece contención, escucha y reflexión a sus miembros, ajusta las expectativas de sus integrantes y posibilita la modificación de pautas relacionales y educativas.

Bibliografía

- BERÁSTEGUI, A. *Los retos de la adopción: balance y perspectiva*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 2008. ISBN 978-84-8417-279-6.
- GALLI, J. y VIERO, F. *El fracaso en la adopción*. Madrid: Grupo 5 Acción y gestión social, 2001. 978-8493579500.
- RUBIO, M. J. y VARAS, J. *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. CCS, 1997. 978-8483168516.



Otros temas de interés

Los profesionales de los servicios sociales básicos en tiempos de crisis

El informe social en el marco de la Administración de Justicia: el informe social forense o pericial

Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora

Los profesionales de los servicios sociales básicos en tiempos de crisis

Professionals of Basic Social Services in times of crisis

Xavier Pelegrí Viaña,¹ Cecilio Lapresta Rey,² Rafael Allepuz Capdevila³ y Pere Enciso Rodríguez⁴

Resumen

Este artículo nace de un estudio mucho más amplio que lleva por título *Nueva y vieja pobreza en las comarcas de Lleida. Percepción desde los servicios sociales*.⁵ Entre las variables que se estudiaron en torno a las consecuencias que está comportando la recesión económica, aquí damos cuenta de los aspectos que tocan más de cerca a los profesionales⁶ de primera línea: cómo ven la situación, cómo les afecta, con qué estrategias la afrontan, etcétera.

Frente al mucho que ya se ha escrito sobre la afectación de la crisis en el ámbito social y el posicionamiento de los profesionales de los servicios sociales, este artículo aporta una mirada más empírica, producto de la participación de más de 60 profesionales que trabajan sobre el territorio y que, además, recoge mayoritariamente la idiosincrasia del medio rural, de trabajo más disperso, realizado por unos equipos más pequeños y con menos dotación de recursos.

Palabras clave: Profesionales, pobreza, crisis económica, servicios sociales.

Para citar el artículo: PELEGRÍ VIAÑA, Xavier; LAPRESTA REY, Cecilio; ALLEPUZ CAPDEVILA, Rafael y ENCISO RODRÍGUEZ, Pere. Els professionals dels serveis socials bàsics en temps de crisi. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, pàgines 125-135. ISSN 0212-7210.

¹Trabajador social y Doctor en Antropología. Profesor de la Universitat de Lleida. xpelegri@geosoc.udl.cat

²Doctor en Sociología. Profesor de la Universitat de Lleida. clapresta@geosoc.udl.cat

³Doctor en Economía. Profesor de la Universitat de Lleida. rafael.allepuz@econap.udl.cat

⁴Doctor en Administración y Dirección de Empresas. Profesor de la Universitat de Lleida. pere.enciso@econap.udl.cat

⁵Libro de los mismos autores, en proceso de edición por el Servei de Publicacions de la UdL.

⁶Para no sobrecargar el texto, usamos el genérico para referirnos tanto a los como a las profesionales.

Abstract

This article is part of a much larger study entitled *New and old poverty in the counties of Lleida. Perception from social services.*⁷ Among the variables that were studied concerning the consequences of the economic downturn, here we consider the aspects strongly relevant to the front line professionals: how they see the situation, how they are affected, what strategies they use, and so on.

Considering the ample works that have already been written about the implications of the crisis in the social area and the positioning of social service professionals, this article provides a more empirical view, result of the participation of more than 60 professionals working in the territory and which also reflects the idiosyncrasies of the rural environment, of the more dispersed work performed by smaller teams and with less resources allocated.

Key words: Professionals, poverty, economic crisis, social services.

Introducción

Después de siete años de vivir inmersos en un estado permanente de malestar social, por causas ya suficientemente conocidas pero de consecuencias aún no del todo previsibles, nos podemos ahorrar en esta introducción recordar las referencias al contexto de crisis económica y social. El caso es que, interesados en estudiar los efectos de dicha crisis, en 2012 nos decidimos a emprender una búsqueda focalizada en la pobreza económica de la demarcación de Lleida, para captar cómo habían ido cambiando dimensiones como el trabajo, los ingresos, la cobertura de necesidades o la integración social desde antes del colapso (2008) hasta entonces.

La metodología mixta –cuantitativa y cualitativa– que empleamos contó con una parte ineludible de datos numéricos (cabe decir que mucho menor que la que pretendíamos en principio, debido a las dificultades de obtenerlas que nos encontramos de parte de las administraciones) pero, sobre todo, se nutrió de un conjunto mucho más extenso y consistente de aportaciones cualitativas. La principal (y valiosísima) fuente de información con la que contamos fue la de los profesionales de los equipos básicos de servicios sociales, que en la demarcación de Lleida se circunscriben a las áreas básicas mayoritariamente de la Administración comarcal (12 en total), con la única excepción del área básica de la propia capital de Lleida.

⁷ Book by the same authors, currently in the publishing process by the Publications Department of UdL.

⁸ Consell Comarcal del Segrià (SGR). Consell Comarcal de l'Alt Urgell (AUR). Consell Comarcal de l'Alta Ribagorça (ARI). Consell Comarcal de Les Garrigues (GAR). Consell Comarcal de La Noguera (NOG). Consell Comarcal del Pallars Jussà (PJU). Consell Comarcal del Pallars Sobirà (PSO). Consell Comarcal del Pla d'Urgell (PLU). Consell Comarcal de La Segarra (SEG). Consell Comarcal del Solsonès (SOL). Consell Comarcal de l'Urgell (URG). Consell Comarcal de la Val d'Aran (VAR). Ajuntament de Lleida (LLC). Càritas Lleida (CAR). Càritas La Noguera (CAN). Creu Roja La Noguera (CRN). Arrels (ARR).

Se añadieron, para ampliar la visión, tres entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja y Arrels) que trabajan especialmente con personas empobrecidas. Cada equipo se ha identificado en el texto con un acrónimo.⁸

La técnica empleada fue organizar un grupo de discusión en cada sede del equipo, con el número de profesionales que ellos mismos designaron, procurando, siempre que fuera posible, la participación al menos de los dos perfiles básicos: trabajo social y educación social. La presencia de los jefes no fue controlada porque lo que se priorizó fue la experiencia cotidiana en la atención personal de los ciudadanos, más que la institucionalización más o menos bienintencionada de las políticas sociales. El guión utilizado para conducir el debate era suficientemente dúctil como para ajustarse a las diversas situaciones dispares, tanto en lo socio-económico de cada realidad como a la propia idiosincrasia del área básica y el equipo básico de servicios sociales.

De todas las dimensiones abordadas, en este artículo presentamos la parte que trata de los profesionales, como elementos determinantes de la atención que prestan los servicios sociales. Presentamos primero la percepción que tienen de los cambios que se han producido en su entorno y, en segundo lugar, los retos que la concepción anterior les provoca en su actuación profesional.⁹ Acabaremos dando cuenta de los sentimientos que experimentan y de los posibles mecanismos de apoyo a los que acuden para minorizar las tensiones a las que están sometidos. Todo ello con la intención de poner de relieve hasta qué punto la crisis

ha comportado efectos, todavía poco conocidos, en los recursos humanos de los servicios sociales.

Cambios en el entorno profesional

Es incuestionable que la nueva situación social a la que nos han llevado estos años de crisis ha influido mucho la visión de los profesionales y la forma de afrontar la realidad. Tampoco se puede obviar que el contexto macro y micro en el que los profesionales actúan condiciona ya veces determina en gran medida lo que es posible hacer. Dada la diferente envergadura, podemos estructurar claramente tres niveles de cambios que destacan los profesionales: en el primero veremos cómo la crisis está modificando la forma de intervención de las diferentes profesiones que actúan desde los servicios sociales básicos; en el segundo nivel se recoge la percepción de las presiones provenientes del entorno social; y en el tercero se trata todo lo que tiene que ver con los condicionantes atribuibles a las organizaciones donde se trabaja y al sistema de servicios sociales.

Una primera constatación que emerge con fuerza, de una manera u otra, es la gran influencia que han tenido estos años de crisis económica para cuestionar y, hasta cierto punto, trastocar los roles profesionales. Por ejemplo, se nos dice: “Estamos haciendo como una nueva figura: el trabajador social y el educador como recurso” ((SGR); “Ha sido un cambio en la manera de trabajar” (SOL). Por lo tanto, podríamos decir que al faltar los servicios o recursos materiales a los que se estaba acostumbrado, los profe-

⁹ El concepto de *reto* significa «hecho de provocar a alguien a un combate» (DIEC), por tanto, entendemos que está en sus manos hacer algo para intentar superarlo.

sionales han tenido que recurrir a su propia actuación, con lo que de algún modo han redescubierto la intervención más genuina: “Lo que hemos notado con la crisis es que si no te puedo ofrecer nada más, te ofrezco mi apoyo, la orientación”(NOG). “Hemos tenido que hacer un cambio de chip, volvemos al trabajo social de origen” (PSO).

Es muy interesante esta referencia a los orígenes de una de las profesiones mayoritarias en los servicios sociales como es la del trabajo social y cómo, habiendo pasado una larga época deslumbrados por la abundancia de recursos y enfocados a la gestión, ahora se recupera su verdadera esencia: “Hasta ahora la imagen era: trabajador social igual a expendedor de recursos, ahora estamos volviendo a lo que tiene que ser.” (SGR). Esto que se identifica como esencial es lo relacional, el valor añadido que aporta el profesional: “Lo que me he estado encontrando con mucha gente es que viene una primera vez y vuelve solo para poder hablar contigo” (PSO). Pero lo que no siempre es coincidente es como se materializa este cambio, qué acción se lleva a cabo cuando sólo se cuenta con el propio recurso como profesional. Parece que se configuran dos modelos de intervención, fruto de la percepción que se tiene y de la mayor o menor capacidad de asumir las presiones que conlleva la nueva situación de penuria.

Así pues, distinguimos un modelo que parece decantarse por tratar de compensar la ausencia de otros recursos solo con la contención del profesional: “Trabajar sin recursos es difícil y, a veces, te queda esa sensación de “¿para qué vengo?”. Te están contando una situación grave y tú, como mucho, le tienes que decir: nosotros solo te podemos ofrecer esto”(VAR); estrategia que

puede conllevar la sensación de no estar abordando el problema real que irremisiblemente pasa por la cobertura de las necesidades básicas. Visto desde otra perspectiva: “Es ayudar más asistencialmente, para que puedan subsistir. Las situaciones son tan delicadas que vas a lo básico y no puedes pedir prácticamente nada. Según qué tipo de trabajo, no lo puedes hacer.”(GAR).

El otro modelo se inclina más por hacer un trabajo diferente, más colectivo: “Ahora se trabaja mucho a nivel comunitario. Estamos volviendo a los principios de la profesión, esta crisis nos está reconduciendo nuestro trabajo “(SGR). Un tipo de trabajo colectivo y colaborativo que se adapte a cada contexto ya la idiosincrasia de la población: “Con el proyecto de huertos sí que vamos dando tumbos para potenciar sus habilidades, para buscar lo que no tienen y ayudarles”(PJU); o fomentando la promoción más que la mera asistencia: “Ahora apostamos por todo el tema laboral, empezamos con formación básica, y ahora la estamos especializando” (CAN).

Pero la principal dificultad que existe para adoptar esta metodología alternativa al trabajo asistencial clásico es la propia formación: “necesitaríamos un trabajo comunitario más potente, y los trabajadores sociales no estamos preparados, no tenemos herramientas para trabajar..., pero es que ya no las tenemos a nivel de estar formados nosotros”(CRN), lo que evidencia una de las grandes carencias de la profesión, que debería interpelar igualmente a las universidades. Otros también aducen la dificultad de dar pasos en esta dirección, atribuyéndolo a imponderables que provienen de la propia entidad: “Lo hemos intentado pero nos cuesta mucho porque no tenemos ni los recursos ni el tiempo” (NOG).

No se trata de hacer una división radical entre ambos modelos, sino de captar que hay dos sensibilidades que se conjugan a la vez y conllevan contradicciones en los equipos sobre qué hacer: “Es fácil decirlo, pero no todo se acaba con el dinero; las ayudas económicas son importantes, pero es como la vida misma, necesitamos el dinero y otras cosas”(PLU). Estas otras cosas que –como dice la cita anterior– también son necesarias se concretan en actuaciones que dan lugar a determinadas líneas de trabajo. Una de ellas, que aparece como aglutinadora de muchas de las otras, es la que podríamos denominar el cambio de chip que tiene que hacer la propia población demandante hacia la asunción de su situación en lugar de traspasarla al profesional como si ya no fuera responsabilidad propia. Aquí la palabra clave es **compromiso**, más allá de la ayuda que se le pueda dar: “La persona que llama a nuestra puerta debe hacer un cambio de mentalidad [...] tenemos que hacer mucho trabajo de decir nosotros podemos dar la ayuda económica pero tú tienes que comprometerte”(VAR).

También hay quien va más lejos y saca a colación que este cambio de mentalidad debe ser para no volver a caer en las trampas que la sociedad nos crea. Aquí el concepto que sale es más radical aún, el empoderamiento (y por ambas partes): “tenemos que ayudar a la gente a cambiar la mentalidad, se debe vivir de otra manera; debemos empoderar, y nuestro trabajo sería empoderar a la gente, para que tome conciencia de este poder y la ejerza”(CRN).

Un segundo conjunto de percepciones de los profesionales se puede aglutinar en torno a ciertas actitudes que se encuentran más o menos extendidas en la sociedad y que, la situación que arrastramos ha agudizado y

devuelto a la actualidad. Un ejemplo de ello es la sensación de que la crisis ha supuesto un retroceso en la concepción que se tiene de la actuación profesional: “Hay una presión por todas partes, estamos volviendo a la beneficencia de nuevo” (SGR). Beneficencia en cuanto a la acción, e indefinición en cuanto a las funciones: “Venimos de una historia en la que la asistenta social es la que sirve para todo y enseguida te quita el problema” (VAR); esto quiere decir que hay que superar todavía lo que podríamos llamar una cierta banalización de la profesión y redimensionar lo que realmente se le puede exigir.

Entre otras cosas, esto tiene que ver con cómo se administran los recursos en la parte que corresponde a los profesionales, ya que a menudo es el escenario en el que los intereses entran en conflicto cuando los bienes son escasos. Con la crisis es lógico que ciertas presiones hayan aumentado, y a veces se pone en cuestión la acción de los profesionales: “Todo el mundo se atreve a juzgar si nuestras actuaciones son las correctas o no, y eso sí que me disgusta” (PLU). Esto ocurre especialmente si afecta al diagnóstico social: “Nosotros vemos la necesidad de una manera y el resto de población la ve de otra”, y el plan de acción correspondiente: “Una necesidad es una necesidad, pero hay muchas maneras de abordarla”(NOG), porque toca directamente el núcleo del poder profesional.

La comparación entre la población inmigrante y la autóctona en cuanto a beneficiarse de los recursos ya es un clásico de la recriminación a los profesionales, pero con la crisis los reproches ya se dan entre los propios autóctonos: “ahora ha venido gente de aquí y el discurso también es negativo, porque a este que yo conozco le dan ya mí no me dan nada”(VAR). Pero las acusaciones de favore-

cer más a los inmigrantes no han retrocedido, al contrario. Lo que ha cambiado es que, al haber menos recursos para una mayor población con necesidades, ha aumentado la competencia entre los recién llegados: “Ahora, incluso entre los inmigrantes, nos dicen ayudas más a este colectivo que al otro”(PLU).

Otro aspecto del mismo fenómeno que ha supuesto un reto para los profesionales ha sido la provisión de los recursos básicos, sobre todo alimentarios. Por un lado, la presión de grandes sectores empobrecidos de la sociedad y la urgencia con la que se requería una respuesta que no llegaba del sector público llevó a que fuera la propia sociedad la que pasara por delante en la organización de un abanico de iniciativas. Como alguien dijo, han conseguido “poner de moda la solidaridad”, y en este aspecto son a menudo las entidades sociales las más críticas: “En este sentido la sociedad está encantada, ya soy solidario, ya he dado” (CRN), y las que dan alternativas más eficaces porque conocen el tema, y son también las que gestionan dicha moda solidaria: “Ahora por ejemplo hacen la carrera solidaria y van a dar alimentos; y piensas ¡ostras! ¡dadnos dinero! que lo que necesitamos es dinero para pagar otras cosas: productos de limpieza, cortes de luz...”(CAN).

En definitiva, nos quedamos con unas palabras elocuentes que pueden sintetizar el descontento de los servicios sociales sobre cómo ha sido su capacidad para gestionar la crisis, al tiempo que se muestra que existen otras estrategias que no han tenido demasiado éxito en nuestras comarcas. Este es uno de los principales –si no el mayor– desafío que viven los profesionales:

“Y que todavía estemos contentos y satisfechos de haber puesto en marcha un

proyecto así [de reparto de alimentos]. Yo pienso que realmente la gente no se tiene que morir de hambre (yo preferiría ir allí que morirme de hambre), pero la gente tendría que tener vales para ir a los supermercados y escoger lo que quisiese, con un control de bebidas alcohólicas y cosas así, pero dignificador de la persona, y no lo podemos hacer porque no hay recursos. Y seguro que no habría ningún asistente social que estuviese en desacuerdo con eso...” (CRN).

El tercer tipo de cambios del entorno son los que los profesionales aprecian en relación a sus propias organizaciones y al conjunto del sistema. “Cada vez tenemos el presupuesto más reducido.” (SGR). Este podría ser el mantra más repetido entre los profesionales de los servicios sociales (y de todos los sistemas del Estado de Bienestar). “Los recortes que ha habido llevan a que haya más angustia, los usuarios te hacen una demanda a la que no puedes responder.” (NOG). Parece que son los profesionales de las administraciones los especialmente descontentos con el papel que les ha tocado hacer en esta crisis, los de las entidades sociales están más acostumbrados a dinámicas más austeras y, al mismo tiempo, a respuestas más proactivas.

Sobre esta limitación, una primera puntualización que hay que hacer tiene que ver con la incertidumbre que crea a los profesionales la indeterminación de los recursos con que pueden contar para trabajar: “Hay épocas al año que no te dejan hacer gasto hasta que no está autorizada”(URG); “El tema del dinero nos condiciona muchísimo, nos llega en septiembre u octubre y nos pasamos los primeros nueve meses del año que no podemos hacer nada, y luego se tiene que gastar todo. Esto es una vergüenza. No tie-

ne ninguna coherencia ni sentido. Llevamos años diciéndolo y no cambia nada”(NOG). No es un fenómeno nuevo, pero la celeridad de respuesta que requieren las necesidades básicas a cubrir ha puesto muy de manifiesto la nula capacidad de reacción (ya no digo de prevención) que arrastra la Administración pública de este país en cualquiera de sus niveles.

El siguiente fenómeno –ligado con el anterior– es la dependencia financiera que existe entre las administraciones, materializada muchas veces en unos instrumentos (como son las subvenciones) muy inadecuados para ofrecer estabilidad y, encima, con grandes retrasos en los pagos, lo que trae problemas de tesorería a las administraciones más dependientes y débiles: “Dependemos de un Consejo Comarcal y este depende de subvenciones. Sabes que los habrá, pero en el mejor de los casos no lo cobrarán hasta después de tres años”(URG).

Quizás la consecuencia más punzante y amenazadora que viven los profesionales de la falta de recursos es cuando amenaza el propio salario, la permanencia de los puestos de trabajo o, incluso, la supervivencia de la entidad. Esto lo encontramos sólo, como es lógico, en las entidades sociales que han sufrido fuertes recortes, muchas han pasado estos años con la amenaza de no recibir la financiación comprometida por las administraciones, o de recibirlo con un considerable retraso, con los consiguientes problemas que esto les ha provocado. Cuando esto ocurre, la repercusión en el profesional es mucho más emocional, como evidencia muy bien este testigo:

“Que te digan ‘este mes no cobráis’ es duro; que lo digan y que no cobres. Después acabas cobrando, al final nunca hemos estado sin

cobrar, de momento todavía... pero sí que hemos tenido sustos. Un mes, que nos dijeron ‘este mes no cobráis’, cuando te dicen eso te impacta en propia piel. El hecho de que nuestra situación no sea estable, nosotros no somos funcionarios, y además si nuestra situación es muy precaria, de decir ‘puede terminar mañana’, esto hace que empatice mucho [con los usuarios], tal vez lo que le está pasando a él mañana te puede pasar a ti. Depende de la situación de cada uno, si tienes familia que te apoya..., pero nada es seguro” (ARR).

Retos para la actuación profesional

En este segundo apartado destacamos tres retos bastante significativos fruto de los cambios que acabamos de analizar y que han expuesto a los profesionales. El primero lo entendemos como un reto de posicionamiento profesional en la relación de ayuda; el segundo, en cambio, apunta hacia un cambio metodológico u organizativo en la forma de gestionar la atención; y el tercero hace hincapié en los ciudadanos-usuarios y plantea el reto de cómo asegurar su dignidad y contribuir a su empoderamiento a pesar de su situación.

Enlazando con la última cita del apartado anterior, ya hemos visto que, de diferentes maneras, se nos indica cómo, a raíz de la crisis, se ha producido un cambio fundamental en la población usuaria de los servicios sociales: “es un nuevo perfil de usuario, que no es el perfil de usuario de toda la vida”(AUR). Algunos abiertamente hablan de ‘nueva pobreza’ como el concepto que mejor define el conjunto de personas que no son las que tradicionalmente acudían a los

servicios sociales. Ahora abundan (en unos lugares más que en otros), personas que podríamos calificar de perfectamente ‘normalizadas’, con formación y un nivel de vida medio o medio-alto que han visto cómo, en un breve espacio de tiempo, perdían casi todo el su patrimonio fruto de las consecuencias empobrecedoras de la crisis: paro, cierre de empresas, pérdida de la vivienda, pérdida o agotamiento de los ahorros, etc.

Es en esta tesitura donde los profesionales se sienten interpelados de forma singular y directa porque “Te ves como reflejado. En esta situación cualquiera se puede encontrar”(PJU). Algunos profesionales, acostumbrados a no tener que temer por su futuro, que nunca habían transitado por la cuerda floja de la precariedad, ahora se sienten más identificados con los que les piden ayuda. Esto va más allá de la empatía que habían practicado, esto es reconocer su propia situación o la de los próximos (parientes y amigos) y confrontarla con algo diferente de lo profesional: “A nivel personal me chocó mucho cuando empecé a ver familias como yo; dices ‘podemos ser todos!’. Y otra cosa que te toca es que tú les dices a las familias que tienen que vivir con 400 €, y tú vas a comprar el sábado y ya te dejas 100”(SOL). Este es, por tanto, el primer reto que afrontan los profesionales: conjugar este tipo de proyección de sentimientos personales en la persona del usuario.

Otro reto que apareció, y que nos contaban sobre todo las entidades sociales, fue que se ha producido una obligada priorización de los demandantes de atención social. Por un lado, el importante aumento de las personas con necesidad, las que requieren básicamente un tipo de ayuda material o económica, ha llevado a que los profesionales y entidades

hayan tenido que dotar de criterios bastante estrictos que les permitan discernir en qué y en quién invertir los escasos recursos con que cuentan para poder llegar a cuantas más personas mejor: “Un tiempo atrás sí entraban inmigrantes [con ingresos] por ejemplo de 1.000 €, y ahora si entran les haces sentarse en el despacho y les cuentas, mira pasa esto y esto, tenemos el criterio A, el B y el C; y dicen “gracias por habérmelo contado, te entiendo, me voy”(CAR). Las entidades públicas tienen, en general, menos margen de maniobra para hacer este cribado con el tiempo y calidez que sería necesario y se ven abocadas a cambiarlo por filtros o mecanismos que desincentiven la demanda.

Por otra parte, este aumento de la población más empobrecida representa para los profesionales tener que diversificar las estrategias de atención. Se constata que no se da abasto a intervenir a fondo con todos los usuarios, y esto hace que se centren más en los casos sociales y que no se generen respuestas más específicas a los que se les supone que tienen más posibilidades de salida por sí mismos: “A esta nueva pobreza no podemos dar respuesta, vienen una vez, los ayudas puntualmente, pero como ven que no puedes..., los perdemos. Nosotros nos quedamos con los que son pobres por causas sociales, que tienen estas problemáticas: economía sumergida, cosas así...”(SGR). Esto contradice *de facto* la tan proclamada universalidad de los servicios sociales que debería permitir la entrada a muchos otros estratos de la sociedad.

Sin embargo, esta estrategia de segmentación que prioriza a los más pobres se ve también reforzada desde la política social en la medida en que las ayudas no contemplan con suficiente agilidad las situaciones de po-

breza sobrevenida. Por ejemplo, cuando a las personas que tal vez están en una situación más incipiente de pobreza se las excluye de las prestaciones que les harían falta en el presente por causa de haber tenido suficientes ingresos en el pasado: “hay gente que necesita una ayuda y nos dicen ‘no es un caso social’. Las nuevas realidades de pobreza, las debemos atender desde las entidades para que [...] si valoran los ingresos que has tenido en el año anterior y no cuentan los que tienes ahora, para ellos no es un caso social”(CAN). Es sabido que la falta de trabajo y la consiguiente ausencia de ingresos no siempre son causa suficiente para tener derecho a determinadas prestaciones y hay que añadir razones que demuestren una situación extrema de marginación y exclusión.

El tercer conjunto de retos giran en torno a la consideración de los usuarios: la nueva pobreza de la que hablamos ha reavivado un antiguo concepto que nos remonta a cinco siglos antes, conocido como *pobreza vergonzante*. Eran tenidas como tales las personas que, siendo de linaje acomodada, el infortunio las había llevado a perder su estatus, pero aún así se resistían (a veces hasta el extremo) a adoptar las formas usuales de pedir caridad o aceptar atenciones de beneficencia. “Hay mucho estigma en los pueblos, prefieren ir con los padres... Lo primero que te dicen al venir es: esto no se lo dirás a nadie, ¿no?” (SGR).

De ahí que el reto para la actuación profesional sea cómo detectar esta pobreza oculta para que se pueda trabajar de forma preventiva, sin la exposición pública, íntimamente. “Nos cuesta llegar a la nueva pobreza que hay, sabemos que hay gente que necesita ayuda pero no nos viene, no la detectamos o no la sabemos ir a buscar” (CAN).

Las personas que viven las situaciones de penuria no sólo tienen vergüenza, a menudo también tienen miedo de las consecuencias que pueden sufrir si se enteran los profesionales, especialmente en el controvertido tema que hace referencia a la protección de los menores: “A veces nos ocultan que realmente no pueden comer. Muchas veces tienen a los niños avisados ??de que no digan que no están comiendo bien, por miedo a lo que podamos hacer.”(SGR).

Es a la hora de proporcionar ayuda de alimentos cuando aparecen las principales objeciones a que se conozca su situación. Esto exige de los profesionales encontrar las formas menos lesivas de proporcionales allí la ayuda: “A veces sientes llamarles a buscar un lote de alimentos cuando está todo el mundo. Le dices “ven a última hora” porque te duele que se encuentren...”(URG). Es necesario, por tanto, proporcionar ayuda sin perjudicar la dignidad de los usuarios, con imaginación y buen oficio pero, como también se reconoce, la solución ideal todavía queda lejos de las prácticas que comúnmente se llevan a cabo: “es algo tercermundista, la persona debería poder ir y comprar lo que quisiera. Aunque te diría más, lo ideal sería que pudieran ir a los supermercados normales con vales.”(CRN). Este tercer reto es posiblemente el más complicado de resolver.

Sentimientos de los profesionales y mecanismos de apoyo

Frente a estos retos y desafíos que hemos esbozado (además de otros que se han quedado en el tintero) cabía preguntarse: ¿cómo se sienten los profesionales? ¿qué sensaciones experimentan? ¿cómo afrontan el día a día? ¿cómo ven el futuro que les espe-

ra? Luego también nos fija con los recursos con que cuentan para soportar y encajar mejor estos estados de ánimo, pero empezamos por hacer un repaso a la lista de sentimientos y afecciones.

Las sensaciones más usuales (¿podía ser de otra manera?) tienden a ser negativas: “Tenemos un cierto agotamiento, desánimo. Un cierto decaimiento sí que lo llevamos. El único recurso que les podemos ofrecer [los ciudadanos] somos nosotros, y eso agota mucho”(PLU). Al mismo tiempo salen las razones de estas afecciones que concuerdan plenamente con lo que constatábamos en el primer apartado: “El hecho de no tener recursos también angustia bastante” (SGR). En definitiva, más allá de la particularidad de cada profesional o equipo, este estado de ánimo se puede extrapolar al conjunto del sistema de servicios sociales: “Quemaduras, con impotencia, todo va cayendo sobre los servicios sociales, todo va cayendo sobre nosotros” (URG).

Vale la pena pararnos un poco más en esta introspección que hacen algunos profesionales, para captar lo que las palabras a menudo no pueden reflejar con total claridad pero que se deja leer entre líneas: “A mí me genera mucha angustia. Son situaciones que me van llegando, ¿y qué hago?, ¿por dónde empiezo?, no les puedes ofrecer nada, y eso genera mucha angustia e impotencia.”(ARI). Los que trabajan con la población más excluida tienden a mostrar una repercusión más diferente sobre su trabajo. Adoptan una actitud que puede parecer fría pero que, en el fondo, es muy pragmática, fruto de un profundo discernimiento y de haberse tenido que acorazar frente a aquellas circunstancias que van más allá de lo que les es posible hacer:

“Nosotros hace mucho tiempo que estamos en esta situación, por lo tanto nuestras familias están en el mínimo del mínimo, y si han dejado de pagar la casa no nos preocupa porque no los podemos ayudar a pagarla, y si han dejado de pagar la luz y tienen una deuda de mil y pico euros, pues es que no podemos hacer nada más. Entendemos que no es lo que toca, entendemos que en principio debería preocuparnos, pero no podemos hacer nada más ya partir de ahí nosotros empezamos a intentar mantener el mínimo para que esta familia no se nos termine de derrumbarse. Pero a la vez de hablar tal vez hace que la situación nos resbale un poco” (CAR).

Por suerte, frente a este panorama que se ha dibujado más arriba, también son abundantes los apoyos y los mecanismos para compartir la situación entre los profesionales. El primer recurso en el que se piensa casi siempre es la supervisión profesional, que tanto integrada está en el imaginario del trabajo social pero, al mismo tiempo, tan poco extendida en la práctica cotidiana. No todos los equipos la tienen, pero los que la han conseguido están especialmente contentos: “Nosotros hacemos supervisiones para que salgan un poco todas estas cosas, es un espacio que nos va bien. Tenemos un apoyo que agradecemos y que necesitamos”(PLU); “Nosotros hacemos supervisión para mirar a ver cómo se puede plantear un caso, para que no haya tanta implicación emocional, mirar que no te afecte, porque también eres persona; sí que cada uno hace su tarea, pero se comenta el caso, se lleva en equipo, te sientes más protegido”(PJU).

Incluso los equipos que no disponen de supervisión tienen bastante clara su conveniencia y en qué les podría ayudar: “Sí que pienso que a nivel técnico necesitaríamos una su-

pervisión externa, que hace tiempo que hablamos, que buscamos propuestas compartidas con otras comarcas, pero que no tenemos. Es necesario, tanto a nivel profesional como de equipo nos iría muy bien. Esto se debe incorporar como algo básico dentro de la intervención de equipos de servicios sociales”(ARI). Otras rememoran la iniciativa del Colegio profesional y parece unánime la valoración positiva que hacen: “Finalmente la oferta de supervisión partió del Col·legi de Treball Social, no desde el Consejo. Las educadoras también se quisieron añadir”(NOG).

El otro mecanismo que se emplea con profusión es el apoyo que se proporcionan mutuamente los integrantes del propio equipo de trabajo, aunque éste sea reducido: “Lo hacemos con el equipo. Entre el trabajador social y el educador, comentarlo.”(URG). De entre lo que más se valora de los equipos se menciona la importancia de la unidad y la avenencia: “Como equipo, pienso que es un equipo bastante unido, no hay conflictos, somos un equipo bastante avenido”(NOG); el apoyarse en el abordaje de los casos: “Tendemos a poner en común el trabajo que vamos haciendo. Reuniones de apoyo o casos que a lo mejor te estancas, no ves hacia dónde tirar y esto se pone en común y entre todos miramos un poco”(ARI); “Nos apoyamos entre nosotros, si pasa algo con un caso lo cuentas”(AUR).

La formación también permite encontrar el apoyo de otros profesionales, así como la red que a menudo se crea con los profesionales de las entidades con las que se colabora. “Los cursos de formación te aportan tanto a nivel profesional como a nivel personal. Es muy importante, porque nuestro trabajo a nivel personal remueve muchas cosas”(NOG). “Nosotros lo que hemos

hecho es crear una buena red de profesionales, tanto desde el ámbito de las entidades como de la Administración. Poder compartir problemática. Esta es la clave que ha permitido que la gente esté trabajando con apoyo, porque realmente las situaciones que se viven son graves”(SEG).

También es bastante valorada la formación que podríamos llamar *ad hoc*, pues permite afrontar los retos técnicos de los profesionales en las circunstancias que estos viven: “Lo que nosotros valoramos es el tema de la formación. Tenemos supervisión y tenemos la formación a medida una vez al mes, que nos permite reflexionar sobre diferentes opciones, nos permite avanzar”(CAR). Esta formación es un recurso más que se suma a la supervisión pero que, a diferencia de ésta, no es centra tanto en aspectos de “tratamiento” sino en la organización del trabajo.

Para finalizar este resumen de una de las partes más significativas de la investigación, y para sacar algún tipo de conclusión o de colofón para este artículo, hacemos mención de una actitud de rebeldía que consideramos muy sana y que nunca debería perderse para seguir trabajando con dignidad en este campo tan difícil que es la lucha contra la pobreza y la exclusión:

“Puede que la gente se ha acostumbrado a que esto sea lo normal, pero nosotros no. En esta casa, ninguno de nosotros deja de sentirse rebotado por la mierda que estamos viviendo. Esto es muy bueno, que tanto los trabajadores como los voluntarios estemos interiormente indignados. El proceso de indignación en un momento se pudo traducir en un victimismo, qué mierda, una parálisis; pero hemos sido capaces, como entidad, de crear embargo, una indignación que propone, que resiste y es más una maratón, sabemos que estamos corriendo un maratón” (ARR).

El informe social en el marco de la Administración de Justicia: el informe social forense o pericial

Social report within the frame of the Administration of Justice: expert report and forensic report

Laura Crous i González¹

Resumen

Este artículo quiere reconocer el valor del informe social como herramienta documental propia del trabajo social y establecer las diferencias y los límites de este informe con el informe social pericial o forense cuando nos es requerido por los órganos de la Administración de Justicia como prueba dentro de un procedimiento judicial. Asimismo, se reconoce el valor legal del informe social pericial o forense dentro de la Administración de Justicia.

Palabras clave: Informe social, informe social pericial, informe social forense, valor legal, dictamen técnico, requerimiento judicial.

Para citar el artículo: CROUS i GONZÁLEZ, Laura. El informe social en el marco de la Administración de Justicia: el informe social forense o pericial. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 136-140. ISSN 0212-7210.

Abstract

This article recognizes the value of social report as a documentary tool of social work and establishes the differences and limitations of this report with the expert report or forensic report when required by the organs of the administration of justice as evidence in legal proceedings. The article also recognizes the legal value of the forensic report or expert report in the administration of justice.

Key words: Social report, expert report, forensic report, legal value, technical report, judicial request.

¹Trabajadora social, Postgrado en Criminología, Périta Social y Mediadora Familiar. Fundadora-Directora de la Consultoría LCG-Treball Social. lcgtreballsocial@gmail.com.

El trabajo social contribuye al bienestar de la sociedad aportando conocimientos mediante orientaciones metodológicas propias de nuestra disciplina con los que ha sabido adaptarse a los cambios y a las nuevas realidades sociales.

A principios del siglo pasado se introducen dentro de concepciones científicas los conceptos de *interdisciplinariedad* y *multidisciplinariedad*.

El concepto de *interdisciplinariedad* fue desarrollado por el sociólogo Louis Wirtz en 1937, y derivó en diversas ramas científicas.

De este modo, también en el ámbito de la Administración de Justicia se introdujeron los conceptos de *interdisciplinariedad* y *multidisciplinariedad* en los equipos de especialistas judiciales, para poder dar respuestas globales e integrales sobre la situación de los individuos que son sometidos a estudio y que se encuentran encausados en procedimientos judiciales.

En el año 1981, con la aprobación del Decreto 1322/81, de 3 de julio, de creación de los equipos interdisciplinarios en los juzgados de Familia, se empieza a introducir el profesional del trabajo social en los equipos interdisciplinarios de la Administración de Justicia, los llamados equipos técnicos o psicosociales. Estos equipos tienen la finalidad de emitir dictamen técnico sobre situaciones requeridas por el juez o el tribunal, mediante la presentación conjunta por parte de los miembros del equipo interdisciplinario de un informe pericial o forense.

La Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, recoge en su articulado que dentro de los procedimientos judiciales se podrá presentar como medio de prueba el dictamen emitido por técnicos especialistas. Este dictamen se deberá presentar por es-

crito. Este marco legislativo introduce una novedad: las partes implicadas en un procedimiento judicial (ya sea la parte demandante o la parte demandada) podrán aportar como medio de prueba al procedimiento el dictamen de un perito especializado en la materia objeto de estudio.

Una vez más, los trabajadores sociales hemos demostrado nuestra capacidad de adaptarnos a los nuevos contextos sociales y hacemos uso de una herramienta documental propia por excelencia como es el informe social para hacer valer nuestros conocimientos específicos y técnicos.

Dentro de este marco legal, el informe social coge especial relevancia dentro de la Administración de Justicia. Este nuevo valor legal que podemos atribuir al informe social en este contexto será el resultado de un estudio exhaustivo sobre la causa objeto de estudio en sus dimensiones sociales, y que permitirá recoger el dictamen técnico del o de la profesional. Es el llamado **informe social pericial o forense**.

El valor legal del informe social: el informe social pericial o forense

El informe social es el instrumento del que hacemos uso los profesionales como resultado de una práctica casuística y técnica.

En el artículo 3.3 del *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social*, publicado por el Consejo General de Trabajo Social y aprobado en la Asamblea Extraordinaria de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales el día 9 de junio de 2012, se define el informe social como:

“...el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el diplomado en Trabajo Social/asistente social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional”.

Han sido muchos los autores que se han ocupado de realizar un estudio en profundidad hacia el informe social. E. Curras pone en común las definiciones encontradas. De todas ellas destaca que:

- El informe social es una herramienta propia del trabajo social.
- Es un objeto físico y tangible.
- Es una síntesis explicativa de una situación dada como resultado de un estudio, valoración y dictamen para poder alcanzar un objetivo determinado.
- Debe tener una finalidad informativa.

Nuestra disciplina tiene una base científica que se sustenta en la metodología, técnicas e instrumentos propios. El informe social, como herramienta documental propia posee un contenido específico que se diferencia de otros informes emitidos por otros profesionales. El trabajador y la trabajadora social son quienes tienen una competencia exclusiva en la elaboración del informe social.

La finalidad del informe social siempre será transmitir la información obtenida en nuestra intervención. Por tanto, una de las funciones que le son propias es la función informativa, si bien, según el objeto de estudio, hay informes que pueden tener un carácter más analítico. En ambos casos, el informe social responde a la necesidad del o de la profesional de transmitir información.

Cuando en el ejercicio de nuestra profesión nos encontramos dentro de la Atención Primaria o Especializada, a menudo nos es requerida la emisión de un informe social a instancia de estamentos judiciales.

De acuerdo con lo definido en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, cuando existe documentación previa en el servicio donde el trabajador o trabajadora social desarrolla sus funciones como tal, deberá recoger la información/documentación que consta y enviarla a los juzgados, señalando que este informe lo presenta el centro de servicios sociales que sea. Al tratarse de una **prueba documental pública**, el o la profesional no tendrá que comparecer en el acto del juicio o vista de procedimiento judicial.

En el caso contrario, cuando no existen datos ni documentación archivada referente a la cuestión que nos requieren desde algunos de los órganos judiciales, tendremos que comunicárselo por escrito.

A diferencia de estos dos supuestos, si desde los diferentes órganos judiciales se nos solicita la emisión de un informe social para resolver cuestiones sobre las que no hay información ni documentación en nuestros archivos, así tendremos que hacerlo saber al juzgado pertinente, al entender que lo que se nos está requiriendo es un informe social pericial o forense con **valor de prueba**. En este caso, el juzgado debería recurrir a los canales previstos y establecidos en la ley que regulan el procedimiento para solicitar la emisión de un dictamen técnico como prueba pericial y designar un perito o perita que pueda dar respuesta a las cuestiones planteadas.

El informe social pericial o forense es el resultado escrito del estudio que realiza el o

la profesional para analizar una situación determinada y emitir su dictamen sobre una realidad actual y presente.

Podemos definir el informe social pericial o forense como **el informe social mediante el cual el y la profesional informa a los órganos judiciales competentes de los resultados obtenidos de una investigación previa llevada a cabo haciendo uso de una metodología científica rigurosa propia del trabajo social, y en el que recoge por escrito su dictamen técnico fruto del análisis riguroso del objeto de estudio, de acuerdo a los conocimientos especializados que le son propios, en respuesta a una demanda específica sobre una situación presente, y que puede ser presentado como prueba en un procedimiento judicial, lo que le atribuye un valor legal.**

Del informe social pericial o forense destacamos, como rasgos característicos, su carácter analítico, científico, objetivo, imparcial, neutral, informativo, valorativo y técnico con un eminente valor legal.

Estos pequeños matices son de gran importancia para atribuir los límites y el valor del informe social según el carácter y la finalidad de este tipo de informe.

Para concluir

El peritaje social es una actividad de carácter privado, incompatible con ningún cargo público dentro de la Administración Pública, como señala la propia L.E.C.

El informe social forense o pericial es el dictamen escrito para presentar como medio a prueba en un procedimiento judicial y que responde al estudio técnico y especializado de una situación dada, actual y presente.

La documentación e información que se presenta en los informes sociales periciales o forenses va más allá de la información de la que se dispone en los archivos de la Administración.

En los casos en los que la Administración de Justicia requiera dictamen técnico sobre citaciones determinadas de las que no se tenga conocimiento previo y no abra documentación o información en los archivos de otros servicios de la Administración deberían seguirse los circuitos establecidos legislativamente.

Ser conocedores y conocedoras de estos límites y competencias nos debe permitir hacer crecer nuestro reconocimiento como técnicos especialistas en el ámbito psicosocial.

Bibliografía

- COLOM, D. *Libro verde del trabajo social. Instrumentos de documentación técnica*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2005. 978-8460963578.
- FERNANDEZ CANO, A. M. y JIMÉNEZ SÁNCHEZ, A. M. *El informe social: cuestiones a debate*. Málaga: Colegio Oficial de Diplomados y Diplomadas en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga, 2006. 978-8461132065.
- RICHMOND, M. *El caso social individual. El diagnóstico social*. Madrid: Talasa, 1995. 9788488119360.
- Consejo General del Trabajo Social. *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo en Social*. Preámbulo. Aprobado en Asamblea Extraordinaria de Colegios Oficiales de trabajadores sociales y asistentes sociales el 9 de junio de 2012. 9788461299003.
- COUCE FREIRE, Pilar. *El dictamen pericial social de los Trabajadores Sociales*. Artículo publicado por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Galicia. Nº 8 (febrero 2005). www.peritajesocial.com. [Fecha de consulta: 3 de junio de 2014]
- CROUS GONZÀLEZ, Laura. “L’ahir i avui del treballador i de la treballadora social en l’Administració de Justícia: el pèrit i la pèrita social”, en *Revista de Treball Social*, núm. 199 (agost 2013). Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Pàg. 183-188. ISSN 0212-7210
- España. Ley 1/2000, de 7 de enero, d’Enjudiciament Civil. *BOE*, nº 7, de 8 de enero de 2000. Pàg. 575-728.
- España. Real Decreto 1322/81, de 3 de julio, de creación de los juzgados de familia. *BOE*, nº. 162, de 8 de julio de 1981.

Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora

Analysis of social problems in people

Maria Àngels Fernández Carné¹

Resumen

Esta investigación analiza una muestra de 105 usuarios (32 mujeres y 73 hombres) atendidos durante el año 2012 por la trabajadora social en el dispositivo de atención ambulatoria a personas con problemas con las drogas (CAS) de Hospitalet de Llobregat, Hermanas Hospitalarias Benito Menni. Se realiza un estudio comparativo desde diferentes variables (40) agrupadas por dimensiones (7) utilizando como variable control la variable *género*. Los resultados obtenidos en el trabajo de campo, el marco teórico de referencia y la experiencia de veinticinco años de ejercicio profesional han permitido concluir que hay una serie de variables estadísticamente significativas (14) que ponen de manifiesto las diferencias entre los géneros en las dimensiones contempladas y que hay que conocer para establecer una intervención más precisa y eficaz.

Palabras clave: Drogodependencias, género, trabajador/a social, mejora de la intervención social.

Para citar el artículo: FERNÁNDEZ CARNÉ, Maria Àngels. Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 141-158. ISSN 0212-7210.

¹ Trabajadora social. CAS l'Hospitalet, Hermanas Hospitalarias Benito Menni. fernandez.carne@gmail.com.

Abstract

The present investigation analyzes 105 cases (32 women and 73 men) from an outpatient care center for substance dependence, treated in 2012 by a social worker. The study compares 40 variables gathered in 7 dimensions, all of them related to the categorical variable *gender*. The analysis of the results obtained in the case studies, the review of bibliographical references and the experience gained after 25 years of clinical practice, have lead to the conclusion that there are 14 statistically significant variables that show clear gender differences that have to be taken into account in order to intervene in a more efficient way.

Key words: Drug addiction, gender, social worker, improvement of social work intervention.

1. Introducción

El concepto de *drogodependencia* ha hecho un largo camino desde su primera conceptualización por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, hasta la actualidad. Desde una visión eminentemente medicalizada y que hacía énfasis en la sustancia, ha ido evolucionando a una concepción más amplia que implica una perspectiva bio-psico-social del problema.

El trabajo social ha sido en nuestro país una de las primeras disciplinas de las ciencias sociales que se incorporaron al tratamiento profesionalizado de las personas con problemas con las drogas, tanto en la vertiente de intervención individual como familiar y comunitaria; las primeras referencias bibliográficas del trabajo social específico en este campo en Cataluña se remontan al año 1973 (Vidal, Mediavilla y Mayol, 1973).

Sin embargo, en las últimas décadas diferentes organismos y entidades nacionales (Instituto de la Mujer, Institut Català de la

Dona, Dirección General de Drogodependencias) e internacionales (OMS) alertan de la necesidad de introducir la perspectiva de género en los diferentes ámbitos de las ciencias sociales. Aducen que no contemplar las diferencias específicas de los géneros puede conducir a una visión parcial de las problemáticas y por tanto dificultar su comprensión, detección y abordaje.

2. Determinación de objetivos

Objetivo general:

Conocer el perfil de los usuarios atendidos por la trabajadora social atendiendo a la variable género y en base a siete dimensiones predefinidas para ampliar el conocimiento de la población atendida y de sus características diferenciales, para mejorar las formas de intervención profesional.

Objetivo específico 1:

Analizar la información obtenida de las historias clínicas de los usuarios a partir de unas variables predeterminadas.

Objetivo específico 2:

En base a este análisis, discriminar qué aspectos de la intervención profesional son susceptibles de mejora, aportando elementos de reflexión que favorezcan una mayor comprensión de la perspectiva de género que permita una intervención más eficaz.

3. Diseño de la investigación

3.1 Metodología

La metodología utilizada en la investigación fue de tipo cuantitativo, con una perspectiva retrospectiva y comparativa. Se ha realizado un vaciado de las historias clínicas de cada una de las personas usuarias objeto de estudio y se han registrado los datos de las variables definidas en una matriz de datos para su posterior tratamiento y análisis estadístico mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.20 (IBM Corporation, Armonk, Nueva York). El grado de significación estadístico utilizado fue el 5% bilateral ($p < 0,05$), establecido con las pruebas recomendadas habitualmente para el análisis de variables continuas y categóricas que se detallan en cada una de las tablas realizadas. Las variables utilizadas han seleccionado, por una parte, a partir de la revisión bibliográfica de los estudios e investigaciones sobre el concepto de *género y tratamiento a las drogodependencias* incluidos en la bibliografía, y por otra a partir de mi experiencia profesional.

3.2 Técnicas

- Análisis documental sobre investigaciones relacionadas con el objeto de estudio
- Utilización de un protocolo de vaciado de las historias clínicas en función de las variables seleccionadas

4. Trabajo de campo

4.1 Determinación de la unidad de análisis

Se ha contemplado una muestra de 105 personas: 73 hombres y 32 mujeres, que suponen el universo de las personas atendidas por la trabajadora social durante el año 2012.

Para obtener los datos referentes a los objetivos establecidos se han revisado las historias clínicas de los 105 pacientes y la información obtenida a partir de un protocolo de vaciado, se ha introducido en una matriz de datos elaborada *ad hoc*. Las variables contempladas en la presente investigación son 40, agrupadas en siete dimensiones para su análisis e interpretación.

5. Descripción y análisis de los resultados

5.1 Dimensión: demografía y entorno

Las variables agrupadas en esta dimensión son: *estado civil*, *hijos*, *núcleo de convivencia*, *cuidador*, *pareja consumidora* y *antecedentes familiares de consumo*. Las variables que destacan estadísticamente son (ver tabla n. 1 del apéndice):

Estado civil: El 65,6% de las mujeres están separadas, divorciadas o viudas, frente a un 39,7% de hombres en la misma situación. Así, el 42,5% de hombres permanecen casados, frente al 15,6% de las mujeres. *Núcleo de convivencia*: destaca el 47,9% de hombres que conviven con los padres, superior al de mujeres, un 21,9%. *Cuidador*: el 31,3% de mujeres *versus* el 8,2% de los hombres. *Pareja consumidora*: el 40,6% de las mujeres, frente al 8,2% de los hombres. La prevalencia de *antecedentes familiares de consumo*: un 68%

de las mujeres *versus* el 42,5% de los hombres. Cabe señalar que, aunque estadísticamente no llega a ser significativo por muy poco, las mujeres tienen hijos en un 71,9%, y los hombres en menor medida, el 52,1%.

5.2. Dimensión: situación socioeconómica

Las variables agrupadas en esta dimensión son: *nivel socioeconómico, ingresos propios, tipo de ingresos propios, ingresos no propios*.

Las variables que muestran diferencias estadísticamente significativas son (ver tabla n. 2 del apéndice):

Nivel económico: el 40,6% de las mujeres lo tienen muy bajo comparado con el 20,5% de los hombres; el 3,1% lo tiene medio, dato que llega al 23,3% en el caso de los hombres.

Fuente de ingresos no propios: el 85,7% de las mujeres que no tienen ingresos propios dependen de los ingresos de la pareja, *versus* el 0,0% de los hombres. Estos dependen fundamentalmente de los ingresos familiares en un 75%, mientras que las mujeres en un 14,3%.

Es conveniente comentar que, aunque no es estadísticamente significativo, el 78,1% de las mujeres tiene *ingresos propios*, frente a un 89% de los hombres. Dentro de los *ingresos propios*, el 12% de las mujeres trabajan, mientras que en el caso de los hombres la proporción sube hasta el 21,5%. Las mujeres destacan como perceptores de prestaciones no contributivas, un 20% cobra un PIRMI y un 24% una PNC, frente a los hombres que se benefician de un PIRMI en un 7,7% y de una PNC en un 13,8%.

5.3. Dimensión: situación laboral - formación

Las variables contempladas en esta dimensión son: *trabajo, no trabajo, experiencia*

laboral previa, calificación profesional y nivel de estudios.

En este apartado no existen diferencias significativas entre las variables contempladas (ver tabla n. 3 del apéndice). Sin embargo, se pueden destacar a nivel descriptivo las siguientes variables: el 24,7% de hombres trabajan, y sólo el 9,4% de mujeres. Dentro de los/las que no trabajan, las mujeres en un porcentaje más alto están paradas: 65,5% por un 49,1% de los hombres. En cuanto a la experiencia laboral, ambos géneros están muy igualados, tienen un 91,8% de los hombres y en un 81,3% de las mujeres. En la variable *calificación profesional* se observa más diferencia, un 34,2% de los hombres tienen calificación profesional y el 18,8% de las mujeres no. En *nivel de estudios* no se observan diferencias destacables.

5.4. Dimensión: estado de salud

Las variables comprendidas en esta dimensión son: *enfermedad crónica infecciosa, HIV (Virus de inmunodeficiencia humana), VHC (Virus de la hepatitis C), VHB (virus de la hepatitis B), trastorno mental*.

La variable que destaca como significativa en este apartado (ver tabla n. 4a del apéndice) es la de *trastorno mental*: un 68,8% de las mujeres tienen este diagnóstico, frente a un 45,2% de los hombres. También podemos señalar diferencias de *trastornos mentales* (ver tabla n. 4b del apéndice) entre hombres y mujeres. Los trastornos que predominan entre las mujeres son el trastorno límite de personalidad (25,9%), el trastorno depresivo (22,2%) y, en un 14,8%, los trastornos de alimentación. En los hombres, el trastorno antisocial de personalidad es el más elevado (39,4%), y le siguen los trastornos depresivos (12,1%) y el trastorno de per-

sonalidad Cluster B. En las mujeres hay casos de más de un diagnóstico por paciente.

En relación a la frecuencia de las *enfermedades infecciosas* contempladas en la tabla 4a, vemos que un 30,1% de los hombres sufren, frente a un 12,5% de las mujeres. Dentro de las enfermedades infecciosas el virus de la Hepatitis C es el más frecuente.

5.5. Dimensión: malos tratos - abusos sexuales

Las variables contempladas en esta dimensión son: *Malos tratos en el pasado, malos tratos en el presente, abusos sexuales en el pasado y abusos sexuales en el presente*

En la tabla 5 del apéndice vemos que hay dos variables claramente significativas: un 56,3% de las mujeres manifiestan haber sufrido *maltrato en el pasado*, frente al 17,8% de los hombres. En relación a los *abusos sexuales*, un 31,3% de las mujeres los ha sufrido en el pasado, el 0,0% en el caso de los hombres. Cabe señalar que, en ambas variables, la proporción de no se sabe en los hombres es remarcable.

5.6. Dimensión: drogas motivo de consulta

Las variables comprendidas en esta dimensión son: *Heroína, cocaína, alcohol, cannabis, psicofármacos, éxtasis*.

Las variables que destacan como significativas son: un 68,8% de las mujeres consulta por un problema con el alcohol, lo que sucede en un 30,1% en los hombres. Un 34,2% de los hombres lo realiza por la cocaína, y las mujeres en un 9,4%. Finalmente, un 32% de los hombres lo hace por la heroína, frente un 21,9% de las mujeres (ver tabla n. 6 del apéndice).

5.7. Dimensión: derivación por tratamiento y circunstancias relacionadas con el inicio del consumo y apoyo en el tratamiento.

Las variables contempladas en esta dimensión son: *derivación o procedencia de los pacientes, circunstancias relacionadas con el inicio del consumo, apoyo en el tratamiento y tipo de apoyo*.

En relación a la *derivación o procedencia de los pacientes*, no se observan diferencias significativas entre los dos géneros. Podemos destacar como mayores derivantes en ambos géneros la red sanitaria, primaria/hospitalaria y la red psiquiátrica (sumando los dos indicadores): 43,8% en el caso de las mujeres y 38,4% en el caso de los hombres. Es importante señalar que las mujeres vienen por iniciativa propia en un 34,4% de los casos, y los hombres en un 26%. Los hombres llegan más derivados de servicios sociales de primaria (13,7%) que las mujeres (3,1%). Asimismo, un 6,8% de los hombres viene derivado de medidas penales alternativas; en el caso de las mujeres, el porcentaje es del 0,0%. Las variables que destacan como significativas son: el *inicio del consumo*, un 78% de los hombres han empezado a consumir con sus amigos, situación que en las mujeres es del 28,1%. Por el contrario, un 50,0% de las mujeres lo ha hecho en pareja; sólo un 4,1% de los hombres. En la variable *apoyo en el tratamiento* se observa que el 68,5% de hombres tiene, frente al 46,9% de las mujeres. En relación al *tipo de apoyo de los que tienen*, a los hombres les apoyan en un 31,5% los padres y en un 11,0% los hermanos; a las mujeres en un 12,5% los padres y un 0,0% los hermanos (ver tabla n. 7 del apéndice).

6. Discusión y conclusiones

Habiendo analizado e interpretado los resultados de las diferentes variables del trabajo de campo según la muestra señalada con la variable categórica *género*, y de acuerdo con el objetivo general y los específicos, el marco teórico de referencia y mi experiencia profesional, he llegado a las siguientes conclusiones:

En relación al objetivo específico número 1

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos géneros en **seis de las siete dimensiones contempladas**.

En primer lugar, cabe señalar que si contemplamos el total de las personas vistas por la trabajadora social durante el año 2012 y su distribución por géneros, vemos que hay una cierta discrepancia entre la proporción de hombres y mujeres visitadas (30% mujeres y 70% hombres) y los datos que proporciona el Sistema de Información sobre Drogodependencias (SID 2009) en relación a la población en tratamiento (20% mujeres y 80% hombres).

A pesar de las diferencias por género en cuanto a la media de la edad de las personas que están en tratamiento, no es significativa, las edades mínimas y máximas de ambas son bastante diferentes. En las mujeres la edad mínima es 33, y la máxima 68; en los hombres la mínima son 25 años, y la máxima 70, lo que puede estar determinado por la presencia más elevada del consumo de alcohol entre las mujeres y de cocaína entre los hombres. Según el Sistema de Información sobre Drogodependencias en Cataluña (SID 2009), el promedio de edad de inicio del tra-

tamiento de las personas con problemas con el alcohol es de 44 años. La de los consumidores de cocaína, en cambio, es de 33 años.

Es en el apartado de variables agrupadas como *demografía-convivencia* donde se puede ver un mayor número de variables con diferencias representativas entre los dos géneros. En el caso del *estado civil*, las mujeres están mayoritariamente separadas y divorciadas, mientras que los hombres siguen casados ??en una prevalencia más elevada. También es significativa la variable *núcleo de convivencia*: los hombres viven más con los padres que las mujeres, ellas lo suelen hacer más en pareja. Este aspecto se reanudará más adelante en relación a la variable de *apoyo al tratamiento*.

Cabe señalar que a pesar de la alta prevalencia de *mujeres con hijos* (resultado casi significativo, $p = 0,058$), solo un 18,8% convive con ellos ya sea sola o con pareja, lo atribuible a la prevalencia de hijos retirados, o bien que, por su edad, los hijos estén emancipados o con otros familiares de manera no regulada.

Tanto la elevada prevalencia de *mujeres con antecedentes familiares de consumo*, como con *pareja consumidora*, coinciden con los datos aportados en la bibliografía consultada (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez *et al.*, 2007; Arostegui y Urbano, 2004). Nos hablan de situaciones familiares y de pareja diferenciales entre los dos géneros, que sin duda han tenido y están teniendo consecuencias en su vida. Hay que tenerlos en cuenta en el transcurso del tratamiento porque pueden determinar patrones relacionales de pareja, como las relaciones de codependencia, potenciales situaciones de violencia intrafamiliar, o la interferencia en el proceso de tratamiento de un contexto familiar consu-

midor. A menudo, este es el apoyo con el que cuentan a todos niveles, pues, como veremos, la mayor parte de las mujeres que no tienen ingresos propios dependen de los de su pareja. Es necesario añadir que el hecho de tener una *pareja consumidora* también tiene que ver con el *inicio del consumo*. Se ha observado que en su mayoría las mujeres comienzan a consumir con pareja (Barreda, Díaz, De Ena, Lopez *et al.*, 2005) y a menudo también a delinquir con pareja, sobre todo en el caso de mujeres heroínomanas.

También es destacable la significación de las mujeres como cuidadoras, lo que puede interferir en su inclusión en recursos residenciales de corta y media estancia, tanto por la imposibilidad de dejar a las personas cuidadas, como por la presión familiar explícita o implícita para que no abandonen el rol de cuidadoras o que devuelvan lo antes posible. En este sentido, un estudio interno de la Fundación Salud y Comunidad apunta la alta prevalencia de las altas voluntarias entre las mujeres. La puesta en marcha de un grupo de mujeres con perspectiva de género dentro de las Comunidades Terapéuticas que gestionan se ha revelado como determinante en la reducción de un 80% de las altas voluntarias entre las mujeres.

A nivel de la dimensión *situación socio-económica* vemos que es significativa la variable *nivel socioeconómico* en el nivel más bajo de las mujeres coincidente con Barreda *et al.* (2005). También es significativa en esta dimensión *fuerza de ingresos* no propios, donde destaca, por un lado, una mayor dependencia económica de las mujeres hacia sus parejas y, por parte de los hombres, hacia sus padres.

En la dimensión *situación laboral-formación* no se han encontrado diferencias estadís-

ticamente significativas, pero hay que señalar que las mujeres trabajan en menor medida y están menos cualificadas. Si añadimos a esta falta de calificación con el rol de cuidadoras, vemos que, tal como se refleja en la bibliografía consultada (Castaños *et al.*, 2007), estos factores dificultan su reinserción o reincorporación laboral, lo que refuerza la dependencia económica de la su pareja. Las autoras anteriormente citadas hacen patente la importancia de favorecer el desarrollo de las mujeres en este ámbito, por el aspecto básico de supervivencia y como herramienta para fomentar la autoestima, la independencia y su empoderamiento. En este sentido, veo especialmente indicada la utilización de servicios de inserción especializados en mujeres en situaciones de dificultad y que tienen perspectiva de género.

En relación a los hombres y a su in/reincorporación laboral, según mi experiencia, los hombres que han pasado largas temporadas en prisión son un colectivo de especial dificultad tanto por la falta de experiencia laboral normalizada como por la prevalencia de los trastornos antisociales de personalidad. Un 12% de los hombres atendidos han estado más de 10 años internos en centros penitenciarios. En este sentido, los centros de reinserción laboral específica suelen ser útiles porque posibilitan hablar abiertamente de las “lagunas” curriculares y cómo manejarlas.

Los hombres también disfrutan en un mayor número de pensiones contributivas, lo que podemos interpretar que se produce por haber trabajado más de manera regularizada que las mujeres.

Como muestran los resultados a nivel de la dimensión *estado de salud*, existen diferen-

cias significativas entre los dos géneros. En primer lugar, destaca la mayor prevalencia de *enfermedades infecciosas* entre los hombres, especialmente los afectados por el virus de hepatitis C (VHC). Por otra parte, hay que señalar la prevalencia claramente significativa de las mujeres que padecen un *trastorno mental* diagnosticado, una prevalencia también coincidente con los estudios consultados (Barreda *et al.*, 2005; Castaños *et al.*, 2007). El análisis detallado de las diferentes patologías mentales por género muestra que en los hombres se da un mayor número de trastornos antisociales de personalidad, y en las mujeres predominan los trastornos límites de personalidad y los trastornos depresivos.

En el caso de la dimensión *malos tratos y abusos sexuales*, podemos afirmar que existe una diferencia de género muy significativa en los *antecedentes de maltrato y abusos sexuales* en las mujeres coincidente con la totalidad de la bibliografía consultada. Concretamente, la Subdirección General de Drogodependencias (www.drogues.gencat.cat) cifra entre un 40 y un 70% las mujeres con antecedentes de maltrato y/o abuso sexual. Arostegui *et al.* (2004); y Barreda *et al.* (2005) ponen de manifiesto la correlación entre antecedentes familiares de consumo, maltratos y abusos sexuales. Las autoras citadas van más allá en sus afirmaciones, y relacionan estos factores con la elección de parejas consumidoras debido a un patrón de repetición de las pautas de relación familiar (sustancias y violencia) y en cuestiones relacionadas con el género como una baja autoestima, codependencia emocional o la “misión de salvadoras”, que afectarían más a las mujeres.

La bibliografía consultada señala que el abordaje terapéutico de las situaciones de malos tratos y/o abusos sexuales tanto pa-

sadas como presentes es imprescindible para avanzar en el proceso terapéutico, y que este abordaje debe hacerse desde una perspectiva de género.

Señalar la notable cantidad de “no sabe” registrados en los hombres en la variable sobre antecedentes de maltrato y abuso sexual. Según mi experiencia, se puede explicar, por un lado, por una mayor sensibilización y formación de los profesionales para detectar una problemática que, por cuestiones de género, se percibe como más mayoritaria entre las mujeres. Por otra parte, las características diferenciales entre mujeres y hombres, como la capacidad de pedir ayuda, de expresar sentimientos y a la diferente tipología de los trastornos mentales concomitantes también tienen que ver.

En referencia a la *droga motivo de consulta*, vemos que también hay diferencias por géneros, el alcohol es la droga mayoritariamente consumida por las mujeres, lo cual es coincidente con la bibliografía consultada (Castaños *et al.*, 2007; EDADES 2009, SID 2009), que señala a las mujeres como mayores usuarias de drogas legales que los hombres.

No hay diferencias significativas entre la procedencia de los pacientes, y se observa que ambos géneros proceden mayoritariamente de la red sanitaria (primaria, hospitalaria y psiquiátrica).

Donde podemos afirmar que se producen diferencias por géneros claramente significativas es en la variable *inicio de consumo*, donde destaca la prevalencia de mujeres que inician el consumo con su pareja. Este aspecto también ha sido recogido por Arostegui *et al.* (2004).

También es significativa la variable *apoyo en el tratamiento*, donde destaca la prevalen-

cia de mujeres que no tienen. Dentro de la variable de personas que *sí tienen apoyo en el tratamiento*, destaca el menor apoyo que las mujeres reciben por parte de su familia de origen, tal como señala la totalidad de la bibliografía citada y los estudios consultados; (Castaños *et al.*, 2007; Arostegui *et al.*, 2004; Barreda *et al.*, 2005). Como causa de esta falta de apoyo de la familia de origen, las mismas autoras apuntan a una mayor censura y falta de aceptación por parte de la familia, lo que no se produce en el caso de los hombres, que vivían en una mayor proporción que las mujeres con los padres. Este aspecto también lo señalan Stanton *et al.* (1994). Sin embargo, en las familias donde ha habido maltrato y/o abuso sexual, la mujer puede haber roto los lazos familiares huyendo de la familia.

Objetivo específico número 2

Una vez analizadas las variables y teniendo en cuenta también la revisión bibliográfica, así como mi experiencia profesional, las propuestas de mejora son las siguientes:

- Hacer un registro más sistemático de la posibilidad de antecedentes de maltrato y/o abusos sexuales en los hombres.
- Explorar, detectar y registrar más cuidadosamente la existencia de parejas consumidoras en dos géneros, desde el comienzo del tratamiento.
- Explorar, detectar y registrar más cuidadosamente la posibilidad de violencia entre la pareja y/o familiar con los dos géneros. Tanto en la vertiente de víctimas como de victimarios.
- Incrementar el conocimiento sobre los recursos del tratamiento a las víctimas de maltrato y abuso sexual, sobre todo para aquellos casos en los que no sea posible o aconsejable abordarlo desde el servicio.
- Incrementar el conocimiento de los recursos de tratamiento a maltratadores/as para aquellos casos en los que no sea posible o aconsejable hacerlo desde el servicio.
- Incrementar la derivación y el trabajo conjunto con el centro de atención e información a la mujer municipal. En el caso de este estudio, el CAID de Hospitalet de Llobregat.
- Incrementar el conocimiento y contacto de los recursos de carácter formativo y laboral para colectivos de especial dificultad, como los hombres con largos antecedentes penitenciarios o personas con poca trayectoria laboral normalizada.
- Incrementar el conocimiento de recursos formativos y laborales para personas con disminuciones y/o patología dual.
- Favorecer la inclusión de las mujeres que lo requieran en recursos formativos y laborales que tengan en cuenta la perspectiva de género.
- Establecer estrategias para conseguir una mayor implicación familiar, sobre todo en el caso de las mujeres, de acuerdo con el usuario/a, y en aquellos casos en que sea terapéuticamente aconsejable.
- Favorecer la derivación de las mujeres a los recursos residenciales de media/larga estancia (comunidades terapéuticas, pisos terapéuticos...) que tengan incorporada la perspectiva de género en el tratamiento.

- Favorecer la utilización de recursos de acogida temporal no ligados a la protección a la infancia para los hijos de los pacientes que necesiten ingresos de corta y media estancia y no tengan posibilidades de dejarlos con ningún cuidador.
- Utilizar recursos de acogida para mujeres maltratadas drogodependientes.
- Continuar con el estudio, investigación e investigación de las cuestiones relacionadas con el género y las personas en tratamiento en el servicio; tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.
- Hacer llegar los resultados y las conclusiones al resto de profesionales del equipo psiquiatras, médicos, psicólogos, enfermeros, con la intención de aportar elementos de reflexión y comprensión de la perspectiva de género en el tratamiento de las personas drogodependientes.

Bibliografía

- AROSTEGUI, E. y URBANO, A. *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2004. ISBN 978-8474859522
- BARREDA, M. A.; DÍAZ, M.; DE ENA, S. y LÓPEZ JIMÉNEZ, M. C. *Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid, 2005.
- <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/MujeryAdiccion.pdf>
- CASTAÑOS, M.; MENESES, C.; PALOP, M.; RODRIGUEZ, M. y TUBERT, S. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.
- <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/227.pdf>
- Departament de Salut. (2009). *Resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES)*. Generalitat de Catalunya, 2011.
- http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/informe_edades_2011.pdf
- STANTON, M. D.; TODD, T. y col. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1994. ISBN 978-8474322897
- Subdirecció General de Drogodependències. *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2009. ISSN 1697-1906
- Subdirecció General de Drogodependències (www.drogues.gencat.cat) *Programa Drogues i Violència*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2013.
- http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/col_lectius_amb_necessitats_especificues/drogues_i_violencia/
- VIDAL, J.; MEDIAVILLA, B. y MAYOL, C. "Trabajo Social en un dispensario antialcohólico", en *RTS*, 49-50 (1973). Pág. 81-86. ISSN 0212-7210

APÉNDICES

Tabla 1. Demografía y entorno

estado civil		Mujeres		Hombres		0,011^b
	casadas	5	15,6%	31	42,5%	
	solteras	5	15,6%	13	17,8%	
	separadas/divorciadas	21	65,6%	29	39,7%	
	viudas	1	3,1%	0	0,0%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
hijos		Mujeres		Hombres		0,058 ^c
	no	9	28,1%	35	47,9%	
	si	23	71,9%	38	52,1%	
	N	32	100%	73	100%	
núcleo de convivencia		Mujeres		Hombres		0,004^b
	sola	7	21,9%	17	23,3%	
	pareja	9	28,1%	9	12,3%	
	pareja e hijos	2	6,3%	10	13,7%	
	padres	7	21,9%	35	47,9%	
	amigos	2	6,3%	1	1,4%	
	solo con hijos	4	12,5%	1	1,4%	
	otros	1	3,1%	0	0,0%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
cuidador		Mujeres		Hombres		0,003^d
	no	22	68,8%	67	91,8%	
	si	10	31,3%	6	8,2%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
Pareja consumidora		Mujeres		Hombres		<0,001^c
	no	19	59,4%	67	91,8%	
	si	13	40,6%	6	8,2%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
antecedentes familiares		Mujeres		Hombres		0,013^c
consumo	no	10	31,3%	42	57,5%	
	si	22	68,8%	31	42,5%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	

^bSignificación exacta según método de Monte Carlo, ^cXi-cuadrado de Pearson, ^dEstadístico exacto de Fisher

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 2. Situación socioeconómica

nivel socioeconómico	Mujeres		Hombres		0,013^c
Medio (1.100 -1.500 E/m)	1	3,1%	17	23,3%	
Bajo (600 - 1000 E/m)	18	56,3%	41	56,2%	
Muy bajo (0 - 500 E/m)	13	40,6%	15	20,5%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
ingresos propios	Mujeres		Hombres		0,295^c
no	7	21,9%	8	11,0%	
sí	25	78,1%	65	89,0%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
tipos ingresos propios	Mujeres		Hombres		0,156^b
Trabajo (trabajador/a en activo)	3	12,0%	14	21,5%	
PC (pensión contributiva)	3	12,0%	18	27,7%	
PNC (pensió no contributiva)	6	24,0%	9	13,8%	
Paro (prestación o subsidio)	8	32,0%	14	21,5%	
PIRMI (renta mínima de inserción)	5	20,0%	5	7,7%	
IT (incapacidad temporal)	0	0,0%	4	6,2%	
Rentas	0	0,0%	1	1,5%	
N	25	100,0%	65	100,0%	
ingresos no propios	Mujeres		Hombres		0,002^b
pareja	6	85,7%	0	0,0%	
familia	1	14,3%	6	75,0%	
ns	0	0,0%	2	25,0%	
N	7	100,0%	8	100,0%	

^bSignificación exacta según método de Monte Carlo, ^cXi-cuadrado de Pearson

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 3. Situación laboral - formación

trabajo		Mujeres		Hombres		0,095^c
	no	29	90,6%	55	75,3%	
	si	3	9,4%	18	24,7%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
trabajo no		Mujeres		Hombres		0,242^c
	parado	19	65,5%	27	49,1%	
	pensionista	10	34,5%	28	50,9%	
	N	29	100,0%	55	100,0%	
exp. laboral previa		Mujeres		Hombres		0,072^c
	no	6	18,8%	6	8,2%	
	si	26	81,3%	67	91,8%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
calificación profesional		Mujeres		Hombres		0,111^c
	no	26	81,3%	48	65,8%	
	si	6	18,8%	25	34,2%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
nivel de estudios		Mujeres		Hombres		0,579^b
	analfabeto/estudios primarios incompletos	4	12,5%	8	11,0%	
	est. prim. certificado	7	21,9%	18	24,7%	
	bach. element. Graduado	11	34,4%	31	42,5%	
	bach. superior-bup-cou	4	12,5%	2	2,7%	
	formación profesional/universitario	6	18,8%	14	19,2%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
^b Significación exacta según método de Monte Carlo, ^c Xi-cuadrado de Pearson						

Fuente: elaboración propia. En letra negrita sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 4a. Estado de salud

enfermedad crónica infecciosa		Mujeres		Hombres		0,054 ^c
no	28	87,5%	51	69,9%		
si	4	12,5%	22	30,1%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
HIV		Mujeres		Hombres		0,209 ^c
no	29	90,6%	59	80,8%		
si	3	9,4%	14	19,2%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
VHC		Mujeres		Hombres		0,054 ^c
no	29	90,6%	54	74,0%		
si	3	9,4%	19	26,0%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
VHB		Mujeres		Hombres		0,166 ^d
no	31	96,9%	63	86,3%		
si	1	3,1%	10	13,7%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
Trastorno mental		Mujeres		Hombres		0,026^c
no	10	31,3%	40	54,8%		
si	22	68,8%	33	45,2%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
^c Xi-cuadrado de Pearson, ^d Estadístico exacto de Fisher						

Fuente: elaboración propia. En letra negrita sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 4b. Detalle trastornos mentales per sexo

MUJERES				HOMBRES			
Trastorno límite personalidad	7	25,9%	25,9%	Trastorno antisocial personalidad	13	39,4%	39,4%
Trastorno depresivo	6	22,2%	48,1%	Trastorno depresivo	4	12,1%	51,5%
Trastorno conducta alimentaria	4	14,8%	63,0%	Trastorno personalidad Clúster B	4	12,1%	63,6%
Trastorno ansioso - depresivo	3	11,1%	74,1%	Trastorno paranoide	3	9,1%	72,7%
Trastorno ansiedad	2	7,4%	81,5%	Trastorno psicótico	3	9,1%	81,8%
Trastorno antisocial personalidad	1	3,7%	85,2%	Trastorno ansiedad	2	6,1%	87,9%
Trastorno adaptativo mixta	1	3,7%	88,9%	Trastorno obsesivo compulsivo	1	3,0%	90,9%
Trastorno conducta Clúster B	1	3,7%	92,6%	Trastorno bipolar	1	3,0%	93,9%
Trastorno bipolar	1	3,7%	96,3%	Trastorno control impulsos	1	3,0%	97,0%
Trastorno inespecífico personalidad	1	3,7%	100,0%	Esquizofrenia paranoide	1	3,0%	100,0%
TOTAL	27			TOTAL	33		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Malos tratos – abusos sexuales

malos tratos pasado		Mujeres		Hombres		<0,001^c
no	8	25,0%	32	43,8%		
si	18	56,3%	13	17,8%		
ns	6	18,8%	28	38,4%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
malos tratos presente		Mujeres		Hombres		0,218^c
no	28	87,5%	60	82,2%		
si	1	3,1%	0	0,0%		
ns	3	9,4%	13	17,8%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
abusos pasado		Mujeres		Hombres		<0,001^c
no	15	46,9%	41	56,2%		
si	10	31,3%	0	0,0%		
ns	7	21,9%	32	43,8%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
abusos presente		Mujeres		Hombres		0,497^c
no	28	87,5%	60	82,2%		
si	0	0,0%	0	0,0%		
ns	4	12,5%	13	17,8%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
°Xi-cuadrado de Pearson						

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 6. Drogas motivo de consulta

droga motivo consulta	Mujeres		Hombres		0,001^c
Heroína	7	21,9%	24	32,9%	
Cocaína	3	9,4%	25	34,2%	
Alcohol	22	68,8%	22	30,1%	
Canabis	0	0,0%	1	1,4%	
Psicofármacos	0	0,0%	0	0,0%	
Éxtasis	0	0,0%	1	1,4%	
N	32	100,0%	73	100,0%	

^cXi-cuadrado de Pearson, ^aEstadístico exacto de Fisher

Fuente: elaboración propia. En letra negrita sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 7. Derivación por tratamiento y circunstancias relacionadas con el inicio del consumo y apoyo

derivación	Mujeres		Hombres		0,391 ^b
iniciativa propia	11	34,4%	19	26,0%	
servicios penitenciarios	2	6,3%	4	5,5%	
medidass penales alternativas	0	0,0%	5	6,8%	
servicios atención infancia	1	3,1%	0	0,0%	
servicios sociales primaria	1	3,1%	10	13,7%	
servicios sanitarios primaria y hospitalaria	7	21,9%	14	19,2%	
red psiquiátrica	7	21,9%	14	19,2%	
familiares y amigos	3	9,4%	7	9,6%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
inicio consumo	Mujeres		Homes		<0,001 ^b
solo	3	9,4%	3	4,1%	
pareja	16	50,0%	3	4,1%	
amigos	9	28,1%	57	78,1%	
familiares	4	12,5%	5	6,8%	
otros	0	0,0%	0	0,0%	
NS	0	0,0%	5	6,8%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
apoyo en el tratamiento	Mujeres		Homes		0,035 ^c
no	17	53,1%	23	31,5%	
si	15	46,9%	50	68,5%	
N	32	100,0%	73	0,0%	
tipo apoyo en el tratamiento	Mujeres		Homes		0,030 ^b
padres	4	12,5%	23	31,5%	
pareja	8	25,0%	17	23,3%	
hijos	2	6,3%	1	1,4%	
hermanos	0	0,0%	8	11,0%	
amigos	1	3,1%	0	0,0%	
otros fam.	0	0,0%	1	1,4%	
N	15	100,0%	50	100,0%	

^bSignificación exacta según método de Monte Carlo, ^cXi-cuadrado de Pearson

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.



Miscelánea

Estrella

Estrella

Júlia Pejó Vergara¹

Estrella siempre había sido una chica callada. Le gustaba aislarse del mundo escuchando música vieja en su Ipod o leyendo novelas antiguas. Apenas tenía amigos, y los pocos que poseía tampoco se acercaban mucho a ella. Algunos la llamaban rara, pero lo cierto es que nadie la conocía lo suficiente como para apodarla de aquella manera. Era baja y muy flaca, y su largo cabello oscuro le tapaba media cara, de tal forma que apenas se podían apreciar sus bonitos ojos de color miel.

Estrella no tenía la costumbre de contar las cosas en su casa. Su madre trabajaba día y noche en el bar para sacar adelante a sus hijos, y su padre les había abandonado hacía ya mucho tiempo. Se había vuelto un alcohólico desmesurado y, a juzgar por sus tendencias violentas, seguramente ya estaría encerrado en algún centro. Su hermano, de apenas 6 añitos, era un niño muy vivo y alegre, el alma que daba vida a la familia.

A Estrella nunca le había gustado ir a la escuela. No es que no le agradase aprender, sólo que se aburría y se pasaba las clases al

fondo de todo del aula, leyendo libros que solo ella lograba comprender. Al principio nadie se fijó en ella, era como un fantasma que pasaba desapercibido para sus compañeros, pero a medida que todos se fueron haciendo mayores empezaron a meterse con ella. Primero eran solo insultos puntuales, o algunas críticas a las que la chica no dio importancia. Al fin y al cabo no podía caer bien a todo el mundo, ¿no? Pero luego la cosa fue a peor: las ofensas fueron a más, y a más. Estrella nunca contó esos problemas a nadie, no quería preocupar a los demás. El día en que la chica cumplió 15 años descubrió una nota llena de barbaridades y firmada por gran parte de sus compañeros dentro de uno de sus libros, pero no dijo nada. Empezó a sentirse mal. ¿Y si lo que decía en la nota era verdad? ¿Y si no servía para nada? Aquel día lloró toda la noche, pero nadie se enteró. Al cabo de unas pocas semanas, al salir del instituto, recibió un empujón desafortunado, y como siempre no le dio importancia, pero al día siguiente el empujón fue más fuerte y así sucesivamente,

Para citar el artículo: PEJÓ VERGARA, Júlia. Estrella. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 161-162. ISSN 0212-7210.

¹ 14 años, estudiante de 2º curso ESO.

hasta que un día la tiraron al suelo. Estrella le dijo a su madre que la herida de su rodilla solo era una consecuencia de haberse caído por las escaleras.

La cosa iba siempre a peor, cada día se metían con ella, todo el mundo la marginaba, y lo que era peor: nadie la defendía. La chica empezó a odiar su cuerpo y a odiarse a sí misma. Llegó un punto en el que ni la música ni las novelas la hacían sentirse bien. Su madre no sabía nada porque casi no la veía, y su hermano, a pesar de verla más triste, todavía era pequeño y no lograba comprenderla. Dejó de hacer lo que había hecho siempre, se pasaba las horas ahogando sus llantos en la almohada y dejó de ser quien era.

Un día de invierno toda la clase la rodeó y empezaron a gritarle, a insultarla, a mofar-

se de ella, y Estrella no lo soportó más. Aquella misma noche se acercó al balcón de su habitación y contempló la ciudad iluminada, tan llena, tan alegre... Y en cambio ella tan vacía, tan sola... Pensó en su vida, en su familia, en sí misma, y decidió que le había llegado la hora. Lentamente se subió a la barandilla, y con la cabeza bien alzada, contemplando las estrellas que le habían dado nombre, se dejó caer al vacío.

Es curioso cómo los humanos tendemos a atacar a los más débiles, intentando ocultar nuestra propia fragilidad. Y es que Estrella, a pesar de todo, siempre había sido una chica sonriente.

Pero aquel día su sonrisa se borró para siempre.

Estante de libros

*Diseño de políticas sociales.
Fundamentos, estructura y
propuestas*

El fruit del baobab

Los desorientados



- FANTOVA, Fernando. *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid: Editorial CCS, 2014. ISBN: 978-84-9023-225-5.

Para citar el artículo: FANTOVA, Fernando. Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructuras y propuestas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 165-167. ISSN 0212-7210.

Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas

Design of social policies. Foundations, structure and proposals.

Los y las profesionales que trabajamos en los Servicios Sociales Básicos solemos descuidar la tarea de análisis de la política social amparándonos en la falacia de nuestra incapacidad para poder incidir desde la “trincherá”. Este posicionamiento pasivo y falta de iniciativa nos lleva a tratar de cambiar pequeñas cosas desde nuestra praxis, sin cuestionarnos cuál es nuestro lugar, nuestro poder dentro de eso tan difícil de definir y que nos parece tan intocable como es la política social.

Fernando Fantova, siguiendo con su voluntad profesional y espíritu crítico de que esto no sea así, nos introduce en el pensamiento sociológico, filosófico, antropológico y económico de la política social. Para hacerlo, hace uso de una metáfora arquitectónica en la que la estructura se sostiene a partir de seis pilares que son las políticas sectoriales, dentro de las cuales está la política de servicios sociales como uno de los famosos pilares del Estado del Bienestar; unas vigas representadas por las políticas transversales, imprescindibles en la operatividad de las primeras; y las políticas intersectoriales, que en la metáfora del edificio de la política social representarían las cruces que unen los pilares entre sí y al mismo tiempo con las vigas, dando cierta flexibilidad al conjunto de la estructura: “En el esquema que proponemos se diría que la política social se sujetar y afianza en tierra con seguridad y sostenibilidad gracias

a las políticas sectoriales (pilares, verticales), y Consigue alzarse hacia arriba, cumplir su función de influir en el conjunto del cuerpo social a través de las políticas transversales y intersectoriales.” (pág. 128-129).

El autor, además de hacernos un análisis actualizado y una crítica al momento que pasan las políticas sociales, rodeadas de irresponsabilidad, desestructuración y corrupción, plantea propuestas operativas (un *reto sistémico*) ante la evidencia de que la política social construye y deconstruye a las personas y la sociedad.

¿Cómo hemos llegado los SSB a asumir la responsabilidad de tener que dar respuesta a la precariedad laboral, a la política educativa insuficiente, a la falta de vivienda como derecho reconocido, a las necesidades de salud de las personas y al desigual reparto de la riqueza económica? ¿Cuál es nuestra función real, aquella para la que estamos preparados, podemos y queremos dar respuesta? Aquel personaje del profesional de SSB atendiendo y respondiendo a cualquier demanda que tan gráficamente se describe en la obra *Educador en Alaska* es una imagen recurrente y acertada de este tipo de miscelánea perversa en la que a menudo se convierte nuestro trabajo. La política relacional, sinérgica y universal no tiene nada que ver con lo que en el día a día tenemos que afrontar como reto en nuestro puesto de trabajo. El análisis de cada una de las políticas sectoriales que Fantova nos ofrece (sanitaria, educativa, de servicios sociales, laboral, de vivienda y de garantía de ingresos) nos permite ver cuál es nuestra responsabilidad, nuestra contribución a los fenómenos sociales.

En el capítulo quinto se describen doce referencias de políticas sociales en las que podemos encontrar las bases de las diferen-

tes maneras de entender y gestionar la política social de un país y lo que “falta y sobra” en el nuestro, y que son la ideología que hay detrás de los encargos que nos hacen desde la Administración. ¿Qué pasa por ejemplo con el criterio técnico cuando la política social consiste en repartir dinero sin trabajar el gran objetivo de los servicios sociales que es la interacción (autonomía funcional + integración relacional)? ¿Debe ser la política de servicios sociales lo mismo que la política de garantía de ingresos? ¿Qué papel juega o debería jugar el tercer sector en todo este proceso? ¿Y los movimientos sociales? ¿Por qué se han vuelto a dar políticas paternalistas y asistencialistas (tarjetas de crédito para comprar alimentos, los bancos de alimentos, grandes colectas...) que lo único que hacen es consolidar el mismo modelo consumista y capitalista que las ha generado?

Es necesario un enfoque más comunitario, que no se base en dar recursos económicos, con la contraprestación (amenaza) de la aceptación de la precariedad laboral más extrema, sin posibilidad de tirara adelante, de fortalecerse como personas: “En la medida en que los poderes públicos compartan poder con las personas, redes y organizaciones y promuevan su fortalecimiento, las políticas públicas pueden ganar en pertinencia, versatilidad, legitimación e impacto. El camino opuesto es el de los juegos de suma negativa, el control punitivo, el paternalismo, el asistencialismo, el clientelismo, las correas de transmisión, el corporativismo, la cooptación la colusión o el conflicto de intereses no reconocido.” (pág. 305).

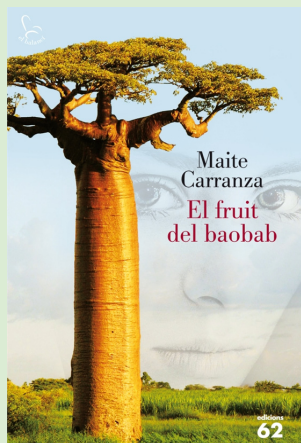
Entonces, ¿cuál es el modelo que debemos proponer y seguir para hacer frente a esta crisis del bienestar de las personas? De entrada abandonar las viejas fórmulas basa-

das únicamente en la ayuda económica. Hay que innovar para poder transformar. Fernando Fantova habla de buscar sinergias entre las diferentes políticas sociales, las redes informales de confianza, los movimientos sociales y las dinámicas económicas alternativas, el sector privado y el tercer sector para lograr la transformación del sistema social. Plantea hacer una política social universal, integral y comunitaria, entendiendo como comunidad aquellos vínculos, aquellas relaciones de tipo afectivo y de apoyo que proporcionan la inclusión a través de la interacción.

Y más concretamente desde nuestro sector, desde los servicios sociales, necesitamos

que haya un reconocimiento al mismo nivel que el de las otras políticas sociales, lo que contribuiría a poder diferenciar el encargo confuso que nos llega y que lo abarca casi todo, pero sin descuidar las políticas intersectoriales y transversales (*trabajo conjunto o compartido*). Hay que encontrar la fórmula que nos permita seguir dando respuesta a las situaciones de mayor vulnerabilidad social, pero desde una configuración más universal. El cambio, por tanto, debe venir del conjunto de la política social, entendiéndola de otro modo, y tomando conciencia de que debe afectar a la política fiscal, educativa, familiar... y no solo la política de servicios sociales.

Anna Vidal Solé



- CARRANZA, Maite. *El fruit del baobab*. Barcelona: Edicions 62, 2013. ISBN 9788429771107.

Para citar el artículo: CARRANZA, Maite. El fruit del baobab. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, de-
sembre 2015, n. 204, pàgines 168-169. ISSN 0212-7210.

El fruit del baobab

Encuentro de miradas

The baobab fruit. Encounter of glances

En fechas próximas a Todos los Santos de ya hace cerca de cinco años, con un correo electrónico conciso pero afectuoso, Maite Carranza me proponía una charla distendida y un café: “Mi nombre es Maite Carranza, soy escritora y en estos momentos me estoy documentando para escribir un libro sobre la mutilación genital femenina. Me interesa sobre todo la realidad vivida en los últimos años en Cataluña, las dificultades de las personas que se han enfrentado a ella desde diversos ámbitos y el contrasentido que rodea esta problemática.” Ya en nuestro primer encuentro pudimos conectar con la manera de leer el tema central de la historia, con la complejidad y las contradicciones que se nos plantean desde el primer momento en que entramos en contacto. La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica tradicional terrible, que más allá del atentado físico que supone contra las niñas y mujeres que la padecen, reproduce la discriminación hacia ellas, no solamente por razón de cultura sino también por género y estatus social.

La MGF se define como una práctica tradicional dañina con raíces socioculturales fuertes y ancestrales. Según la Organización Mundial de la Salud, engloba todos aquellos procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.

Las estimaciones de UNICEF recogen que afecta ya a 140 millones de niñas y mujeres de África y que 3 millones de niñas están en riesgo de padecerla cada año. Básicamente esta práctica se circunscribe a algunos países

del África subsahariana, y está vinculada a la tradición de determinadas etnias más que a nacionalidades; se han identificado casos también en otros países como Kurdistán, Indonesia o Malasia. Los continentes no viajan, las que viajan son las personas, con su cultura, por lo que en un contexto mundial cada día más global la mutilación genital femenina está también presente en occidente.

La MGF es considerada esencial en el proceso de socialización, y algunas culturas africanas la interpretan como un elemento de refuerzo de alguno de sus valores fundamentales: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos.

Más cerca de nosotros, las actuales perspectivas de análisis comienzan a fijarse en nuevas prácticas culturales en occidente, ligadas a modelos de belleza predominantes y especialmente exigentes con las mujeres, a las que nos reclaman una imagen saludable, que responda a un patrón estético estandarizado basado en la perfección y la juventud, y que es la explicación de un incremento alarmante de intervenciones de cirugía genital cosmética, incluso en jóvenes adolescentes, en los países industrializados.

Desde el trabajo social tenemos un espacio de trabajo importante con estas mujeres, especialmente en el planteamiento de intervenciones preventivas con las niñas que se encuentren en una situación de riesgo. El trabajo desde la proximidad es el que se ha evidenciado como el más efectivo a la hora de incidir en creencias tan arraigadas como las que sustentan la práctica de la MGF. El libro nos ayuda, desde la forma en que nos propone la historia Maite Carranza, a

hacer aflorar algunas de las paradojas que plantea la intervención de los profesionales con niñas en riesgo de MGF: cómo la justicia es a veces injusta, cómo para proteger a veces hacemos daño y cómo a menudo, por mucho que intentamos comprender, no somos capaces de entender.

Maite Carranza, además de formación en antropología tiene una dilatada carrera como escritora de guiones cinematográficos y para televisión, y sobre todo es una aclamada autora de literatura juvenil. *El fruit del baobab* es el encuentro de la mirada de las mujeres de diferentes generaciones, de diferentes continentes, de diferente formación y profesión. Desde la diferencia comparten el descubrimiento de llevar con ellas una mochila parecida, la de la tradición, que a veces es muy pesada. Una tradición querida a la vez que cuestionada, que a veces las enfrenta con otros amores, amores adolescentes, amores maduros, amores perdidos, amor por el conocimiento, amor por el trabajo, amor por la madre y amor por las hijas.

Es la historia de tres generaciones de mujeres africanas, Rama, Aminata y Binta, de cómo cada una se ha rebelado contra una tradición injusta, y de cómo reconocer y ejercer su libertad y su criterio. Pero también es la historia de las profesionales (pediatra, enfermera o trabajadora social) que trabajan con familias africanas, encarnadas en el personaje de Lola.

Os recomiendo mucho la lectura de este libro, que avanza con respeto por este encuentro de miradas femeninas desde culturas diferentes, pero con tantas y tantas cosas en común.

Marga Garcia Canela



- MAALOUF, Amin. *Los desorientados*. Madrid: Alianza Literaria, 2012. ISBN 9788420608891.

Para citar el artículo: MAALOUF, Amin. Los desorientados. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 170-172. ISSN 0212-7210.

El dolor de vivir juntos Sobre *Los desorientados* de Amin Maalouf

The pain of living together

About 'The disoriented' by Amin Maalouf

Antes de que la brújula marcara el norte, era el sol naciente el referente geográfico que nos orientaba. El Oriente era no solo un hito terrestre, sino también histórico donde nacieron las antiguas civilizaciones, de donde durante siglos provinieron las mercancías más codiciadas, los mayores avances técnicos y científicos, incluida la brújula. Esta es la novela de la pérdida de ese Oriente, también de esta desorientación que proviene de un mundo en cambio donde los referentes culturales e históricos que nos han constituido como sujetos individuales, pero también sociales, ha entrado en el laberinto de su crisis.

La llamada de la esposa de un "antiguo amigo" para decirle que está muriendo hace regresar a Adam a su país. Se exiló cuando estalló la guerra en 1976. Desde entonces no ha vuelto ni apenas ha mantenido contacto con sus antiguos camaradas de juventud.

La novela se inicia con la discusión sobre qué es un "antiguo amigo". "Si mañana riñese con mi hermana, ¿se convertiría en mi "antigua" hermana?" Le pregunta su mujer. Es diferente, contesta él, un hermano es familia.

Existen identidades de pertenencia e identidades de elección; pertenecemos a una familia, elegimos al amigo, aunque esta elección se realice desde afinidades no del todo conscientes. ¿Qué queda del amigo cuando éste ha dejado de serlo?

El regreso de Adam es el encuentro con la amistad que fue, pero que es problemático que continúe siéndolo.

Se pertenece a una familia como a una religión, a un país, a una etnia, a un género, todo ello nos posee. Podemos renegar o apostatar como quien rechaza pertenecer a su familia, pero no por ello se deja de ser poseído por todo eso. No se pueden eliminar los efectos emocionales de esa pertenencia. ¿Pero cuál es la índole de esta pertenencia? ¿Poseemos una identidad o esta nos posee a nosotros? Tal vez ahí radica la complejidad y el conflicto. Se trata de algo propio y ajeno a la vez. Las identidades nos identifican y nos enajenan al mismo tiempo, y según en qué circunstancias, individuales, sociales o históricas, pueden enajenar, hasta la locura o la muerte. Cuando esto ocurre, la amistad, la pertenencia elegida, puede desaparecer, se hace inamistad, incluso declarada hostilidad. Maalouf ha escrito sobre esto en su obra *Las identidades asesinas*.

Para mostrárnoslo nos lleva ahora, sin nombrarlo, al Líbano de mitad de los setenta y nos presenta a un grupo de amigos en esa edad en la que la camaradería es franco amor. La terraza de la casa de Mourad es el escenario de esa juventud que debate sus diferencias con las armas de las palabras contenidas por la amistad y la pertenencia a un pensamiento de progreso y libertad.

Pero existe una amenaza larvada, acechante. La constituye esa inflación de identidades que desde hace siglos se ha ido gestando en ese rincón del *Mare nostrum*. Componen este calidoscopio identitario: cristianos, musulmanes y judíos; árabes, israelitas y antiguos colonizadores, más sus facciones internas: católicos, ortodoxos, chiítas, sunitas, drusos, etc. A todo ello se

añade la catástrofe humana provocada por las diversas guerras entre Israel y los países árabes; el desplazamiento de multitudes de palestinos recluidos en campos de refugiados en durísimas condiciones sociales, y las tensiones con las poblaciones receptoras.

Todo ello hace estallar la guerra civil de 1976.

“Nosotros que nos jactábamos de voltairianos, de camusianos, nietzscheanos o surrealistas volvíamos a ser cristianos, musulmanes o judíos ateniéndonos a denominaciones específicas, un martirologio nutrido y los píos aborrecimientos que entran en ese lote”.

Como la bola de billar que impacta con el resto de bolas, el grupo, tan aparentemente compacto, se disgrega. Las identidades actúan de disolvente y cada cual sigue un camino. En esta diáspora cada uno de los amigos representa en líneas generales una opción. Tal vez sea esta exigencia de representación, que recae en cada personaje, el punto débil de la obra, la que le da una estructura algo esquemática.

Naím, el primero en abandonar el grupo y el país, lo hace bajo el reflejo secular de un pueblo perseguido por el genocidio.

A Adam le acompaña un silencio vergonzante, como si el exilio comportara una traición a los que deciden quedarse y, supuestamente, afrontar el conflicto.

Pero quedarse en ese avispero de facciones tampoco es una opción homogénea. Cuando el conflicto se hace bélico, tomar partido es, casi inevitablemente, tomar las armas. De los amigos, Bilal, incomprensiblemente, elige lo que a los ojos de la juventud acostumbra a presentarse como la más auténtica, la más generosa, por radical, de las opciones, y paga con su vida.

En este todos contra todos la ética se sustituye por la moral del clan, los ideales no son otra cosa que la exaltación de lo propio y la demonización de lo ajeno, hasta su eliminación física. En este río revuelto hay quien medra en la corrupción o en la acumulación de poder, o en las dos cosas a la vez. Es lo que transforma a Mourad en un “antiguo amigo”.

¿Cómo quedarse sin participar de la violencia de las identidades confrontadas? Para ello es necesario, parece decir Maalouf, una especie de exilio interior, un extrañamiento de las condiciones de la confrontación y hasta cierto punto una desidentificación, una puesta entre paréntesis de la alienación que comporta entrar dentro del archivo de las identidades colectivas. Ramzi y la *bella Semiramis* representan los intentos de extraer aquello que te hace persona, humano, vivo, sin comprometerte con la violencia ni con la corrupción. El primero lo busca en la renuncia a lo mundano y en una espiritualidad trascendente, ella con un distanciamiento irónico y hedonista que recupera la tradición levantina.

La *civilización levantina*, como la nombra el protagonista, ha sido lugar de cruces y mestizajes y por ello se ha hecho tolerante con las diferencias, ha antepuesto la “buena vida” a la vida buena –siempre sujeta a preceptos y prohibiciones– y encuentra en la terrenalidad solar y epidérmica su lugar de reunión. “La civilización levantina. Una expresión con la que sonríen los ignorantes y les chirrían los dientes a los partidarios de las barbaries triunfantes, los adeptos de las tribus arrogantes que se enfrentan en nombre del Dios único y no saben de peor adversario que nuestras identidades sutiles”.

Tal vez en nombre de esas identidades sutiles se embarca Adam en la difícil tarea

de reunir a los viejos amigos. Los diversos itinerarios vitales de cada uno les ha dado nuevas pertenencias: a países, profesiones, ideologías, opciones sexuales o familiares, que se superponen o modulan las antiguas. No llegamos a saber si estos viejos amigos reconstruidos por nuevas identificaciones pueden encontrarse de nuevo o si renacerán las identidades primigenias excluyentes que los harían *antiguos* amigos. Queda para los lectores este debate.

Los tiempos que corren no permiten grandes esperanzas. Los partidarios de las barbaries, seguidos de sus tribus, avanzan triunfantes perpetrando crueldades inauditas con la arrogancia de quienes de creen avalados por el Dios único.

La peripecia de Albert y su relación con la familia que le ha secuestrado en la vorágine de las facciones en lucha proporciona un contrapunto a la desesperanza. La solidaridad es posible cuando lo personal, lo subjetivo, se adelanta al primer plano y atrás quedan las pertenencias colectivas. La empatía nace del reconocimiento del diferente como semejante.

Cuando la novela se publicó hace tres años el autor en una entrevista en *El País*, decía: “vivir juntos es algo muy complicado, que necesita ser gestionado con sutileza, lucidez y perseverancia. No es algo que se produzca espontáneamente, ni algo que quede solucionado de una vez por todas. Pero es indispensable para evitar esa pesadilla hacia la que nos dirigimos”; y más adelante: “...las sociedades europeas viven una profunda crisis ligada al retroceso de valores de solidaridad y bien común. Gestionar la coexistencia de gente que viene de culturas diferentes es explosivo. Pero debemos hacerlo.”

Antonio Soler Aguado

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping rectangular blocks. A light green block is on the left, partially overlapping a darker green block. A horizontal green bar spans across the middle, containing the main title. Below this bar, a vertical grey bar extends downwards, containing a list of items. The background is white.

La revista

Publicaciones

Presentación de artículos

Suscripción

SUMARIO PROVISIONAL RTS 205

Al lado de los niños y los adolescentes (II)

- **Nuevos relatos para nuevas políticas contra la pobreza infantil**
- **El sistema de protección a la infancia y la adolescencia de Catalunya (Segunda parte)**
- **Ámbito educativo**
- **El proyecto Carmanyola: dos experiencias de trabajo comunitario en la comarca de La Selva**
- **MENA (Menors Estrangers No Acompanyats) -Los niños adultos-**
- **El acompañamiento a los niños y adolescentes desde Infància Respon y el SOMIA. Una mirada desde la palabra y la escucha**
- **El trabajo social sanitario en la infancia y adolescencia en pediatría**
- **La intervención con la infancia y la adolescencia en riesgo desde los Servicios Sociales Básicos. Experiencia de un municipio**
- **La intervención social en los CDIAP**
- **Fundación Pequeño Deseo: una experiencia de intervención con niños y adolescentes con enfermedades graves y/o crónicas desde la mirada del trabajo social**

Números anteriores

- **La investigación, una realidad en trabajo social**
Número 192 - Abril 2011
- **El tercer sector en el marco de las políticas sociales**
Número 193 - Agosto 2011
- **La profesión ante la crisis y el malestar social**
Número 194 - Diciembre 2011
- **Desigualdades a propósito de género**
Número 195 - Abril 2012
- **Formación y compromiso, bases para el crecimiento profesional**
Número 196 - Agosto 2012
- **Repensando el trabajo social con familias (I)**
Número 197 - Diciembre 2012
- **Repensando el trabajo social con familias (II)**
Número 198 - Abril 2013
- **Diálogos entre la ética y el trabajo social**
Número 199 - Agosto 2013
- **Divisando nuevos horizontes para el trabajo social**
Número 200 - Diciembre 2013
- **La fuerza del trabajo social con grupos**
Número 201 - Abril 2014
- **Trabajo social en clave internacional**
Número 202 - Agosto 2014
- **Compromiso con la comunidad**
Número 203 - Agosto 2014
- **Al lado de los niños y los adolescentes (I)**
Número 204 - Abril 2015

Próximos temas

- **Al lado de los niños y los adolescentes (II)**
- **Salud**
- **Derechos sociales**

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS A LA REVISTA DE TRABAJO SOCIAL (RTS)

La *Revista de Trabajo Social*, editada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña, se publica desde el año 1960 con periodicidad cuatrimestral. Su objetivo es transmitir conocimientos sobre el trabajo social, los servicios sociales, el bienestar social y las políticas sociales a la comunidad científica, a los profesionales y a los colectivos interesados.

- La RTS está abierta a todos los colaboradores que lo deseen para presentar artículos sobre investigaciones originales teóricas o experimentales, trabajos teóricos y metodológicos, descripciones de experiencias profesionales y ensayos, siempre en relación con el trabajo social, las políticas sociales y los servicios de bienestar social.
- Los artículos tienen que ser inéditos. A pesar de todo, el equipo de redacción podrá reproducir textos publicados en otras lenguas y en otros ámbitos geográficos, si lo cree oportuno.
- El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y ante la evidencia de plagio se pondrán en marcha acciones previstas para informar a las personas autoras, retirar el documento no original de la página web e informar a las personas lectoras de esta situación.
- El equipo de redacción estudiará los artículos recibidos e informará al autor/a de la aceptación para la publicación. Podrá también recomendar modificaciones y, si el artículo se considera no publicable, se comunicará.
- Extensión. Los artículos de la sección “**A fondo**” tendrán una extensión máxima de 15 páginas (los artículos que hagan referencia a Experiencias tendrán una extensión máxima de 10 páginas), los de las secciones “**Otros temas de interés**” un máximo de 10 páginas; los de “**Miscelánea**”, 3 páginas, y los comentarios de “**Estante de los Libros**” no excederán las 2 páginas. En todos los casos que corresponda en la extensión máxima estará incluida la bibliografía. Los artículos que superen las páginas indicadas serán devueltos para reducir la extensión. Los artículos se presentarán en formato electrónico, letra Arial cuerpo 12; interlineado 1,5; márgenes 3 cm.
- Idiomas. Los artículos pueden presentarse en catalán o en castellano indistintamente, la publicación se realizará bilingüe. Los títulos y resúmenes también en inglés.
- Los datos tienen que ir a la cabecera de los artículos. En la primera página se hará constar título y subtítulo, si se tercia; nombre y apellidos del autor/a principal y relación otros autores/as si el trabajo es de equipo; título académico, centro de trabajo y cargo; también se incluirán el número de teléfono y la dirección de correo electrónico. A continuación el resumen, no superior a 10 líneas, en el idioma elegido y, si es posible, en inglés. Al final del resumen las palabras clave, en número no superior a 5.
- Destacados: marcados en verde las dos o tres frases (que no excedan las 30 palabras cada una) que se consideren importantes del artículo.
- Referencias bibliográficas. Irán al final del texto, siguiendo el orden alfabético y de acuerdo con las siguientes normas de referencia: ISO 690, 1987 (UNE 50-104-94) para documentos impresos e ISO 690-2 para documentos electrónicos, bases de datos y programas informáticos.

Documentos impresos.

- Monografías (Libros): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable. *Título* (en cursiva). Otros responsables: traductor, editor, etc. (opcional). Edi-

- ción. Lugar de publicación: Editorial, año. Extensión del libro (opcional). Colección (opcional). Notas (opcional). Número ISBN.
- Partes de monografías (Capítulo de libro): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del capítulo. Título del capítulo. En APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del libro. *Título del libro* (en cursiva). Lugar de publicación: Editorial, año, situación en la publicación fuente (volumen, páginas, etc.)
 - Publicaciones en serie (Revistas): Título (en cursiva). Responsabilidad de la revista. Edición. Identificación del fascículo (fecha y/o número). Lugar de publicación: Editorial, año. Serie (opcional). Notas (opcional). Número ISSN.
 - Artículos de publicaciones en serie (Revistas): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del artículo. Título del artículo. Colaboradores/as al artículo (opcional). *Título de la revista* (en cursiva). Edición, año, volumen, número, páginas. Legislación: País. Título. *Publicación* (en cursiva), fecha de publicación, número, páginas.

Documentos electrónicos.

- Textos completos: APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable. *Título* (en cursiva) [tipo de apoyo]. Responsable(s) secundario(s) (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación, fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). (Colección) (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado (opcional).
 - Partes de textos: APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable del documento base. *Título del documento base* (en cursiva) [tipo de apoyo]. responsable(s) secundario(s) del documento base (opcional). Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación, fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Capítulo o designación equivalente a la parte. Título de la parte. Numeración dentro del documento base (opcional). Localización dentro del documento base (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado (opcional).
 - Publicaciones en serie (Revistas electrónicas): *Título* (en cursiva) [tipo de apoyo]. Edición. Lugar de publicación: Editor, fecha de publicación [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Serie (opcional). Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado.
 - Artículos y otras contribuciones de publicaciones en serie (Revistas electrónicas): APELLIDOS (mayúscula), Nombre o nombre de la entidad responsable de la contribución. Título de la contribución. *Título de la revista* (en cursiva) [tipo de apoyo]. Edición. número del fascículo. Fecha de actualización/revisión [Fecha de consulta] (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Localización dentro del documento base. Notas (opcional). Disponibilidad y acceso (obligatorio para los documentos en línea; opcional para el resto). Número normalizado.
- Las gráficas, dibujos y tablas traerán las correspondientes referencias, indicando con qué parte del texto están relacionadas.
 - Los artículos se enviarán a la dirección electrónica de la RTS: rts@tscat.cat
 - Los artículos, una vez publicados, pasan a ser propiedad de la RTS.
 - Los autores/as recibirán 2 ejemplares en formato papel del número de la revista en que se ha publicado su trabajo.

Nota a los lectores:

La Revista de Treball Social (RTS) ofrece un espacio de comunicación con los lectores con la voluntad de recibir **comentarios, sugerencias, cartas, notas** y todo lo que los lectores quieran comunicar a la dirección de la revista.

Envía tus aportaciones por correo postal a:

RTS

c/ Portaferrisa, 18, 1r 1a - 08002 Barcelona

o bien por correo electrónico a: rts@tscat.cat

Tarifas

- Suscripción anual: 45 euros
- Extranjero (tarifa única): 58 euros
- Números sueltos: 18 euros

Datos personales

Nombre y apellidos: NIF:

Dirección: C.P.:

Población:

Teléfono: Tel. móvil: E-mail:

Datos Bancarios

Banco o Caja:

Domiciliación Agencia:

Población:

Titular:

Código bancario: Entidad___/ Sucursal___/ DC__ Núm. C/c_____

Firma:

Fecha:

Lo podéis enviar por correo electrónico o por fax.

