

MAYO 2015. 2º cuatrimestre
ISSN 1134-0991 / www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJADORES
SOCIALES
DE
MADRID

75

JOSÉ MANUEL JIMÉNEZ | MARÍA JOSÉ PLANAS | ANCA CRISTINA DINU |
DANIEL DE ARMAS | CARMEN SABATER | PABLO CABEZAS | DIEGO CELDRÁN |
LUIS FERNANDO SAIZ | M^a LUISA MONTEJANO

Directora/Executive Editor

Laura Ponce de León Romero
direccion@trabajosocialhoy.com

Secretaria/Publishing Editor

María de Gracia Ruiz López
tsh@trabajosocialhoy.com

Secretaria Adjunta/Publishing Editor

María José Planas García de Dios

Consejo de Redacción/Review Editors

Concepción Castro Clemente (A3TS)
Fernando Cuevas Álvarez (Cruz Roja Española)
Marta Escudero Iglesias (Asociación Española Contra el Cáncer)
José Luis Fernández-Pacheco Sáez (Universidad Complutense de Madrid)
Yolanda García Fernández (Ayuntamiento de Madrid)
Susana González Chacón (Hartford)
Eduardo Gutiérrez Sanz (Provivienda)
María Rosario Luis-Yagüe López (Asociación Española de Trabajo Social y Salud-AETSYS)
Esther Rodríguez López (Gerosal)
María Concepción Vicente Mochales (Universidad Complutense de Madrid)
Martha Leticia Cabello Garza (Universidad Autónoma de Nuevo León)

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Andrés Arias Astray (Universidad Complutense de Madrid)
Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)
Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Manuel Gil Parejo (Universidad Pontificia Comillas)
Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología SEGG)
Gloria Hernández Martín (Universidad Complutense de Madrid)
Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)
Darío Pérez Madera (Samur Social)
Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Junta de Gobierno/Governing Board

Decana: Mar Ureña Campaña
Vicedecano: Daniel Gil Martorell
Secretaria: Agustina Crespo Valencia
Tesorera: María Isabel López Serrano
Vocales: Gema Gallardo Pérez, Ruth Mendoza García, María José Planas García de Dios, Laura Ponce de León Romero, José Ignacio Santás García

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID
C/ Evaristo San Miguel, 4, Local. Madrid 28008. España
publicaciones@comtrabajosocial.com
Teléfono 91 521 92 80 - Fax 91 522 23 80 - www.comtrabajosocial.com

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes
Impresión: Afanías Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)
Editada en Mayo 2015
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation **[5]**

Artículos | Articles **[7-138]**

Dossier Salud Mental | Mental Health Dossier

Sistema de dependencia y apoyo familiar en pacientes con trastorno mental grave en la provincia de Córdoba: un enfoque desde el trabajo social sanitario
The dependency and family support system for patients with severe mental disorder in the province of Córdoba: A social health care approach
José Manuel Jiménez Rodríguez 7-16

Aproximación a los modelos teóricos profesionales a través de un caso de salud mental
Various theoretical models examined through one mental health case
María José Planas García de Dios 17-36

Interés profesional | Professional interest

Los niños como víctimas de la violencia de género
Children as victims of gender violence
Anca Cristina Dinu 37-68

Intervención profesional | Professional intervention

Análisis de la adquisición de competencias por los trabajadores sociales en su formación y en el mercado laboral
Analysis of skill acquisition by social workers during their training and in the job market
Daniel de Armas Bravo, Carmen Sabater Fernández y Pablo Cabezas Medina.... 69-88

Ratio profesional y funciones de los trabajadores sociales en las Unidades de Trabajo Social
Professional ratio and functions of social workers in social work units
Diego Celdrán Martínez 89-102

Equilibrio territorial en la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid
Territorial balance in Madrid's minimum guaranteed income benefit
Luis Fernando Saiz Vargas y M^a Luisa Montejano Sánchez 103-138

Reseñas | Reviews

[139-144]

Título del libro: Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención
Book title: Manual of Systemic Therapy: Principles and Tools for Intervention,
Autores: Alicia Moreno
Reseña realizada por María Guillén Sáenz de Tejada 139-144

Información profesional | Professional information

[145-150]

Los retos de la cronicidad. Congreso Edad y Vida 2015
International Age and Life Conference 2015
Concepción Castro Clemente 145-150

PRESENTACIÓN

En este nuevo número el apartado de Dossier está dedicado a un tema, que desgraciadamente no parece ser la preferencia política para la provisión de servicios y recursos sociales, nos referimos a salud mental. Los/as trabajadores/as sociales estamos acostumbrados a ver como en estos casos, son principalmente las familias las que se hacen cargo de estos pacientes ante la carencia de servicios especializados que permitan su atención y faciliten la inclusión social de los afectados, especialmente permitiendo su reinserción laboral, pues muchas enfermedades bien tratadas y con un seguimiento riguroso de la medicación no serían un escollo para llevar una vida familiar tranquila o encontrar un trabajo. ¿Dónde están los enfermos de salud mental? Las opciones suelen ser drásticas..., bien con sus familias con el consiguiente desgaste del cuidador, pues normalmente no suelen estar preparados ni apoyados para ejercer esta tremenda responsabilidad (en alguno de los casos incluso corriendo el riesgo de sufrir agresiones); bien cumpliendo condena en un centro penitenciario o en residencias de salud mental, bien en la calle vagando por los centros de acogida y otros recursos para personas sin hogar..., sin mencionar las listas de esperas de los hospitales y residencias, que no disponen de plazas para atender situaciones de crisis, ingresos o tratamientos. Los juzgados demoran en exceso las decisiones de estos casos, y son las familias las que tienen que asumir la falta de atención jurídica, administrativa y de atención médica, por no mencionar la palabra desidia. En esta sección se analiza el sistema de dependencia y apoyo familiar en pacientes con trastorno mental grave en la provincia de Córdoba, desde el enfoque del trabajo social sanitario; además de estudiar los modelos de intervención en un caso de salud mental. Estos dos artículos nos permitirán reflexionar sobre la situación actual del tema, los nuevos planteamientos para la intervención y, especialmente, sobre lo mucho que nos queda por hacer con este tipo de pacientes y sus familias.

El apartado de interés profesional está dedicado a los niños víctimas de violencia de género. Entre las consecuencias nefastas de la violencia de género se encuentran las secuelas físicas y psicológicas que sufren tanto las madres como los hijos, y cuyo desenlace es, en muchas ocasiones, la muerte de las mujeres maltratadas e incluso algunas veces la de sus hijos. Estos y otros muchos aspectos se analizan en el único artículo que comprende esta sección.

En el apartado de intervención profesional aparecen tres artículos destinados a analizar tres elementos directamente interconectados entre sí: competencias profesionales, recortes presupuestarios y distribución de recursos. En esta sección se estudian respectivamente los siguientes aspectos: la adquisición de competencias por parte de los trabajadores sociales en relación a una formación y el mercado laboral, el ratio profesional y las funciones de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social, y el equilibrio territorial en lo referente a la Renta Mínima de Inserción (RMI) de la Comunidad de Madrid.

Como siempre esperamos que este número también sea de interés.

SISTEMA DE DEPENDENCIA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA: UN ENFOQUE DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

THE DEPENDENCY AND FAMILY SUPPORT SYSTEM FOR PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDER IN THE PROVINCE OF CÓRDOBA: A SOCIAL HEALTH CARE APPROACH

José Manuel Jiménez Rodríguez

Equipo de Salud Mental Comunitaria (ESMC) de Palma del Río. Córdoba

Resumen: El trastorno mental grave queda integrado en el conjunto de diagnósticos clínicos del grupo de las psicosis y otros diagnósticos relacionados. Enfermedad cuyo pronóstico lleva aparejado periodos variables de agitación e inestabilidad psíquica respecto de las capacidades funcionales, requiere de un tratamiento integral donde paciente, personal sanitario y familia se ven implicados. Con la reforma psiquiátrica, en España desaparecen los antiguos centros psiquiátricos (manicomios), configurándose una nueva red asistencial de carácter sociosanitario que vendrá a dotar de mayor protagonismo al paciente y su familia. Desde este momento se establece un profundo compromiso social y sanitario hacia la enfermedad, quedando con ello instaurado un nuevo sentir y una nueva conciencia del deber cumplido. La actual crisis económica ha provocado el debilitamiento de los servicios y prestaciones sanitarias y sociales, entre las que se encuentran las ayudas a la dependencia. Consecuencia de ello es el recrudecimiento del apoyo y ayuda de los familiares/cuidadores de estos pacientes que experimentan la sobrecarga y sobre esfuerzo de los cuidados. Se recomienda enfatizar sobre este colectivo el cual puede verse inmerso en situaciones de alto riesgo sociosanitario.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave (TMG), Cuidados de larga duración, Salud Mental, Dependencia, Trabajo Social.

Abstract: Severe mental disorder refers to the group of clinical diagnoses consisting of psychotic disorders and related diagnoses. This group of illnesses, the prognosis of which is variable periods of mental agitation and instability with respect to functional capacities, requires comprehensive treatment that involves the patient, health care professionals and the family. When the psychiatric care system in Spain underwent major reform some years ago, the old psychiatric centres (insane asylums) disappeared and a broad network of health and social care services was established. This network gave patients and their families a greater role and showed a profound engagement with the illness, in terms of both social care and health care, and this brought with it a new attitude and feeling of accomplishment. The current economic crisis has led to the weakening of health and social services and of related benefits, including economic assistance for dependent persons.

In consequence less support and assistance go to patients' families/caregivers, who thus have greater difficulty meeting the demands of care-giving. This group should be the object of special attention because it is often in situations of high risk.

Key words: Severe Mental Disorder (SMD), Long-term care, Mental health, Dependence, Social Work.

| Recibido 09/10/2014 | Revisado 25/12/2014 | Aceptado 02/02/2015 | Publicado 31/05/2015 |

Correspondencia: José Manuel Jiménez Rodríguez. SAS ESMC de la Palma del Río. Córdoba. Avda. Félix Rodríguez de la Fuente s/n. Correo electrónico: jose.jimenez.rodriguez.sspalma.andalucia.es.

Referencia normalizada: Jiménez-Rodríguez, J.M. (2015). Sistema de dependencia y apoyo familiar en pacientes con trastorno mental grave en la provincia de Córdoba: Un enfoque desde el trabajo social sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 75, 7-16. doi 10.12960/TSH.2015.0007.

1. INTRODUCCIÓN

Hablar del trastorno mental grave (TMG) implica centrar nuestra atención en el conjunto de diagnósticos clínicos del grupo de las psicosis (esquizofrenia y trastorno bipolar) así como de otros diagnósticos relacionados, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, citado en la Organización Mundial de la Salud, 2003). Se trata de una psicopatología que altera la consciencia de la persona que la padece y la limita cuando este (el trastorno) se encuentra en estado de activación. El trastorno mental grave queda definido de esta manera como *la alteración que contempla las dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada* (Schinnar et al., 1990: 1602-8; Gisbert et al., 2002; Laviana, 2006: 345-73). Dicha enfermedad hace que se vean afectadas diversas parcelas inherentes al individuo por lo que su tratamiento requiere de una intervención basada en el modelo o paradigma bio-psico-social. Durante los periodos de agitación y hasta llegar a la estabilidad clínica, el paciente se encuentra en situación de vulnerabilidad y dependencia, requiriendo apoyo y supervisión para determinadas actividades de la vida diaria (AVD) (IMSERSO, 2007). Desde que se implantó en España la reforma psiquiátrica en la década de los ochenta, el paciente en sí, como la familia, adquiere un fuerte protagonismo. Sobre estos recae gran parte de la responsabilidad y compromiso de los cuidados, el control y supervisión del tratamiento, el seguimiento de la evolución de la enfermedad, etc., con el apoyo de los equipos y unidades de salud mental.

Es desde ese preciso instante que los poderes públicos y la administración del Estado dan paso a un modelo de intervención sociosanitario donde paciente, familia, profesional sanitario y comunidad entran en juego. En ellos descansa gran parte de la responsabilidad social y sanitaria hacia la enfermedad, quedando así instaurado un nuevo sentir e instalándose una nueva conciencia del deber cumplido. Habiendo pasado la administración pública a un segundo plano, el compromiso ético y moral adquirido por las familias de estos pacientes las obliga a desarrollar y poner en marcha estrategias de actuación para las que quizás no estén del todo preparadas. La falta de apoyos formales y de recursos sanitarios y sociales, agravados por la crisis económica en que nos encontramos sumidos, hacen de la familia un blanco fácil sobre el que apuntar a la hora de conciliar dichas deficiencias e irregularidades. En tanto que suplentes encargados de hacer frente a estos desajustes, nos encontramos con un moderado índice de familias donde la persona que ejerce los cuidados de larga duración o seguimiento de este perfil de pacientes (*cuidadores informales*) supera los 65 años, edad que limita el ejercicio de las funciones que le vienen encomendadas.

Es recomendado desde los poderes públicos y los sistemas sanitarios enfatizar en colectivos específicos que por su enfermedad invalidante o discapacitante, pueden verse inmersos en situaciones de alto riesgo social y sanitario e inermes por su propio

estado de salud y el continuo cambio social (Jiménez, 2015: 13-18). El apoyo a las familias y sus cuidadores ha de estar en primera línea de debate y ser priorizado para la continuidad de unos cuidados formales e informales sostenibles y de calidad en estos pacientes (Silberstein, 1998: 25-30). Contribuyendo con el respiro y desahogo de dichos familiares cuidadores, se podrá evitar el debilitamiento, cansancio, agotamiento y renuncia del cuidado prestado (Morales et al., 2000; Delicado, 2003). Es por ello que se hace necesario analizar el sistema de protección social de este grupo de pacientes y sus familiares/cuidadores, conforme queda establecido en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que permita desarrollar líneas de actuación que garanticen la continua cobertura de servicios y prestaciones, y aseguren la estabilidad clínica.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Es motivo de nuestra investigación *determinar, tanto la proporción de pacientes diagnosticados de TMG por el Equipo de Salud Mental Comunitaria (ESMC) de Palma del Río* respecto del censo general de pacientes ratificados en Comisión del TMG, como *describir la situación de dependencia en la que se encuentran dichos pacientes* de acuerdo con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Asimismo, nos interesa *conocer el nivel de apoyo (formal e informal) con el que cuentan dichos pacientes y sus familiares* por el estado de vulnerabilidad al que pueden verse sometidos dadas las circunstancias actuales del sistema de protección social y sanitario. Finalmente, y no menos importante, intentaremos *delimitar la proporción de cuidadores o personas de referencia mayores de 65 años al cuidado o supervisión de pacientes psiquiátricos*, por las limitaciones y crisis psicóticas a las que han de hacer frente, y el desgaste físico y psíquico (emocional) al que han de verse sometidos inexcusablemente.

3. DISEÑO

Dicha investigación pone su acento en los estudios de tipo observacional descriptivo transversal y cohorte cuantitativa.

Emplazamiento

Centramos nuestra atención en el grupo de pacientes con TMG diagnosticado, ratificados en la Comisión del TMG, adscritos al ESMC del municipio de Palma del Río, situado este en un enclave rural de la provincia de Córdoba (Valle Medio del Guadalquivir).

Material y método

Para nuestro estudio hacemos uso del universo muestral de pacientes con trastorno mental grave diagnosticado, ratificados conforme a los procedimientos internos establecidos desde la dirección de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de la provincia de Córdoba, censados con fecha de 1 de enero de 2014 a 31 de diciembre de 2014 (tomamos como criterio de exclusión haber fallecido dentro del periodo señalado). Se recogen variables de tipo sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, nacionalidad) y sanitarias (diagnóstico y persona de referencia). De igual manera, se recogen variables sociodemográficas de los cuidadores de estos pacientes, que determinarán de forma indirecta la capacidad y habilidad para la contención. Para el análisis descriptivo de los datos se hace uso del programa informático SSPS versión Statistics 22.0.

4. RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyen 75 individuos (pacientes) adscritos al ESMC de Palma del Río, lo que representa un 10,8 % del total de individuos censados (693 pacientes) conforme a la Comisión del TMG. La edad media es de 44,7 años (rango 24-70; Dt: 9,2). El 77,3 % de individuos son varones y el 100 % de nacionalidad española. El 72 % está soltero/a y el 66,7 % reside en el domicilio familiar (ver Figuras 1 y 2).

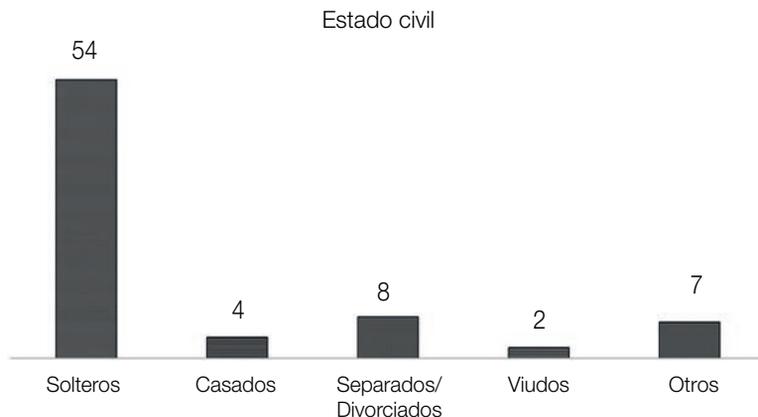


Figura 1: Estado civil del paciente con TMG en Palma del Río.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del censo TMG y de Diraya Especializada. Diciembre, 2014.

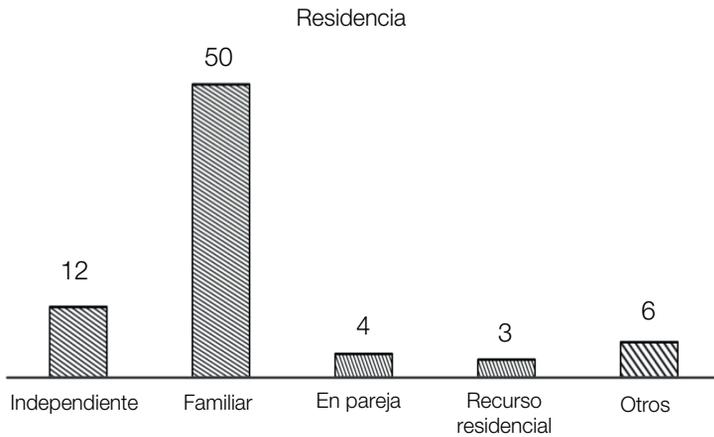


Figura 2: Situación residencia del paciente con TMG.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del censo TMG y de Diraya Especializada; Diciembre, 2014.

Respecto de la patología predominante, el 68 % lo constituyen aquellos pacientes incluidos en el bloque de las esquizofrenias (F.20 y sus variantes, según la CIE-10), seguido con un 16 % por aquellos pacientes con trastorno esquizoafectivo y con un 10,6 % por los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar (ver Figura 3).

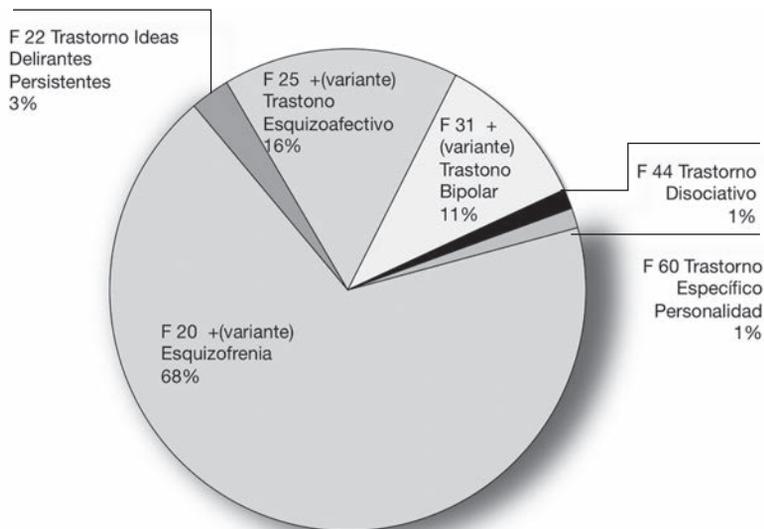


Figura 3: Especificidades por diagnósticos de los pacientes con TMG en el ESMC de Palma del Río según la CIE-10.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del censo TMG y de Diraya Especializada; Diciembre, 2014.

En cuanto a la situación de dependencia de dichos individuos (pacientes), el 49,3 % está valorado conforme a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el 2,7 % la tiene solicitada (ver Figura 4).



Figura 4: Descripción de la situación de dependencia de los pacientes con TMG en el ESMC de Palma del Río.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del censo TMG y de Diraya Especializada; Diciembre, 2014.

El 20,3 % de estos individuos tiene prestación concedida, representando el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y la ayuda económica el 17,4 %, seguido del recurso residencial con el 2,9 % (ver Figura 5).

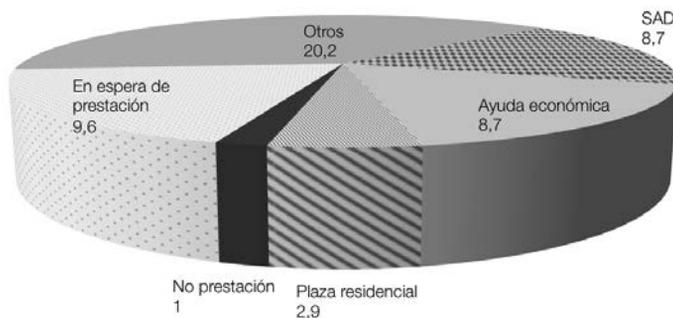


Figura 5: Distribución de prestaciones vía dependencia de los pacientes con TMG en el ESMC de Palma del Río.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del censo TMG y de Diraya Especializada; Diciembre, 2014.

Finalmente, respecto de los apoyos y cuidados con que cuentan estos pacientes cabe decir que, el 51 % de los pacientes cuenta con una persona de referencia, sea esta un familiar directo o cónyuge, frente al 17,3 % que no requiere de esta figura o de persona cuidadora (datos obtenidos de la Historia Clínica y Plan Individual de Tratamiento del paciente). El 32,7 % de las personas cuidadoras y personal de referencia son mujeres y el 32,7 % es mayor de 65 años.

5. CONCLUSIONES

El Trastorno Mental Grave y las patologías psiquiátricas en su conjunto han de comportar prioridad asistencial respecto de otras patologías menos invalidantes. Son los propios pacientes y sus familiares quienes sufren de primera mano los efectos de una enfermedad crónica marcada por desajustes y descompensación clínica, así como por la falta de respuesta institucional en determinados casos donde las medidas de protección social tienden a la remisión y el desvanecimiento. Recae sobre los familiares de referencia de estos pacientes (cuidadores informales) la asunción de las limitaciones y deficiencias de un sistema de protección social marcado por la austeridad y la recesión económica. La propia cronicidad de la enfermedad, la fluctuación evolutiva de esta y los cuidados (apoyo) de larga duración, entre otros, provocan cansancio y debilitamiento en los familiares de referencia o cuidadores quienes, en ocasiones, cuentan con una edad superior a los 65 años. Dichos factores, unidos al enlentecimiento y merma en la concesión de prestaciones propuestas por la Delegación de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, y más concretamente por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia hacen que, tanto el paciente y la familia como los propios equipos de salud mental comunitaria, se vean afectados y desprovistos de respuestas sociosanitarias adecuadas a las exigencias de cada caso.

Estas circunstancias pueden dar como resultado una consunción física y emocional por parte de los cuidadores quienes, en un acto involuntario de salvaguardar la propia integridad psíquica y su salud mental, por el estrés que pueda generar el cuidado de un paciente con trastorno mental grave, obstaculicen el desarrollo y favorecimiento de los intereses y necesidades de estos. El paciente con TMG (consciente de su enfermedad y adherente al tratamiento) suele vivir ajustado y con una adecuada calidad de vida, pero la cronicidad y los periodos variables de agitación clínica llevan aparejados inestabilidad emocional y miedo a la recaída. Este hecho hace que se plantee como ineludible la constante supervisión y seguimiento de estos pacientes que, para el 66,6 % de los casos analizados, se ven obligados a vivir en el domicilio familiar. Se hace necesaria desde los poderes públicos, los sistemas sanitarios y la sociedad en general una apuesta segura y medible, la cual brinde la posibilidad a pacientes y familiares de adquirir apoyos y ayuda en lo que respecta a la asistencia, el cuidado y la continui-

dad del mismo, y que garantice la integración y normalización clínica. Es aquí donde la figura del trabajador social en los ESMC es de suma importancia pues su labor y cometido, su profesionalidad y entrenamiento, etc., dotan de habilidad y criterio a los citados equipos de salud mental, y son el complemento a la medicina asistencialista y el diagnóstico clínico.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Delicado, M.V. (2003). *Familia y Cuidados de Salud: Calidad de Vida y repercusiones socio-familiares de la dependencia* [tesis doctoral]. Alicante.
- Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández J., et al. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, nº. 6.
- IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Col. Documentos. Serie Documentos Técnicos.
- Jiménez, J.M. (2015). El alta hospitalaria de pacientes con trastorno mental grave ingresados en la unidad hospitalaria de salud mental en la provincia de Córdoba: el papel del trabajador social. *TS Difusión*, (108), 13-18.
- Laviana, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, (24), 345-373.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE n.º 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Morales, J.A., Muñoz, T., Bravo, F., Iniesta, C., Montero, F.A., y Olmos, M.C. (2000). Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. *Centro de Salud*, (8), 714-718.
- OMS (2003). CIE-10 *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª Ed. rev. Washington.
- Schinnar A.P., Rothbard, A.B., Kanter, R., y Jung, Y.S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Revista Americana de Psiquiatría*, 147, (12), 1602-8.
- Silberstein, D. (1998). La familia, un paciente olvidado. *Rev Rol Enf*, (243), 25-30.

APROXIMACIÓN A LOS MODELOS TEÓRICOS PROFESIONALES A TRAVÉS DE UN CASO DE SALUD MENTAL

VARIOUS THEORETICAL MODELS EXAMINED THROUGH ONE MENTAL HEALTH CASE

María José Planas García de Dios

Vocal del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. N.º. Colegiada 1.789

Resumen: Este artículo es una revisión de un caso realizado hace diez años, cuya complejidad requirió un elaborado abordaje profesional. Después de hacer una reflexión del mismo, hemos analizado “desde la distancia”, los diferentes modelos profesionales que se usaron.

Esta intervención se realizó en el contexto de un centro de salud mental dependiente de la Comunidad de Madrid, requiriendo una coordinación estrecha de diferentes recursos tanto públicos como del tercer sector. Trabajamos coordinadamente Salud Mental con Servicios Sociales, Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora, Fiscalía de Incapacidades, Fundación Manantial, Miniresidencia, Piso de Alternativas Residenciales Comunitarias -ARCo-, Equipo de Apoyo Socio Comunitario -EASC-, Cáritas, FEALES, etc., en diferentes momentos de la intervención.

Gracias a esta importante labor de coordinación se logró crear una red de protección para una persona en situación de vulnerabilidad extrema.

(Todos los nombres señalados en el texto son ficticios con el fin de respetar la privacidad. Asimismo, en las transcripciones de los artículos periodísticos se ha procedido a eliminar el nombre completo de la persona).

Palabras clave: Modelos de práctica profesional, Estigma, Salud Mental, Coordinación, Redes de apoyo.

Abstract: This paper is a review of an especially difficult case from ten years ago. The case was of such complexity that various types of professional intervention were required. We have reflected on the case and analyzed it “from a distance”, looking particularly at the different professional models that were used.

The intervention took place in the context of a mental health care centre operated by the Community of Madrid and it required the close coordination of different resources, from both the public sector and non-governmental organizations. The following bodies worked in conjunction with each other: Mental Health, Social Services, the Dr. Rodríguez Lafora Psychiatric Hospital, Public Bureau of Incapacity, Manantial Foundation, Miniresidencia (supervised living quarters), ARCo (Community Living Alternatives) apartment, EASC (socio-community support team), the private entity Cáritas, FEALES (Federation of associations of persons and families affected by mental illness), etc., at different times during the intervention. Thanks to this very significant coordinating activity a protection network could be created for a person in a situation of extreme vulnerability.

María José Planas

(All of the names appearing in the text are fictitious, to respect the privacy of those involved. The names have also been eliminated from the extracts of newspaper articles that appear in this paper).

Key words: Models of professional practice, Stigma, Mental health, Coordination, Support networks.

| Recibido 09/12/2014 | Revisado 25/02/2015 | Aceptado 02/03/2014 | Publicado 31/05/2015 |

Correspondencia: María José Planas García de Dios. Vocal del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid N°. Colegiada 1.789. Correo electrónico: mjplanas@comtrabajosocial.com.

Referencia normalizada: Planas, M.J. (2015). Aproximación a los modelos teóricos a través de un caso de salud mental. *Trabajo Social Hoy*, 75, 17-36. doi 10.12960/TSH.2015.0008.

1. INTRODUCCIÓN AL CASO

Jesús nació en Madrid hace 43 años, es el mediano de tres hermanos. Lucía (hermana por parte de madre) es la mayor con 47, y Antonio -el hermano menor- cuenta con 42 en la actualidad. Estuvo escolarizado hasta finalizar 7º de la EGB.

La madre falleció de cáncer cuando él realizaba el servicio militar con 21 años, tras lo cual su hermano Antonio fue a vivir con una tía suya a Málaga y su hermana Lucía con su abuela a Sevilla, perdiendo ambos todo contacto con Jesús y con su padre, José. Los últimos 20 años han vivido solos.

La enfermedad de Jesús se inicia coincidiendo más o menos con la muerte de la madre en 1983. Sus delirios se caracterizan por ser de corte místico, teniendo al demonio y Satán como protagonistas. La culpa y el pecado suelen ser los temas recurrentes de sus soliloquios.

La convivencia en estos veinte años ha sido muy difícil y violenta, contabilizándose hasta el año 2005, 29 ingresos en urgencias de diferentes hospitales psiquiátricos (llegando a romper la lápida de la tumba de su madre en dos ocasiones), y recibiendo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Entre ellos no se mostraban afecto ni cariño, ni pudieron establecer vínculos de apego con nadie: eran solitarios. Con los profesionales del centro de salud mental siempre hubo una relación de respeto.

2. SEGUIMIENTO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Durante los primeros años su enganche con nuestros dispositivos fue errático, aceptando el tratamiento de forma discontinua, aunque a partir de 1994 comenzó a acudir de forma periódica a ponerse el inyectable y a consultas con su psiquiatra. Siempre se negó a participar en actividades en las que tuviera que compartir espacio con otras personas, no aceptó terapia ocupacional o grupos terapéuticos.

La situación económica del padre e hijo siempre fue muy precaria. Después de una larga temporada en paro, el padre, José, se jubiló pasando a cobrar una pensión mínima y Jesús una pensión no contributiva tras habersele tramitado la calificación de minusvalía. Nunca trabajó de forma estable.

Tanto José como Jesús abusaban del alcohol: El padre lo bebía metido en casa y Jesús se iba a un parque cercano con una "litrona", y un bate de béisbol con el que amenazaba a los viandantes.

La relación con los vecinos se iba deteriorando cada vez más y se producían escalladas de violencia, con peleas y agresiones mutuas padre-hijo. Jesús llegó en varias ocasiones a romper las puertas de los vecinos, con las correspondientes denuncias de estos a la policía. También se denunciaban mutuamente sin que hubiera ningún tipo de consecuencia salvo la asistencia de la ambulancia psiquiátrica y consiguiente ingreso de Jesús.

Desde los servicios de salud mental se mantenían reuniones con el padre y el hijo intentando llegar a acuerdos de convivencia sin ningún resultado positivo. El único contacto que mantenía con nosotros el padre era para llamar por teléfono gritando que Jesús “ponía la música muy alta”, y “que no podía soportarlo”. En varias ocasiones se le ofreció la posibilidad de tratamiento en el centro o apoyo psicológico, negándose siempre. En el año 2000 José solicitó plaza en residencia de personas mayores de la Comunidad de Madrid, y cuando se la concedieron la rechazó diciendo que “tenía que cuidar a su hijo”. Al poco tiempo volvía a venir al centro diciendo: “Ojalá se muera pronto y yo pueda descansar tranquilo”.

En los últimos 5 años la situación pareció calmarse.

Jesús ya no presentaba tantas conductas de heteroagresividad fuera de casa, aunque continuara saliendo a primera hora del domicilio y volviera a la noche para no encontrarse con su padre. Fuera de casa se limitaba a sentarse en un banco del parque o caminar sin rumbo fijo con sus soliloquios centrados en la figura del demonio.

La situación económica era cada vez más comprometida ya que no pagaban la comunidad de propietarios ni arreglos por desperfectos de las cañerías. Seguían negándose a cualquier tipo de colaboración por parte de Servicios Sociales de Distrito (SS.SS) ni aceptaron ayuda a domicilio. Después de diferentes gestiones se consiguió ayuda por parte de Cáritas, y en ocasiones Jesús acudía y traía paquetes de lentejas, garbanzos y arroz, aunque la mayoría de su dieta era a base de latas.

En las visitas que realizábamos conjuntamente SS.SS y Salud Mental comprobamos que la situación de la vivienda cada vez se iba haciendo más insostenible. Las condiciones de habitabilidad empezaron a ser insalubres y los olores insoportables, llegaban más allá del portal. No funcionaba la nevera ni la lavadora, teniendo en barreños de plástico la ropa a remojo por varios días con moho.

En una de estas visitas (noviembre del 2004) encontramos a José en la cama (la puerta estaba abierta) con ojos vidriosos, fiebre alta, dolor en una pierna que no le dejaba moverse, con descomposición y se notaba que hacía días que no se limpiaba por el fétido olor que despedía. La situación era dantesca, con la dentadura postiza tirada entre restos de latas de sardinas y sábanas y ropa sucia tirada por toda la casa.

Llamamos de urgencia al 061 intentando aprovechar si ingresaban al padre para hacer una limpieza de choque en el domicilio, pero el médico lo evaluó y diagnosticó gripe, alcoholismo crónico y reuma, y que no estaba mentalmente incapacitado para realizar un internamiento involuntario. José se negaba a salir de casa.

Después de este episodio tanto SS.SS como Salud Mental informamos al Departamento de Sanidad del Ayuntamiento para que acudiera al domicilio con una orden judicial para limpieza, y tramitar en este tiempo una residencia temporal para José. Jesús nos dijo en el centro que no le importaría ingresar voluntariamente en el hospital esos días. Nunca le vimos cuando íbamos a la casa.

Fuimos varias veces al domicilio para que el padre firmara la solicitud de residencia y las autorizaciones para que los voluntarios de servicios sociales le recogieran la documentación, encontrándonos invariablemente con la negación a firmar nada y su renuncia a salir del piso para hacer la limpieza.

Durante este proceso fallece una tía materna de Jesús dejándole en herencia varios millones de pesetas a repartir entre los 3 hermanos. A partir de este momento el padre empieza a mostrarse más colaborador y dice que va a contratar a una auxiliar de hogar para limpiar el domicilio.

Era junio de 2005....

3. PRECIPITACIÓN DE LOS HECHOS

El día 16 de agosto aparece esposado en el centro Jesús, acompañado por policías del departamento de homicidios.

Comentan que el paciente llamó al 091, y al acudir al domicilio encontraron al padre en avanzado estado de descomposición y con una herida en la cabeza. Deciden detener a Jesús para iniciar una investigación sobre lo sucedido, pero antes de llevarle a las dependencias policiales el paciente les pide que le acompañen al centro de salud mental ya que le toca inyectarse la medicación que tiene pautada. En el centro nos pide que le ayudemos, que no sabe qué está pasando.

Al día siguiente nos encontramos publicado en el periódico "El País", y "el Mundo", los siguientes titulares: "*Enfermo mental asesina a golpes a su padre*", indicando además el nombre y apellidos del paciente, sin nombrar en ningún momento su presunta inocencia y haciendo comentarios de valor sensacionalistas recreándose en el impacto de la noticia.

María José Planas

A los dos días se realiza la autopsia del padre del paciente y se comprueba que falleció de muerte natural.

Jesús sale de las dependencias policiales e ingresa en el Hospital Rodríguez Lafora por la conmoción del suceso y la imposibilidad de volver a su domicilio con la etiqueta de “asesino”, en toda la vecindad. (Anexo 1. Noticia publicada por “El País”).

Desde el centro de salud mental, indignados por el tratamiento injusto al que fue sometido nuestro paciente, nos ponemos en contacto con el periódico mediante “cartas al director”, y con el departamento de prensa de FEALES (Federación de Asociaciones de Personas con Enfermedad Mental y a sus Familiares). Asimismo ofrecen su apoyo el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid y el de Médicos (ofrecido desde el Hospital) por si hiciera falta una carta de reclamación exigiendo su inmediata rectificación de los hechos. (Anexo 2: Nota enviada desde los Servicios de Salud Mental).

Tanto “El País”, como “el Mundo”, publicaron una rectificación de la noticia, y desde el departamento del “defensor del lector”, de “El País”, se pusieron en contacto con nuestros dispositivos para publicar una nota recriminando esa forma de poner los titulares (ver anexo 3).

4. LA “OTRA REALIDAD”

Poco a poco Jesús fue contando lo que pasó.

Se encontró a su padre en el suelo (ya fallecido) y lo tumbó en el sofá. Durante varios días intentó alimentarlo hasta que el olor le hizo darse cuenta de la realidad y fue cuando llamó al 091.

En estado de shock y en pleno brote psicótico fue la escena con la que se encontraron los servicios sanitarios al acudir al domicilio, y ahí es donde todos los dispositivos de salud mental comunitaria teníamos que actuar conjuntamente:

Una persona completamente sola, con un trastorno mental grave, sin red ni apoyo familiar ni afectos, e injuriada y tratada como “asesino”, por los medios de comunicación y con la etiqueta de “loco peligroso”, con sus vecinos.

Una vez ya ingresado, se realizaban visitas cada 3-4 días al hospital con la finalidad de acompañarle para que supiera que no estaba solo, y que le íbamos a ayudar. En una de ellas refiere estar muy nervioso diciendo que ha “aparecido”, su hermano pequeño del cual no había sabido nada en 20 años, que se lo iba a llevar a vivir con él a Sevilla y que le firmara un poder para que “solucionara”, el tema de la herencia. Nos pide ayuda ya que no sabe qué hacer.

Tenemos en el hospital una reunión conjunta con el hermano, el cual muestra una actitud poco creíble en su empeño de manifestar su desconocimiento de que su hermano tenía problemas, que igual “se había equivocado”, pero que a partir de ahora “le cuidará”. Cuando le decimos que hay otra hermana y que nos gustaría saber su opinión, nos dice que ella está de acuerdo en todo, pero no nos facilita sus datos para que nos pongamos al habla con ella, ya que “no es asunto nuestro”.

Cuando terminamos la reunión, hablamos con Jesús y le explicamos que tenemos serias dudas sobre toda esta situación, y que hace falta más tiempo para conocer en profundidad las alternativas. Cuando le preguntamos por los datos de su otra hermana dice desconocer la dirección o teléfono para poder localizarla, por lo que en vista de la posible situación de desamparo le decimos que sería adecuado informar de esta situación a Fiscalía con la finalidad de proteger sus intereses, a lo cual accede de buen grado.

En la siguiente visita, nos dice que su hermano ha dicho el nombre de su cuñado y que trabajaba en una empresa de transportes en Málaga. Inmediatamente mediante el servicio de información de telefónica procedimos a localizar al abonado, presentándonos y explicando por encima la situación. Nos dijo que no nos fiáramos en absoluto de Antonio, que había tenido que denunciarle por acoso a su mujer, y nos facilitó sus datos por si los necesitábamos. Nos cuenta que Lucía no quiere saber nada de la situación, y que de su padre solo tiene recuerdos dolorosos. Por su parte dicen que no van a mover nada de la herencia, y que si le viene bien a Jesús que ellos renuncian. Se les informa que íbamos a poner en conocimiento del Ministerio Fiscal esta situación, instando a que se tomaran medidas cautelares y que propondríamos a la Comunidad de Madrid o a alguna otra entidad como tutora.

Al mismo tiempo nos pusimos en contacto con la Fundación Tutelar Manantial para que asumiera la defensa judicial del caso, e intentar mediante escritos poder agilizarlo lo más posible.

Mientras tanto, se aprovechó para hablar con el presidente de la comunidad de propietarios y solicitar una reunión con los vecinos para explicar la situación. En ella se les informa de lo sucedido, que Jesús está ingresado y que se va a nombrar un tutor a la mayor brevedad posible. Que se va a proceder a limpiar la vivienda, que se pagará la deuda que tiene con la comunidad, y que habrá un seguimiento de Jesús. Asimismo se les informa de las características de esta enfermedad, y de los problemas que se ha tenido para abordar las dificultades. Se espera que a partir de ahora la situación se normalice, y también se les facilitan los datos del centro por si se quieren poner en contacto con nosotros para cualquier cosa.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de incapacitación de Jesús y de aceptación de la herencia de la tía avanzó rápido. Se calcula le corresponderían unos 125.000 euros, y quedaría pendiente el tema del domicilio familiar.

Debido a la urgencia por las malas condiciones de la vivienda, se hacen fotos de la casa y se solicita una audiencia previa al juzgado de incapacidades para que aprueben una reforma y limpieza de la misma. Acompañamos a Jesús al juzgado, y estamos con él en todo momento explicándole los pasos a seguir. Se realizan también salidas del hospital psiquiátrico acompañándole al domicilio para que diga qué cosas no quiere que se tiren.

Se preveía que el primer contacto con el piso fuera doloroso, ya que los recuerdos de la muerte de su padre aparecerían. Nos estuvo contando todo el relato, dónde se cayó su padre y cómo le intentó ayudar, con emoción contenida y adecuado en todo momento. Solo quiso conservar 2-3 cosas, el resto aceptó que se tirara.

Mientras tanto habían pasado ya dos meses y no procedía que Jesús siguiera ingresado en el hospital psiquiátrico, por lo que se realizan las gestiones oportunas para ingresarle en un dispositivo de residencia temporal, ARCo. El hermano al principio había dicho que estaba de acuerdo con la reforma, y que a lo mejor se venía a Madrid a vivir con él. Fue a verle a la residencia en dos ocasiones, pero después volvió a “desaparecer”. Trabajamos con Jesús para ver qué expectativas tenía con su hermano, y cómo se había sentido ante otro posible “abandono”, pero no muestra ninguna tristeza o sentimiento de pérdida.

En ARCo aunque sigue siendo solitario, se integra de forma adecuada. No ha vuelto a beber, y está más alegre. Comienzan las obras del piso gracias a la autorización judicial y gestionadas por Fundación Manantial, y le acompañamos para ver materiales. Él participa y dice cómo quiere las cosas, y cómo le gustaría poner su habitación. También aprueba tirar un tabique y unir el que era cuarto de su padre con el salón.

A los tres meses ya se ha terminado la reforma, pero se plantea un acercamiento progresivo a la casa, sobre todo teniendo en cuenta la posible expectación de los vecinos. Para ello se traslada a la miniresidencia que está más cercana al domicilio, y se empieza a trabajar con el equipo de apoyo socio comunitario y con las educadoras de la Fundación Manantial, ya que la entidad ha jurado el cargo de tutor. Se decora la casa a gusto de Jesús, con mobiliario sencillo y cortinas y ropa de cama. Se compran también utensilios de cocina, lavadora, ropa y artículos para el hogar.

Uno de los días que se le acompañó al domicilio junto con la educadora salió una de las vecinas de arriba a saludarle y preguntar cómo iba todo. Jesús la invitó a ver las reformas, y la vecina confirmó que “parecía nueva”.

Mientras tanto, se estableció el siguiente plan de intervención para la salida de la miniresidencia. Iría a dormir primero dos días en semana, luego los fines de semana y se vería cómo se iba encontrando. Se le acompañó a las tiendas y preparó junto con la educadora una serie de menús. Jesús siguió viniendo a las citas al centro de salud mental, y aunque solitario y sin hacer muchas amistades en la miniresidencia, aceptó empezar a venir a terapia ocupacional el día de taller de cocina.

El 25 de enero de 2006, Jesús se fue a vivir de forma permanente a su domicilio, con la supervisión semanal del Equipo de Apoyo Socio Comunitario (EASC), y de la educadora de la Fundación Manantial.

6. CONTEXTO INSTITUCIONAL

En este caso concreto, partimos de un contexto institucional determinado, los centros de salud mental, dependientes orgánicamente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La atención a los pacientes en los servicios de salud mental es realizada por un equipo multidisciplinar compuesto, entre otros profesionales, por psiquiatras, psicólogos/as especialistas en psicología clínica, enfermeras/os, trabajadoras y trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, diferenciando la atención para niños y adolescentes y para adultos mayores de 18 años.

Las personas con un trastorno mental grave y duradero son incluidas en el Programa de Continuidad de Cuidados, cuya misión es prestarles el conjunto de ayudas necesarias para que tengan la oportunidad de lograr la recuperación de su enfermedad a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial, con los objetivos de superar o reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social.

En este caso concreto se necesitaba una atención multidisciplinar continuada y el uso simultáneo de varios dispositivos de la red, tanto sanitarios como sociales, por lo que su coordinadora de cuidados fue la trabajadora social del centro.

Por tanto, las *variables* que se han tenido en cuenta para elaborar los modelos de intervención a utilizar, se han caracterizado por el contexto desde donde se prestaba la intervención. Se ha trabajado en diferentes niveles, individual, grupal, institucional e incluso comunitario.

7. MODELO PSICOSOCIAL

Al principio, antes de que sucediera la situación que precipitó el cambio global de atención, el modelo que se venía utilizando con Jesús era el psicosocial.

Este modelo es el habitual en los centros de salud mental, y se caracteriza por integrar un proceso de acompañamiento profesional a nivel personal, familiar y comunitario, para restablecer la integridad emocional de las personas y de sus redes sociales.

El modelo psicosocial se construye históricamente desde la primera forma de “Case Work” (trabajo de caso), el cual está caracterizado por tener en cuenta de forma interdependiente los aspectos psicológico y social que conforman cada caso. A partir de ahí podemos hablar de intervención preventiva, asistencial, rehabilitadora, dinamizadora o de cambio. Du Ranquet establece la siguiente secuencia metodológica a seguir (1996: 67): 1. Comprender el problema del usuario; 2. Establecer un primer diagnóstico; 3. Comprometer al cliente en el tratamiento; 4. Establecer una relación de trabajo; 5. El estudio psicosocial; 6. El diagnóstico-evaluación; 7. Objetivos y Plan de acción.

Sabemos que el modelo no se lleva invariablemente fase por fase en todos los casos. Muchas veces se mezclan varias a la vez, o se superponen, por lo que el más comúnmente utilizado es el modelo ecléctico (Fernández y Ponce de León, 2013).

Jesús era un paciente con enfermedad mental grave y duradera, en situación de riesgo social grave rayando la exclusión. Carecía de red social de apoyo, no contaba con ninguna figura consistente de protección ni familiar ni de amistad, y presentaba una situación de aislamiento social extremo, sin capacidad clara para pedir ayuda institucional. Vivía en un entorno conflictivo, con graves problemas relacionales con su única familia –padre–, y dificultades serias de convivencia.

Mientras vivía su padre, con Jesús el objetivo central era establecer el enganche con el centro, y para eso se realizaban tareas de contención, de apoyo, y de supervisión de la continuidad de cuidados.

En ocasiones, la línea que separaba la plena autonomía moral del paciente (el tener que instaurar una medida de recorte de su capacidad de autogobierno), era muy delgada. Jesús se tomaba la medicación, ingresaba en urgencias si la descompensación era severa, pero durante muchos años no procedía iniciar un proceso de incapacitación. Con José y sus problemas con el alcohol, la dificultad era importante también. Solo se pudo actuar en el momento que las condiciones de insalubridad eran tan alarmantes que pudieron actuar las autoridades sanitarias y proceder a la limpieza y desinfección del domicilio.

Jesús no aceptaba integrarse en ninguno de los grupos terapéuticos del centro, pero nos tenía de referencia. Acudía cada 15 días puntual a ponerse el inyectable, se pasaba por el despacho a “saludar”, a traer cartas que no entendía de cuestiones de hacienda o de revisión de pensiones, y se intentaba planificar la visita domiciliaria o reunión con Cáritas o la parroquia para el tema de comida. Venía vestido y con higiene relativamente adecuada.

Si llamaba el padre por conductas disruptivas o no venía el paciente a ponerse la medicación, se realizaba visita domiciliaria por si procedía realizar internamiento en urgencias, realizándose estos sin ningún problema por su parte.

Las técnicas utilizadas serían la entrevista, la escucha activa, el apoyo, orientación, visitas domiciliarias y coordinación.

Se realizó un trabajo en múltiples ejes: se trabajó con el paciente, con la familia, con los vecinos, con el entorno (deudas en tiendas), pero también con los propios recursos intra-centro, realizando un trabajo multiprofesional. En las reuniones de seguimiento de continuidad de cuidados, la psiquiatra decía si había algún cambio relevante, el equipo de enfermería comentaba si había habido incidencias en la medicación, desde trabajo social se informaba sobre las visitas y seguimiento tanto de solicitud de residencia como de altercados en el vecindario, contactos con los responsables de sanidad del ayuntamiento cuándo la situación se iba tornando más problemática, etc.

8. MODELO DE “INTERVENCIÓN EN CRISIS”

El modelo de intervención en crisis surge a partir de los estudios sobre cómo las personas sufren y afrontan situaciones de catástrofe o de extrema tensión. Según Payne (1995: 138), la intervención en crisis es “una acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas”.

La crisis es definida por Du Ranquet como: “estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentran ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios” (1996: 179).

En el modelo de crisis el profesional deberá responder con inmediatez, efectividad y eficacia, lo que permitirá acotar rápidamente las consecuencias adversas de la crisis, por lo tanto el tratamiento ofrecido desde este modelo tiene también un efecto preventivo ante graves problemas que pudieran derivarse a raíz de la crisis (Fernández y Ponce de León, 2014: 208-209).

En el caso de Jesús, si ya partía de una situación de clara vulnerabilidad, en este caso el problema se volvió dramático. La relación que tenía con su padre era realmente dependiente (y patológica) en todos los niveles, y ahora se encontraba con ausencia plena de vínculos afectivos y desprotección completa.

Para trabajar este modelo, Mathilde du Ranquet (1996) establece las siguientes fases:

Fase inicial

1. Crear una relación.
2. Centrarse en la situación.
3. Percibir la realidad.
4. Organizar la acción.

Fase intermedia

1. Apoyarse en las capacidades del cliente y estimularlas.
2. Ayudar al cliente a tener una percepción realista de la realidad.
3. Utilizar el apoyo del entorno.

Fin de la intervención

El vínculo y la confianza que tenía con nosotros resultó ser un punto de apoyo fundamental en esos momentos. De hecho se creó una situación que muchos calificaron de paradójica: en un momento tan complicado, los mecanismos de defensa podrían haber desencadenado un brote psicótico mucho más difícil de manejar, con un “racional”, deseo de huida de una realidad tan dolorosa. Sí tuvo una descompensación importante en el momento de encontrar a su padre y posterior comportamiento, pero después su “bajar a tierra”, y mostrarnos la percepción tan real que tenía de las cosas, resultaba asombroso.

El objetivo principal después del primer “shock”, fue, aparte de que supiera que iba a estar acompañado en todo momento, centrarse en la situación y jerarquizar las acciones a realizar según la urgencia y el impacto que tenían. Había que denunciar el escenario que se había creado con el tratamiento de la noticia en los periódicos de la forma más rápida posible para que no se alterara más el entorno del barrio y los vecinos, ya bastante deteriorado. Jesús tenía que ver lo que había pasado, pero también las opciones que había. Se le habló de las cartas a los periódicos, de las visitas a los vecinos y al bar de abajo, de los contactos con las asociaciones de defensa de las personas con enfermedad mental (FEAFES) y de las reuniones con Fiscalía y la Jueza de incapacitaciones.

Y sobre todo, se le fue haciendo partícipe de toda la situación. Él mismo se dio cuenta de los posibles riegos con la aparición de su hermano, y llegó a ver las obras de la casa como un “empezar de nuevo”.

9. MODELO DE “INTERVENCIÓN EN REDES”

La base teórica utilizada en este modelo estaría desarrollada por Silvia Navarro (2004). El proceso metodológico consistiría en:

- Identificar las redes sociales existentes, ver las relaciones más importantes que existen en la vida de una persona.
- Análisis de estas redes: valorar la cantidad, tipo y funciones de las relaciones de apoyo, así como las tensiones y conflictos que hay en esas relaciones.
- Realizar un establecimiento de objetivos y estrategias de intervención.

En el caso de Jesús, la red social de apoyo se circunscribe únicamente en el nivel institucional, en los profesionales del centro de salud mental. ¿Cómo había que actuar en este caso? Pues como bien describe Navarro, “poniendo en contacto, relacionando, vinculando, creando y ampliando redes sociales, que a modo de tela de araña, irán dibujando el espacio comunitario” (2004: 37).

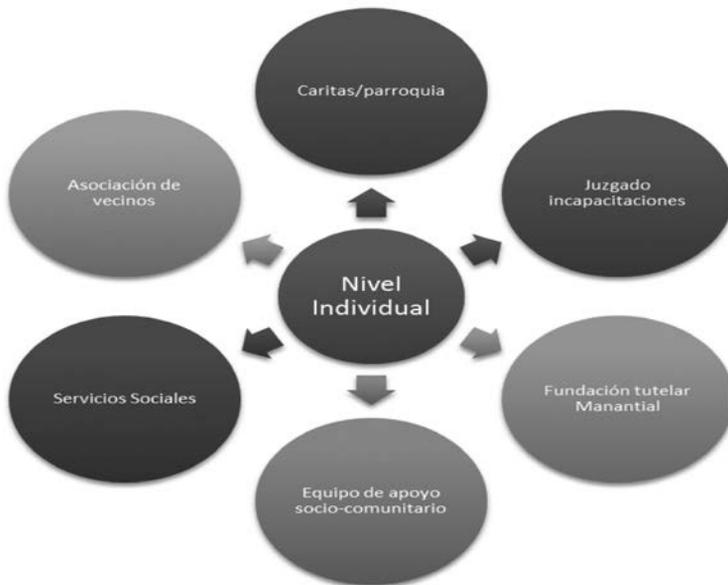


Figura 1. Apoyos sociales del caso.

Fuente: Elaboración propia.

Con Jesús se planteaba el reto de tejer una red de apoyo lo suficientemente densa para facilitarle protección. El objetivo principal era vincularle con las instituciones (e inevitablemente con las personas), y ayudar a que se establecieran lazos importantes. Nuestra función en este desarrollo fue de mediación e interlocución: una figura facilitadora.

Silvia Navarro hace un apunte clave en el desarrollo de este modelo, nos habla del necesario “cambio de posicionamiento”, del profesional, que “debe ser capaz de renunciar a ser él quien tiene que saber, y a su vez, tiene el poder para transferir ese poder a la comunidad” (2004: 39).

En el caso de Jesús, al vincularle con la Fundación Tutelar Manantial, con la miniresidencia, con el equipo de apoyo sociocomunitario..., fue efectivamente hacer una “entrega de poder”. De alguna forma sí que se cede el “control”, sobre el usuario, ya que son otros los que pasan a responsabilizarse y comprometerse en su nuevo sistema de apoyo, aunque el “eje central”, el “ancla”, siga siendo el centro de salud.

Para realizar esta intervención, fue necesaria una labor de coordinación importante para que no se sintiera “agobiado”, con demasiada gente interviniendo. Cada entrada en “escena”, de un recurso se hacía en función de las necesidades establecidas. Mientras estuvo en ARCo, se iniciaron los contactos con la Fundación Manantial en su calidad de defensores judiciales del proceso de incapacitación. Al derivársele a la miniresidencia empezaron los contactos con su educadora y con el equipo de apoyo sociocomunitario para cuando volviera al piso. También se realizó otra reunión una vez tutelado con el presidente de la comunidad de propietarios para que conocieran la situación y tuvieran presente que habría alguien responsable para que no pudiera producirse otra situación así.



Figura 2. Ecomapa del caso.

Fuente: Elaboración propia.

10. CONCLUSIONES

El trabajo en salud mental no es fácil, en medio de las prisas y las urgencias en ocasiones acabamos considerándonos una especie de “apagafuegos”. El día a día va a tal velocidad que es difícil pararse a pensar en qué distancia tenemos que posicionarnos. Sí..., hay que implicarse, pero sin acercarse tanto al fuego como para no poder salir después...

Uno de los problemas con que nos encontramos en el trabajo con personas con trastorno mental grave es reconocer nuestras limitaciones, y aceptar que en ocasiones “no se puede hacer nada”, o lo que puedes hacer no va a solucionar la situación como uno quisiera, y en el momento que quisiera.

El escoger este caso en particular para la revista ha tenido varios motivos. Más allá de la “espectacularidad”, del mismo con su repercusión mediática y su, quiero creer, buena coordinación de los recursos, fue un caso difícil en el que durante muchos años la frustración e impotencia por no poder hacer nada, era constante.

El reflexionar pasados diez años acerca de las actuaciones realizadas enmarcándolas en los diferentes modelos profesionales de actuación, generó una interesante reflexión teórica para razonar “por qué hacemos lo que hacemos”. Igualmente, también ha servido como catarsis para “cerrar”, cuestionamientos relegados sobre ética y sobre posicionamientos profesionales.

El ser un “ancla”, a tierra, a la realidad, a veces es suficiente hasta que surge la oportunidad de actuar.

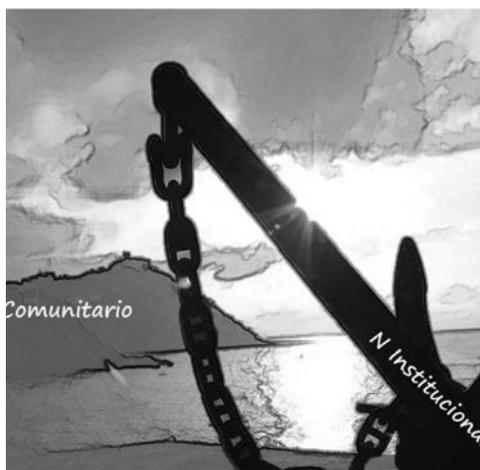


Figura 3. Relación entre la intervención individual y la comunitaria.

Fuente: Elaboración propia.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Comunidad de Madrid (2014). *I Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014*. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheader_name2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPLAN+E+SALUD+MENTAL+2010-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268585196938&ssbinary=true
- Du Ranquet, M. (1996). *Los Modelos en Trabajo Social: Intervención con personas y familias* (pp. 67-107 y 196-209). Madrid: Siglo XXI.
- Escartín, M. (1998). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. Segunda Edición. España: Editorial Aguaclara.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2014). *Nociones básicas de Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social individualizado: Metodología de intervención*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Galiana, N. (2014). *Mapa modelo psicosocial*. Disponible en <http://www.mindomo.com/es/mindmap/modelo-psicosocial-ab073bc65f314b24b4e6f24e7e1ab658>.
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria. Creando (con)textos para una acción ecológica* (pp. 33-66). Madrid: Editorial CCS.
- Payne, M. (1994). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica* (pp. 137-146). Barcelona: Paidós.

12. ANEXOS

Anexo 1. TITULAR “EL PAÍS”

http://elpais.com/diario/2005/08/17/madrid/1124277865_850215.html

Un hombre con problemas mentales mata a golpes a su padre en Ciudad Lineal

La policía descubrió ayer el cuerpo de la víctima, que llevaba varios días fallecida

F. JAVIER BARROSO - Madrid - 17/08/2005

El distrito de Ciudad Lineal descubrió ayer un parricidio que fue perpetrado hace varios días. Un hombre de 43 años con problemas mentales, ██████████, fue detenido por la policía acusado de haber matado de un golpe en la cabeza a su padre, ██████████, de 79. La víctima llevaba fallecida varios días, ya que presentaba un avanzado estado de descomposición, según fuentes de la investigación. Los vecinos de esta familia se quejaron de los problemas que causaba el arrestado, ya que tenía atemorizado al barrio.

La noticia en otras webs

El hallazgo se produjo sobre las 9.45 de ayer en el piso segundo izquierda del número 79 de la calle de ██████████, cerca de la avenida del Marqués de Corbera, en el barrio de La Elipa. A esa hora la policía recibió en el 091 una llamada del supuesto asesino en la que informaba de que su padre estaba muerto. Presuntamente se había golpeado en la cabeza con la mesa del salón al caerse del sofá.

Los agentes de la comisaría de Ciudad Lineal acudieron al lugar y comprobaron que la víctima llevaba varios días muerta, ya que presentaba un avanzado estado de descomposición. Avisaron a los facultativos de una UVI móvil del Summa que comprobaron que la herida que tenía el padre en la cabeza no correspondía con el de un mero accidente, según un portavoz de Emergencias 112. Los sanitarios no manipularon el cadáver y lo dejaron a disposición de los investigadores. Sólo pudieron certificar la muerte.

A partir de ese momento, se hicieron cargo de las pesquisas policías del Grupo X de Homicidios. Los agentes detuvieron al hijo y le condujeron a la Brigada de Policía Judicial. Según fuentes de la Jefatura Superior de Policía, los investigadores comprobaron que, antes de morir, la víctima había denunciado en tres ocasiones a su hijo, con el que vivía en el citado inmueble, por agresiones y amenazas de muerte.

El juez de guardia ordenó el arresto de ██████████, sobre el que constan distintos antecedentes psiquiátricos. El detenido estaba pendiente de ser interrogado ayer por los agentes de Homicidios.

Los vecinos de la familia ██████████ no se mostraron sorprendidos por el trágico final de esta familia, ya que, según afirmaron, causaron muchos problemas en el inmueble y en el barrio. Residían en esa casa desde que fueron construidas en 1961. “Sabíamos que antes o después iba a pasar algo así. No nos sorprende nada”, afirmó ██████████, la vecina del tercer piso. El otro hermano de la familia fue criado por unos tíos en Málaga.

Según explicó la mujer, el fallecido enviudó hace más de 15 años. Desde entonces se repitieron los problemas. “El fallecido estaba todo el día borracho y no pagaban nada, ni la comunidad ni el agua. Siempre estaban dando voces y molestando. A veces salía a la calle en pijama o se asomaba por las ventanas”, añadió ██████████. De hecho, el fallecido adeudaba 7.359 euros a la comunidad de propietarios. “El padre no ha trabajado nunca. Al menos desde que yo les conozco, y de eso hace ya más de 20 años”, subrayó ██████████.

El vecindario hacía varios días que no veía a ██████████ por la calle. “Creíamos que lo habían internado porque ni le oíamos ni nada”, concluyó. De hecho, este tiempo que los residentes del inmueble no le oían podía coincidir con su muerte.

El hijo también era muy conocido en el barrio, porque tenía atemorizado a toda la ciudadanía, según comentaron algunos. “Hemos pasado mucho miedo porque el hijo estaba todo el día con la litrona, borracho, y no paraba de insultar a la gente y de amenazarles de muerte. Empezaba: ‘¡Hijo de puta, os voy a matar a todos!’. Yo siempre que le veía me daba la vuelta y me iba por otras calles porque le tenía pánico”, afirmó otra mujer.

Según varios conocidos de la familia, el hijo estaba siendo atendido en el centro de atención mental La Paz, de la calle de la Virgen de África, junto al tanatorio de la M-30. “Le habían recetado antidepresivos, pero como los mezclaba con alcohol estaba todo el día muy agresivo y muy violento. Ha amenazado a mucha gente de todo el entorno”, comentó otro hombre. “Como es muy fuerte y muy alto [190 centímetros], imponía mucho”, concluyó.

Este homicidio eleva a 35 el número de muertes violentas registradas en la región en lo que va de año, frente a los 42 del mismo periodo de 2004.

Anexo 2. NOTA ENVIADA DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

De: [REDACTED]
Enviado el: vie 26/08/2005 11:45
CC: defensora@elpais.es
Asunto: Presunción de inocencia (también para enfermos mentales)

Estimado Sr.

Nos ponemos en contacto con Vd. para manifestarle nuestra decepción.

Desde hace muchísimos años somos asiduas lectoras de su periódico y nos sentíamos orgullosas por su credibilidad y seriedad. De ahí nuestra conmoción al leer la noticia publicada en la sección Madrid el día 17 de agosto de 2005 con este titular a gran tamaño:

“Enfermo mental mata a golpes a su padre”, poniendo asimismo su nombre y apellidos [REDACTED] en vez de las siglas que normalmente se suelen utilizar.

En ninguna parte del titular se menciona la palabra “presunto”, y a nuestro modo de ver se recrea en la morbosidad y sensacionalismo. Sentimientos que según la filosofía y estilo de un periódico de prestigio como “El País” deberían ser rechazados sin ninguna contemplación.

Después de la autopsia se ha comprobado que el padre falleció de muerte natural. Y nuestro paciente, además de tener que luchar contra la estigmatización del “peligro social” que implica una enfermedad mental, (peligro alimentado por tratamientos informativos como el que ha realizado su periódico), se ha encontrado con que en su comunidad tiene marcada la etiqueta de “asesino”.

Desde estos servicios de salud mental hemos mandado una carta al director solicitando una rectificación a todas luces ética y moral, cuya publicación nos han denegado.

A la espera de considerar otras posibles acciones legales a tomar por parte de los responsables del presunto incapaz por el daño a su imagen, le solicitamos a Vd. como defensor de una línea editorial y de un libro de estilo de acuerdo con el prestigio de su periódico, tenga a bien luchar contra este tipo de tratamientos informativos.

Sin otro particular le saluda atentamente:

[REDACTED] Enfermera
[REDACTED] Trabajadora Social
Servicios de Salud Mental [REDACTED]

LOS NIÑOS COMO VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

CHILDREN AS VICTIMS OF GENDER VIOLENCE

Anca Cristina Dinu

Estudiante del Grado de Trabajo Social Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Resumen: La violencia de género es una de las peores lacras que sufre la sociedad actual, basada en la desigualdad entre hombres y mujeres, que existió y se perpetuó a lo largo del tiempo. Dicha desigualdad nos indica la dificultad de la misma para adaptarse a los cambios que se producen en los hábitos de vida y de relación en todo aquello en que difieren de los modelos tradicionales.

La violencia que se ejerce contra las mujeres en el ámbito familiar es considerada una forma de discriminación y por lo tanto una violación de los derechos humanos.

A pesar de las campañas de sensibilización y concienciación de la población y de las medidas de prevención y erradicación, los malos tratos contra la mujer en el ámbito doméstico, en muchas ocasiones ante la mirada de los hijos/as, siguen teniendo una prevalencia elevada. Entre las consecuencias nefastas de la violencia de género se encuentran las secuelas físicas y psicológicas que sufren tanto las madres como los hijos, y cuyo desenlace es en muchas ocasiones la muerte de las mujeres maltratadas e incluso algunas veces la de sus hijos.

Palabras clave: Ley Orgánica, Violencia de género, Intervención social, Menores víctimas de la violencia de género.

Abstract: Gender violence, one of the worst scourges of our time, is based on the inequality between the sexes that has existed and been perpetuated over the centuries in our society. Such inequality points to how difficult it is for society to adapt to the changes taking place in people's habits and ways of relating to each other, and to everything that differs from the traditional models. Violence wielded against women in the domestic sphere is considered a form of discrimination and is therefore a violation of human rights.

Despite campaigns designed to increase people's awareness and the different prevention and eradication measures implemented, the abuse of women in the domestic sphere, often in the presence of children, continues to be prevalent. Among the dire consequences of gender violence are the physical and psychological after-effects suffered by both mothers and children, which sometimes lead to the death of the victim and sometimes even of her children.

Key Words: Spanish legislation, Gender violence, Social intervention, Children as victims of gender violence.

| Recibido 12/11/2014 | Revisado 25/01/2015 | Aceptado 02/02/2015 | Publicado 31/05/2015 |

Correspondencia: Anca Cristina Dinu. Estudiante Grado de Trabajo Social por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Correo electrónico a_dinu@hotmail.com.

Referencia normalizada: Dinu, A.C. (2015). Los niños como víctimas de la violencia de género. *Trabajo Social Hoy*, 75, 37-68. doi 10.12960/TSH.2015.0009.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 1/2004 marcó un hito en la lucha contra la violencia de género, situando a España, en la fecha de su aprobación, entre los países más avanzados en este campo, tanto a nivel europeo como mundial. Después de diez años desde su implementación es interesante analizar, desde la perspectiva de los profesionales que integran los servicios sociales, cuáles han sido sus logros, cómo ha cambiado la intervención social con este colectivo desde su puesta en marcha, pero también poner en evidencia sus carencias, cómo las perciben los profesionales de estos servicios. El estudio se centrará sobre todo en los niños que sufren la violencia de género, ya que son los más vulnerables y al mismo tiempo, a los que menos se les protege en esta situación.

La Ley 1/2004 se aprobó en el Parlamento Español el día 28 de diciembre de 2004. Fue una propuesta del gobierno socialista presidido por José Luis Rodríguez Zapatero y fue respaldada por el parlamento en unanimidad. Todas las fuerzas políticas del momento estaban de acuerdo en que la lucha contra la violencia de género debe ser una prioridad política. Como nos indica la profesora García Valverde (2007: 2) “es la primera vez que se ha aprobado en España una ley de carácter integral, es decir, concentrando en un único texto legal todas aquellas soluciones que deben desplegarse desde distintos ámbitos de la sociedad, al ser este un problema multidisciplinar, que no se logrará erradicar solo con medidas penales o judiciales”.

Las definiciones de este fenómeno social, ampliamente extendido en todas las épocas históricas, resaltan su origen en la desigualdad existente entre hombres y mujeres en las sociedades patriarcales. En palabras del ex Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Anan (2006: 30) “Esta violencia constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido su avance pleno en todos los ámbitos”.

María Dolores García Valverde (2007: 3), profesora de derecho de la Universidad de Granada mantiene que: “La violencia de género es la violencia que ejercen hombres contra mujeres, fruto de las relaciones de poder, de dominio y de posesión que han ejercido históricamente aquellos sobre estas, fundamentalmente en el ámbito de la pareja”, resaltando al mismo tiempo que “el origen de este tipo de violencia, entre otros factores, se encuentra en la historia y en la cultura: en la historia de la estructura familiar patriarcal, basada en la supuesta superioridad del hombre sobre la mujer, que responde a una construcción social que ha potenciado un reparto desigual de las actividades productivas, creando unos roles sociales asignados en función del sexo”. La violencia de género se ha desarrollado en el marco de la sociedad patriarcal, cuyos patrones culturales machistas, de discriminación hacia la mujer, explican la permisividad social hacia la misma.

Durante un largo período, la violencia que se ha venido ejerciendo en el seno de la familia y contra las mujeres, se ha considerado un problema de ámbito privado. Para modificar esta realidad fue preciso que la ONU llamara la atención sobre este aspecto. En 1993, el Secretario General de Naciones Unidas afirmaba que la violencia contra las mujeres es un grave problema para los Estados porque atenta a los derechos humanos y obstaculiza el desarrollo de los pueblos. En un estudio posterior, en 2006, la misma organización manifiesta que “la forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo es la violencia dentro de la pareja” (Anan, 2006: 31).

Según un informe de la OMS, publicado por el Observatorio de la Violencia de Género, una de cada tres mujeres en el mundo sufre algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex-pareja. En palabras de la directora del mismo organismo, Margaret Chan, estas cifras significan que “la violencia contra las mujeres es un problema global de proporciones epidémicas” (OMS, 2013: 1). En España, según los datos que publica el mismo Observatorio, solo en el segundo trimestre de 2014 se habían presentado casi 32 000 denuncias por violencia de género.

Cuando la violencia se ejerce de forma continuada, con el objetivo de controlar, someter, dominar y mantener una posición de autoridad y poder en la relación, se le denomina maltrato. El maltrato puede ser físico y psicológico o emocional.

Ya en el año 1981, apareció en Duluth, Minnessota, un modelo de intervención con hombres agresores, coordinado con el sistema judicial, cuyo objetivo principal era mejorar la seguridad de las víctimas y resaltar la responsabilidad de los hombres. El denominado “Modelo Duluth” intenta explicar de forma esquemática la complejidad que reviste la violencia de género con la ayuda de lo que Ellen Pence denominó “la rueda del poder y control”, como viene representada en la Figura 1 (ver Anexos) y destaca las conductas de control que suelen realizar los hombres para ostentar el poder sobre las mujeres (Domestic Abuse Intervention Project, 1981).

En España, la sociedad se ha ido concienciando de la grave situación existente; principalmente, por la labor desarrollada por las asociaciones de defensa de los derechos de la mujer, el trabajo de los medios de comunicación, que han sacado del silencio estas situaciones y a las mujeres afectadas que denuncian la situación de maltrato físico y moral a la que están sometidas (ver Tabla 1 en la sección de Anexos).

Desde la aprobación del Anteproyecto de Ley de Violencia de Género se ha suscitado un gran debate jurídico, social y político. Hay opiniones en todos los sentidos. Algunas de ellas consideran que esta ley es sexista y que discrimina a los hombres, favoreciendo a las mujeres. Por otro lado, la profesora García Valverde (2007: 5) afirma que “el plus de protección a favor de la mujer que se introduce en esta norma, no se basa exclusivamente en el hecho de ser el sujeto pasivo mujer, sino por el hecho de que

Anca Cristina

los atentados que padece tienen lugar en el ámbito de la relación de la pareja, dentro de la cual algunos hombres utilizan la violencia para mantener situaciones de poder, aprovechándose de la situación de subordinación en la que se encuentra la mujer”.

En noviembre de 2014 Televisión Española emitió un reportaje con el título: “Ley integral contra la violencia de género: 10 años como norma “determinante” pero “insuficiente”. Según los realizadores del programa, el balance de estos diez años arroja datos sobre la magnitud de este problema en la sociedad española actual (ver Tabla 2).

Esta ley fue la toma de compromiso más seria de España con este problema. Por primera vez “se consideró un problema de Estado y absolutamente todas las fuerzas políticas apostaron por su solución”, como aseguraba a RTVE (2014, en prensa) la delegada del Gobierno para la Violencia de Género, Blanca Hernández.

El su artículo 1 la ley declaraba que: “La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”, (BOE 2004).

La profesora García Valverde (2007: 5) realiza una crítica a la Ley 1/2004: “Se nos presenta una Ley Orgánica, elaborada por el trámite de urgencia, como la panacea para resolver esa situación. Y realmente, tras leer detenidamente su exposición de motivos y su articulado puede concluirse que la Ley va a conseguir: 1. Mejorar levemente la situación laboral de algunas mujeres maltratadas. 2. Mejorar sensiblemente la prevención en las salas de urgencia médicas, y 3. Obtener unas penas más graves para determinados casos de violencia realizados por el hombre contra la mujer”.

La autora del artículo concluye con la reflexión de que esta ley refuerza la desigualdad entre hombre y mujer; y se pierde una gran oportunidad de regular todas las medidas necesarias (preventivas y represivas) en relación a todos los supuestos de violencia familiar.

“Toda/o niña y niño tiene el derecho a crecer en un hogar seguro y cálido que les permita sentirse protegidos y queridos por las figuras de cuidado principales. Las niñas y los niños necesitan sentir que hay personas adultas que les escuchan, les creen y les protegen, principalmente aquellos que les cuidan, pero también cualquier otro adulto con el que traten (otros parientes, profesores, trabajadores sociales, médicos, etc.)”, (Fundación Meniños et al., 2010: 48). Según Save the Children y colaboradores (2007: 33) los menores necesitarían:

- Desde el punto de vista físico y fisiológico, las niñas y los niños necesitan sentir que las personas adultas que los cuidan les van a garantizar un espacio y entorno físico seguros, libres de violencia, en los que se respete y cuide su integridad física y satisfagan sus necesidades.
- Desde el punto de vista relacional y afectivo, es crucial que las niñas y los niños dispongan de personas adultas con las que desarrollen vínculos cercanos basados en la seguridad, la confianza y el afecto incondicional. Este tipo de vínculo, entendido como apego seguro (Bowlby, 1969), implica una relación en la que la persona adulta ofrece el cariño y protección incondicionales al tiempo que permite el espacio y autonomía suficientes para explorar el ambiente, experimentar y aprender.
- Desde el punto de vista social, la niña o el niño necesita experimentar la seguridad en el contexto de la comunidad. Para ello, es importante, por un lado, promover el sentido de pertenencia a una comunidad que le permita participar de dinámicas interpersonales de reciprocidad. La experiencia de pertenecer a una comunidad supone “la prolongación de la necesidad de contar con vínculos afectivos”.

Los datos aportados por Unicef (2006) sobre la incidencia de este fenómeno muestran que, incluyendo los países desarrollados, el número de niños y niñas expuestos a la violencia doméstica alcanza los 11,3 millones. En España se habla de 188 000 y en Portugal de 44 000.

La exposición a la violencia de género, puede ser conceptualizada como una forma más de maltrato infantil, en la medida en que se encuadra en la definición de la Organización Mundial de la Salud (2014) que la define como “todas las formas de maltrato físico y o psicológico, abuso sexual, tratamiento negligente o comercial u otra forma de explotación que cause o pueda causar daño a la salud de los niños y las niñas, a su supervivencia o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. En las situaciones en que los niños y las niñas asisten a episodios de violencia, los mismos autores consideran que esa es una forma de maltrato emocional cuyas consecuencias pueden incluso sentirse a nivel físico.

Ángeles Sepúlveda García de la Torre (2006: 12), experta en mediación familiar, hace referencia a un estudio de UNICEF sobre el maltrato infantil. Dicha organización, basándose en la Convención de Derechos del Niño, que en su Artículo 19 habla de la protección ante “cualquier forma de violencia física o mental”, determina la necesidad de considerar maltrato, no solo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños; basándose en estudios acerca de la violencia intrafamiliar que han puesto de relieve los efectos psicológicos potencialmente adversos que tienen sobre los niños presenciar o escuchar situaciones violentas (tanto físicas como psicológicas) entre sus progenitores.

Anca Cristina

En la Ley Orgánica 1/2004 se habla del “síndrome de mujer maltratada” (en la exposición de motivos), y se reconoce que estas situaciones “afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia”. La Ley contempla la protección de estos menores, no solo para la tutela de sus derechos, sino también para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas respecto de la mujer.

La ONG Save the Children ha alertado sobre la atención a los niños y las niñas, hijos de mujeres víctimas de la violencia de género, a los que la ley no los reconoce como tales. En las estadísticas de mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o ex pareja, por grupos de edad se observa que las mujeres muertas por violencia de género se encuentran mayoritariamente en los grupos de edad entre los 21 años y los 50 años, que son las edades donde encontramos mujeres que tienen a su cargo hijos o hijas que dependen emocionalmente de ellas (ver Tabla 3).

Existe una relación entre violencia física, psicológica o sexual ejercida sobre una persona y un conjunto de repercusiones negativas a nivel físico y psicológico, según algunos autores. Estas repercusiones se incrementan por el hecho de que el agresor es, al mismo tiempo, padre -figura central y de referencia para el niño y la niña- y por el hecho de que la violencia se produzca dentro de casa, que debería ser un lugar de refugio y protección.

Sobre las consecuencias e impacto que la violencia de género puede tener sobre el desarrollo psicológico y emocional de los/as hijos e hijas de la víctima, desde de la Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas, se afirmaba lo siguiente: “La exposición a la violencia de género en el ámbito doméstico también se ha demostrado causante de efectos negativos en la infancia, cualquiera que sea la edad de los niños y de las niñas que la padecen: diversos problemas físicos (retraso en el crecimiento, alteraciones en el sueño y alimentación, la disminución de habilidades motoras...), graves alteraciones emocionales (ansiedad, ira, depresión, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático...), ciertos problemas cognitivos (retraso en el lenguaje, afectación en el rendimiento escolar...), numerosos problemas de conducta (escasas habilidades sociales, agresividad, déficit de atención-hiperactividad, inmadurez, agresividad, delincuencia, toxico dependencias...). Estas alteraciones observadas, son superponibles al patrón descrito en las niñas y los niños que son víctimas directas de abusos. Por ello, se empieza a incluir dentro de los tipos de maltrato infantil al hecho de estar el menor expuesto a violencia de género en el propio hogar” (Aguilar-Redorta, 2004: 12).

Un artículo del 18 de noviembre de 2010 del diario “El Mundo”, informaba sobre una campaña organizada por la ONG Save the Children y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con el título: *En la violencia de género no hay una sola víctima*, cuyo objetivo era mostrar las consecuencias que sufren los hijos de las mujeres maltratadas. Según la autora del artículo, Olga Sanmartín, al menos 800 000 niños en España están

sufriendo las consecuencias, de manera directa o indirecta, de la violencia de género. Son casi el 10 % de la población infantil (compuesta por casi 8,2 millones de menores), pequeños que, con mucha seguridad, se verán condenados en el futuro a repetir las pautas de sus padres maltratadores. En lo que iba de año, hasta la fecha de la publicación del artículo, cuatro niños habían muerto como consecuencia de la violencia de género y cuarenta habían quedado huérfanos.

En aquellas fechas, el Ministerio de Sanidad estaba “buscando la fórmula jurídica”, en palabras de la secretaria de Estado, Bibiana Aído, “para posibilitar esta limitación de la guardia y custodia, así como el régimen de visitas”. “Ese contacto con el padre puede hacer daño al hijo”, opinaba Aído. “Se trata de que un padre maltratador no pueda continuar ejerciendo el control sobre la madre y no haga daño a los hijos”. El Código Penal contempla como pena accesoria que se pueda retirar la patria potestad de los hijos a los maltratadores, pero se aplica pocas veces, según las palabras de la secretaria de Estado (Sanmartin, 2010, en prensa). Algunas organizaciones, como Save the Children y UNICEF, en diferentes estudios publicados en 2006, han destacado otras consecuencias de la violencia de género sobre el desarrollo de los niños:

- Sentimientos de inseguridad.
- Miedo de perder a la madre y al padre.
- Actuar conforme a edades inferiores.
- Alteraciones bruscas del humor.
- Negación de la situación de violencia o desvalorización de su importancia.
- Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como formas de relación.
- Aprendizajes de modelos violentos y posibilidad de repetirlo no en el papel de víctima sino en el de agresor.
- Tendencia a hacer atribuciones hostiles al comportamiento de las otras personas y respuestas agresivas como forma de defensa.
- Parentalización, al tener que asumir papeles de cuidador/protector de cara a los hermanos y hermanas o de cara a las madres.
- Síntomas de estrés post-traumático como insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad, trastornos disociativos.

La Ley Orgánica 1/2004 se estructura en un título preliminar, cinco títulos, veinte disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y siete disposiciones finales. El título preliminar recoge las disposiciones generales de la ley, en cuanto a su objeto y sus principios rectores. El Título I determina las medidas de sensibilización, prevención, detección e intervención en diferentes ámbitos: educativo, sanitario, publicidad. La Ley antes mencionada dedica el Título II a los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género, contemplando diferentes facetas: derecho a la información, a la asistencia social integral, a la asistencia jurídica gratuita, derechos laborales, derechos de las funcionarias públicas y derechos económicos.

Solo en contadas ocasiones la ley hace mención específicamente a los derechos de los niños víctimas de la violencia de género, por ejemplo el derecho a la asistencia social también alcanza a los menores que se encuentren bajo la patria potestad o la guarda y custodia de la mujer agredida, tal y como dispone el apartado 5 del artículo 19.

El Título III versa sobre la Tutela Institucional, y prevé la creación de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer y la creación del Observatorio Estatal de la Violencia contra la Mujer. En este título no encontramos ninguna mención especial a los menores víctimas de la misma violencia.

El Título IV está dedicado a la Tutela Penal y contempla algunas modificaciones del Código Penal. En este punto la ley alude a los menores e incapacitados bajo el término “persona especialmente vulnerable que conviva con el autor” y prevé una pena de prisión en caso de malos tratos y también, “cuando el Juez o el Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento de seis meses a tres años”. También se pueden tomar medidas similares en caso de amenazas en presencia de menores o en el domicilio de la víctima, e igualmente en caso de coacciones a la víctima.

El Título V está dedicado a la Tutela Judicial e introduce como novedad la creación de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.

Podemos concluir que la Ley Orgánica que acabamos de analizar brevemente apenas hace mención a los niños como víctimas de violencia de género y no contempla derechos específicos de los mismos. Esta misma reflexión encontramos en el programa de RTVE (2014), que antes hemos mencionado. Los invitados del programa, jueces, fiscales, políticos y miembros de diferentes asociaciones consideran que la ley fue un punto de inflexión en la lucha contra esta lacra social. También coinciden en que diez años después no se han conseguido todos los objetivos iniciales y debe mejorarse, sobre todo, la protección a las víctimas y la prevención. Las asociaciones de víctimas insisten en las “deficiencias”, en la protección a las mujeres que denuncian, en la “incorrecta aplicación”, de las órdenes de alejamiento, en la falta de medios por parte de las administraciones y en la necesidad de “invertir en prevención”.

2. HIPÓTESIS

En esta investigación se tratará de evidenciar dos hipótesis principales:

- Los niños y las niñas, hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género son víctimas también de esa violencia de género, sin embargo no son atendidos y contemplados como tales por el sistema de protección implementado en base a la Ley Orgánica 1/2004.

- Esta carencia de la ley hace que la intervención social con menores se haga en base a otras normas legales y en función de los recursos de los que disponen y de la experiencia de los equipos de profesionales, lo que provoca desigualdad e incluso falta de atención de estos menores.

3. OBJETIVOS

La presente investigación tiene como objetivo general: realizar una aproximación a la realidad de la intervención social con los menores víctimas de la violencia de género y comprobar la eficacia de las medidas de protección a raíz de la implementación de la Ley Orgánica 1/2004.

Como objetivos específicos se destacan los siguientes:

- Analizar las consecuencias de la violencia de género en el desarrollo de los niños, a través de una revisión de algunos estudios publicados desde la entrada en vigor de la ley hasta la fecha.
- Investigar la existencia de medidas específicas de protección para los niños víctimas de violencia de género y de protocolos específicos de actuación desde los servicios sociales.
- Analizar las intervenciones sociales que se llevan a cabo con estos menores en algunos municipios de la Comunidad Valenciana, averiguando si hay diferencias significativas y a qué se deben.
- Evidenciar los logros y aciertos y también los desaciertos que se plantean en la intervención social, como consecuencia de la aprobación de la Ley de Protección Integral de las víctimas de la violencia de género.

4. METODOLOGÍA

La investigación se aborda desde un enfoque cualitativo debido a la necesidad de explorar el fenómeno en su contexto natural y entender la intervención social desde el punto de vista de las personas y los profesionales implicados. Dada la amplitud de factores a tener en cuenta así como las manifestaciones que el maltrato tiene para la persona, se considera como la más apropiada una orientación ecológica integrada para el análisis e intervención de la mujer víctima de la violencia y sus hijos e hijas. La perspectiva ecológica considera que no existe un único factor causal sino una interacción de factores que operan desde diferentes niveles y que pueden favorecer o inhibir la violencia.

En la revisión bibliográfica realizada se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos científicos en los que se describen y analizan intervenciones con víctimas de violencia de género.
- Artículos donde se recoja mediante metodología cuantitativa y cualitativa resultados sobre la implementación y aplicación de la Ley Orgánica de protección integral de las víctimas de la violencia de género.
- Estudios sobre las consecuencias de la violencia de género sobre los niños y niñas, publicados desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004.

Los informantes de este estudio son profesionales que desarrollan su actividad en los servicios municipales generales, servicios especializados de atención a la familia e infancia, incluyendo varios perfiles profesionales: trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, abogados/as y psicólogos/as. También se mantendrán entrevistas con trabajadores/as sociales de los centros de salud e Infodona (que pertenecen a la Conselleria de Bienestar Social) y que actúan en el ámbito de prevención y detección de la violencia de género.

La entrada en el campo se llevará a cabo en función de las categorías de informantes. La elección de los municipios donde se realizarán las entrevistas se hará de forma aleatoria y buscando que tengan tamaño poblacional diferentes. Se concertarán citas con las personas elegidas y la entrada al campo se puede realizar una única vez o se puede repetir en caso de ser necesario para profundizar en la información.

La recogida de información se realizará mediante entrevistas en profundidad, semiestructuradas con los distintos informantes. La entrevista es una técnica conversacional que consiste en un diálogo abierto con los informantes, con el objetivo de obtener información válida y profunda, a través de la interacción entre el entrevistador y el entrevistado. Se pretenden recoger las experiencias y opiniones de los entrevistados, así como otros datos de interés para el fenómeno estudiado. Para la recogida de datos se elaborará un guión, que será utilizado como referencia para abordar temas de interés, aunque la formulación de las preguntas esté abierta a alteraciones, con el fin de hacer hincapié en los aspectos que interesa recalcar.

La información aportada a lo largo de las entrevistas será recogida mediante los apuntes en el cuestionario y la transcripción posterior en el diario de campo, con el fin de recoger los datos más relevantes para la investigación y su posterior análisis e interpretación.

Con el fin de asegurar el *rigor* de los resultados se hacen constar las estrategias utilizadas para la recogida de datos, el análisis de los mismos y el informe final. La *credibilidad* se establece en base a la estancia en el campo de estudio y la existencia previa de material de referencia. Para asegurar la *transferibilidad* se realiza un muestreo teórico mediante una abundante recogida de información con descripciones detalladas. La

confirmabilidad está asegurada por la neutralidad en el análisis e interpretación de la información por parte del investigador.

La selección, interpretación y análisis de datos se llevará a cabo por el investigador, contrastando los datos obtenidos a lo largo del estudio. El plan de análisis se basará en la interpretación de la experiencia de los profesionales entrevistados, buscando los componentes dotados de significado expresados a lo largo del discurso. Se compararán los diferentes datos obtenidos y se analizarán para poder llegar a las conclusiones del estudio.

La aplicabilidad de esta propuesta, además de una mejora de la información existente sobre la intervención social con los hijos e hijas de las mujeres víctimas de la violencia de género, reside en establecer conclusiones sobre las necesidades del colectivo estudiado, con el fin de mejorar la situación de estos menores.

A su vez, las carencias encontradas en la intervención social con este colectivo demuestran la necesidad de definir con claridad la situación de estos niños y niñas desde el punto de vista legal y centrar la atención en lo que sería el interés superior del menor.

El plan de trabajo y la distribución de tareas se organizarán entre los meses de enero y mayo de 2015, como consta en la Tabla 4 del Anexo.

El estudio está limitado debido al escaso personal inmerso en la investigación, lo que repercute en la fluidez del proceso y los tiempos propuestos para llevarlo a cabo. Además, la metodología utilizada, la cualitativa, si bien aporta información abundante, no permite extrapolar los resultados a la totalidad del ámbito estudiado, en este caso los servicios sociales.

5. RESULTADOS

Una vez concluida la revisión bibliográfica sobre este tema, el paso siguiente fue realizar el trabajo de campo propuesto: entrevistas con especialistas que forman parte de los equipos interdisciplinarios de los servicios sociales para recopilar datos y opiniones sobre la intervención social con este colectivo.

Para el trabajo de campo propuse reunirme con trabajadores sociales, abogados, psicólogos y educadores sociales que desarrollan su actividad en diferentes organismos y asociaciones. Para la recogida de datos durante la entrevista se utilizó un guión que contenía ocho preguntas. Una vez formuladas las preguntas, dejaba que los profesionales consultados expresaran libremente sus opiniones y compartieran sus experiencias de trabajo en este campo. Según se desarrollaba la conversación, añadía preguntas adicionales para esclarecer algunos aspectos.

Anca Cristina

Los profesionales entrevistados pertenecen a algunos de servicios sociales municipales de la provincia de Castellón y Valencia y las entrevistas se realizaron entre las siguientes fechas: desde el 1 de marzo de 2015 hasta el 20 de abril de 2015, con una media de dos entrevistas por semana. En algunos casos las entrevistas eran individuales, en caso de municipios con menos habitantes, mientras que en otros casos la entrevista se transformaba en una reunión multidisciplinar en las que participaban trabajadores sociales tanto de servicios sociales generales como de SEAFI (Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia) y también otros profesionales como educadores sociales y abogados.

En otros casos, cuando se trataba de municipios más grandes, donde los servicios sociales están divididos en diferentes áreas de competencias, y donde los profesionales no se encontraban ubicados todos en el mismo sitio, se tuvo que volver para entrevistas separadas con las trabajadoras sociales de diferentes áreas como el de la familia y la infancia y el área de la mujer, en un municipio como Sagunto, por ejemplo.

Se mantuvo, asimismo, entrevistas con trabajadores sociales de centros de salud y la abogada de un centro Infodona y también con un inspector de la Comisaría de la Policía Nacional de Castellón. El propósito de este recorrido fue ampliar la visión sobre el tema que nos interesa, pasando por todas las fases del proceso, empezando con la fase de prevención y detección, donde se incluye la labor de médicos, enfermeras y trabajadores sociales de centros de salud y de los demás profesionales de los centros de información y asesoramiento para la mujer - Infodona; continuando por el proceso de denuncia y comienzo de las medidas de protección e intervención social.

En la Tabla 5 del apartado de Anexo aparecen los organismos donde se realizaron las entrevistas, los profesionales entrevistados y el número de entrevistas realizadas en cada centro. En todos estos ámbitos se nota una mayor concienciación de los profesionales con el tema de la violencia de género, debido a la participación de los mismos en cursos de especialización y jornadas de sensibilización con respecto a este tema.

Los casos de violencia pueden ser detectados por los diferentes servicios que están actuando en el ámbito del maltrato a mujeres, aunque sus competencias sean distintas, como son los centros sanitarios, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado o de los servicios sociales. Además, en la Comunidad Valenciana coexisten otras entidades de atención a la familia, directa o indirectamente, como son los Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancias (SEAFI), Puntos de Encuentro, Servicios Psicopedagógicos Escolares de Zona y Municipales y ONG o Asociaciones. Todos ellos conforman las vías de detección de los casos de violencia.

En el ámbito sanitario, en la Comunidad Valenciana, las trabajadoras sociales disponen de una "Guía de detección y actuación en situación de desprotección y/o maltrato

infantil”, donde se contempla como un indicador de riesgo para el menor la existencia de denuncias por malos tratos por parte de la madre hacia el padre. Esta circunstancia hace que al menor se le considere en situación de riesgo y se actúe de conformidad con lo previsto en la Ley del Menor ya que la Ley Orgánica 1/2004 no incluye en su ámbito de aplicación a los hijos e hijas de las mujeres maltratada.

El Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana incluye los Servicios Sociales Municipales de Base y los Servicios Sociales Especializados para la Mujer.

Los Servicios Sociales de Base son los que atienden las necesidades generales, por tanto, orientan e informan, prestan apoyo profesional o derivan a los/as ciudadanos/as hacia otros servicios de la red.

Los Servicios Sociales Especializados Mujer incluyen una red de centros que permite ingresar a las mujeres y a los/las menores víctimas de la violencia, cuando la situación familiar y personal así lo aconseja, para orientar, evaluar y realizar tratamiento individual y/o en grupo. Ofrecen acompañamiento personal a la víctima en la búsqueda de recursos sanitarios, judiciales o socio-laborales. La intervención desde los servicios sociales se realiza respetando el “Protocolo de actuación para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género” de la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana. En sus páginas se encuentran algunas referencias a los hijos e hijas de las mujeres maltratadas. En el punto tres dedicado al marco institucional, se expone la tipología de los centros especializados y sus áreas de actuación. Una de las áreas mencionadas es la de los menores.

El modelo de intervención social propuesto por la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana (2009) se inspira en el modelo ecológico Bronfenbrenner) y el modelo social-cognitivo (Bandura). El modelo ecológico, definido por Bronfenbrenner (1979) parte de la convicción de que las conductas de las personas se producen en íntima conexión con el entorno en el que se desarrollan. Este no se limita al entorno más próximo o familiar sino que se extiende a un entorno más amplio, externo a la persona, y relacionado directa o indirectamente con el entorno inmediato.

El comportamiento de las personas tiene relación tanto con factores internos de índole cognitiva y emocional (las creencias y las expectativas), como con factores externos relacionados con el entorno y el ambiente y, además, con la acción misma que depende a su vez de los procesos de interacción producidos con las otras personas (Bandura, 1982). Desde esta perspectiva, el modelo social-cognitivo defiende que los factores situacionales y personales, como son las creencias y los juicios, ejercen una influencia positiva o negativa sobre la conducta a través de mecanismos afectivos y cognitivos.

La atención a la mujer maltratada comprende las diferentes dimensiones o ámbitos de influencia de su comportamiento. La actuación con las mujeres víctimas de violencia se realiza, según la Consejería de Bienestar Social (2009), teniendo en cuenta las cuatro dimensiones psicológicas, interdependientes entre sí, que se encuentran implícitas en el primer nivel del modelo ecológico, denominado microsistema:

- a) *La dimensión cognitiva*: incluye los pensamientos, las formas de conceptualizar y percibir las acciones, en definitiva, las estructuras y los esquemas cognitivos.
- b) *La dimensión psicológica*: alude al mundo de las emociones, sentimientos y ansiedades, expectativas y autoconcepto.
- c) *La dimensión conductual*: se refiere a las actuaciones, y abarca el repertorio conductual de la persona al desenvolverse y relacionarse con el mundo.
- d) *La dimensión interaccional y social*: atiende al mundo de las relaciones que la persona establece tanto en el microsistema como en el macrosistema general. Guarda relación con las formas y modos de interactuar y comunicarse con terceros. Además, tiene en cuenta la interconexión con los recursos de la sociedad, como son las estrategias de búsqueda y de los servicios adecuados para contribuir a paliar sus necesidades.

El proceso de atención a las víctimas de violencia de género comprende diferentes fases, cada una con sus características y objetivos específicos:

- a) *Fase de detección de la violencia de género*, donde se tienen en cuenta una serie de indicadores de sospecha de ser víctima de violencia.
- b) *Fase de valoración y evaluación psicológica y social*, que es la fase fundamental para poder llevar a cabo un programa de intervención ajustado a las necesidades y adaptado a la mujer y sus hijos. La evaluación de la mujer comprenderá aspectos relacionados con la historia personal, clínica y familiar; valoración social, psicológica y médica; relaciones de dependencia con el presunto agresor e instalación social. En el caso de los menores, la evaluación contemplará factores relativos a su desarrollo físico y madurativo, relaciones e interacciones materno-filiales, adaptación escolar y social, emociones y factores de personalidad.
- c) *Fase de tratamiento*, que se realiza individual y en grupo, atendiendo a diferentes dimensiones de la personalidad de la víctima: salud, conducta y habilidades de interacción social, menores, servicios y búsqueda eficaz de recursos, y organización interna del centro y convivencia.
- d) *Fase de seguimiento de las mujeres en el proceso de independencia y re-inserción social*, en la que se busca establecer los cauces por los que se canalizará el proceso de instalación social plena, a partir de un protocolo de actuación que irá configurando la fase de seguimiento de la mujer y de los/as hijos e hijas víctimas de violencia de género.

Una vez estudiado el protocolo de intervención, intentamos averiguar cómo se lleva a cabo en la práctica, qué tipo de intervención se realiza específicamente con los niños, qué relación mantienen los niños con los padres, una vez puesta la denuncia por malos tratos o dictado la orden de alejamiento, y, en general, cuál es la situación de estos niños que viven en primera persona la violencia de género.

Para el presente estudio he realizado entrevistas en diferentes poblaciones, de diferentes tamaños en cuanto a su población, empezando por municipios con poco más de mil habitantes y terminando con los de más de 30 000 habitantes.

Con respecto a las entrevistas realizadas con los profesionales de los servicios sociales, estas giraban en torno a ocho preguntas, dejando que los entrevistados aportaran la información que considerasen más relevante y, en el caso de ser necesario, volver con preguntas adicionales, según el curso de la conversación.

A continuación se exponen las preguntas y respuestas obtenidas de las entrevistas estructuradas.

a) ¿Cuántos casos de violencia de género se han registrado en el último año en su municipio? ¿Cuál fue el número de menores afectados por esta situación?

En este punto las respuestas han sido de lo más dispares y confusas. En los municipios más pequeños se indicaba que no se tuvo ningún caso o bien muy pocos, probablemente, en proporción a su número de habitantes. En cambio, en los municipios más grandes, la trabajadora social de servicios sociales municipales solo manejaba los datos de las mujeres con órdenes de alejamiento y que disponen de un dispositivo de atención y protección móvil (ATENPRO), mientras que los casos con niños y menores se llevan desde los servicios sociales especializados - SEAFI.

El intento de obtener más datos desde la Policía Nacional de Castellón, sobre las denuncias y órdenes de alejamiento existentes en la provincia de Castellón ha fracasado, ya que la Policía no quiere facilitar estos datos, en base a la Ley de Protección de Datos, a pesar de haber solicitado solo cifras y no datos personales. Si nos remitimos a los datos estadísticos de los últimos dos años, la Comunidad Valenciana ocupa un preocupante tercer lugar, solo detrás de Andalucía y la Comunidad de Madrid, lo que nos aporta información relevante sobre la magnitud de este problema en nuestra comunidad (CGPJ, 2014).

Aparte de los casos que se están tramitando desde los servicios sociales, y en los que se interpone la denuncia, hay muchas más mujeres que acuden en busca de información y asesoramiento, pero solo una pequeña parte de estos casos se materializa en

Anca Cristina

una denuncia. En el municipio de Sagunto, provincia de Valencia, la trabajadora social del Área de la Mujer recibe mensualmente a 30-40 mujeres que necesitan ayuda y asesoramiento y solo 1 ó 2 presentan la denuncia. La misma trabajadora social comentaba que gran parte de estas mujeres tardan bastante tiempo en tomar la decisión de denunciar a su maltratador, más o menos un año, desde que acuden por primera vez en busca de información.

En los centros de salud donde se realizaron las entrevistas tampoco llevan una estadística de los casos detectados y derivados a los servicios sociales municipales. Seguramente si pudiéramos contrastar estos datos encontraríamos discrepancias ya que muchas mujeres, según las trabajadoras sociales de los centros de salud y del centro Infodona, aunque se detectan síntomas que indican que están sufriendo violencia de género, no buscan ayuda, no acuden a los servicios sociales y tampoco presentan la denuncia que exige la Ley Orgánica para ser considerada como víctima de la violencia de género e incluso cuando interponen la denuncia, luego la retiran.

José Manuel Moya Castilla y Jaime Sanz-Diez de Ulzurrun Escorriaza analizando la implementación de esta ley, comentaban los datos del Defensor del Pueblo y del Instituto de la Mujer, resaltando que:

- Según las estadísticas que utiliza el Defensor del Pueblo, citadas por Sanz-Diez de Ulzurrun Escorriaza et al. (2006: 140) y calculadas en base a los datos de las ONG del sector, las denuncias presentadas oscilan en torno al 20 % de los casos totales que se producen.
- Según el Instituto de la Mujer, la media de tiempo que una mujer tarda en denunciar su situación de agresión es de cinco años. Un estudio de este organismo, según los mismos autores, demuestra que el 12,4 % de las mujeres españolas mayores de edad son víctimas de malos tratos en el hogar, pese a que solo un 4,2 % reconoce el maltrato. Los motivos de este comportamiento pueden ser muy variados: la dependencia de la mujer respecto del marido, el miedo a perjudicar a la familia, la “vergüenza”, por los hechos sufridos, etc. Los autores del estudio hablan de lo que llaman “cifra negra”, en referencia a estas diferencias entre el número de mujeres maltratadas y las que interponen la denuncia.

En este punto, las trabajadoras sociales indicaban que para detectar los casos de violencia de género existentes en su municipio se actúa tanto a petición de otros profesionales (personal sanitario, trabajadoras sociales de centros de salud, agentes de la Policía) como también a consecuencia de denuncias de los ciudadanos. Resaltaban que cada vez hay más ciudadanos concienciados con el tema de la violencia de género, sobre todo cuando hay niños implicados. Lo que antes no se denunciaba porque se consideraba de ámbito privado, hoy se considera un tema que incumbe a la sociedad en general.

b) ¿En qué consiste la intervención que se lleva a cabo con los/as niños/as de estas familias? ¿Existe un protocolo de actuación específicamente para niños y niñas víctimas de la violencia de género?

No existe un protocolo de actuación específico para estos casos, pero desde los servicios sociales se les considera como menores en riesgo y se actúa para la protección de estos menores.

En el protocolo de actuación para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género encontramos referencias a la atención a los menores que acompañan a estas mujeres. Este protocolo solo contempla el tratamiento que se debe llevar a cabo con las mujeres y los niños ingresados/os en los centros de atención y las viviendas tuteladas, mientras que las personas que permanecen en la vivienda familiar o con algunos de sus familiares no están incluidas en el mismo.

Desde los servicios sociales municipales los casos que afectan también a menores se derivan a los Servicios Especializados-SEAFI, que se encargan de la intervención cuando la mujer se queda en su domicilio o de algún familiar. Los SEAFI realizan una evaluación psicológica y social de las mujeres y los/as niños/as y deciden sobre el tratamiento.

En el caso de los municipios más grandes como Sagunto, se encontraron duplicidades entre competencias entre las áreas de infancia y mujer, ya que los casos de menores hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género, en este municipio, en general, se tratan desde el área de la mujer, pero también hay algunos casos donde las intervenciones se realizan desde SEAFI.

En el caso de los niños, la evaluación se realiza teniendo en cuenta diferentes factores, en función de las características físicas, madurativas y psicológicas propias de su edad (ver Tabla 8). Los profesionales entrevistados resaltaban que desde los servicios sociales básicos se actúa sobre todo con la mujer, buscando el empoderamiento de la misma, entendiendo que a través del mismo la dotan de habilidades para afrontar su situación y mejorarla, e implícitamente mejorar así la situación de los/as niños/as.

Un estudio realizado en la Comunidad Valenciana (2008), y al que hace referencia dicho protocolo, demostraba que las mujeres manifiestan una falta de recursos al afrontar la crianza, lo que se traduce en poca capacidad para ofrecer criterios firmes de crianza, mantener una buena comunicación con los hijos y las hijas y poco conocimiento de los/las mismos/as. Igualmente, se ha observado una falta de control en las relaciones, con poco respeto y manifestaciones agresivas, que provoca situaciones estresantes. Las intervenciones que se realizan desde los servicios sociales con las mujeres víctimas de violencia de género buscan mejorar las relaciones materno-filiales, reforzando el papel de la madre en la educación de los/as hijos/as, mejorando el

Anca Cristina

estilo educativo y dotando a la madre de técnicas de escucha activa y de resolución de conflictos materno-filiales y entre hermanos (Consejería de Bienestar Social, 2009: 51).

En este sentido, la trabajadora social de los Servicios Sociales de Sagunto, concretamente del Área de la Mujer, comentaba que en muchos casos solo se interviene con los menores si la madre detecta algún problema en cuanto al comportamiento del menor y lo comenta a los servicios sociales, o si se aprecia algún tipo de trastorno mental en la fase de evaluación: ansiedad, depresión, problemas de actitud o comportamiento en el colegio o en familia.

En la población más pequeña entre las que se realizaron las entrevistas, que es Chilches, debido a la falta de recursos, los menores que presentan algún tipo de problema y se detectan, bien por el psicólogo del centro escolar u otro profesional, o por la madre, son derivados al SPAM (Servicio Psicopedagógico de Atención al Menor), situado en la capital de la provincia.

De esta manera, la gran parte de los/as niños/as que han estado expuestos a la violencia de género, pero que no presentan aparentemente ningún síntoma de trastorno, no recibe ninguna atención por parte de los servicios sociales, aunque parte de las consecuencias que puedan tener en su desarrollo y su personalidad el haber sufrido malos tratos psicológicos no se aprecian a corto plazo, sino más bien a medio y largo plazo.

Debido al vacío legal, al no ser considerados víctimas de la violencia de género y por lo tanto tampoco sujetos de los derechos que ello supondría, la intervención con los menores está sujeta al criterio de los profesionales que componen los equipos interdisciplinarios. De allí que aparezcan diferencias en el tratamiento de estos casos, según la opinión y la experiencia de los respectivos profesionales y los recursos materiales y humanos disponibles.

Podríamos aportar el ejemplo de dos poblaciones de tamaño similar, Sagunto (Valencia) y La Vall de Uixo (Castellón). Los profesionales entrevistados de Sagunto opinaban que si el/la niño/a no presenta síntomas evidentes de trastorno, no es necesario “remover las cosas”, y sacarle de su entorno para incluirlo, por ejemplo, en un grupo de apoyo mutuo o mandarlo al psicólogo, una vez los padres se hayan separado y la situación de violencia ha desaparecido, ya que en muchos casos los/as niños/as superan la situación por sí mismos. En cambio, sus colegas de La Vall de Uixo opinaban lo contrario, que una vez detectada la situación de violencia de género, se debe actuar tanto con las mujeres como con sus hijos/as, aun cuando la violencia haya cesado y los/as niños/as no presenten ningún tipo de síntoma de trastornos.

También se pueden observar diferencias entre poblaciones ya que las que tienen más recursos económicos disponen de equipos de profesionales repartidos entre diferen-

tes áreas y la atención es más completa y personalizada, mientras que las poblaciones más pequeñas y con menos recursos no pueden ofrecer los mismos servicios.

Con los menores se debería intervenir en cualquier caso, desde una perspectiva preventiva y educativa, para evitar así que los/as niños/as maltratados de hoy se conviertan en los maltratadores de mañana, ya que numerosos estudios demuestran que los menores suelen repetir, de mayores, las conductas violentas que han sufrido en su infancia.

c) ¿Existe un seguimiento de estos casos desde los servicios sociales básicos?

El seguimiento de estos casos va en función de la evolución de la persona afectada. Si permanece en el domicilio o en el de algún familiar cercano, normalmente se mantiene un contacto mensual. La mujer y los/as niños/as son visitados cada mes por la trabajadora social, aunque la frecuencia de las visitas es variable, en función de la carga de trabajo de cada profesional. Este seguimiento se lleva a cabo con más frecuencia al principio de las intervenciones, siendo menos frecuentes a medida que la situación se va normalizando.

Muchas trabajadoras sociales me comentaban que los casos de violencia de género requieren una atención a largo plazo, que se puede dar durante varios años. También resaltaban un hecho que me parece importante destacar: muchas de estas mujeres repiten patrones, salen de una relación con violencia de género y se meten en otra con las mismas características, de allí que haya mujeres que permanecen como usuarias de los servicios sociales durante muchos años.

Si el caso se deriva a los servicios especializados, ellos continúan con la intervención, pero existe un permanente feed-back, ya que la relación entre los servicios sociales municipales generales y los SEAFIs suele ser de colaboración y cooperación.

Algunos profesionales comentaron que, debido a la crisis económica que atravesamos, han detectado casos de denuncias supuestamente falsas, por ejemplo que algunas mujeres, que habían interpuesto denuncias contra sus parejas y tenían una orden de alejamiento, tenían cita para ser atendidas en algún servicio público (por ejemplo al médico o al Servicio Estatal de Empleo) el mismo día y a la misma hora con su expareja. No se puede demostrar inicialmente que se trata de una denuncia falsa, que se puso solo para conseguir la prestación económica, por ello resaltaban la necesidad de llevar un seguimiento desde los servicios sociales, tanto para ayudar a las mujeres en su proceso de recuperación, como para evitar las denuncias falsas.

El seguimiento de los menores sigue el mismo patrón, siempre y cuando tras su evaluación se ha considerado necesario algún tipo de tratamiento o terapia. De lo contrario el/la menor no recibe más atención y tampoco se le hace un seguimiento.

Anca Cristina

d) ¿Qué relación mantienen los niños/as y niñas de las mujeres maltratadas con su otro progenitor? ¿Cuál es el régimen de visitas más habitual en estos casos?

Muchos de los profesionales opinan que la relación con el otro progenitor debe ser normal, que excepto en casos muy especiales, no hay motivo para vigilar los encuentros con el padre. La percepción que tienen en muchos casos es que, aunque haya violencia de género, esa no va con los/as niños/as. Algunos profesionales me han expresado la opinión de que es normal que en caso de un divorcio conflictivo, el padre intente usar a los/as niños/as para hacer daño a la madre, pero que eso no supone ningún problema para el/la niño/a.

De allí que nos encontramos con situaciones muy complejas, cuando la mujer tiene una orden de alejamiento contra su agresor y sin embargo este mantiene sus derechos como progenitor, con un régimen de visitas normalizadas. Al no ser considerados como víctimas de violencia de género, los/as niños/as quedan, en mi opinión, en situación de desprotección jurídica, ya que el juez no puede tomar las medidas de protección necesarias, quedando de este modo los/as niños/as expuestos a una situación de riesgo potencial. Solo si se demuestra que el niño ha sufrido malos tratos físicos por parte de su padre, se les puede incluir en el orden de alejamiento, junto a la madre.

Sin embargo, también hay opiniones contrarias a la expresada anteriormente: algunas de las trabajadoras sociales entrevistadas opinan que no se tiene en cuenta el interés superior del menor, sino más bien el derecho del padre a las visitas legales. Incluso, en las poblaciones con más números de casos, como La Vall de Uixo y Nules, aunque legalmente a los/as menores no se les trata como víctimas de la violencia de género, los servicios sociales los consideran como tal, ya que entienden que en cuanto haya violencia hacia la madre, también la sufren los/as niños/as. Pero esta condición de víctima siempre queda sujeta al juicio y evaluación de los/as profesionales de los servicios sociales.

e) El Código Penal prevé la posibilidad de retirar la patria potestad a los padres en caso de violencia de género. De los casos en los que usted ha intervenido ¿en cuántos se aplicó esta medida y en qué circunstancias?

No se aplica esta medida, en general las personas entrevistadas consideran que solo en casos muy especiales se debería aplicar, cuando la agresión va dirigida directamente contra el menor, de lo contrario creen que es conveniente que los menores mantengan las relaciones normales con su padre.

Son casos muy contados, a lo mejor uno o dos en las poblaciones más grandes, solo cuando se haya podido demostrar la existencia de malos tratos físicos por parte del padre hacia los/as hijos/as, ya que el maltrato psicológico es muy difícil de probar ante un juez y la percepción de muchas personas es que este no es tan grave como el físico.

Una vez más, muchos profesionales consideran que maltratar a la mujer no hace que el hombre sea un mal padre y esta es una de las ideas más arraigadas y que más se debería combatir, ya que las consecuencias del maltrato psicológico, a los que están sometidos los/as niños/as en estos casos, no son menos graves que los del maltrato físico, tal y como lo demuestran los estudios analizados en los puntos anteriores.

f) Después de diez años desde la aprobación de la Ley de protección integral de las víctimas de la violencia de género ¿qué aspectos positivos destacaría hoy en día en la intervención social con los menores en esta situación?

Todo el mundo está de acuerdo en que la Ley Orgánica 1/2004 supuso un gran avance en la lucha contra la violencia de género, tanto cuando hablamos de las mujeres que la sufren, como cuando se trata de los/as niños/as que también la viven. La opinión general es que la ley tiene muchos aspectos positivos y desde su aprobación e implementación se han conseguido muchos logros en el campo de las intervenciones sociales con mujeres víctimas de la violencia de género y sus hijos/as.

A partir de la aprobación de la ley, la violencia de género pasó de ser un problema que pertenecía a la esfera privada a ser un problema social, que se aborda de forma multidisciplinar, desde el ámbito sanitario, educativo, judicial y policial. Esta ley dio a la violencia de género la importancia que debe tener y la hizo visible. También hizo que las mujeres víctimas de esta lacra de la sociedad se convirtieran en titulares de derechos. En cuanto a los menores, la ley prevé la obligación de educar a los/as niños/as en la igualdad para evitar estas conductas.

La ley también posibilitó que las víctimas recibieran siempre apoyo legal y psicológico y que se establecieran protocolos de actuación desde diferentes ámbitos, antes inexistentes.

g) ¿Señalaría algunos aspectos en los que se podría mejorar la atención a este colectivo desde los servicios sociales?

Los profesionales destacaron la necesidad de educación en valores de igualdad en la infancia y juventud ya que, aunque esta medida está prevista tanto en la Ley de Protección Integral (2004) como en la Ley de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (2007), no se aplica en la práctica, no se incluyen programas educativos y de prevención de la violencia en los currículos escolares.

Los mismos profesionales apreciaban que la intervención con los niños debe insistir más en la prevención y la educación en valores y en el aprendizaje de habilidades que impidan la reproducción de patrones machistas y mejoren la gestión de conflictos interpersonales y afectivos.

Los/las jóvenes no tienen una percepción adecuada sobre lo que es violencia de género y eso hay que solucionarlo de forma urgente, según opinaban gran parte de las trabajadoras sociales entrevistadas.

6. DISCUSIÓN

La exposición a la violencia de género puede tener repercusiones negativas significativas en el desarrollo social, emocional, cognitivo y académico de los/as niños/as. Los estudios realizados hasta ahora indican que esta exposición puede tener consecuencias a largo plazo y afectar su funcionamiento en la vida adulta.

Mientras que en los últimos años ha aumentado la conciencia sobre el impacto que tiene la violencia de género sobre la mujer, no se ha generado la misma conciencia sobre las necesidades de niñas y niños.

Las intervenciones con niños y niñas se realizan no tanto a nivel de prevención, orientación y educativo, sino más bien a nivel terapéutico, cuando se detecta que hay un problema a nivel emocional, relacional o de aprendizaje, de lo contrario no se suelen realizar intervenciones específicas con ellos. Sí que están incluidos cuando se realiza terapia familiar, de orientación y mediación. Encontramos aquí dos aspectos a destacar:

a) Por un lado, la convicción de una parte de los profesionales entrevistados de que, si no hay manifestaciones evidentes es mejor no intervenir, no remover las cosas, dejar que se normalice la situación, ya que con el tiempo los/as niños/as olvidan.

Esta opinión va en contra de lo que algunos estudios (Save the Children y cols., 2010: 50) han destacado: no siempre hay manifestaciones visibles y no todas son negativas. En muchos casos se pueden encontrar conductas contradictorias, por ejemplo en el rendimiento escolar. Habitualmente, los niños y las niñas que sufren violencia de género presentan problemas en la escuela, dificultades de concentración y de relación con los iguales, sin embargo no siempre las cosas ocurren así. También se da el caso contrario, cuando actúan como el hijo/la hija perfecto/a lo que significa que los menores tienen muy buenos resultados en clase, buena conducta y por lo tanto pasan desapercibidos para los profesores. Por lo tanto, debemos considerar ambos casos a la hora de establecer el diagnóstico y la intervención adecuada.

b) Por otro lado existe un vacío legal, por no contemplar a los menores como víctimas que son de la violencia de género, lo que conlleva a que no haya tampoco un protocolo de intervención con estos menores, lo que conduce a que haya diferencias en la manera de abordar la intervención e incluso desigualdad.

No es lo mismo vivir en un pueblo como Sagunto, Nules, Alboraya o La Vall d'Uixo, que son poblaciones con más de 25 000 habitantes, donde los servicios sociales tienen más recursos tanto humanos como materiales, y por otra parte vivir en un pueblo como Chilches, de unos mil habitantes y donde solamente hay una trabajadora social. En este último caso, la trabajadora social actúa derivando los casos de niños/as expuestos a la violencia de género junto con sus madres, a los servicios especializados, como los centros de acogida o bien, si la madre no va a estos centros porque se puede quedar en casa de algún familiar, se deriva/ a la menor a los psicólogos del SPAM-Servicio Psicopedagógico de Atención al Menor. Muchas veces las madres que son mujeres maltratadas no llevan a estos menores al psicólogo, alegando dificultades económicas, ya que el servicio especializado está en otro municipio. A pesar de la derivación solicitada por la trabajadora social y de la necesidad existente de intervención con el/la niño/a, ésta no se lleva a cabo, por lo menos no de manera constante y con el seguimiento necesario, ya que la madre muchas veces no lleva al niño/a a las citas por las dificultades que tienen para desplazarse, según comentaba la trabajadora social de Chilches.

También debido al vacío legal y a la falta de medios económicos, muchas veces los servicios sociales deben priorizar sus intervenciones, siempre a favor de la mujer, considerándose que a través del empoderamiento de la madre se consiguen resultados favorables sobre los/as niños/as. Si bien esta opinión es cierta, no es suficiente la intervención solo con la madre, siendo necesaria también la atención a los/as niños/as, insisto, aun cuando no hay signos visibles de trastorno, con medidas preventivas y educativas, adaptadas a las características de su edad. Y eso, no solo porque las manifestaciones pueden ser contrarias, como he mencionado antes, sino porque las consecuencias que tiene la violencia de género sobre los/as niños/as se perciben tanto a corto plazo, como a medio y largo plazo.

El hecho de que la madre y también algunos profesionales de diferentes ámbitos consideren que el menor no está afectado por lo ocurrido, o el hecho de que el niño o la niña no exprese malestar o no hable de lo ocurrido, no implica necesariamente que la violencia de género no les haya afectado o que no haya consecuencias en su desarrollo en el futuro.

Bowlby, en su teoría del apego (Bowlby, 1969), nos indicaba que el sentimiento de seguridad de un/a niño/a depende de la seguridad de sus vínculos con las figuras de apego tempranas, la calidad de estas relaciones sirviéndole como modelo para sus futuras relaciones.

Por eso creo necesario, aun cuando no se aprecia que el/la menor haya sufrido consecuencias debido a la situación de violencia que ha vivido, realizar intervenciones de prevención de la violencia de género y educativos, por diferentes razones:

Anca Cristina

- Prevenir la repetición de los patrones machistas que posiblemente hayan conocido en su familia.
- Educar desde la igualdad entre los hombres y mujeres.
- Sensibilizar a los jóvenes en el tema de la violencia de género y dotarles de los conocimientos y las habilidades necesarias para detectar este tipo de violencia, aun cuando no se expresa como violencia física, que es la última en manifestarse y la más visible.

Parece paradójico que la misma ley tantas veces mencionada en este trabajo, Ley Orgánica 1/2004, reconoce en su exposición de motivos los efectos de la violencia sobre los niños y las niñas, pero no contempla medidas concretas para protegerlos.

También se ha comprobado que existe una duplicidad de recursos, por ejemplo entre el área de la infancia y la familia y el área de la mujer. Hay casos de niños/as que han sufrido violencia de género y con los que se interviene desde SEAFI, pero la mayoría va a lo que es el área de la mujer, desde donde se hace la intervención con las madres y sus hijos/as.

En cuanto a la relación entre los padres como agresores de la madre y los niños /las niñas, hay opiniones diferentes entre los profesionales consultado. Hoy en día, debido a que el/la niño/a no tiene la consideración de víctima de la violencia de género, los jueces fallan a favor del derecho del padre a mantener su régimen de visitas, tomando la decisión contraria solo en casos donde se puede probar la violencia hacia el niño, cosa que no es muy fácil de probar, sobre todo si se trata de violencia emocional, no física. Todos los profesionales implicados, los del sistema de judicial, de los servicios sociales, del sistema sanitario deberían poner el foco de su atención en proteger en primer lugar el interés superior del menor, que es la pieza más vulnerable de este rompecabezas que es la situación extremadamente compleja en la que está involucrado. Cuando hay tantos estudios que demuestran sobradamente que la violencia de género puede tener consecuencias importante en el desarrollo de los/as niños/as, no se entiende la razón por la que no se les protege como debería.

Como señala Save the Children (Save the Children y cols. 2007: 51), las relaciones padre-hijo/hija son más vulnerables a los conflictos de pareja que las relaciones madre-hijo/hija y se observa que los hombres tienden a desarrollar un patrón de relaciones en el que el conflicto con la esposa se hace extensible hacia los/as hijos/hijas, mientras que las mujeres suelen diferenciar más sus roles en familia: madre, esposa.

Los estudios revisados señalan que existe mayor tendencia a que los padres y madres que viven en situaciones conflictivas y agresivas en su relación de pareja utilicen más agresiones físicas y verbales hacia los/as hijos e hijas.

La intervención social en caso de violencia de género se centra en el empoderamiento de la mujer afectada, pero no debería acabar allí. La madre tiene un papel muy importante en la recuperación de sus hijos, y por ello debe recuperarse ella misma y al mismo tiempo debe concientizar que los malos tratos también afectan a los/as niños/as. Justamente porque, según las estadísticas oficiales, muchas mujeres piensan que deben aguantar los malos tratos por los/as niños/as, debemos enseñarles a pensar lo contrario.

El conocido Doctor en Psicología Jorge Barudy, en una reciente conferencia, hablando sobre las competencias parentales, subrayaba la existencia de una relación entre trastornos de desarrollo, comportamientos agresivos y otras manifestaciones de sufrimiento infantil y juvenil con el hecho de que un número significativo de estos son víctimas de la violencia en el ámbito familiar (Barudy 2013:3). Y añade que los malos tratos infantiles son consecuencia de la incompetencia parental. El doctor Barudy afirma que los malos tratos en la infancia, junto con los factores culturales resultados de la ideología patriarcal, juegan un papel preponderante en la reproducción de la violencia conyugal. Por este motivo, la prevención, detección y protección de los menores víctimas de la violencia y el apoyo para la reparación de sus carencias y sufrimientos es una forma efectiva de prevenir lo que el mismo doctor denomina “la transmisión transgeneracional de los malos tratos” (Barudy, 1998).

Por ello es importante que en el proceso de empoderamiento de la mujer se intente potenciar su rol materno, dotarla de competencias parentales, para que pueda acompañar a sus hijos e hijas en el proceso de recuperación.

7. CONCLUSIONES

Podemos concluir que para superar las consecuencias de la violencia de género los/as niños/as necesitan, además de la intervención con la madre, en la que se persigue potenciar su rol materno, para que ella pueda ayudar a sus hijos/as a superar la situación de violencia, una actuación dirigida a ellos/as, a través de planes y programas diseñados específicamente para menores, respetando en cada momento las características de la edad.

Sin embargo, durante las entrevistas realizadas he podido comprobar que en la práctica se incide más en la recuperación de la madre, ya que su condición de mujer maltratada y sus derechos están claramente establecidos en la Ley de Protección Integral-L.O. 1/2004, mientras que la situación de los/as hijos/as no está claramente definida y depende de las posibilidades y los recursos materiales y humanos de cada municipio. Lo que confirma nuestra hipótesis inicial.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Redorta, D. (2004). *La infancia víctima de la violencia de género*. III Congreso del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. La valoración del riesgo de las víctimas.
- Anan, K. (2006). *Informe del Secretario General de la ONU ante la Asamblea General sobre "Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia sobre la mujer" (2006)*. Extraído el 1/05/2015 en <http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/1/27401/InformeSecreGeneral.pdf>.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters and lifepaths. *American psychology*, 37, 747-755.
- Bowlby, J. (1969). *Maternal care and mental health*. London: Bulletin of the World Health Organization.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Moya Castilla, J. M., y Sanz-Diez de Ulzurrun Escoriaza, J. (2006). *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral de las Víctimas de la Violencia de Género-una visión práctica*. Ed. Experiencias.
- OMS. (2014). *Maltrato infantil*. Extraído el 08/05/2015 en <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs150/es>.
- OMS. (2013). *Violence against women: Global Picture, Health Response*. Extraído el 01/05/2015 en <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=315>.
- Sanmartin, O. (2010). *Campaña de Save the Children*. Extraído visto el 01/05/2015 en <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/11/18/espana/1290087697.html>.
- Save The Children, Instituto de Reintegración Social de BIZKAIA y Ajuntament de Barcelona (2010). *Manual de Atención para los/as niños y niñas víctimas de la violencia de género en el ámbito familiar*. Extraído el 28/04/2015 en http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2644.
- Sepúlveda García de la Torre, Á. (2006). *La violencia de género como causa del maltrato infantil*. Cuaderno Medico-Forense n.º 12/2006. Extraído Barudy, J. (2013). *Los buenos tratos y la resiliencia infantil en la prevención de los trastornos de comportamiento*. Extraído el 25/04/2015 en http://infanciacapital.montevideo.gub.uy/materiales/BARUDY_Competicencias_parentales.pdf.
- Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana. (2009). *Protocolo de actuación para la atención de las mujeres víctimas de la violencia de género*.
- Domestic Abuse Intervention Project. (2015). *Duluth Model*. Extraído el 05/05/2015 en www.duluth-model.org.
- Fundación Meniños, Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar-Escuela de Enfermería y Podología de Ferrol-Universidad de A Coruña (2010). "Impacto de la violencia de género sobre niños, niñas y adolescentes. Guía de actuación." Extraído el 02/05/2015 en <https://www.meninos.org/Textos/guia%20final%20espanhol.pdf>.

- García Valverde, M. D. (2015). *Mujer extranjera y violencia de género*. Extraído el 03/05/2015 en http://www.ces.gva.es/pdf/trabajos/articulos/Revista_46/Art1_Rev46.pdf.
- Consejo del Poder Judicial. (2014). *Informe del Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial, correspondiente a la estadística judicial 2014*. Extraído el 10/05/2015 en <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos>.
- Instituto Vasco de la Mujer. (2006). *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para los profesionales de los servicios sociales*. Extraído el 03/05/2015 en www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/GuiaMalTrat06_c.pdf.
- Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de protección integral para las víctimas de la violencia de género, visto el 01/05/2015 en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760>.
- el 24/04/2015 en <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/11.pdf>.
- Servicios sociales BIZKAIA-*Manual de Intervención en situaciones de desprotección infantil 2010*. Extraído el 24/04/2015 en <http://www.bizkaia.net/Home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/MANUAL.pdf>.
- RADIO TELEVISIÓN ESPAÑOLA. (2014). *Ley integral contra la violencia de género: 10 años como norma "determinante" pero "insuficiente"*. Extraído el 30/04/2015 en <http://www.rtve.es/noticias/20141121/ley-integral-contra-violencia-genero-10-anos-como-norma-determinante-pero-insuficiente/1050042.sht>.
- UNICEF. (2015)- *Estado de la infancia 2006: Excluidos e invisibles*, visto el 27/04/2015 en http://www.unicef.org/spanish/sowc06/fullreport/full_report.php.

9. ANEXOS

Tabla 1: Denuncias presentadas en el año 2014. Realización propia.

Total denuncias	Presentadas directamente por la víctima	Presentadas directamente por familiares	Atestados policiales por denuncias de la víctima	Atestados policiales por denuncias de familiares	Atestados policiales por intervenciones directas	Partes de lesiones	Servicios asistencia terceros en general
126 742	9 769	651	78 758	1 421	18 984	15 029	2 130
	7,71 %	0,51 %	62,14 %	1,12 %	14,98 %	11,86 %	1,68 %

Fuente: Observatorio sobre la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (2015)



Figura 1: Poder y control. Ellen Pence (1987).

Fuente: Instituto Vasco de la Mujer. (2006).

Tabla 2: Datos sobre la violencia de género 2005-2014. Realización propia.

Mujeres fallecidas	613
Ordenes de protección adoptadas	227 101
Sentencias condenatorias	264 080
Contratos bonificados	4 886
Denuncias presentadas (desde 2007)	987 545
Denuncias retiradas (desde 2007)	115 774
Presos por violencia de género (2014)	5 520
Llamadas al 016 (desde 2006)	461 806

Fuente: Observatorio sobre la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder J. (2014).

Tabla 3: Víctimas mortales por violencia de género en 2014, por tramos de edad.

Edad de la víctima	Nº casos mortales	% S/total
<16 años	0	0,00 %
16-17 años	0	0,00 %
18-20 años	1	1,99 %
21-30 años	4	7,40 %
31-40 años	16	29,60 %
41-50 años	17	31,50 %
51-64 años	9	16,70 %
65-74 años	1	1,99 %
75-84 años	5	9,30 %
>85 años	1	1,99 %
	TOTAL: 54	100,00 %

Realización propia. Fuente: Observatorio de la violencia doméstica y de género.

Tabla 4: Cronograma del trabajo de investigación

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda bibliográfica					
Búsqueda de informantes					
Recogida de datos					
Análisis de datos					
Informe final					

Fuente: Realización propia.

Anca Cristina

Tabla 5: Entrevistas y profesionales entrevistados.

Organismo público	Profesionales	Nº entrevistas
Servicios Sociales Básicos-Chilches (Castellón)	Trabajadora Social	1
Centro de Salud de La Vall de Uixo (Castellón)	Trabajadora Social	1
Servicios Sociales Básicos de Nules (Castellón)	Trabajadora Social	1
Servicios Especializados de Atención a la Familia y la Infancia (SEAFI)-NULES (CS)	Trabajadora Social y Educadora Social	1
Servicios Sociales Básicos de Alboraya (Valencia)	Trabajadora Social y Trabajadora Social de SEAFI	1
Servicios Sociales Especializados-SEAFI de La Vall de Uixo (CS)	Trabajadora Social de SEAFI y Educador Social de SEAFI	1
Servicios Sociales Especializados-SEAFI de Sagunto (VLC).	Coordinadora de los Servicios Sociales de Sagunto Trabajadora Social de SEAFI	1
Servicios Sociales Sagunto-Área de la Mujer	Trabajadora Social	1
Centro INFODONA	Abogada	1
Centro de Salud Nules	Trabajadora Social	1 (entrevista por teléfono)
Comisaría de la Policía Nacional de Castellón	Inspector	1

Fuente: Realización propia.

Tabla 6: Áreas de intervención de los Centros Especializados Mujer

Área personal y familiar
Área de menores
Área de salud
Área legal y documental
Área de convivencia
Área de organización
Área de formación e inserción laboral
Área de participación social

Fuente: Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, 2009.

Tabla 7: Centros Especializados Mujer

a) Casas de Acogida para mujeres en situación de emergencia	b) Centros de Acogida	c) Viviendas Tuteladas
Dirigida a la atención integral para las mujeres y sus hijos/as, víctimas de malos tratos, que precisan de un lugar de acogida con carácter urgente. Se trata de centros creados para dar una respuesta urgente de amparo y protección a las víctimas de violencia de género.	Estas entidades por definición son centros de alojamiento temporal y de atención integral a las mujeres. Atienden a jóvenes gestantes y a mujeres víctimas de malos tratos. En estos Centros, las mujeres atendidas están acompañadas de los/as hijos/as menores. La estancia puede prolongarse hasta un año, prorrogable si la situación lo aconseja.	Definidas como hogares funcionales, de dimensiones reducidas, donde conviven mujeres autosuficientes, en régimen parcialmente autogestionado. Igualmente, las mujeres están acompañadas de sus hijos/as menores si los tuvieran. Al igual que en el caso anterior, la estancia puede ser de un año, que puede prolongarse en determinados casos.

Fuente: Consejería de Bienestar Social, 2009.

Tabla 8: La evaluación de los niños en función de las características de la edad

Menores de 3 años	Mayores de 3 años
<p>a) <i>Anamnesis</i> b) <i>Desarrollo madurativo</i>: conducta adaptativa, motricidad, lenguaje, área de socialización y relaciones con los iguales. c) <i>Observaciones in-situ</i>: relaciones materno/paterno-filiales</p>	<p>a) <i>Anamnesis</i> b) <i>Adaptación escolar</i> c) <i>Valoración del desarrollo motor, lenguaje, socialización</i> (de 3 a 6 años) d) <i>Apego</i> e) <i>Autoconcepto</i> f) <i>Depresión</i> g) <i>Relaciones materno/paterno-filiales</i></p>

ANÁLISIS DE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS POR LOS TRABAJADORES SOCIALES EN SU FORMACIÓN Y EN EL MERCADO LABORAL

ANALYSIS OF SKILL ACQUISITION BY SOCIAL WORKERS DURING THEIR TRAINING AND IN THE JOB MARKET

Daniel de Armas Bravo, Carmen Sabater Fernández y Pablo Cabezas Medina (1)

(1) Universidad de La Rioja

Resumen: Este artículo es una aproximación a la valoración por parte de los trabajadores sociales de las competencias óptimas necesarias, tanto en su formación como en el mercado laboral. El trabajo se basa en un estudio de tipo comparativo, realizado a partir de dos fuentes principales de información: por un lado, se utiliza el estudio de la competencias realizado en una muestra de 15 865 titulados/as en el año 2004 por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) en *El Libro Blanco de la ANECA* y, por otro lado, se analizan los datos de una encuesta de Inserción laboral realizada en el año 2013 por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de La Rioja, basada en una muestra de 197 colegiados/as en activo, sobre su valoración de la importancia de las competencias adquiridas durante su formación y en el transcurso de su ejercicio profesional. En el análisis de la comparación entre los resultados de ambos estudios, se analiza cuál es el grado de valoración que hacen los estudiantes y los profesionales del trabajo social sobre competencias de tres tipos: transversales, personales y sistemáticas, contrastando la opinión de los estudiantes del Grado de Trabajo Social con la de los profesionales del sector.

Palabras Clave: Competencias, Competencias sistémicas, Formación, Desempeño laboral, Cualificaciones.

Abstract: This paper is about social worker's assessment of the skills necessary for the profession, both during training and in professional practice. The paper does a comparative study using two main sources of information: i) the skills study conducted by the Ministry of Education, Culture and Sports (MECD) with a sample of 15 865 persons who were completing a bachelor's degree in social work, which was published in the White Paper by the National Agency for the Evaluation of Accreditation and Quality (ANECA) in 2004 and ii) the data obtained by a job insertion survey conducted in 2013 by the Professional Association of Social Workers of La Rioja, involving 197 active social workers, on their opinion of the importance of the skills acquired during their training and over the course of their professional activity. In its comparison of the results of the two studies, the paper analyses the assessment, by students and professionals, of skills of three types: transversal, personal and systemic, comparing the opinions of the social work students to those of the professionals in the sector.

Key Words: Skills, Systemic skills, Training, Job performance, Qualification.

| Recibido 09/10/2014 | Revisado 25/11/2014 | Aceptado 02/12/2014 | Publicado 31/05/2015 |

Correspondencia: Carmen Sabater Fernández. Universidad de La Rioja. Correo electrónico carmen.sabater@unirioja.es. Página web <http://www.unirioja.es>.

Referencia normalizada: De Armas, D., Sabater, C., y Cabezas, P. (2015). Análisis y adquisición de competencias por los trabajadores sociales en su formación y en el mercado laboral. *Trabajo Social Hoy*, 75, 69-88. doi 10.12960/TSH.2015.00010.

1. INTRODUCCIÓN

La asunción del enfoque de *las competencias* es un parámetro que se ha introducido paulatinamente y que comienza en la década de los 70 y 80 del siglo pasado desde la disciplina de la psicología social, principalmente proveniente de los ámbitos de las organizaciones y gestión de las empresas y la búsqueda del desempeño exitoso en el trabajo para, posteriormente, trasladarlo como una herramienta útil a otros escenarios, tales como la formación o la capacitación profesional.

El marco teórico del que se parte está enfocado a analizar las competencias desde el ámbito específico de la educación, vinculándola con el desempeño óptimo en la profesión de los actuales trabajadores sociales; desde tres tipos de competencias: las transversales, las personales y las sistémicas. Se estima que este análisis es una herramienta útil para mejorar las condiciones de eficiencia y calidad, tanto en la formación como en el ejercicio profesional. Todo ello, a su vez, partiendo de un conjunto de definiciones procedentes del estudio realizado por el Libro Blanco de la ANECA realizadas desde la perspectiva del *Enfoque de las Competencias*.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo de investigación se basa en la aplicación de la metodología cuantitativa con la implementación de la técnica de la encuesta estadística. Para ello, se realizó -en el período del segundo semestre del 2013- un cuestionario multivariable dirigido al colectivo de profesionales trabajadores sociales adscritos al Colegio Profesional de Asistentes Sociales y Diplomados en Trabajo Social de La Rioja. Dicho trabajo fue realizado por la Vocalía Colegial denominada “Relaciones y Atención a los/as Colegiados/as”, perteneciente a dicho Colegio Profesional, mediante los recursos y medios propios de la entidad.

El universo de población seleccionado estaba constituido por un total de 466 colegiados/as (profesionales que se encontraban dados de alta en el Colegio Profesional de La Rioja en el año 2013). El medio de recogida de la información fue el correo electrónico, mediante el envío de un e-mail en el que se solicitaba la colaboración para cumplimentar un cuestionario online, disponible en Google Drive.

La tabulación y análisis de los datos se ha realizado por un equipo de tres profesionales (dos trabajadores sociales y un sociólogo) en el período comprendido entre enero y marzo del 2014; basado en la respuesta de 197 personas profesionales en activo de la población total de colegiado/as (que representa el 45 % de la muestra del colectivo profesional).

Respecto al diseño del cuestionario consistía en una *encuesta de Satisfacción Laboral y Colegial* dirigido a los profesionales colegiados, que constaba de un total de 25 preguntas repartidas en torno a 64 variables de carácter socio-laboral y socio-demográfica del colectivo y de la valoración de los actuales servicios colegiales dispensados. El cuestionario analizaba y recogía una amplia batería de aspectos, tales como: carrera profesional; nivel de formación y currículum; expectativas laborales; área o sector profesional donde desarrolla sus tareas en el mercado laboral; asunción de responsabilidades, adecuación y utilidad de distintas herramientas; actividad profesional desempeñada en el actual mercado de trabajo y modalidad de contrato; nivel y grado de competencias adquiridas durante la formación, conocimientos, aptitudes y destrezas valoradas dentro del ejercicio profesional; importancia de diferentes tipos competencias en la práctica profesional; clima laboral y grado de satisfacción con los servicios colegiales.

De todas las variables incluidas en el cuestionario, se analizarán las relacionadas con el objetivo general del estudio, relativas al grado de valoración de la importancia de las competencias adquiridas tanto en su período de formación como, posteriormente, en el desempeño laboral de los trabajadores sociales en activo en La Rioja comparándolos, finalmente, con datos equivalentes obtenidos del estudio realizado por la ANECA (2004) entre los estudiantes de trabajo social en el ámbito nacional, basado en la metodología de encuesta, con la finalidad de situar la evolución y características del colectivo en torno a estas cuestiones.

Se señala que las encuestas han sido realizadas en períodos de tiempo distanciados -con una diferencia de realización de 9 años- por lo que los resultados deben ser analizados como tendencias de valoración de competencias, más que de forma cuantitativa concreta.

3. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es conocer de forma objetiva el nivel de adecuación y preferencias personales, en torno a las diversas competencias adquiridas entre los trabajadores sociales colegiados en activo de La Rioja comparándolas con las de los estudiantes de trabajo social del Estado español tanto durante el período de su formación como, posteriormente, en el transcurso del ejercicio profesional.

Esta comparación se basa en la clasificación procedente de los diferentes tipos de competencias definidas en el proyecto Tuning (2006).

Los objetivos específicos del presente estudio se basan en:

- Explicar los motivos de las diferencias de valoración de los distintos tipos de competencias (transversales, personales y sistémicas) entre los egresados y los profesionales del trabajo social.
- Ampliar la comparación en torno a la valoración de las competencias en la muestra de los profesionales de La Rioja en función del sector de la organización donde desarrollan su actividad laboral (público o privado) y de diferentes variables independientes, como son: área de intervención, ocupación y tipo de contrato.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis 1: La hipótesis de partida del estudio es que, en la comparación de las *competencias genéricas*, los profesionales de trabajo social presentan resultados similares a los de los egresados en *las competencias instrumentales e interpersonales*; sin embargo, conceden mayor importancia a las *competencias sistémicas o integradoras* debido a:

- Su adquisición previa (durante el período de formación) de las competencias instrumentales e interpersonales que representan el paso previo para la adquisición de las competencias sistémicas.
- Su mayor comprensión del contexto de la organización donde se desenvuelven y desarrollan su actividad profesional, entendido como un sistema global vinculado a su práctica profesional.

Hipótesis 2: En ámbitos laborales de la empresa privada y en el ejercicio libre de la profesión, la adquisición y el conocimiento de *las competencias sistémicas* dentro del campo profesional de los trabajadores sociales presentan un alto nivel de importancia.

La adquisición de competencias -tanto básicas o instrumentales, así como genéricas y sistémicas- entre las diversas ramas profesionales se impone gradualmente como un requisito necesario e imprescindible para el desempeño profesional exitoso. Este criterio se adecua a las exigencias y necesidades del mercado laboral y del mundo de la empresa.

Sin embargo, se produce una segmentación por una valoración diferenciada de las competencias: se parte de que determinadas *competencias como el liderazgo o la iniciativa* presentan una mayor demanda en el mercado laboral principalmente dentro del sector privado, mientras que los temas medioambientales y de calidad son competencias con menor nivel de aplicación e interés en el desempeño profesional de los trabajadores sociales de La Rioja.

Hipótesis 3: La elección de las diferentes competencias sistémicas se relaciona con el área de intervención, el tipo de contrato y la ocupación. Entre los profesionales del trabajo social, las competencias de carácter sistémico son las más valoradas por aquellos trabajadores sociales con contratos de trabajo laborales indefinidos, interinos y autónomos, y en los puestos de dirección y gestión ya que, por su propia naturaleza, permiten conseguir una meta muy valorada en las organizaciones laborales, consistente en la posibilidad por parte de los técnicos de gestionar y comprender las diversas actuaciones en términos de conjunto. Además, también son una eficiente herramienta para potenciar dentro del mundo del trabajo y de la organización determinados criterios en términos de eficiencia y eficacia empresarial, basados en el liderazgo, la motivación por la calidad, la adaptación y habilidad para adaptarse a nuevas situaciones y planificar los cambios, la orientación al logro, la creatividad, etc.

Se constata que, desde los inicios, desarrollo y expansión de los Servicios Sociales en España así como también de las organizaciones del Tercer Sector, hay un evidente desfase en términos de competencias necesarias exigibles y valoradas entre los profesionales del trabajo social dependiendo de la naturaleza o titularidad de dichas organizaciones.

Los profesionales que trabajan en la empresa privada valoran en mayor proporción dichas competencias en ámbitos como liderazgo, iniciativa, creatividad, interés por la calidad, por su mayor polivalencia/versatilidad y por la diversificación de sus funciones, frente a otros profesionales de lo público (funcionarios o contratados públicos) que suelen realizar tareas más rutinarias y repetitivas.

5. MARCO TEÓRICO

Enfoque de competencias

Siguiendo el Libro Blanco de Trabajo Social en torno a las competencias necesarias que deben adquirir los profesionales de esta disciplina para un desempeño óptimo, el proceso de convergencia europea parte de un diseño basado en enfatizar la importancia de las *competencias profesionales* necesarias en el contexto europeo para todos los profesionales, adaptadas a las transformaciones tecnológicas, económicas y sociales que están generando cambios profundos en los contenidos, medios, métodos y formas sociales del trabajo. Las competencias se orientan a la formación profesional que debe poseer el trabajador social, tanto para ser polivalente como para tener una especialización en su desempeño profesional (ANECA, 2004: 107-108).

El enfoque por competencias surge a partir de los trabajos y planteamientos del psicólogo social David McClelland que, en 1973, cuestionó el uso de los tradicionales tests

de aptitudes académicas y de conocimiento como predictores del desempeño laboral y del éxito en la vida. En su lugar, McClelland propuso las ‘*competencias*’ (en tanto pensamientos y conductas identificados como causalmente relacionados con desempeños exitosos) como un mejor predictor de desempeño (Molina, 2007: 1).

A partir de sus investigaciones, se orientó hacia la identificación de las variables que permitieran explicar el desempeño exitoso en el trabajo mediante la elaboración de un marco de características que partían de la persona-en-el-trabajo a partir de observaciones y entrevistas.

En las décadas de los años 70 y 80, la formación del profesorado y la formación profesional basadas en competencias suscitaron un gran interés. Entre los enfoques sobre los contenidos que debería tener esta formación, destacan los defensores del sistema basado en comportamientos, como los de Skinner (1968) y Mager (1984). Este enfoque permitió desarrollar perfiles más elaborados destinados a este grupo profesional (Turner, 1973, Joyce y Weil, 1980).

El papel de los servicios de formación adquirió una importante función para realizar un análisis preciso de las tareas para identificar las competencias requeridas por las mismas. Así apareció el concepto de “referencial de competencias” (De Ketele, 2008: 6). Estas iniciativas desembocaron rápidamente en la constatación de que “los referenciales de competencias”, de los oficios exigían, sobre todo para los de alto nivel, de competencias transversales o genéricas, es decir, de aquellas que se ejercen en situaciones muy diversas. Esta posición derivó en presiones ante las autoridades educativas para actuar sobre los programas de estudio de la enseñanza general e introducir un aprendizaje basado en tales competencias.

En los años 80, países precursores en la aplicación del enfoque de competencia, como Inglaterra, vieron el enfoque por competencias como una útil herramienta para mejorar las condiciones de eficiencia, pertinencia y calidad de la formación. Varios países europeos constataron que existía una falta de adecuación en la relación entre los programas de formación y la realidad de las empresas. Bajo este diagnóstico se consideró que el sistema académico valoraba en mayor medida la adquisición de conocimientos que su aplicación en el trabajo (Whitear, 1997). Se requería -y se requiere todavía en la actualidad- un sistema que reconociera la capacidad de adquirir un desempeño efectivo en el trabajo, no solamente basado en los conocimientos adquiridos (ANECA, 2004: 108).

Al respecto, Argudín (2006: 13) señala que “la educación basada en competencias se origina en las necesidades laborales y por tanto, demanda que la escuela se acerque más al mundo del trabajo; esto es, la importancia del vínculo entre las instituciones educativas y el sector laboral”.

De este modo, la concepción de competencia laboral se acuñó primero en los países industrializados a partir de la necesidad de formar personas para responder a los cambios tecnológicos, organizacionales y, en general, a la demanda de un nuevo mercado laboral. A su vez, en los países en desarrollo, su aplicación ha estado asociada a la mejora de los sistemas de formación para lograr un mayor equilibrio entre las necesidades de las personas, las empresas y la sociedad en general. La aplicación del enfoque de competencias laborales se inició en el Reino Unido en 1986; posteriormente fue asumido por Australia (1990) y México (1996), a través de políticas impulsadas por los respectivos gobiernos centrales para consolidar sistemas nacionales de elaboración, formación y certificación de competencias, con el propósito de generar competitividad en todos los sectores de la economía.

Paralelamente, los grandes organismos internacionales (no sólo el Banco Mundial y la OCDE, sino también la UNESCO, UNICEF, PNUD y muchos otros) muestran mediante sus trabajos que la única preocupación por el rendimiento cuantitativo por parte de los sistemas educativos era claramente insuficiente y que iba a ser necesario apuntar hacia un rendimiento cualitativo. Es así como surgió la idea de desarrollar un “currículo general”, (en términos anglosajones) basado en el aprendizaje de competencias básicas, vinculadas con la vida, con la finalidad de permitir a cada persona vivir en una sociedad caracterizada por un “desarrollo sostenible” (De Ketele, 2008: 7).

Conceptualización de las competencias

Conforme avanzan los diferentes acercamientos y nuevas explicaciones de la compleja realidad del desempeño actual en el mundo del trabajo y de las organizaciones, se diversifican los conceptos sobre *competencia laboral*.

Nos centramos en la conceptualización de Bunk (1994) que define *la competencia* como “el conjunto de conocimientos, procedimientos, actitudes y capacidades que una persona posee y son necesarias para:

- Afrontar de forma efectiva las tareas que requieren una profesión en un determinado puesto de trabajo, con el nivel y calidad de desarrollo requeridos.
- Resolver los problemas emergentes con iniciativa, autonomía y creatividad.
- Adaptarse al entorno sociolaboral y colaborar en la organización del trabajo.

Del análisis de estas definiciones puede concluirse que *las competencias* (Vargas, 2014: 2):

1. Son características permanentes de la persona.
2. Se ponen de manifiesto cuando se ejecuta una tarea o se realiza un trabajo.

3. Están relacionadas con la ejecución exitosa en una actividad, sea laboral o de otra índole.
4. Tienen una relación causal con el rendimiento laboral, es decir, no están solamente asociadas con el éxito, sino que se asume que realmente lo causan.
5. Pueden ser generalizables a más de una actividad.

Las competencias son complejas ya que combinan entre sí lo cognoscitivo (conocimientos y habilidades), lo afectivo (motivaciones, actitudes, rasgos de personalidad), lo conductual (hábitos, destrezas) y lo psicofísico. Además, deben estar claramente contextualizadas, es decir, que, para ser observadas, es necesario que la persona esté en el contexto de la acción de un trabajo específico (Vargas, 2014: 2).

En el *Libro Blanco* (ANECA, 2004), se opta por un *enfoque integrado* (holista) de *competencia* que sintetiza el concepto de forma más amplia. Este enfoque considera la complejidad en la combinación de conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para el desempeño profesional. Su ventaja es que relaciona los atributos del individuo con las tareas desempeñadas, considera el contexto en el cual se lleva a cabo el trabajo y permite integrar la ética y los valores como parte del concepto de competencia laboral.

De cara a elaborar el perfil profesional del trabajador social y poder desarrollar el conjunto de competencias que permiten a este profesional acceder a un determinado puesto de trabajo, se consensúa la siguiente definición de *competencia laboral* que valora la capacidad del trabajador social para poner en juego su saber adquirido con la experiencia. De esta forma, se entiende como una interacción dinámica entre distintos acervos de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes movilizados según las características del contexto y desempeño en que se encuentre el profesional del trabajo social y de la conceptualización diaria que el trabajador social lleva a cabo en su trabajo, sumando y combinando permanentemente nuevas experiencias y aprendizajes, basados en los principios éticos del trabajo social (ANECA, 2004: 110).

Tipos de competencias

Antes de analizar las diferencias, conviene realizar una conceptualización de estos *tres tipos de competencias* y, en concreto, profundizar en las *sistémicas* para situar estos resultados en el contexto laboral y profesional del trabajo social.

La ANECA incluye las *competencias sistémicas* como *competencias transversales genéricas* definidas por el *Proyecto Tuning* junto a las *transversales* (asimilables a las *instrumentales*) y las *personales* (equivalentes a las *interpersonales*).

Las llamadas *competencias transversales* aparecen como una tipología de las *competencias generales* que hacen referencia a aquellas que deben ser trabajadas en todas las áreas formativas del currículum de una determinada profesión, es decir, que recorren el currículum de forma horizontal.

Tomando como referencia la clasificación anterior, estas se encontrarían más próximas a las competencias genéricas que recoge el *Proyecto Tuning*; sin embargo, no existe, aquí tampoco, un consenso en la utilización de la terminología. Así, nos encontramos a autores como Hernández (2005) que no establece ningún tipo de distinción, y se refiere a las *competencias genéricas* como competencias académico-transversales definidas como el cúmulo de aptitudes y actitudes requeridas en diferentes entornos y en contextos diversos, y que, por ello, son ampliamente generalizables y transferibles (Rodríguez, 2007: 149).

Siguiendo con las diferentes clasificaciones y diferenciaciones, el *Proyecto Tuning* (2006: 17) diferencia *tres tipos de competencias genéricas*:

- *Instrumentales*: Capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas y lingüísticas.
- *Interpersonales*: Capacidades individuales tales como habilidades sociales (interacción y cooperación sociales).
- *Sistémicas*: Capacidades y habilidades relacionadas con sistemas globales (combinación de comprensión, sensibilidad y conocimientos; para ello, es preciso adquirir previamente competencias instrumentales y competencias interpersonales).

Si se analizan con más detenimiento las *competencias sistémicas*, observamos que son las destrezas y habilidades que conciernen a los sistemas como totalidad. Suponen una combinación de la comprensión, la sensibilidad y el conocimiento que permiten a los individuos ver cómo las partes de un todo se relacionan y se agrupan. Estas capacidades incluyen la habilidad de planificar los cambios de manera que puedan hacerse mejoras en los sistemas como un todo y diseñar nuevos sistemas. Las competencias sistémicas o integradoras requieren como base la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales (Tuning, 2006: 30). Permiten aproximarse a la realidad en su complejidad de relaciones y no como un conjunto de hechos aislados. Conciernen a los sistemas como totalidad. Suponen una combinación de la comprensión, la sensibilidad y el conocimiento que permiten a la persona ver cómo las partes de un todo se relacionan y se agrupan. Entre ellas, se incluyen la habilidad de planificar los cambios de manera que se puedan hacer mejoras en los sistemas. Es importante destacar que las competencias sistémicas o integradoras requieren como base la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales (Rodríguez, 2007: 147).

El perfil del trabajador social

El *perfil profesional* es la descripción de competencias y capacidades requeridas para el desempeño de una ocupación, así como sus condiciones de desarrollo profesional. Para el desarrollo del *perfil profesional* del *trabajador social* se ha tomado como referencia la metodología utilizada por el MECD para la elaboración del *Catálogo de Títulos Profesionales*. Esta metodología se basa en el análisis de las cualificaciones requeridas para cada perfil, utilizando métodos cualitativos de recogida y procesamiento de la información proporcionada por los agentes sociales, especialistas y técnicos (ANECA, 2004: 110).

Desde ANECA (2004: 11-113), se describe un conjunto de seis competencias generales directamente relacionadas con el desempeño profesional del trabajador social:

- 1) Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias.
- 2) Planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del trabajo social con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades, y con otros profesionales.
- 3) Apoyar a las personas para que sean capaces de manifestar las necesidades, puntos de vista y circunstancias.
- 4) Actuar para la resolución de las situaciones de riesgo con los sistemas cliente así como para las propias y las de los colegas de profesión.
- 5) Administrar y ser responsable, con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización.
- 6) Demostrar competencia profesional en el ejercicio del trabajo social.

La ANECA presenta un único perfil profesional pese a los diferentes ámbitos de intervención en los que pueden desempeñar su puesto un profesional en la medida en que la formación de grado de los trabajadores sociales debe tener una clara orientación profesionalizante para un desempeño óptimo y correcto del ejercicio profesional. Es decir, se orienta a que los trabajadores sociales deben recibir una formación adecuada que les facilite el ejercicio de su actividad profesional en todos los ámbitos donde puedan intervenir, desde una doble finalidad: incrementar sus posibilidades de empleabilidad y garantizar un entrenamiento adecuado en las competencias básicas que caracterizan a la profesión. La formación especializada en cada ámbito se realizaría mediante titulaciones de postgrado que proporcionarían competencias específicas para el puesto.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La encuesta realizada a los trabajadores sociales colegiados en La Rioja incluía un total de 40 competencias, valoradas mediante una *Escala de Likert* en una graduación de 1 (poco) a 4 (mucho). Con la finalidad de describir los resultados generales, vamos a exponer las competencias más valoradas, que superan el 3 (Bastante) y, a continuación, las menos valoradas situadas en una posición inferior.

La primera conclusión importante que podemos señalar de la evaluación es la alta puntuación que reciben todas las competencias para los trabajadores sociales ya que, de un total de 40, 30 superan la nota media de 3 (bastante). Entre las competencias más valoradas, destacan las relacionadas con *habilidades personales* (comunicación, comunicación efectiva, habilidades interpersonales, integración en equipos de trabajo, razonamiento crítico, negociación), las que suponen *la adaptación de la teoría a la práctica y a nuevos contextos y situaciones* (aplicación de conocimientos en la práctica, solución de problemas, adaptación a nuevas situaciones, soluciones a necesidades sociales, prácticas, iniciativa, innovación, planificación, organización y estrategia, creatividad) y las *capacidades éticas* (responsabilidad ética en el desempeño profesional). También con altas puntuaciones pero, un poco más alejadas de este primer conjunto, se encuentran las *competencias técnicas* (por ejemplo, desde la formación continua hasta la redacción e interpretación de documentación técnica, tecnologías específicas de la titulación basadas en diversos métodos de campo en investigación social, técnicas específicas de materias troncales como el derecho, psicología o conocimientos humanísticos, tratamientos y técnicas en intervenciones clínicas y terapéuticas, etc.), seguidas de las *competencias interculturales* (conocimientos sobre el contexto internacional y las costumbres de otras culturas). En último lugar, figuran *competencias* relacionadas con *la calidad*, con puntuaciones más bajas (mejora de procesos, compromiso con la excelencia).

Tabla 1: Competencias más valoradas por los profesionales en activo colegiados en La Rioja (2013)

1 COMUNICACIÓN	3,90
2 COMUNICACIÓN EFECTIVA	3,85
3 HABILIDADES INTERPERSONALES	3,83
4 APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN LA PRÁCTICA	3,81
5 INTEGRACIÓN EN EQUIPOS	3,81
6 RESPONSABILIDAD ÉTICA	3,81
7 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	3,79
8 ADAPTACIÓN A NUEVAS SITUACIONES	3,77
9 SOLUCIONES A NECESIDADES SOCIALES	3,77
10 PRÁCTICAS	3,68
11 FORMACIÓN CONTINUA	3,65
12 RAZONAMIENTO CRÍTICO	3,62
13 INICIATIVA	3,61
14 PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y ESTRATEGIA	3,60
15 NEGOCIACIÓN	3,51
16 REDACCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DOCUMENTACIÓN TÉCNICA	3,50
17 INNOVACIÓN	3,45
18 TECNOLOGÍAS ESPECÍFICAS TITULACIÓN	3,44
19 PSICOLOGÍA	3,43
20 CREATIVIDAD	3,41
21 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	3,39
22 COSTUMBRES DE OTRAS CULTURAS	3,39
23 MEJORA DE PROCESOS	3,37
24 TECNOLOGÍAS BÁSICAS DE LA TITULACIÓN	3,32
25 LIDERAZGO	3,28
26 CONOCIMIENTOS HUMANÍSTICOS	3,26
27 COMPROMISO CON LA EXCELENCIA	3,16
28 CONOCIMIENTOS DE DERECHO	3,11
29 CONOCIMIENTOS DE INFORMÁTICA	3,09
30 CONOCIMIENTOS DEL CONTEXTO INTERNACIONAL	3,05

Fuente: Encuesta de Inserción Laboral. Colegio Oficial de Trabajo Social de La Rioja (2014).

A continuación, se incluyen las competencias menos valoradas por los trabajadores sociales, entre las que destacan las *competencias técnicas* (medicina, estadística, gestión y prevención de riesgos laborales, política y pedagogía) así como habilidades relacionadas paradójicamente con competencias cada vez más demandadas en el mercado laboral, como los conocimientos de medio ambiente, calidad, administración y dirección de empresas e idiomas. Una posible explicación de esto último, se debe probablemente a que estos datos se correlacionan con el ámbito de las necesidades reales de desempeño de los trabajadores sociales que no requieren de estas competencias en sus puestos de trabajo.

Tabla 2: Competencias menos valoradas por los profesionales en activo colegiados en La Rioja (2013)

31	CONOCIMIENTOS DE PEDAGOGÍA	2,99
32	IDIOMAS	2,73
33	GESTIÓN Y CONTROL DE CALIDAD	2,67
34	GESTIÓN DE RIESGOS LABORALES	2,65
35	ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS	2,64
36	CONOCIMIENTOS DE POLÍTICA	2,64
37	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	2,61
38	CONOCIMIENTOS DE ESTADÍSTICA	2,59
39	CONOCIMIENTOS DE MEDICINA	2,35
40	CONOCIMIENTOS DE MEDIO AMBIENTE	2,21

Fuente: Encuesta de Inserción Laboral. Colegio Oficial de Trabajo Social de La Rioja (2014).

En relación a la comparación con las competencias seleccionadas por los estudiantes en el Libro Blanco de la ANECA (2004: 254-255), La Rioja presenta unos valores similares con las *competencias transversales* y *personales* con coeficientes de correlación según la r de Pearson de 81,50 % y 97,80 % respectivamente. Sin embargo, se producen diferencias reseñables en algunas competencias transversales, en concreto, en la comunicación oral y escrita en la lengua nativa, y en la resolución de problemas; y en una de las *competencias personales* como es el compromiso ético.

No obstante, las distancias más elevadas se producen en las *competencias sistémicas* con una correlación muy baja de 35,0 %. Siguiendo la Tabla 3, las diferencias se producen en dos grupos de *competencias sistémicas*:

1. En las que los profesionales de La Rioja superan en puntuación a los resultados recogidos por la ANECA (egresados de trabajo social) como son: la adaptación a nuevas situaciones, la creatividad, el liderazgo, y la iniciativa y espíritu emprendedor. Esta diferencia se debe a que son características propias de la ocupación y el desempeño profesional adquirido entre los profesionales en activo.
2. En las que los resultados de la ANECA, con una muestra centrada mayoritariamente en estudiantes, superan a las puntuaciones de los/as profesionales de La Rioja, como son la motivación por la calidad y la sensibilidad hacia temas medioambientales.

Tabla 3: Comparación de competencias transversales, personales y sistémicas La Rioja 2013 y ANECA, 2005

	LA RIOJA, 2014	ANECA, 2005
Competencias Transversales		
Capacidad de análisis y síntesis	3,5	3,47
Capacidad de organización y planificación	3,6	3,58
Comunicación oral y escrita en la lengua nativa	3,9	3,44
Conocimiento de la lengua extranjera	2,73	2,77
Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio	3,09	2,86
Capacidad de gestión de la información	-	3,35
Resolución de problemas	3,79	3,21
Toma de decisiones	-	3,64
Valoración media competencias transversales	3,44	3,29
Competencias personales		
Trabajo en equipo	3,81	3,73
Trabajo en equipo de carácter interdisciplinar	-	3,66
Trabajo en un contexto internacional	3,05	2,85
Habilidades en las relaciones interpersonales	3,83	3,7
Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad	-	3,64
Razonamiento crítico	3,62	3,46
Compromiso ético	3,81	3,53
Valoración media competencias personales	3,62	3,51
Competencias sistémicas		
Aprendizaje autónomo	-	3,12
Adaptación a nuevas situaciones	3,77	3,47
Creatividad	3,41	3,21
Liderazgo	3,28	2,37
Conocimiento de otras culturas y costumbre	3,39	3,37
Iniciativa y espíritu emprendedor	3,61	3,36
Motivación por la calidad	2,67	3,35
Sensibilidad hacia temas medio ambientales	2,21	2,84
Valoración media competencias sistémicas	3,19	3,13

Fuente: Encuesta de Inserción Laboral. Colegio Oficial de Trabajo Social de La Rioja (2014). ANECA (2005: 255).

Es importante relacionar estos resultados con la ocupación y el tipo de contrato. Dichos resultados se han obtenido mediante el test estadístico de la *chi-cuadrado* por lo que solo se recogen las diferencias estadísticamente significativas. La finalidad del análisis comparativo es describir los perfiles asociados a las diferentes competencias sistémicas:

- De esta forma, *la adaptación a nuevas situaciones* se relaciona con el área de intervención, superior en mediación, empleo, tercera edad y dependencia, mujer, maltrato o emergencia social, y vivienda.
- En relación al *liderazgo*, se considera muy importante en los puestos de dirección y gestión, y alcanza puntuaciones superiores entre los profesionales que ejercen como trabajadores sociales. También, se presenta como una variable relacionada con el tipo de contrato, con unos valores superiores entre los autónomos y los contratados laborales indefinidos, por lo que se considera más importante en la empresa privada que en la pública.
- Respecto a la importancia del *conocimiento del contexto internacional*, sus valores son más altos entre los que ocupan contratos temporales (interinos y temporales laborales).
- Por último, cabe reseñar dos competencias sistémicas con bajos valores entre los profesionales de La Rioja que, sin embargo, son especialmente valoradas por los trabajadores que ocupan puestos de dirección y gestión y entre los que trabajan por cuenta propia como autónomos, como son *la gestión y el control de calidad y los conocimientos sobre medio ambiente*.
- Asimismo, *la gestión y el control de calidad* obtiene puntuaciones más altas entre los laborales indefinidos mientras que *los conocimientos sobre medio ambiente* son más valorados por los profesionales que ocupan puestos que no están relacionados con el trabajo social.

7. DISCUSIÓN

Hipótesis 1: Los profesionales de trabajo social presentan resultados similares a los de los estudiantes en las competencias instrumentales e interpersonales; sin embargo, conceden mayor importancia a las competencias sistémicas o integradoras.

En general, en el estudio realizado a los/as profesionales colegiados/as en activo de Trabajo Social de La Rioja en comparación con los obtenidos por los estudiantes en el Libro Blanco de la ANECA se presentan unos valores similares con las competencias transversales y personales con coeficientes de correlación de 81,50 % y del 97,80 %, datos esperados en relación a la tendencia y la evolución de la profesión y su vinculación a los puestos desempeñados en la administración pública. Sin embargo, se producen diferencias importantes en dos competencias transversales que son más valoradas por los profesionales: la comunicación oral y escrita en la lengua nativa y la resolución de problemas; y en la competencia personal de compromiso ético. Estas competencias se relacionan directamente con el desempeño exitoso por actividades tales como la redacción de informes, las presentaciones y exposiciones públicas, la toma de decisión para resolver situaciones problemáticas, y la motivación y vocación por las tareas realizadas.

Si atendemos a la trayectoria histórica de la profesión del trabajo social en España, podemos observar dos hitos que han marcado la profesión:

En la década de los ochenta del siglo pasado, cuando los trabajadores sociales, ayudaron en nuestro país a configurar e implantar el cuarto pilar del Estado de Bienestar traduciéndose en hacer extensivo y universal un modelo de servicios sociales descentralizado y municipal -a través de la Ley de Bases de Servicios Sociales Municipales- una consecuencia de entre muchas fue que, con ello también se asumió un determinado modelo de intervención y desempeño en el ejercicio profesional. El resultado de esta situación fue que la profesión y sus profesionales, desde determinados sectores, pasaron a ser identificados y asociados al ámbito de determinadas funciones y competencias relacionadas con las habilidades de gestión y burocratización en la información, gestión de las ayudas y prestaciones a las que los usuarios y ciudadanos pueden optar. Adquiriendo tal protagonismo dicho desempeño, que los profesionales de forma paulatina acaban abandonando y relegando a un segundo plano algunas otras competencias y habilidades que les habían sido propios. El resultado de ese modelo, por ejemplo, se traduce en este estudio, al comparar los valores de las competencias transversales y personales, observando que trasladándolo al ámbito académico -relacionado con los diversos planes de estudio en España para formar a los futuros egresados en la profesión- queda algo patente, a nivel curricular, cierta asimetría y descompensación respecto al peso que tienen en la adquisición de determinadas competencias específicas y generales, aquellas habilidades y destrezas más propias de intervenciones en el campo de lo público, la administración; en detrimento de otros nichos de empleo con la consabida adquisición de nuevas y diferentes competencias.

Tabla 4: Distribución de los trabajadores sociales en activo por tipo de contrato (La Rioja, 2014)

TIPO DE PUESTO						
LABORAL INDEFINIDO	FUNCIONARIO	INTERINO	TEMPORAL	AUTÓNOMO	SUSTITUCIÓN	TOTAL
122	34	7	52	5	5	225

Fuente: Encuesta de Inserción Laboral. Colegio Oficial de Trabajo Social de La Rioja (2014).

Se presentan dos perfiles diferenciados: un perfil profesional presente en el estudio de La Rioja, que valora en mayor medida la iniciativa, la capacidad de adaptación, el liderazgo y la interculturalidad frente a un perfil presente en el estudio de la ANECA, con mayor representatividad de estudiantes, que evalúa de forma más favorable la orientación por la calidad y los temas medioambientales.

Los profesionales eligen en mayor proporción la adaptación a nuevas situaciones, el liderazgo, la creatividad y la iniciativa y el espíritu emprendedor por su mayor vinculación con la práctica laboral.

En esta línea, se presentan las diferencias con la comunicación, la resolución de problemas y el compromiso ético. La sociedad contemporánea exige la adaptación a un entorno cambiante con nuevas problemáticas y con cambios laborales constantes por lo que tanto la polivalencia como la iniciativa son factores cada vez más valorados en el mundo laboral. En la misma línea, tanto el trabajo en asociaciones de inmigrantes o de cooperación para el desarrollo como el desempeño diario en organizaciones requieren del contacto con personas de diferentes culturas.

Hipótesis 2: En ámbitos laborales de la empresa privada y en el ejercicio libre de la profesión, la adquisición de competencias sistémicas dentro del campo profesional de los trabajadores sociales son más valoradas que en el sector público.

En el panorama de las competencias adquiridas por los trabajadores sociales tanto en su formación como en su posterior desempeño profesional, se observa que los requerimientos y demandas exigidas por parte de las distintas entidades de servicios sociales y del Tercer Sector muestran un desarrollo asimétrico en cuanto a exigencias en dichas competencias en función de la titularidad de la organización (pública o privada).

El trabajo social de empresa privada constituye hoy en día una alternativa al trabajo social en las administraciones públicas y ONG's, debido a la situación actual de recorte en los servicios sociales por parte del Gobierno por la situación de crisis económica que tiene el Estado Español.

Como ya sucedió en la década de los 70, periodo caracterizado por un despegue económico sin precedentes al tiempo y en contraposición, una inexistente política de servicios sociales que no fuera de carácter subsidiaria y de caridad provocó que las empresas se vieran obligadas a contratar a trabajadores sociales para satisfacer las demandas y necesidades psicosociales de sus trabajadores. Cuando se establece y consolida el Sistema Público de los Servicios Sociales, las empresas dejan de prestar este servicio.

La iniciativa privada de los trabajadores sociales en la actualidad es muy distinta, por varias razones:

- Responde a otras necesidades de la empresa privada, mientras que, anteriormente, estaba vinculado al bienestar del trabajador y de su familia.
- El trabajador social tiene otras funciones.

- Gestión del rendimiento operativo.
- Planificación de necesidades.
- Formación.
- Adaptación de estructuras productivas.
- Mediar entre trabajadores y empresa.

Debido a este cambio de necesidades, las competencias sistémicas son más demandadas en el sector privado que en el público, en especial la creciente adaptación a las nuevas necesidades, la creatividad, el liderazgo, la interculturalidad, y la iniciativa y el espíritu emprendedor.

El factor determinante de la diferencia entre trabajadores y estudiantes en la motivación por la calidad y la gestión medioambiental es el bajo porcentaje de profesionales del trabajo social que trabajan en puestos de gestión y dirección y como autónomos que serían los que más precisan de la aplicación de la gestión de la calidad y del conocimiento de temas medioambientales por necesidades asociadas a su desempeño profesional.

Hipótesis 3: La elección de las diferentes competencias sistémicas se relaciona con el área de intervención, el tipo de contrato y la ocupación.

Las asociaciones generales con estas variables son bajas (excepto en la competencia de liderazgo) y solo existe alguna relación significativa en las competencias que se indican a continuación:

Las principales diferencias por áreas de intervención se producen en sectores que han tenido una evolución más desfavorable por la crisis (mediación, empleo, tercera edad y dependencia, mujer, maltrato o emergencia social, y vivienda) en las que se valora más *la adaptación a nuevas situaciones* ya que se requieren mayores capacidades para afrontar los cambios, por ejemplo, en el caso del incremento del desempleo o las nuevas necesidades de las personas mayores.

Por ocupación, en los puestos de dirección y gestión y en los relacionados con el trabajo social, se valora más la capacidad de *liderazgo*, por la necesidad de tener mayor carisma para la organización de equipos de trabajo. También, se presentan valores altos en las competencias relacionadas con la calidad y el medio ambiente en los puestos de dirección y gestión, y entre los autónomos por la mayor importancia de cumplir con los requisitos exigidos a las organizaciones en estos ámbitos.

Según el tipo de contrato, el *liderazgo* presenta valores superiores entre los autónomos y los contratados laborales indefinidos, por lo que se considera más importante en la empresa privada que en la pública. Respecto a la importancia del *conocimiento*

del contexto internacional, sus valores son más altos entre los que ocupan contratos temporales (interinos y temporales laborales). Por último, *la gestión y el control de calidad* obtiene puntuaciones más altas entre los laborales indefinidos debido a su mayor participación en la regularización de este tema en su organización mientras que *los conocimientos sobre medio ambiente* son más valorados por los profesionales que ocupan puestos que no están relacionados con el trabajo social lo que presupone una mayor implicación por esta temática en sectores externos a los servicios sociales.

8. CONCLUSIONES

Las *competencias* son una herramienta útil para mejorar las condiciones de *eficiencia, eficacia, calidad y óptimo desempeño* en la formación y en la práctica laboral de los trabajadores sociales, tanto entre los futuros profesionales que se encuentran en fase de formación dentro de la enseñanza superior como entre los graduados y diplomados en activo.

Este trabajo tiene la vocación de valorar qué aspectos de la formación, siguiendo los estándares de la educación superior, en el ámbito de las competencias entre los profesionales del trabajo social se adecuan mejor al logro de las expectativas y resultados del mercado de trabajo que las empresas demandan de la enseñanza superior. En esta dirección, existen competencias transversales, como la comunicación oral y escrita y la resolución de problemas; la competencia personal del compromiso ético; y las competencias sistémicas de adaptación a nuevas situaciones, creatividad, liderazgo e iniciativa y espíritu emprendedor que son más demandadas por las empresas ya que son menos valoradas por los estudiantes durante su período de formación. Sin embargo, los egresados denotan una mayor concienciación por la orientación por la calidad y la gestión de temas medioambientales en los que, probablemente, los profesionales no se puedan implicar por la carga de trabajo de la gestión diaria.

La hipótesis sobre las diferencias entre el sector público y el privado solo se cumple de forma parcial ya que solo se produce en las competencias de liderazgo y de motivación por la calidad, lo que hace suponer que el contexto de crisis ha acercado las exigencias de los trabajadores a niveles similares, tanto en las competencias generales (transversales y personales) como en las competencias que requieren una visión de conjunto como son las sistémicas.

En este sentido, la formación de profesionales exige a las instituciones formativas orientar no solo la oferta educativa sino también el cumplimiento de las expectativas y los resultados de los futuros profesionales a parámetros basados en la adquisición de diversos tipos de competencias que las empresas desean tener de los nuevos graduados para su adaptación al desempeño exitoso.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ANECA (2004). *Libro blanco del trabajo social*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Argudín, Y. (2006). *Perspectiva de la UNESCO. Educación Basada en Competencias*. México D.F.: Trillas.
- Bunk, G.P. (1994). *La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento de profesionales en la RFA*. *Revista CEDEFOP* N° 1.
- De Ketele, J. M. (2008). Enfoque socio-histórico de las competencias en la enseñanza. Profesorado. *Revista de currículum y formación del profesorado* n° 12 (3), 1-12.
- Hernández, A. (2005). *Introducción al ejercicio libre y profesional de los trabajadores sociales*. Zaragoza: Certeza.
- Joyce, B. R. y Weil, M. (1980). *Model of teaching*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.
- Lawshe, C. H. y Balma, M. J. (1966). *Principles of Personnel Testing*. New York, McGraw-Hill.
- Levy-Leboyer, C. (1997). *Gestión de las competencias: cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas*. Barcelona: Ediciones Gestión.
- López, E. y Chaparro, M. Y. (2006). Competencias laborales del trabajador social vistas desde el mercado laboral. *Tabula Rasa* N° 5, 261-293.
- Mager, R. F. (1984). *Goal Analysis*. Belmont CA: Pitman.
- Molina, V. (2007). Algunos aspectos definitorios de la noción de competencia. *Curso Procesos Psicológicos Implicados en el Aprendizaje*. Sesiones del 26 de mayo y del 2 de junio de 2007. Universidad de Chile: Facultad de Ciencias Sociales.
- Rodríguez, A. (2007). Las Competencias en el EEES. Tipologías. *Humanismo y Trabajo Social* Vol. 6, 139-153.
- Skinner, B.F. (1968). *The technology of teaching*. Englewoods Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Turner, R. L. (ed.) (1973). *Performance Education. A general catalog of teaching skills*. Syracuse: Multistate Consortium on Performance- Based Teacher Education.
- Vargas, J. G. (2014). *Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización*. Centro Universitario del Sur. Universidad de Guadalajara.
- Whitear, G. (1997). Calificaciones profesionales nacionales. *Competencia Laboral. Antología de Lecturas. Conocer*. México.
- Tuning Educational Structures in Europe (2006). *La Contribución de las Universidades al Proceso de Bolonia*. Deusto: Universidad de Deusto.

RATIO PROFESIONAL Y FUNCIONES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL

PROFESSIONAL RATIO AND FUNCTIONS OF SOCIAL WORKERS IN SOCIAL WORK UNITS

Diego Celdrán Martínez

Ayuntamiento de Murcia

Resumen: Tomando como referencia la labor que se desarrolla en las unidades de trabajo social (UTS) de las entidades locales de la región de Murcia, el trabajo que se presenta refleja las funciones que tienen encomendadas los trabajadores sociales y los tiempos que dedican a ellas, analizando los desequilibrios existentes y poniendo este asunto en relación con las condiciones técnico-profesionales que resultarían convenientes para un mejor desempeño profesional, en especial en lo referido a la ratio de población. A partir de esas premisas, se realiza una investigación que emplea análisis documental y la realización de entrevistas semiestructuradas a once informantes clave. Las conclusiones aportan información de interés para el ajuste de la labor profesional de los trabajadores sociales de atención primaria.

Palabras clave: Unidad de trabajo social, Funciones profesionales, Dedicación profesional, Trabajadores sociales, Ratio profesional.

Abstract: The topic addressed in this paper is the activity carried out by the social work units of the local government bodies of the Region of Murcia, Spain. The paper discusses the functions attributed to social workers and the time they dedicate to such functions, analysing imbalances and exploring this matter in the context of the technical-professional conditions that would be useful to improve professional performance, especially as regards the population ratio per social worker. With these premises as a starting point, the authors carry out documentary analysis and semi-structured interviews with 11 key informers. The conclusions contain information of great relevance for efforts to enhance the professional effectiveness of primary care social workers.

Key Words: Social Work Units, Professional functions, Professional dedication, social workers, Professional ratio.

| Recibido 29/01/2015 | Revisado 25/02/2015 | Aceptado 02/04/2015 | Publicado 31/05/2015 |

Correspondencia: Diego Celdrán Martínez. Ayuntamiento de Murcia. Correo electrónico: camino19@hotmail.com.

Referencia normalizada: Celdrán, D. (2015). Ratio profesional y funciones de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 75, 89-102. doi 10.12960/TSH.2015.0011.

1. INTRODUCCIÓN

La investigación parte de la idea de que acotar la población que han de atender los trabajadores sociales de las Unidades de Trabajo Social (en adelante UTS), ofrece mayor posibilidad para que estos puedan cumplir las funciones que tienen asignadas, haciendo su trabajo más rico y variado, acorde al perfil de profesionales especializados que ostentan. Se pretende averiguar qué funciones profesionales podrían variar más en base a la concreción de una ratio profesional, prestando atención también a aquellos otros elementos que pudieran entrar en juego en ese desempeño profesional ideal. De esta forma, más allá de acercar un cifra de población, se busca la comprensión de los elementos (actuaciones, funciones, factores que condicionan su trabajo), que entran en juego en la posibilidad de establecer esa ratio para trabajadores sociales de UTS.

2. MARCO TEÓRICO

La configuración de los servicios sociales en España es reciente, hace solo 37 años, la Constitución Española (CE), norma suprema del ordenamiento jurídico español, no menciona más que el término asistencia social en su artículo 148.1.20, el que permite a las Comunidades Autónomas asumir competencias en esa materia; y aunque esto no signifique que la CE no sea un texto comprometido con las cuestiones sociales, con la consecución de mayor grado de justicia social, sí constituye un indicador del retraso histórico del desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales en España.

A partir de la organización territorial que dibuja la CE, son las Comunidades Autónomas las que van asumiendo la competencia en materia de servicios sociales, lo que determina una inevitable asimetría en el desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales. La demanda por aquel entonces de una ley nacional de servicios sociales se topa ineludiblemente con la anticonstitucionalidad, ya que supone una invasión de las competencias de las Comunidades Autónomas (sentencia del Tribunal Constitucional 146/1986).

De esa forma, solo al amparo del artículo 149.1.1 de la CE, que habilita las intervenciones del Estado en aras de garantizar la igualdad de todos los españoles, es como puede establecerse, el cinco de mayo de 1988, mediante la fórmula de convenio, el Plan Concertado para las Prestaciones Básicas en Servicios Sociales (PCPB), plan que trata de homogeneizar los servicios y recursos que se ponen al servicio de la ciudadanía en todo el Estado en materia de servicios sociales. Aquellas prestaciones básicas, que sorprendentemente han sufrido escasas variaciones desde 1988, son las mismas que ahora se contemplan bajo el Catálogo de Referencia de servicios sociales, marco de funcionamiento actual de los servicios sociales.

Como consecuencia de esta realidad, siguiendo a Ramírez (2013: 88), aún teniendo la guía de las prestaciones básicas del PCPB cualquier estudio de esta realidad social e institucional se encuentra con el hándicap de diecisiete fuentes de información, dispersas, inconexas, incompletas. Así, en el ámbito que concierne a esta investigación, y al margen de la comparación que se pueda establecer de aspectos relativos a la ratio profesional, nos centraremos en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, (CARM), entidad uniprovincial.

En particular se investiga acerca de las UTS, los órganos de los centros de servicios sociales municipales que, en virtud del catálogo de referencia en servicios sociales citado, habrían de garantizar la prestación básica de información, orientación, asesoramiento, diagnóstico y valoración, esto es, la prestación relativa al conjunto de medidas que facilitan información sobre los recursos sociales disponibles y su acceso, en el marco de una relación de ayuda profesional. Esta prestación, siguiendo el catálogo, ha de suponer orientación, asesoramiento y apoyo a las personas, familias y grupos que precisan de una intervención por parte del Sistema de servicios sociales e implica una valoración singularizada y un diagnóstico social básico para una intervención profesional, social y de acompañamiento. Siendo que en las UTS el perfil profesional encargado de hacer posible esa prestación es el trabajador social, acercarnos a las condiciones, que en términos de ratio de población, han de darse para asumir con garantías el ejercicio profesional resulta de utilidad.

Al objeto de afinar en mayor medida el desempeño profesional de los trabajadores sociales de UTS, se utilizan como guía las diez funciones principales que se les encomienda en el convenio-tipo, entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) y las Entidades Locales. Este convenio es un estándar que sirve de base uniforme para acordar la atención primaria en servicios sociales entre la Administración autonómica y las Administraciones locales (véase como ejemplo el convenio entre la CARM y el Ayuntamiento de Cartagena publicado en el Boletín Oficial de la Región de Murcia nº 281, página 45721). En los convenios se recogen como funciones de este rol profesional:

1. Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales. Atención al público.
2. Proponer, establecer y revisar el programa individual de atención a la dependencia.
3. Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.
4. Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social.
5. Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.
6. Aplicar protocolos de prevención y de atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables.

7. Coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo y con las que actúan en el campo de los servicios sociales en relación a demandas recibidas en información, valoración y asesoramiento.
8. Valoración social de las situaciones de las personas y/o familias inmigrantes. Emisión, en su caso, de informes necesarios para obtener la autorización inicial o autorización de residencia
9. Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales.
10. Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.

Por tanto, para determinar una ratio de población por profesional, habrá que atender a la prestación básica que asumen y a las tareas que han de desempeñar los trabajadores sociales a partir del anterior marco de funciones profesionales.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se contemplaron dos objetivos básicos: en primer lugar, analizar el ajuste entre las funciones que se demandan a los trabajadores sociales en las UTS y las que habitualmente asumen, atendiendo a los factores que entran en juego en esa relación, comprobando si la ratio está entre uno de esos elementos; en segundo lugar, identificar otros factores relevantes junto a una posible ratio de calidad para el desempeño profesional de los trabajadores sociales de UTS.

Para considerar el ajuste de las funciones de los trabajadores sociales de UTS, en entrevistas semiestructuradas a once informantes clave (IC) se les facilitó una escala de elaboración propia en la que aparecían las diez funciones mencionadas. La tarea suponía reflejar qué porcentaje de la jornada laboral, creían los entrevistados que empleaban de forma habitual los trabajadores sociales de UTS en cada una de esas funciones, y qué tiempo opinaban que habrían de dedicarles de forma ideal. Igualmente se les preguntaba acerca de los aspectos que valoraban en los posibles desfases y la relación de la ratio profesional en esa relación, instándoles a que determinaran una ratio y unas condiciones profesionales adecuadas en el marco del trabajo de UTS.

En relación a los profesionales entrevistados, la muestra sigue un patrón no aleatorio, es claramente intencional o de conveniencia, siguiendo determinadas pautas:

- Todos tienen más de 10 años de ejercicio profesional, y salvo un caso (Directora de Centro de Servicios Sociales más de 20 años) todos han ejercido como trabajadores sociales de UTS, por lo que se estima que son conocedores en profundidad del trabajo en las UTS.
- Salvo un caso (de reciente reincorporación al puesto) no trabajan en UTS en el momento de la entrevista. Lo que se entiende ofrece un análisis de quienes son conocedores del desempeño profesional, pero no están condicionados en la actualidad por él.
- Respecto de su conocimiento de la Red Pública de Servicios Sociales, en su conjunto han ejercido en las nueve principales ciudades de la CARM (Murcia, Cartagena, Lorca, Jumilla, Yecla, Totana, Caravaca de la Cruz, San Javier, Mazarrón), en centros de servicios sociales y mancomunidades, por lo que se abarca todo el espectro de la Comunidad Autónoma.
- En cuanto a su labor profesional actual, dos de los entrevistados son coordinadores de programa en centros de servicios sociales, dos ejercen como directores de centro, uno es asesor regional del programa de acompañamiento social para la inclusión social, otro profesional pertenece a la Secretaría de Planificación de la Consejería Autonómica, órgano con responsabilidad en el diseño de la política regional en materia de servicios sociales, y tres ejercen como trabajadores sociales en equipos especializados. Así, además de experiencia en las UTS, todos están en activo y su visión permanece ligada a los servicios sociales públicos.
- Sobre todos tenían referencias personales y/o por terceros respecto de una actitud abierta, flexible y cordial como para permitir la entrevista.

4. RESULTADOS

4.1 FUNCIONES Y TIEMPOS EN UTS. ANÁLISIS CUANTITATIVO

El análisis cuantitativo se obtiene de los datos recogidos en la tabla que se les administra a los informantes clave. De esa información se obtiene un claro desfase. Se destacan funciones sobredimensionadas respecto de otras sobre las que se observa una dedicación escasa (véase Tabla 1). La función de información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales, y la función de gestión de solicitud de prestaciones y servicios ocupa más del 60 % del tiempo de trabajo, siendo en ambas funciones donde los informantes clave estiman que se dan las mayores diferencias entre lo que se hace y lo que se debería hacer (véase gráfico 1), situando el peso de estas dos funciones en un tiempo que no debería sobrepasar el 34,9 % del total; la mitad de lo que consideran que se le dedica de forma habitual.

Tabla 1: Desempeño profesional de los trabajadores sociales de UTS.

Distribución de tiempos, en porcentaje de jornada laboral, que los informantes clave estiman que se realizan en las UTS y los que serían idóneos que les dedicasen. Media sobre 11 entrevistados.			
FUNCIONES		% TIEMPO	
		ACTUAL	IDEAL
1	Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales. Atención al público.	33,05	21,1
2	Proponer, establecer y revisar el programa individual de atención a la dependencia.	3,5	4,9
3	Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.	5,8	14,6
4	Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social.	0,3	7,3
5	Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.	30,2	13,8
6	Aplicar protocolos de prevención y de atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables.	2,2	4,6
7	Coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo y con las que actúan en el campo de los servicios sociales en relación a demandas recibidas en información, valoración y asesoramiento.	7,3	9,6
8	Valoración social de las situaciones de las personas y/o familias inmigrantes. Emisión en su caso, de informes necesarios para obtener la autorización inicial o autorización de residencia.	5,7	5,1
9	Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales.	7,4	11,3
10	Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.	4,5	7,5

Fuente: Elaboración propia.

En contraposición, las funciones que tienen que ver con la intervención en los núcleos familiares, con el desarrollo de proyectos de promoción comunitaria y con el seguimiento y los apoyos personalizados, ocupa un tiempo de trabajo claramente por debajo de lo que se estima adecuado.

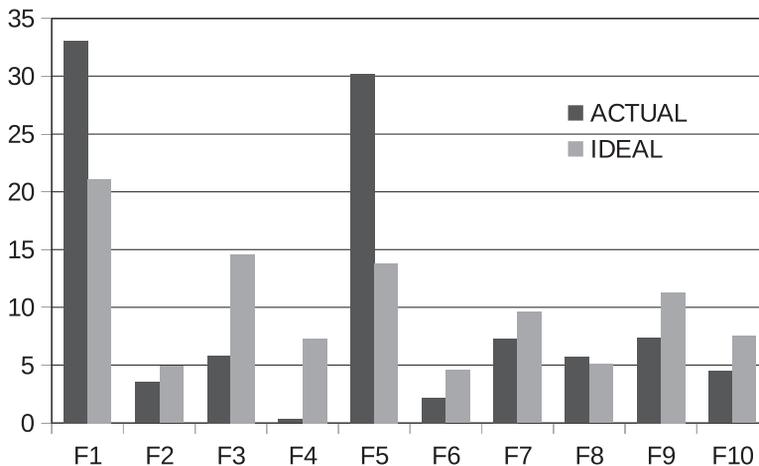


Gráfico 1: El desempeño profesional actual e ideal en las UTS, de la CARM.

Diferencias que a juicio de los entrevistados existen, en términos de porcentaje de jornada laboral, respecto de las funciones de los trabajadores sociales de UTS.

Fuente: Elaboración propia.

4.2 FUNCIONES Y TIEMPOS EN UTS. ANÁLISIS CUALITATIVO

Los aspectos cualitativos se recogieron a lo largo de las entrevistas con los informantes clave donde, al margen de la cumplimentación de la tabla de tiempos, los entrevistados se expresan en relación a las causas de ese desfase entre lo deseable y lo habitual del trabajo en UTS. El conjunto de sus discursos se puede recoger en dos bloques de argumentos.

4.2.1. Una organización volcada en la gestión

En un primer bloque se encuentran los argumentos que tienen que ver con la orientación hacia la gestión que se vive en los centros de servicios sociales.

Se hace referencia a que los plazos, las prisas en la gestión, dificultan actuaciones de otro tipo (IC1), que no se observa que haya reconocimiento ni exigencia institucional hacia otro tipo de trabajo que no sean los “expedientes” (la demanda de prestación o servicio en su formato administrativo) (IC1), “el sistema no da otra salida” (IC10). “No es tanto en cuanto a la tarea sino en cuanto a la prioridad y el volumen” (IC6), “las diferencias son de calidad, intensidad” (IC7). Se comenta la dificultad para hacer otra cosa que la gestión ingente de la demanda “hay mucha presión, se ha montado todo sobre

el sacar, sacar la demanda” (IC5). El hecho de que la atención al ciudadano esté acotada a un tiempo escaso “no hay suficiente tiempo en la atención de la cita previa, se pone la directa y listo” (IC2). La priorización de aspectos cuantitativos y no cualitativos (IC4), el abandono del trabajo en equipo, fruto de la descentralización y de la aparición paulatina de programas con los que no se tiene la coordinación que se debería (IC4). Se apunta a que el esquema de funcionamiento dota de un perfil al profesional que hace en exclusiva de puerta de entrada y motiva que haya una pérdida del propio valor profesional (IC6), que las prioridades institucionales están volcadas en satisfacer necesidades expresadas, casos concretos (IC6). Se expone que la estructura organizativa determina la ratio que se atiende, que la UTS no puede ser un saco sin fondo donde se atienda según el momento profesional de carga de trabajo, “¿por qué va a tener más derecho alguien a que se actúe con él a medio plazo y se le quite tiempo de atención a otro para actuar a corto plazo?” (IC7).

En conjunto se observa que, salvo (IC11), la mayoría viene a afirmar que “la gestoría se comió al trabajo social” (IC5). Se observa cierta pesadumbre por reconocer que las tareas más propias del trabajo social (que tienen que ver con provocar procesos de cambio individual, grupal o colectivo que hagan superar las necesidades sociales) hayan sido desplazadas por las tareas que provoca la gestión para el acceso a los servicios y prestaciones existentes. No obstante, (IC11) hace ver que el trabajo social en la Administración Pública está muy sujeto a procedimientos, “quién no lo entienda que no trabaje en la Administración”.

Dicho esto y aunque no cabe adjudicar exclusivamente a las ratios esta configuración del puesto o de trabajo, sí se obtienen claras referencias al “poco ejercicio de trabajo social” (IC1); al hecho de “ir siempre contrarreloj”, “trabajando con parches” (IC2); a “la gestoría”, que la totalidad de entrevistados verían mejorada con un ajuste de la ratio de población, de hecho, los desajustes están siempre referenciados al volumen de atención que asumen los profesionales, siendo continuas las referencias a lo que es un perfil de “administrativo de lujo” (Molleda Fernández 2007: 141). El conjunto de esta situación hace que se recojan, en relación al bienestar de los profesionales, muestras de frustración profesional, “hay una ausencia de relación entre lo que se estudia y lo que se hace” (IC1).

Se podría valorar que quizás no sean los trabajadores sociales de UTS los que deban desempeñar ciertas tareas si su puesto de trabajo no está configurado para ello. Sin embargo, si recordamos cómo se define la prestación básica que corresponde asumir en las UTS, encontramos términos como valoración singularizada, diagnóstico social, intervención profesional, social y de acompañamiento, por tanto, esa sensación de malestar que apuntaban los entrevistados por ser una mera “gestoría”, está además sujeta a la presión de que realmente se les pide algo más, y como se ha visto, son en esas funciones donde aparecen las disconformidades.

4.2.2. La ausencia de modelo

Una segunda línea argumental hace referencia a la ausencia de modelo metodológico. En las entrevistas se escuchan insistentes referencias en relación a que los trabajadores sociales de UTS informan, gestionan, registran, pero el abordaje de casos propio del trabajo social no está diseñado, no hay una pauta institucional que determine qué casos se han de abordar y con qué intensidad.

“No hay un modelo de referencia en los servicios sociales de atención primaria (SSAP) ni estatal ni autonómico”, “hay una ausencia de modelo integrado que clarifique que son los servicios sociales (todo el mundo sabe de lo social)” (IC6). “Las UTS se han confundido con la atención primaria en servicios sociales, no hay un modelo de atención que pertenezca a la idea que el centro de servicios sociales quiere desarrollar, las UTS no están entroncadas en un proyecto de centro, no hay una visión de equipo de centro, desapareció el programa de trabajo social de zona, se abandonó por la gestión y el modelo de atención del sistema no era ese” (IC3). “Hay que sacar estadísticas, se interviene en lo urgente, no hay prevención” (IC5). “Hay gente en tierra de nadie, no entra en un programa de familia ni de inclusión y en la UTS no tiene cabida, no puede ser un saco sin fondo” (IC7). “Las necesidades cambian pero los SSAP no han estado a la altura, falta flexibilidad, la estructura y la administración de recursos no fue suficiente” (IC6). “Ahora hablamos de recuperar el programa de trabajo social de zona, ¡hay que joderse!, pero es que se perdió” (IC7). “Ahora entiendo el cambio de concepto de servicios sociales comunitarios a SSAP” (IC9).

Las alusiones a la ausencia de modelo, a la necesidad de recuperar el programa de trabajo social de zona, donde hace 26 años García Herrero (1988) recogía que las UTS debían ser algo más que una puerta de entrada y procurar también un nivel de tratamiento (la intervención), reflejan una necesidad de definir con claridad esa otra parte del trabajo de los trabajadores sociales de atención primaria.

En un necesario análisis diacrónico hay que referir, y de hecho los informantes lo hacen, que, en el momento actual, este vacío es aún más vacío. En los últimos años con la llegada de la Ley de Dependencia se ha gestionado a un ritmo frenético, gestión pura y dura, sin embargo las recientes decisiones políticas ante la crisis financiera, relativas al rescate bancario, endeudamiento público y recortes en gasto social han rebajado las opciones de la ciudadanía de acudir a servicios sociales a solicitar prestaciones o servicios, “si me lo cuentan no me lo creo” (IC8) y han sacudido las plantillas de personal, “hemos perdido ocho profesionales de un año para otro, nos hemos quedado en las guías” (IC9). Para rematar la situación, la reciente Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad en la Administración Pública siembra una gran incertidumbre (IC4, IC10) sobre cuál va a ser el futuro de los SSAP de ámbito municipal. Todo ello conduce a la necesidad de realizar un replanteamiento, “de gestores de recursos... ¿a qué?”(IC6).

4.3 FACTORES A CONSIDERAR PARA UNA RATIO DE CALIDAD

Todos los entrevistados respondieron afirmativamente cuando se les preguntó acerca de si consideraban de importancia la ratio y si esta condicionaba a su juicio el desempeño de los trabajadores sociales en UTS. Era previsible, mayor volumen de población igual a menor intensidad en la atención, más tiempo de información y menor el que se tiene para otras actividades, por tanto todos observan la necesidad de ajustar la ratio de las UTS.

Por otra parte nada nuevo, ya que la demanda sobre los ajustes de ratio se ha venido realizando desde el primer congreso sobre el Sistema Público de Servicios Sociales (Gutiérrez Resa, 2001:12), sin embargo, hay que destacar que también quedó claro que la ratio no determina en exclusiva la capacidad operativa. Así, cuando se cuestionó sobre qué otros factores consideran de importancia, apuntaron las siguientes cuestiones:

“La presencia de otros profesionales, educadores sociales. El tipo de población que tiene de forma mayoritaria la UTS, sus necesidades. Las posibilidades para realizar un trabajo de intervención. La frecuencia de actuación en casos de menores” (IC1).

“El equipo profesional, el medio físico, la presencia de filtros y de otros profesionales” (IC2). “Lo esencial es el nivel de atención que se quiere dar, la situación de las necesidades sociales de la zona, no existe uniformidad. Se habría de observar tres niveles de atención (necesidades económicas, situaciones de vulnerabilidad, situaciones de exclusión) y la posibilidad de realizar información a colectivos, para realizar una mejor gestión de tiempos y evitar goteo” (IC3). “Han de considerarse las características del territorio, la demanda explícita y oculta. La ratio puede ser para el equipo y no por profesional. La intensidad es la diferencia (IC4). “Equipo de trabajo y el clima. La formación. La implicación. El puenteo político. Estructura jerárquica del servicio. El número y tipo de demanda” (IC5). “Tipo de necesidades y volumen, estructura del centro de servicios sociales, recursos de la zona públicos y privados, el modelo organizativo, que no resulte estático, la operatividad del estilo de trabajo” (IC6). “Características población, crecimiento zona, diseminación/concentración, recursos entorno, recursos CMSS, el apoyo de la dirección, el acceso a la formación” (IC7). “Tipo de población y necesidades, coordinación programas, infraestructura, seguridad, el trabajo en equipo, el amparo en un programa de trabajo social de zona, el apoyo institucional” (IC8).

“La localización de las UTS y la concentración de las necesidades sociales” (IC9). “La presencia de filtros, las características de la población, el reparto de casos” (IC10). “El volumen de la demanda, la presencia de filtros, la seguridad, la existencia de programas” (IC11).

4.4 LA RATIO DE POBLACIÓN POR TRABAJADOR SOCIAL DE UTS

En la parte final de la entrevista se pedía a los informantes clave que fijaran una ratio teniendo en cuenta las condiciones que para ellos debería tener una UTS ideal. De las respuestas hay que aclarar que dos entrevistados prefirieron no ofrecer una cifra, (IC3 Y IC4), casi de forma idéntica y en consecuencia con el discurso mantenido en la entrevista, hicieron referencia a que lo importante no es tanto la población sino la disponibilidad profesional, considerando que el profesional ha de tener dos días a la semana para realizar actuaciones que tengan que ver con el abordaje de casos, dejando a un lado la cifra de habitantes. El resto sí sitúa una ratio habitante/trabajador social que ofrece una media aritmética de 5 875 y una media ponderada, eliminando la cifra mayor y menor, de 6 081 habitantes por trabajador social de UTS.

5. DISCUSIÓN

Del conjunto de la información obtenida se deduce una configuración del desempeño profesional muy clara. A juicio de los entrevistados, los trabajadores sociales de UTS en la CARM ocupan su tiempo de trabajo fundamentalmente en tareas de información y orientación sobre recursos y la gestión de solicitudes en relación a prestaciones y servicios, para ello de forma frecuente establecen coordinación con otros profesionales y excepcionalmente actúan bajo lo que se entiende como tratamiento de casos, teniendo algo de espacio también para la formación propia.

Hay que matizar que aunque el conjunto de profesionales reconozca que estas son las actuaciones principales de los trabajadores sociales, se reniega que deban ser esas en exclusiva. Este modelo de desempeño profesional, al que se hace alusión como la “gestoría”, es uno de los temas centrales que de forma recurrente aparece en la investigación.

Resulta evidente que este modo de desempeño profesional está alejado de los procesos que como profesionales especializados se les pudiera demandar, no se vislumbra un *continuum* iniciado por un diagnóstico, el diseño de objetivos a conseguir y una planificación de actuaciones que se evalúe durante o al final del proceso de trabajo, y es esa ausencia de intervención la que motiva que se haga referencia a que vienen a ser tratados como administrativos, observándose un deseo de emplearse en tareas que también reconocen más exigentes, aunque posiblemente más agradecidas o más gratificantes profesionalmente.

Se contempla no obstante, que es una cuestión de medida. Los profesionales son conscientes de que el trabajo en UTS está configurado por una prestación básica que implica, en primer término además, facilitar el conocimiento y acceso a los recursos sociales,

Diego Celdrán

lo que obviamente es de su aprecio. Sería un sinsentido preocupante que no se apreciara el acceso a recursos que vienen a subsanar o paliar las necesidades sociales; por tanto, no es que se considere que en las UTS no se deba hacer lo que se hace, es que se estima que debería ser posible ampliar el abanico de tareas que se realizan, ya que lo contrario los convierte en meros intermediarios entre ciudadanía y recursos.

Las referencias son múltiples y guardan un hilo conductor muy evidente. A pesar de generar sospechas de sesgo corporativo (algo que se trató de evitar con la elección de los informantes clave), es obvio que los desfases recogidos, reflejados por profesionales de todo el ámbito regional, con experiencia sobrada, no pueden sino reflejar causas estructurales. Es obvio que no hay un desequilibrio entre el debe y el haber que pueda achacarse a un grupo profesional, esas diferencias como apuntan los entrevistados tienen orígenes profundos que conectan la visión de los servicios sociales con la práctica profesional y la responsabilidad es de quién los delimita y los gestiona.

Las funciones donde está el desfase dejan ver una demanda sentida de alejar la incidencia casi exclusiva de la “gestoría”, y equilibrar el trabajo, contemplando variedad de actuaciones en un trabajo más rico, donde los procesos de trabajo individual y familiar tengan un peso específico significativo. De hecho se recogen numerosas referencias respecto de un vacío procedimental, cuando en las UTS se puede actuar más allá de la información y la gestión, ¿qué enfoque se ha de adoptar? Pese a que la prestación básica está delimitada, cuando se habla de trabajar casos, de intervenir con familias, ¿qué metodología asumir? Los programas de los centros de servicios sociales orientados a la atención a familias, a abordar situaciones de exclusión u otros, tienen un modelo metodológico de referencia ¿para la intervención desde las UTS qué referencia seguir?, ¿el acompañamiento social, enfoques centrados en la tarea...?

Descendiendo a lo concreto se obtiene como cifra para la configuración de una UTS estándar una referencia que se sitúa en los 6 000 habitantes, recordando que esta cifra se establece contando con que se da la presencia de otros elementos referidos: infraestructura básica, volumen de demanda asumible, filtros en la atención, presencia de programas específicos y otros profesionales de apoyo. Por tanto, junto al factor numérico, se ha de atender a una visión integrada por la confluencia de elementos de relevancia para los profesionales. La ratio variaría también en base a esos otros elementos, por lo que ha de valorarse como un todo, no como parte.

6. AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento muy especial a todos los profesionales que accedieron a concederme las entrevistas de forma desinteresada. Me resultó muy grato atender a su reflexión sincera y comprobar el cariño por lo que hacen, fue un placer escucharles.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Territorial de Servicios Sociales (2013). Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, publicado en BOE nº. 17 de 16 de Mayo de 2013, 36636-36674.
- Constitución Española. (1978). BOE nº. 311 de 29 de diciembre de 1978, 29313- 29424.
- García Herrero, G. (1988). *Los centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Gutiérrez Resa, A. (2001). El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España (Once años del Plan Concertado). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 93, 89-130.
- Molleda Fernández, E. (2007). ¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social? *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 139-155.
- Ramírez Navarro, J. M. (2013). El índice DEC (Derechos/Economía/Cobertura) de desarrollo de los servicios sociales. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 2, 87-97.
- Tribunal Constitucional (1986). Sentencia 146/1986. BOE Nº 295 de 10 de Diciembre de 1986, 21-26).

EQUILIBRIO TERRITORIAL EN LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

TERRITORIAL BALANCE IN MADRID'S MINIMUM GUARANTEED INCOME BENEFIT

Luis Fernando Saiz Vargas y M^a Luisa Montejano Sánchez

Graduados en Trabajo Social

Resumen: La Ley 15/2001 de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid, estableció dos derechos subjetivos para la ciudadanía madrileña. El derecho a disponer de medios económicos para hacer frente a las necesidades básicas de la vida diaria, cuando no pueden obtenerse del empleo o de regímenes de protección social, y el derecho a recibir apoyos personalizados para la inserción laboral y social. Ambos derechos, regulados en principio en pie de igualdad por los legisladores, han experimentado muy diferente evolución desde la promulgación de la ley, hace ahora catorce años. A través de este trabajo pretendemos clarificar las potencialidades y limitaciones que la prestación económica de RMI presenta como herramienta de compensación del nivel de renta entre territorios y hasta qué punto el acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción está garantizado a todos los ciudadanos de la región conforme a los principios de igualdad y solidaridad que propugna nuestra Ley de Servicios Sociales.

Palabras Clave: Renta Mínima de Inserción, Ratio de atención por trabajador social, Renta per cápita, Equilibrio territorial en Comunidad de Madrid.

Abstract: Law 15/2001 on the Minimum Guaranteed Income benefit of the Community of Madrid laid down two subjective rights for citizens of Madrid. The right to have sufficient economic resources to cover the basic needs of everyday life, when such resources cannot be obtained from employment or through social protection schemes, and the right to receive personalized support in order to attain occupational and social integration. These rights, which in theory were to be regulated in similar terms by the legislators, have evolved very differently since the enactment of the law fourteen years ago. This paper aims to clarify the potential value and also the limitations of the Minimum Guaranteed Income benefit in rectifying the differences in income level between different territories. It also explores the extent to which the right to personalized support for integration is guaranteed to all citizens in the region, in accordance with the principles of equality and solidarity put forward in Spain's Social Services Law.

Key words: Minimum Guaranteed Income, social worker ratios, Per capita income, Territorial balance in the Community of Madrid.

| Recibido 09/03/2015 | Revisado 17/04/2015 | Aceptado 02/05/2015 | Publicado 31/05/2015 |

Luis Fernando Saiz Vargas. Colegiado n.º 4314 en el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.
Correo electrónico: luis.saiz@madrid.org

Referencia normalizada: Saiz, L.F., y Montejano, M.L. (2015). Equilibrio territorial en la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid. *Trabajo Social Hoy*, 75, 103-137. doi 10.12960/TSH.2015.0012.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 15/2001 de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid (RMI) estableció dos derechos subjetivos para la ciudadanía madrileña: el derecho a disponer de medios económicos para hacer frente a las necesidades básicas de la vida, cuando no pueden ser obtenidos del empleo o de regímenes de protección social, y el derecho a recibir apoyos personalizados para la inserción laboral y social. Ambos derechos, teóricamente concebidos en pie de igualdad por los legisladores, han experimentado muy diferente evolución desde la promulgación de la ley, hace ya 14 años.

Por un lado, la prestación económica de RMI, aunque con sus evidentes limitaciones, se ha configurado como la herramienta directa más útil para la lucha contra la pobreza severa en la Comunidad de Madrid, revelándose además como un potente agente redistributivo de la renta entre territorios, al transferir más inversión por ciudadano a aquellas demarcaciones (municipios y distritos de la capital) en los que se da mayor índice de pobreza y exclusión.

Por otra parte, el derecho a los apoyos personalizados ha experimentado un desarrollo mucho más desigual. Este derecho ha sido tantas veces relegado a un papel secundario, que no es casualidad que, en el ámbito de los servicios sociales, sea frecuente referirnos a él como el “segundo derecho”, de la ley.

A través de este trabajo pretendemos aportar luz acerca de estas circunstancias, intentando clarificar las potencialidades y limitaciones que la prestación económica de RMI presenta como herramienta de compensación del nivel de renta entre territorios y hasta qué punto el acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción es garantizado a todos los ciudadanos de la región conforme a los principios de igualdad y solidaridad que propugna nuestra Ley de Servicios Sociales.

Nuestra propuesta de investigación partirá de dos hipótesis iniciales que se corresponden con las siguientes afirmaciones:

La prestación económica de RMI se configura como un importante agente redistributivo de la renta entre los distintos territorios de la región al realizarse una mayor inversión pública en concepto de gasto en prestaciones en aquellas demarcaciones de mayor debilidad económica.

La población residente en aquellos territorios en los que los índices de pobreza y exclusión son más altos ha sido, en la práctica, penalizada en su acceso al derecho a los apoyos personalizados cuando la comparamos con la población residente en territorios con mayores niveles de renta.

A lo largo de la presente investigación contrastaremos estas afirmaciones con los datos disponibles, poniendo en relación los distintos índices de inversión relativa por habitante de los distintos territorios de nuestra comunidad con sus niveles de renta y estos últimos con sus correspondientes ratios de casos atendidos por trabajador social, y finalizaremos con el enunciado de algunas conclusiones que, a nuestro juicio, nos revelan estos datos.

2. MARCO TEÓRICO. LA LEY DE RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID: EL RECONOCIMIENTO DE UN DOBLE DERECHO SUBJETIVO

La Ley de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid (Ley 15/2001) marcó un hito en la regulación de la garantía de ingresos en España. El establecimiento como derecho subjetivo, exigible por la ciudadanía, de una renta de carácter indefinido para la cobertura de las necesidades básicas cuando no pueden obtenerse por medio del empleo o de prestaciones del resto de sistemas de protección social significaba un avance trascendente con respecto al conjunto de políticas de ingresos mínimos existentes hasta ese momento en nuestro país.

Precisamente por la trascendencia de dicho avance, ya desde el inicio de la aplicación de la ley fue este derecho el que acaparó toda la visibilidad, eclipsando el derecho a los apoyos personalizados para la inserción social y laboral que también regulaba la nueva normativa.

A pesar de las muchas limitaciones y defectos que en la práctica podrían aducirse en contra de la configuración inicial y posterior desarrollo de la RMI, se puede afirmar que, a fecha de hoy, la prestación económica de la Renta Mínima de Inserción es la herramienta más importante de la que se dota la Administración Regional para combatir de forma directa la pobreza severa en la Comunidad de Madrid.

Su naturaleza de derecho subjetivo evita que dicha prestación esté sujeta a límites presupuestarios, debiéndose reconocer a todas aquellas familias en las que concurren los requisitos para su concesión. Esta circunstancia ha provocado que la inversión anual en este concepto haya experimentado un notabilísimo incremento en los últimos años de crisis económica, en la medida que los nuevos desempleados han ido agotando sus correspondientes prestaciones y subsidios de los que la RMI resulta subsidiaria y complementaria.

Así, mientras que la inversión anual del año 2008 fue de 41 242 987,24 euros, la del año 2014 ha ascendido a 99 054 050,31 euros. Esta diferencia supone un incremento acumulado en el citado periodo del 140,17 % (Comunidad de Madrid, 2015).

Aunque sin duda el problema de la pobreza severa merecería una inversión bastante superior a la señalada, no es menos cierto que los casi 100 millones de euros invertidos en un año son un potente instrumento que permite paliar muchas situaciones de precariedad entre la ciudadanía de la Comunidad de Madrid.

Como es sabido, el principal requisito para la concesión de la prestación de RMI es el de carecer de ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. En la práctica este requisito se traduce en un baremo o límite de ingresos por encima del cual no se considera que exista dicha carencia.

Dados estos exigentes límites de ingresos, cabe suponer que la distribución geográfica de los perceptores de RMI presente ciertas características hasta cierto punto previsibles. Así, y pese a que pudieran incidir otras variables como el nivel de desigualdad en la renta de cada uno de los territorios, o la labor de promoción que de esta prestación económica pudiera hacerse desde los servicios sociales municipales, es lógico pensar que deba existir un mayor índice de perceptores de RMI por habitante en aquellas demarcaciones en las que se registra una menor renta per cápita, y al contrario, en aquellas zonas con mayor nivel de renta debe darse, en buena lógica, un menor índice de población RMI por habitante.

Desde esta primera suposición, la prestación económica de RMI se configuraría, no solo como una herramienta para paliar situaciones individuales de precariedad económica, como ya se ha dicho, sino también como instrumento de redistribución progresiva de la renta entre los distintos territorios.

El primer propósito de este trabajo será contrastar los datos disponibles que permitan confirmar esta afirmación y establecer la medida en la que dichas variables están relacionadas.

Por otro lado, la Ley de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid iba más allá de una simple garantía de ingresos. Los legisladores, conscientes de que la precariedad económica era solo una de las múltiples caras del verdadero enemigo a batir, apuntaron a un objetivo mucho más ambicioso: la exclusión social.

La exclusión es el “proceso por el cual a ciertos individuos o grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitiría una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado” (Castell, 1997). Esta definición cabe ser enmarcada en las corrientes sociológicas que contemplan la exclusión social como un complejo proceso de carácter multicausal, y para las que resulta imprescindible atender a esa multiplicidad de causas para revertir los procesos de exclusión.

El entramado institucional materializado en el Plan contra la Exclusión (Laparra, 2004) y la Ley de Renta Mínima de Inserción previó, como complemento a la garantía de ingresos, una garantía adicional en el derecho a unos apoyos personalizados para la inclusión social y laboral para todas aquellas personas que habían iniciado ese proceso de exclusión.

Por un parte, la ley prescribió la obligación de realizar, “para todas aquellas personas que, por hallarse en situaciones de dificultad social o riesgo de exclusión, soliciten apoyos personalizados que promuevan su integración social” (Ley 15/2001), una previsión de acciones con la finalidad de evitar procesos de exclusión y favorecer la incorporación laboral e integración social. Se trataba de los Programas Individuales de Inserción (PII).

En coherencia con los artículos 25, 31 y 46 de la vigente Ley de Servicios Sociales (Ley 11/2003), la Ley de RMI hacía recaer dicha responsabilidad en el nivel de atención primaria del Sistema Público de Servicios Sociales. A través del correspondiente trabajador social de referencia se aseguran unos criterios técnicos y profesionales. Este profesional, contando siempre con la participación y consentimiento del usuario, establece en el PII los apoyos personalizados para la inserción laboral y social cuyo derecho reconoce el texto legal.

Además de los Programas Individuales de Inserción, la Ley de RMI contemplaba otras medidas como los proyectos de integración, participados por el Tercer Sector, o los planes contra la exclusión, en los que debían articularse las políticas coordinadas de las distintas administraciones públicas de la región, pero ni unos ni otros llegaron a resultar nunca herramientas convenientemente utilizadas. Al no ser este el fin de este trabajo, no entraremos aquí a valorar los motivos de esta infrautilización, pero lo cierto es que, ante la ausencia de otras medidas de inserción que debieran proveerse por parte de la Administración Regional, son los distintos municipios de la Comunidad Autónoma los casi únicos garantes del acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción a través de programas individuales de inserción y la acción profesional de los trabajadores sociales de referencia de las distintas administraciones locales de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, esta sobrecarga institucional de los entes locales presenta un importante efecto perverso para el mantenimiento de los principios de igualdad y solidaridad.

En lo que respecta a la capacidad de gestión, o la disponibilidad de recursos materiales y humanos, la realidad de los distintos municipios dista mucho de ser homogénea. Incluso dentro de un gran municipio como el de Madrid, coexisten realidades muy diferentes dependiendo del distrito al que nos refiramos. En esta heterogeneidad, el nivel de renta de la población residente resulta un factor determinante, lo que nos conduce al siguiente gran objetivo de la presente investigación: Determinar hasta qué punto el nivel de renta de los distintos territorios incide en un desigual acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social que regula la Ley 15/2001 de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid.

3. METODOLOGÍA

Para los propósitos de la presente investigación, se utilizarán las divisiones territoriales propias del proceso de instrucción de la prestación económica de la Renta Mínima de Inserción en la Comunidad de Madrid, en adelante demarcaciones RMI. Dichas demarcaciones cubren la totalidad del territorio de la región y se corresponden con los 21 distritos del municipio de Madrid Capital, las 16 mancomunidades de servicios sociales (pequeños municipios agrupados para la prestación conjunta de servicios sociales) y el resto de municipios no mancomunados.

En primer lugar, cabe advertir que para la obtención de los datos referidos al nivel de renta de cada uno de los territorios estudiados, hemos recurrido a distintas fuentes. Por un lado se ha utilizado el Indicador de Renta Disponible Bruta Municipal que para el año 2012 (avance) publica el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2015). Sin embargo, dicho indicador está referido para cada uno de los municipios de la Comunidad de Madrid y no está disponible, por tanto, para los 21 distritos de la capital ni para las distintas mancomunidades de municipios. Para estos dos últimos tipos de demarcaciones nos hemos visto obligados a realizar una estimación utilizando los últimos datos disponibles.

En el caso de los distritos de la capital, se ha realizado una proyección para el año 2012 a partir del último dato encontrado (que se corresponde con el año 2010) en cada uno de los distritos facilitado por el Ayuntamiento de Madrid (Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Estadística, 2015). El indicador correspondiente a las distintas mancomunidades se ha obtenido por agregación de los datos disponibles de cada uno de los municipios que las componen y de forma proporcional a su número de habitantes en 2014 (INE, 2015).

Para la obtención tanto del índice de inversión RMI por habitante como de la media de Programas Individuales de Inserción (PII) que tienen asignados los trabajadores sociales en cada territorio, se han utilizado a los datos de la RMI a 31 de diciembre de 2014 (Comunidad de Madrid, 2015) y a los datos de población en 2014 (INE, 2015).

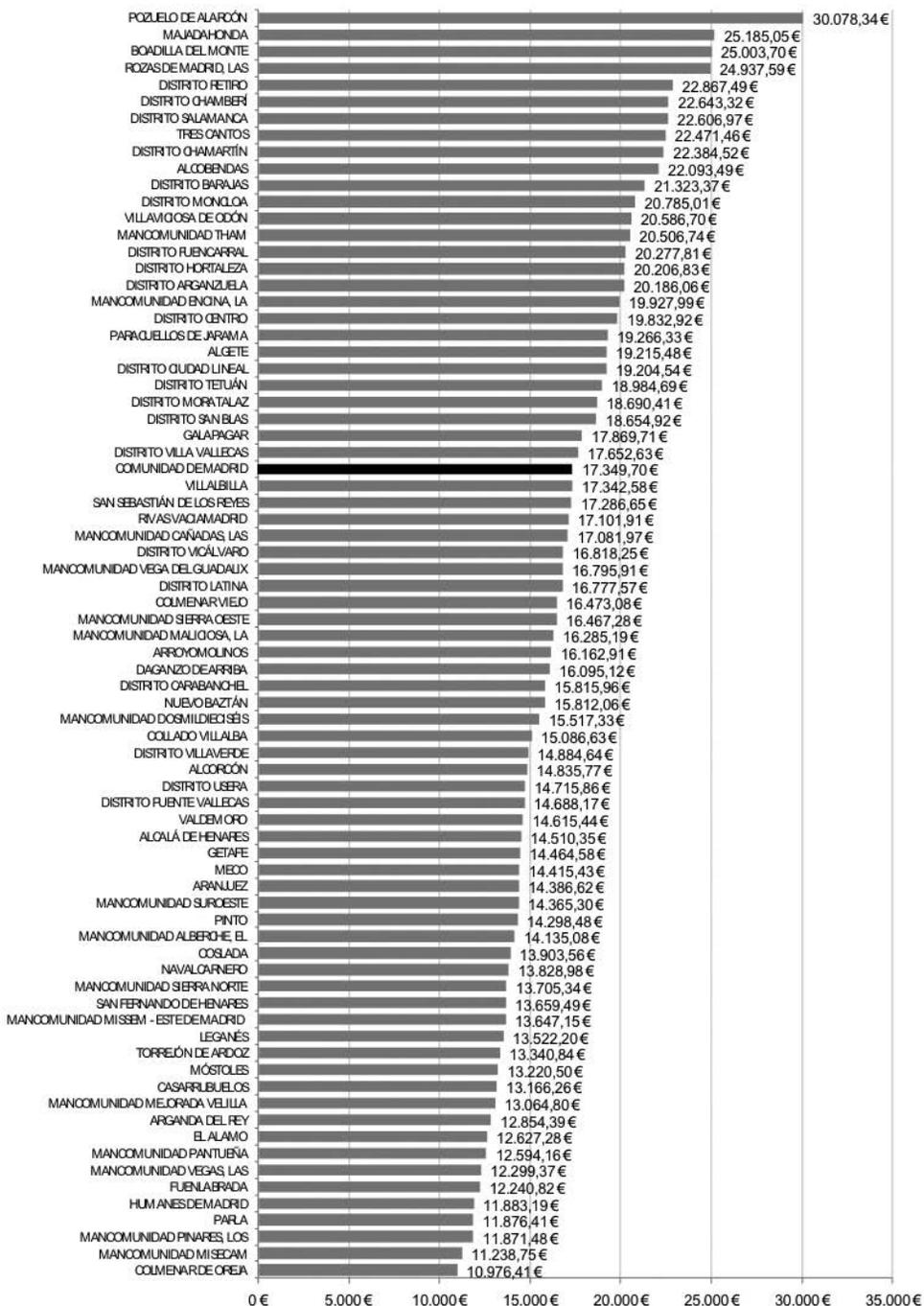
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL NIVEL DE RENTA

Se ha obtenido la distribución de la renta per cápita de todas y cada una de las demarcaciones RMI que, como ya se ha dicho, cubriría todo el territorio de la Comunidad de Madrid. Esta distribución nos servirá en adelante para el principal propósito de la presente investigación: Establecer en qué medida se relaciona el nivel de renta disponible en cada territorio con el acceso de sus ciudadanos a los dos derechos contemplados en la Ley de Renta Mínima de Inserción en la Comunidad de Madrid.

Como puede apreciarse en la tabla 1, nos encontramos ante una variable de amplio recorrido que comprende desde un valor máximo de más de 30 000 euros de renta per cápita para el año 2012 en el municipio de Pozuelo de Alarcón, a un mínimo de casi 11 000 euros en el municipio de Colmenar de Oreja, y que nos da una buena medida de la desigualdad que impera en la región en lo que respecta al nivel de renta de los distintos territorios que la componen.

Tabla 1: Renta Per Cápita en 2012. Todas las demarcaciones.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, la Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid y el INE.

4.2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA INVERSIÓN EN PRESTACIONES ECONÓMICAS DE RMI POR HABITANTE

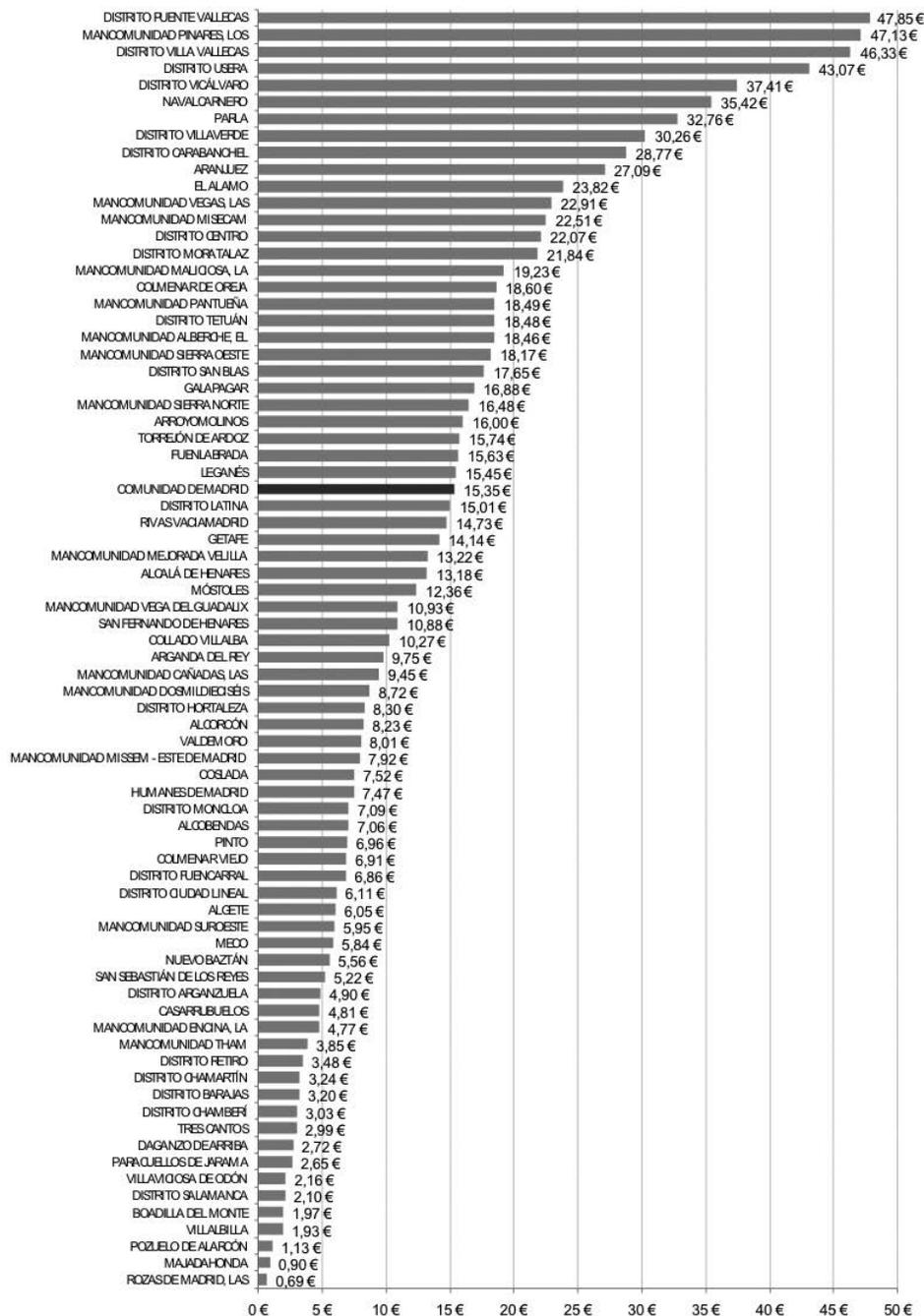
La segunda de las variables que utilizaremos para nuestros propósitos es el índice de inversión RMI por habitante en cada territorio. Este índice se obtiene de dividir el importe total de las prestaciones económicas percibidas en cada territorio entre su número de habitantes. Para su obtención se ha recurrido a los datos de la RMI a 31 de diciembre de 2014 (Comunidad de Madrid, 2015) y a los datos de población en 2014 (INE, 2015).

Como ya se ha dicho, el importe total que la administración regional ha invertido en concepto de prestaciones económicas a lo largo del año 2014 asciende a casi los 100 millones de euros. Nos interesa, para nuestro propósito, determinar cuál ha sido su distribución entre los distintos territorios y poner dicha inversión en relación a su correspondiente volumen de población para hallar así un índice de inversión por habitante.

Al igual que veíamos en el nivel de renta y tal como puede apreciarse en la tabla 2, también aquí nos encontramos con unos valores que presentan una dispersión notable. El recorrido en este caso va desde un valor máximo de 47,85 euros invertidos por habitante en el distrito de Puente de Vallecas, a un valor mínimo de 0,69 euros en el municipio de las Rozas de Madrid.

A simple vista, puede apreciarse como los distritos y municipios más deprimidos económicamente hablando, presentan un índice mayor, ya que presentan un porcentaje más elevado de familias que cumplen con los requisitos necesarios de ingresos para poder acceder a la Renta Mínima de Inserción.

Tabla 2: Inversión RMI por habitante en 2014. Todas las demarcaciones.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del fichero técnico Renta Mínima de Inserción (RMI) de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y los datos de población del INE para 2014 y del Ayuntamiento de Madrid.

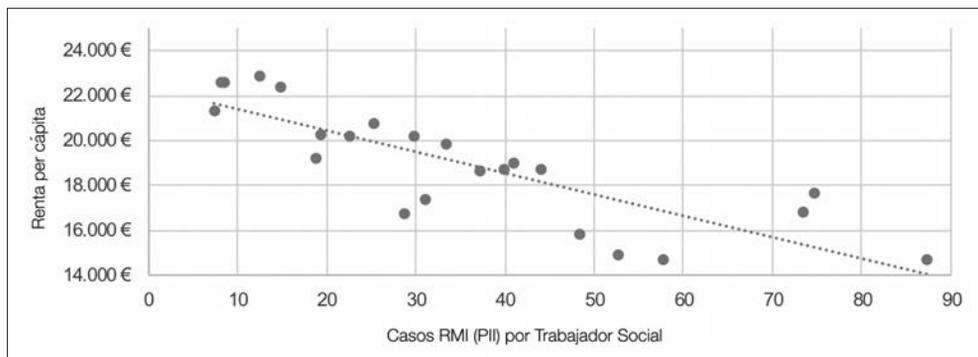
4.3. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RENTA Y LA INVERSIÓN RMI POR HABITANTE

Una vez obtenidos estos dos conjuntos de datos y con el fin de confirmar la primera hipótesis de partida según la cual la administración regional invierte en concepto de prestaciones de RMI un importe mayor en aquellos territorios que presentan un menor nivel de renta, hemos realizado una comparación entre ambas variables.

De la simple observación de la tabla 2, se puede percibir como los territorios con una mayor inversión por habitante se corresponden con distritos del sur del municipio de Madrid o Municipios del Sur de la Comunidad de Madrid. Esta misma distribución es la que puede apreciarse también en la tabla 1 para el nivel de renta, aunque en sentido inverso.

Para visualizar y cuantificar esta relación entre variables utilizaremos el gráfico de dispersión (Figura 1). Asimismo, se ha calculado el coeficiente de correlación.

Con un valor de $-0,47$, este coeficiente nos indica la existencia de una correlación inversa y moderada cuando la referenciamos al conjunto de todas las demarcaciones RMI. Sin embargo, entendemos que dicha correlación queda atenuada por la heterogeneidad existente entre los distintos tipos de territorios, ya que para este primer nivel de análisis no se ha distinguido entre las diversas naturalezas de las demarcaciones utilizadas.



Coeficiente de correlación entre renta per cápita e inversión RMI por habitante: $-0,47$

Figura 1: Relación entre la renta per cápita y la inversión en prestación RMI por habitante (todas las demarcaciones).

Fuente: Elaboración propia.

Existen algunos factores a los que, en nuestra opinión, puede atribuirse el origen de la heterogeneidad en el conjunto de demarcaciones. Entre ellas cabe destacar el tamaño y la naturaleza rural o urbana de las mismas. Con el fin de comparar las variables entre

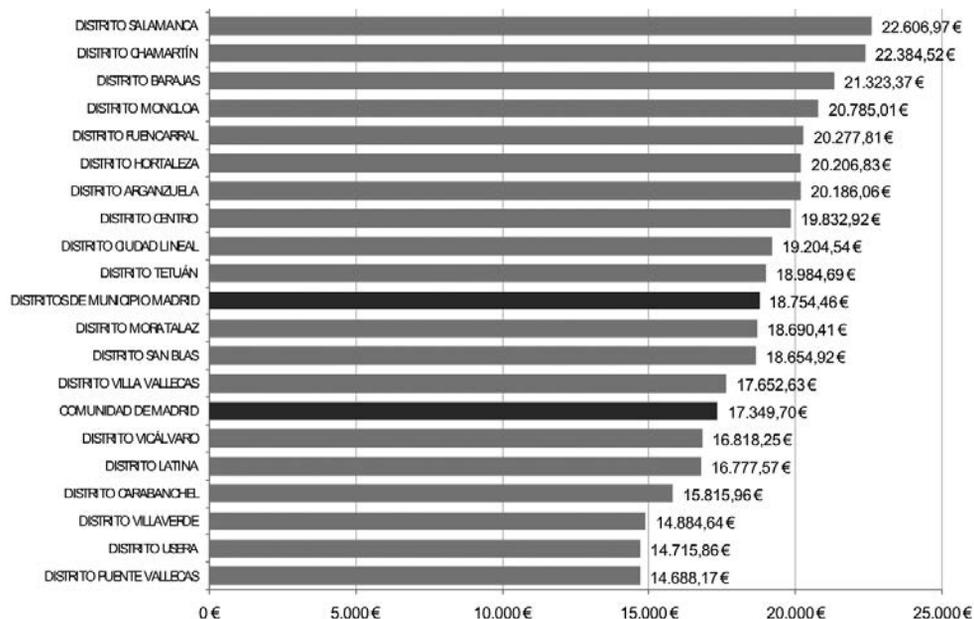
territorios más homogéneos, dividiremos las demarcaciones en tres subgrupos: un primer grupo compuesto por los 21 distritos del municipio de Madrid, un segundo grupo de municipios de más de 20 000 habitantes y un tercer y último grupo compuesto por las 16 mancomunidades de servicios sociales y los ocho municipios menores de 20 000 habitantes que no prestan servicios sociales de forma mancomunada.

4.3.1. Relación entre el nivel de renta e inversión RMI en los distritos del municipio de Madrid

En el caso de los 21 distritos del municipio de Madrid nos encontramos con una distribución del nivel de renta que va de los 22 867,49 euros del distrito de Retiro a los 14 688,17 del distrito de Puente de Vallecas (Tabla 3). Puede apreciarse en este caso una mayor homogeneidad que cuando veíamos la misma variable referida al conjunto de demarcaciones de la región, probablemente al tratarse aquí de territorios con una misma naturaleza urbana, con una similar densidad de población y que dependen de una misma administración local.

La renta per cápita en el municipio de Madrid para el año 2012 se situó con 18 754,46 euros, ligeramente por encima de los 17 349,70 euros estimados para el conjunto de la región. Las mayores rentas per cápita en la capital, con muy poca diferencia entre ellas, son las registradas en los distritos de Retiro (22 867,49 euros), Chamberí (22 643,32 euros) y Salamanca (22 606,97 euros). En el extremo contrario los distritos de Puente de Vallecas (16 970,00 euros), Usera (17 002,00 euros) y Villaverde (17 197,00 euros), son los que presentan los valores más bajos.

Tabla 3: Renta per cápita en 2012. Distritos del Municipio de Madrid.

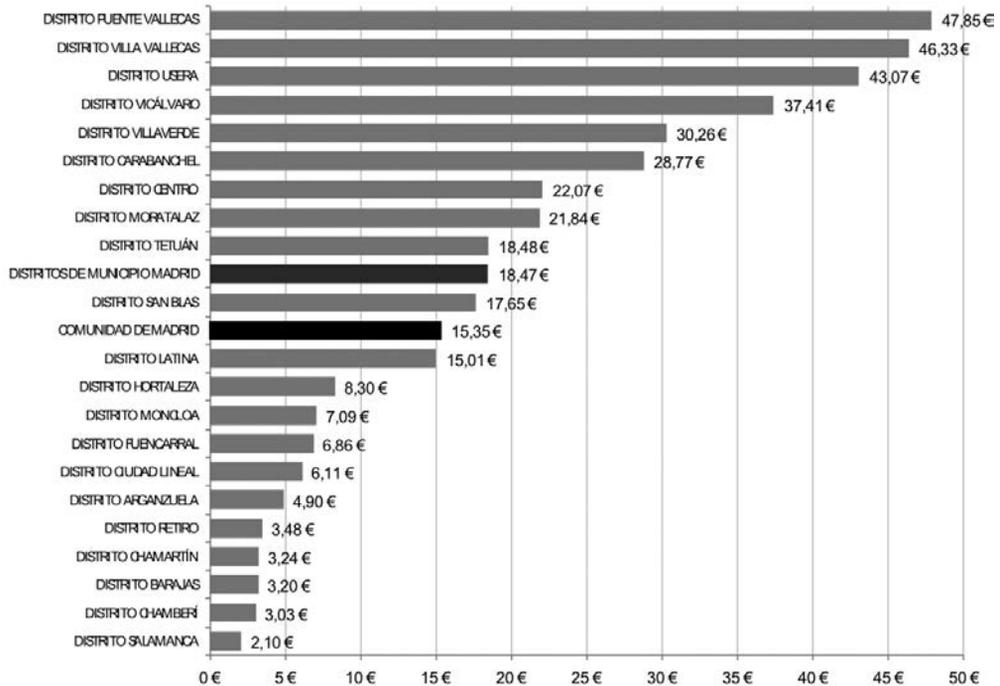


Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y la Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

En cuanto al índice de inversión en RMI por habitante en cada uno de los distritos de la capital, y tal como puede apreciarse en la Tabla 4 también nos encontramos con diferencias importantes entre territorios. En este caso, cuando ponemos en relación la inversión en RMI con el volumen de población residente en cada uno de los distritos, nos encontramos con que los distritos de Puente de Vallecas (47,85 euros), Villa de Vallecas (46,33 euros), y Usera (43,07 euros), son los que reciben una mayor inversión por habitante, mientras que los de Salamanca (2,10 euros), Chamberí (3,03 euros) y Barajas (3,20 euros), son los que menos.

Un detalle significativo es el hecho de que se invierte más en concepto de prestación económica por habitante en el municipio de Madrid que en el conjunto de la región, pese a que como veíamos, la renta per cápita de la capital es superior a la del conjunto de la Comunidad de Madrid. Aunque por evidentes motivos de espacio y de medios disponibles no entraremos en este trabajo a intentar explicar esta circunstancia, es muy probable que esta esté influida por un alto nivel de desigualdad en la renta disponible en el interior de los distritos. Esta desigualdad podría explicar que un mismo territorio presente una media alta de nivel de renta y al mismo tiempo un número de perceptores de RMI que justifique un alto índice de inversión por habitante.

Tabla 4: Inversión RMI por habitante en 2014. Distritos del Municipio de Madrid.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y los datos de población del INE para 2014 y del Ayuntamiento de Madrid.

Tanto el coeficiente de correlación (-0,86), como la representación de los valores que nos ofrece el gráfico de dispersión (Figura 2) de estas dos variables en los distritos de Madrid, evidencian una intensa correlación inversa, muy superior a la que veíamos para el conjunto de las demarcaciones de la Comunidad de Madrid.

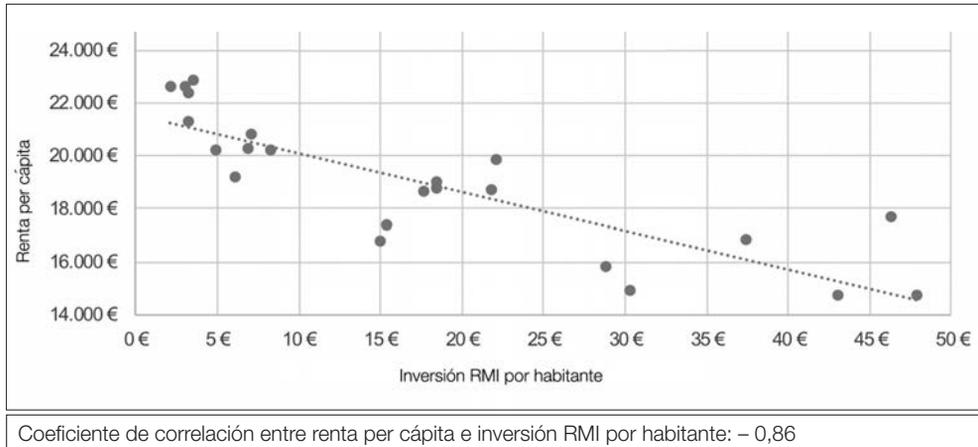


Figura 2: Relación entre la renta per cápita y la inversión en prestación RMI por habitante (Distritos del Municipio de Madrid).

Fuente: Elaboración propia.

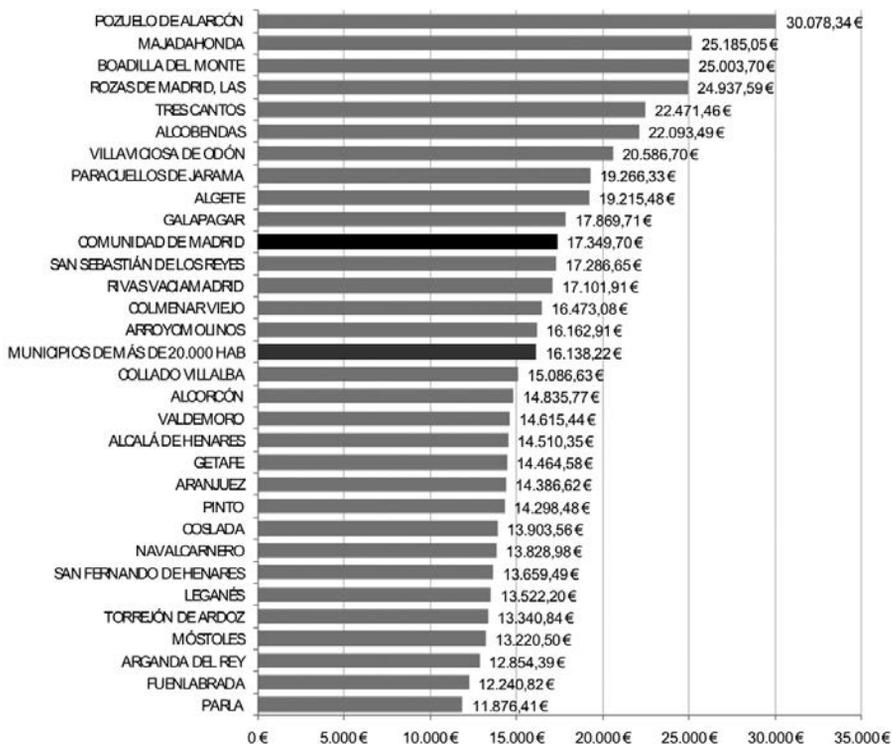
4.3.2. Relación entre el nivel de renta e inversión RMI en los municipios de más de 20 000 habitantes

El segundo subgrupo de demarcaciones que vamos a utilizar es el de municipios de la Comunidad de Madrid con más de 20 000 habitantes, exclusión hecha del municipio de la capital. Ese número de habitantes se corresponde con el límite por encima del cual se atribuyen competencias en materia de prestación de servicios sociales a los municipios, según la normativa reguladora del Régimen Local.

Tal como se aprecia en la Tabla 5 la renta per cápita disponible para este conjunto de municipios es de 16 138,22 euros, ligeramente inferior a los 17 349,70 euros del conjunto de la Comunidad de Madrid.

La mayor renta es la registrada en el municipio de Pozuelo de Alarcón con 30 078,34 euros, con una destacada diferencia con respecto a Majadahonda (25 185,05 euros) y a Boadilla del Monte (25 003,70 euros), segundo y tercero respectivamente. En el extremo opuesto, destaca con la renta más baja el municipio de Parla (11 876,41 euros), seguido de Fuenlabrada (12 240,82 euros) y Arganda del Rey (12 854,39 euros).

Tabla 5: Renta Per Cápita en 2012. Municipios de más de 20 000 habitantes.

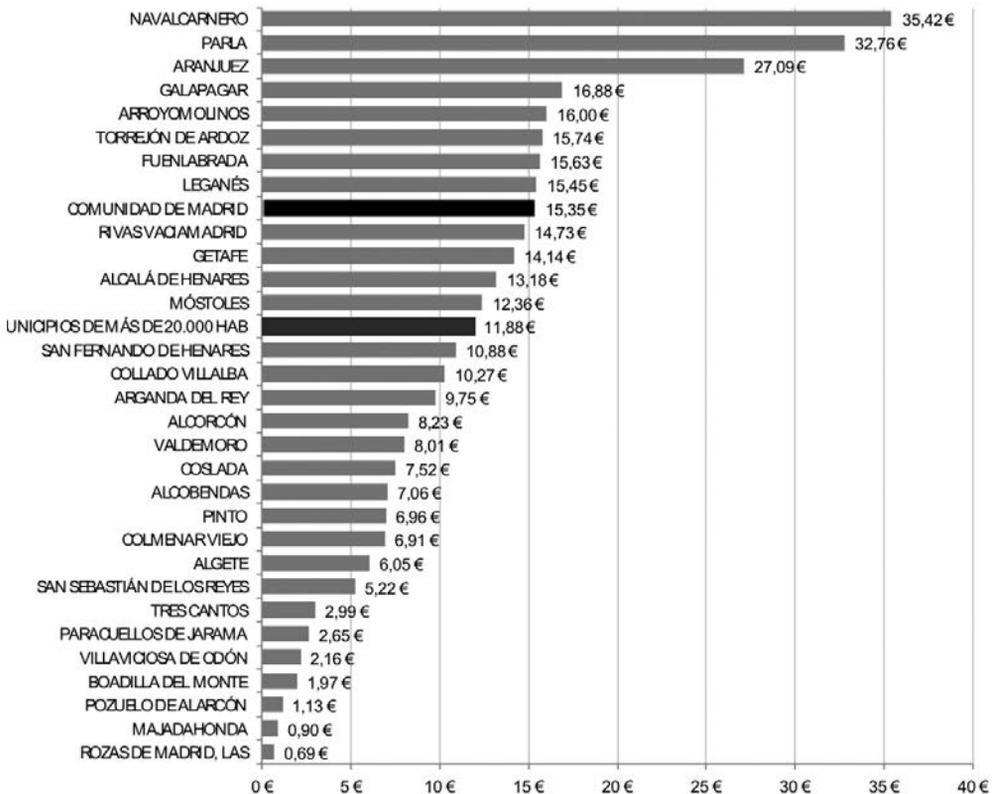


Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Respecto al índice de inversión en RMI por habitante en cada uno de estos municipios, puede apreciarse en la Tabla 6 cómo Navalcarnero, Parla y Aranjuez con 35,42 euros, 32,76 euros y 27,09 euros de inversión por habitante respectivamente, destacan visiblemente sobre el resto. Los municipios en los que se realiza una menor inversión en proporción a su población son los de Majadahonda, Las Rozas de Madrid y Pozuelo de Alarcón con 0,69 euros; 0,90 euros y 1,13 euros por habitante respectivamente.

Comparadas ambas variables para este grupo de municipios encontramos una correlación inversa que, si bien es de menor intensidad que la presentada en el caso de los distritos de la capital, sí parece evidente. En este caso se ha calculado un coeficiente de correlación de $-0,64$ (ver Figura 3).

Tabla 6: Inversión RMI por habitante en 2014. Municipios de más de 20 000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, datos de población del INE para 2014 y del Ayuntamiento de Madrid.

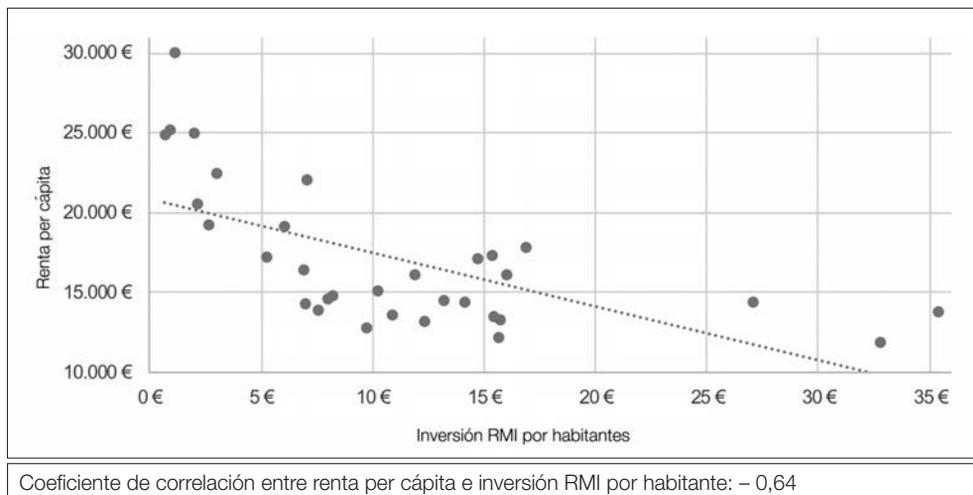


Figura 3: Relación entre la renta per cápita y la inversión en prestación RMI por habitante (Municipios de más de 20.000 habitantes).

Fuente: Elaboración propia.

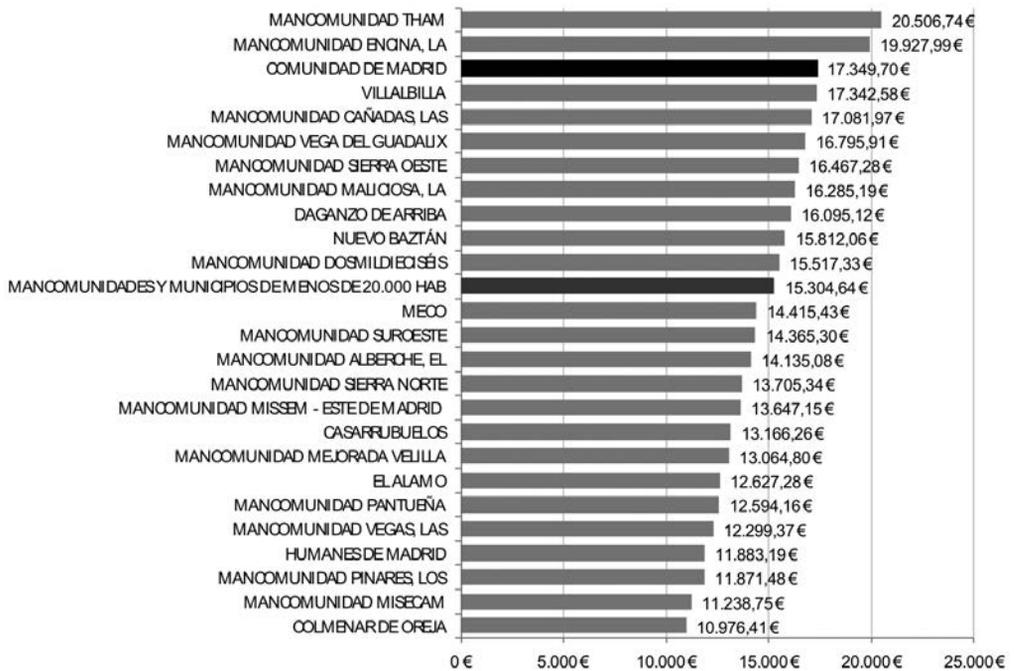
4.3.3. Relación entre el nivel de renta e inversión RMI en las mancomunidades de servicios sociales y otros municipios de menos de 20 000 habitantes

Finalmente, expondremos cómo se relacionan estas variables en el caso de los municipios pequeños de nuestra comunidad. Para ello tomaremos como referencia el grupo compuesto por las 16 mancomunidades de municipios constituidas para una prestación conjunta de sus servicios sociales de atención primaria y el pequeño subgrupo de municipios que, aun teniendo un volumen de población inferior a los 20 000 habitantes, han optado por una gestión independiente de dichos servicios.

La Tabla 7 representa, en orden descendente, la distribución del nivel de renta de este grupo de demarcaciones. En él se incluye también la renta per cápita para el conjunto de estas demarcaciones, que como puede apreciarse es sensiblemente inferior a la renta per cápita regional.

Destacan por su mayor nivel de renta dos mancomunidades de servicios sociales: la THAM y la Encina. Estas mancomunidades, con 20 506,74 euros y 19 927,99 euros de renta per cápita respectivamente, son además las únicas de entre este grupo de demarcaciones que se sitúan por encima de la renta per cápita regional. También destacan, pero por su baja renta per cápita, el municipio de Colmenar de Oreja (10 976,41 euros) y las mancomunidades de MISECAM (11 238,75 euros) y Los Pinares (11 871,48 euros).

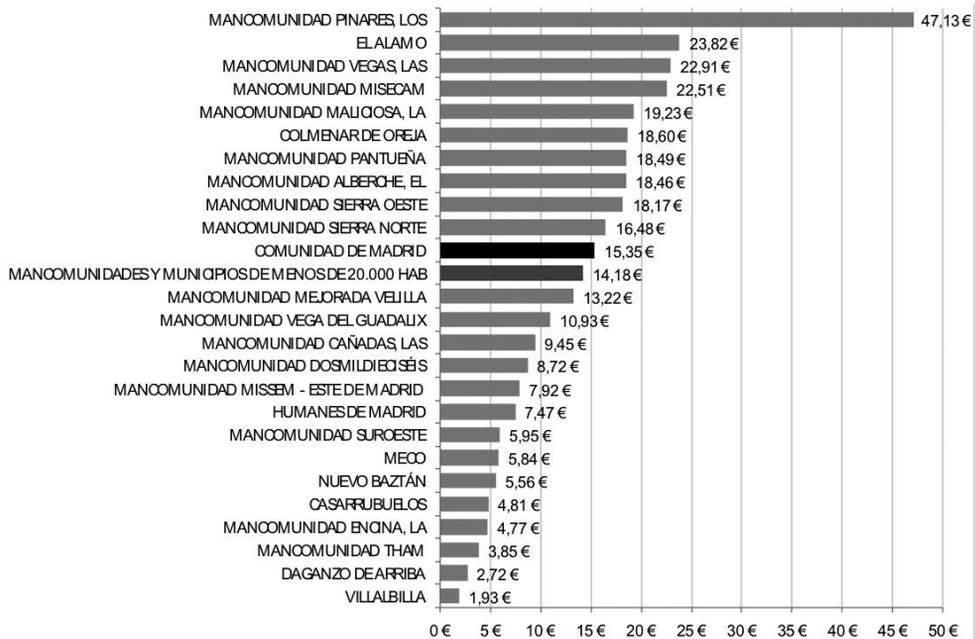
Tabla 7: Renta per cápita en 2012. Mancomunidades y municipios de menos de 20 000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid e INE.

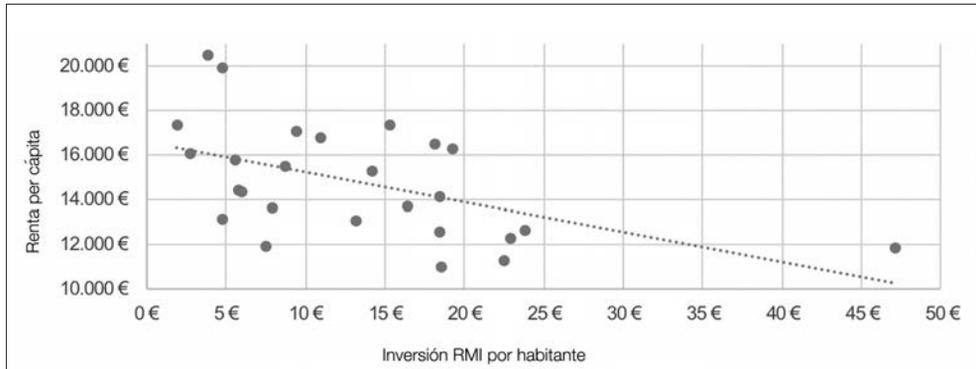
Cuando ponemos en relación la inversión en RMI con el volumen de población residente en este grupo de mancomunidades y municipios pequeños (ver Tabla 8), podemos apreciar cómo una mancomunidad destaca muy por encima del resto. Se trata de la Mancomunidad Los Pinares que con una inversión de 47,13 euros por habitante casi duplica a la segunda demarcación con mayor nivel de inversión, el municipio de El Álamo, con 23,82 euros por cada habitante. En el extremo opuesto, el municipio de Villalbilla con 1,93 euros por habitante es el que menor nivel de inversión en RMI recibe, seguido del de Daganzo de Arriba y la Mancomunidad THAM.

Tabla 8: Inversión RMI por habitante en 2014. Mancomunidades y municipios de menos de 20 000 habitantes



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y datos de población del INE para 2014.,

Comparadas las dos variables para este grupo de municipios encontramos una correlación inversa de intensidad moderada, sensiblemente inferior a la que presentaban los distritos de la capital y ligeramente inferior a la de los municipios de más de 20 000 habitantes. Aun así, hablamos de un coeficiente de correlación del -0,54 (Ver Figura 4).



Coeficiente de correlación entre renta per cápita e inversión RMI por habitante: $-0,54$

Figura 4: Relación entre la renta per cápita y la inversión en prestación RMI por habitante (Mancomunidades y municipios de menos de 20.000 habitantes).

Fuente: Elaboración propia.

4.4. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RENTA Y LA MEDIA DE CASOS RMI ATENDIDOS POR TRABAJADOR SOCIAL DE REFERENCIA

Una vez expuesta la relación existente entre el nivel de renta y la inversión por habitante en cada una de las demarcaciones RMI, y demostrado que dicha relación tiende a beneficiar a los territorios con menor renta per cápita con una mayor inversión, el siguiente objetivo, y eje central de nuestra investigación, será determinar la relación que existe entre el nivel de renta de los territorios y el nivel en el que en ellos se garantiza el acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social y laboral.

En este punto también partiremos de la hipótesis inicial de la existencia de una correlación negativa entre el nivel de renta y el número de casos atendidos por trabajador social, solo que, en este caso, entendemos que dicha correlación no tendrá el carácter progresivo que veíamos en la relación que se establecía entre el nivel de renta e inversión RMI. Aquí partimos de la suposición de que a mayor nivel de renta en un territorio se va a dar un menor número de casos atendidos por los trabajadores sociales y, por tanto, una mayor garantía de acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social y laboral o, al menos, un acceso en mejores condiciones.

Para este propósito volveremos a utilizar el mismo indicador de renta per cápita para compararlo con la media de Programas Individuales de Inserción (PII) que tienen asignados los trabajadores sociales en cada demarcación RMI.

Tal como ocurría con el nivel de inversión por habitante, la ratio de casos atendidos por trabajador social es una variable nada homogénea y muy dispersa. Incluso dentro del mismo territorio nos podemos encontrar con diferencias muy importantes entre el número de casos que atiende cada uno de sus trabajadores sociales. Sin embargo, puesto que conocemos el número de PII asignados a cada uno de los trabajadores sociales podemos establecer una media de la ratio de casos por trabajador social en cada uno de los territorios. Consideramos que dicho indicador es el adecuado y pertinente para nuestro propósito.

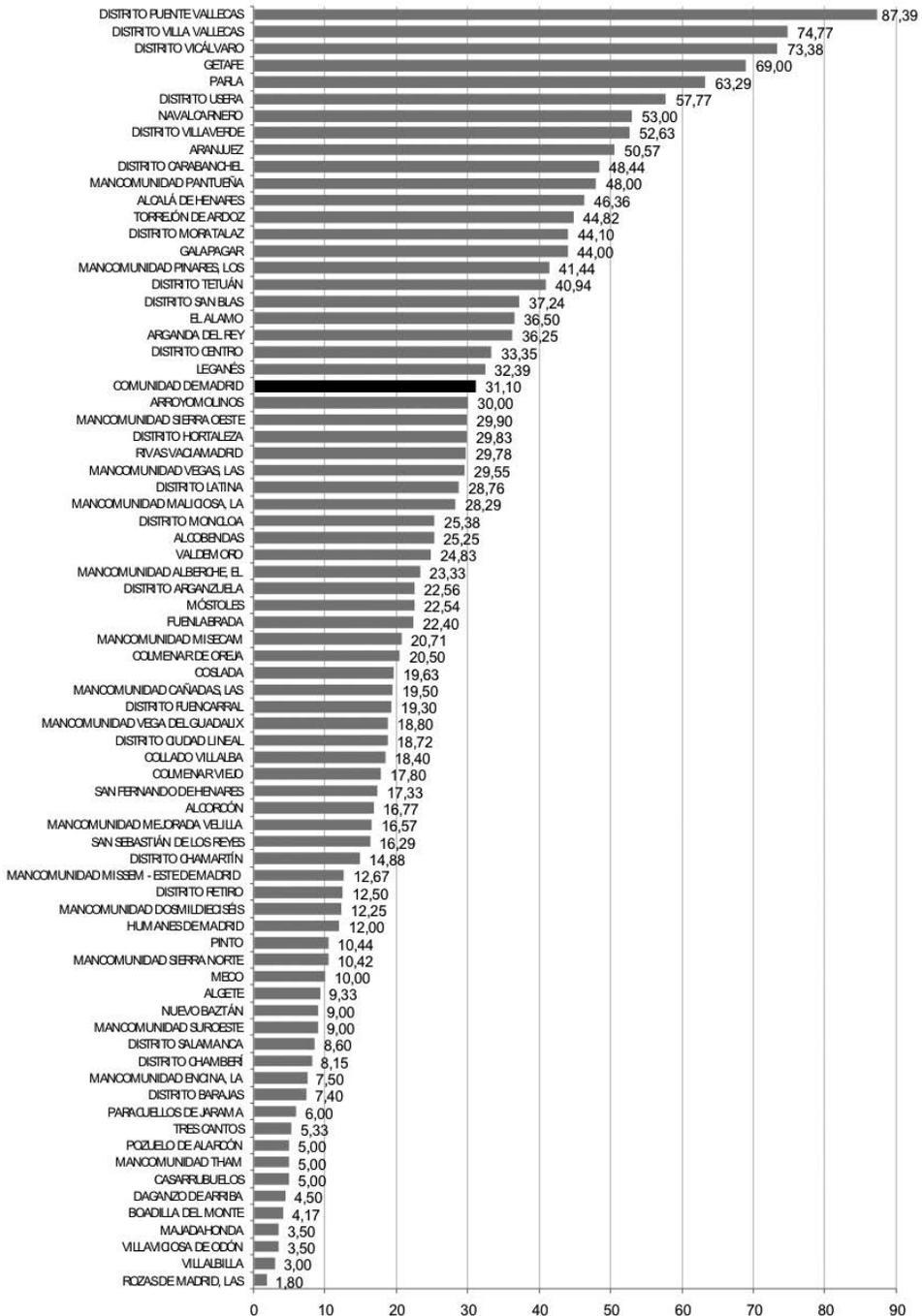
Esta variable, la media de casos atendidos por trabajador social en cada territorio, se ha elaborado en base a los datos de RMI a 31 de diciembre de 2014 (Comunidad de Madrid, Dirección General de Servicios Sociales. Fichero técnico RMI, 2015).

Cuando tomamos como referencia para esta variable el conjunto de todas las demarcaciones RMI de la Comunidad de Madrid, observamos un amplísimo recorrido que va desde un valor máximo de 87,9 casos atendidos de media por los trabajadores sociales del distrito de Puente de Vallecas a un valor mínimo en las Rozas de Madrid de 1,8 casos (ver Tabla 9).

De la simple observación de las tablas, se puede percibir cómo los territorios con una media mayor de casos atendidos por cada trabajador social se corresponden con distritos de Madrid situados en el sur o Municipios del Sur de la Comunidad de Madrid. Esta misma distribución es la que puede apreciarse también en la Tabla 1 para el nivel de renta, aunque en sentido inverso.

Equilibrio territorial en la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid

Tabla 9: Media de casos RMI (PII) por trabajador social en 2014. Todas las demarcaciones.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Para visualizar y cuantificar esta relación entre variables volveremos aquí a utilizar el gráfico de dispersión (Figura 5). Asimismo, se ha calculado el coeficiente de correlación, primero para todas las demarcaciones RMI y después en cada uno de los grupos de demarcaciones ya utilizadas: distritos de Madrid, municipios de más de 20 000 habitantes y mancomunidades de servicios sociales y otros municipios menores de 20 000 habitantes no mancomunados.

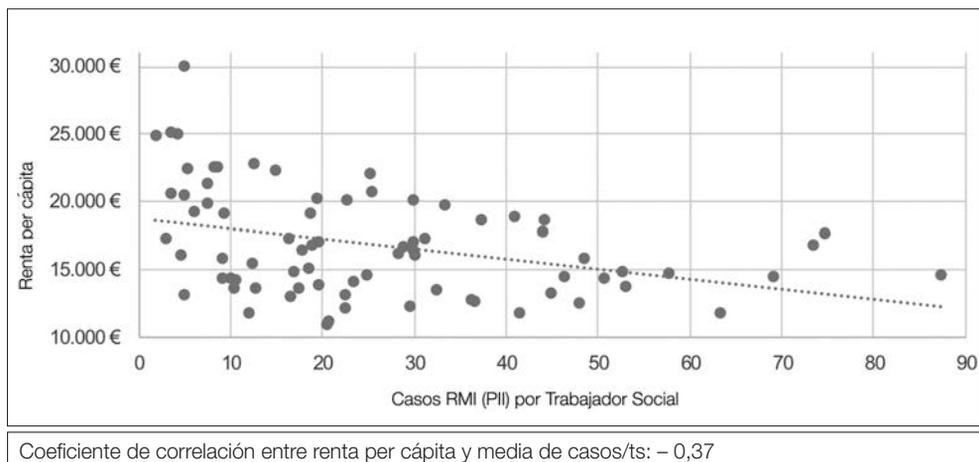


Figura 5: Relación entre la renta per cápita y la media de número de casos RMI (PII) por trabajador social (todas las demarcaciones).

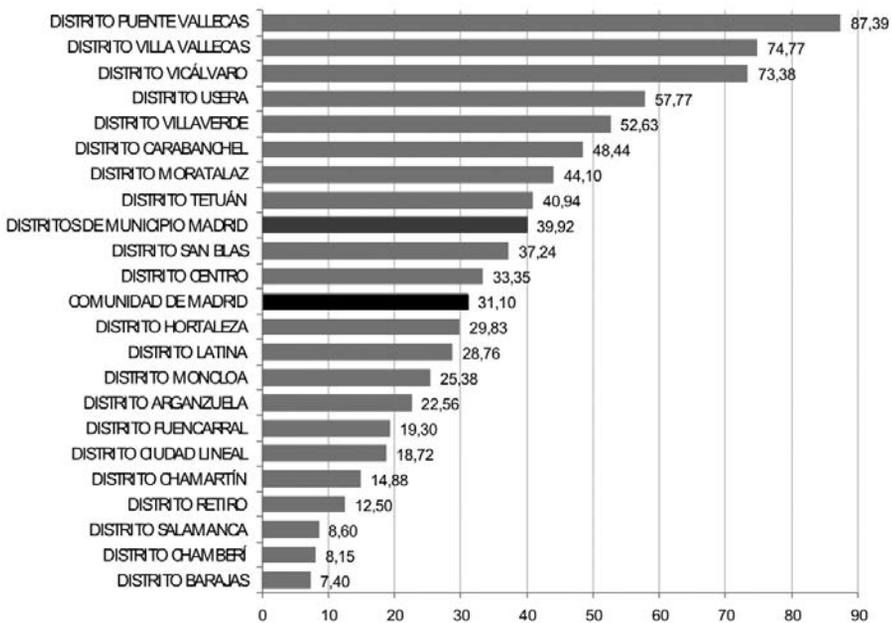
Fuente: Elaboración propia.

Con un valor de -0,37, el coeficiente nos indica la existencia de una correlación inversa y moderada cuando lo referenciamos al conjunto de todas las demarcaciones RMI. Sin embargo, entendemos que dicha correlación queda atenuada por la heterogeneidad existente entre los distintos tipos de territorios.

4.4.1. Relación entre nivel de renta y la media de casos RMI atendidos por trabajador social de referencia en los distritos del municipio de Madrid

Cuando ponemos el foco en la ciudad de Madrid y tomamos como referencia sus 21 distritos, esta correlación se hace más evidente, a la vista tanto del gráfico de dispersión como del resultado del coeficiente de correlación (ver Tabla 10 y Figura 6).

Tabla 10: Media de casos RMI (PII) por trabajador social en 2014. Distritos del Municipio de Madrid.

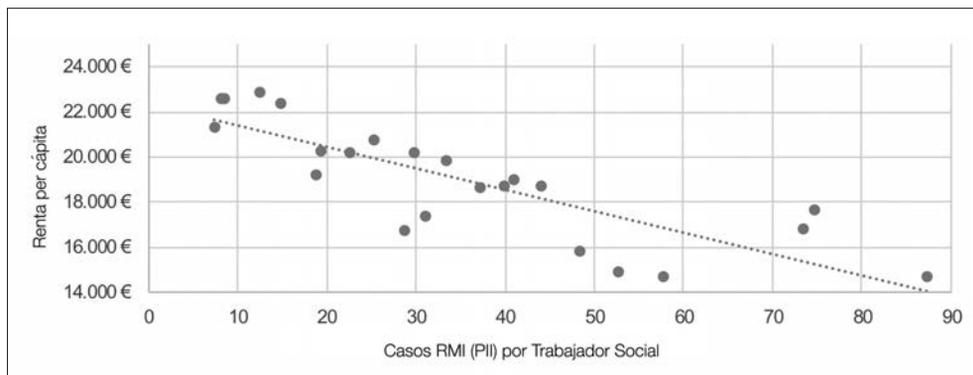


Fuente: Elaboración propia en base a datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

De nuevo, los distritos pertenecientes al municipio de Madrid son los que presentan un coeficiente de correlación más próximo a -1 (grado máximo de correlación negativa), registrando un valor (-84) que nos indica la existencia de una correlación alta e inversa entre las variables. Se hace así evidente que a mayor renta per cápita del distrito, la media de casos que atienden sus trabajadores sociales es menor, por lo que es razonable pensar que se puede garantizar mejor el acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social y laboral de sus ciudadanos.

No deja de llamar la atención que, aun perteneciendo a la misma administración local (el Ayuntamiento de Madrid), se den valores tan desiguales en el número de casos atendidos por los trabajadores sociales de los distintos distritos.

Cabría esperar una redistribución menos desigual de los medios humanos en unos servicios sociales cuya capacidad de gestión y organizativa supera sensiblemente a otros municipios en los que las posibilidades de presupuesto y organizativas son más limitadas.



Coefficiente de correlación entre renta per cápita y media de casos/ts: $-0,84$

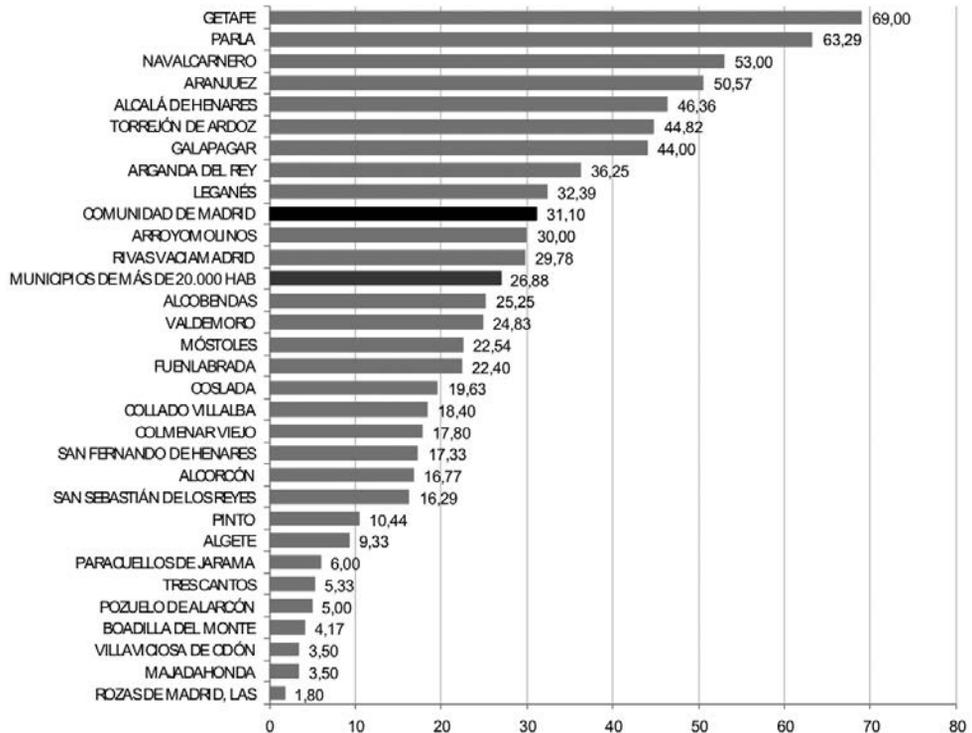
Figura 6: Relación entre la renta per cápita y la media de número de casos RMI (PII) por trabajador social. (Distritos del Municipio de Madrid).

Fuente: Elaboración propia.

4.4.2. Relación entre nivel de renta y la media de casos RMI atendidos por trabajador social de referencia en los municipios de más de 20 000 habitantes

Cuando limitamos la observación a las demarcaciones correspondientes a municipios de más de 20 000 habitantes, excluido el municipio de Madrid, nos encontramos con una variable de muy amplio recorrido, que iría de los 69 casos atendidos de media por los trabajadores sociales del municipio de Getafe como máximo valor; a los 1,8 casos atendidos de media por los trabajadores sociales de las Rozas de Madrid (ver Tabla 11).

Tabla 11: Media de casos RMI (PII) por trabajador social en 2014. Municipios de más de 20 000 habitantes



Fuente: Elaboración propia en base a datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la relación de las dos variables comparadas, aunque también puede apreciarse mayor relación entre las variables que cuando estas se referencian al conjunto de todas las demarcaciones, con un coeficiente de $-0,62$, la correlación no parece tan intensa como en el caso de los distritos de la capital. Aun así, esta correlación resulta muy significativa (ver Figura 7).

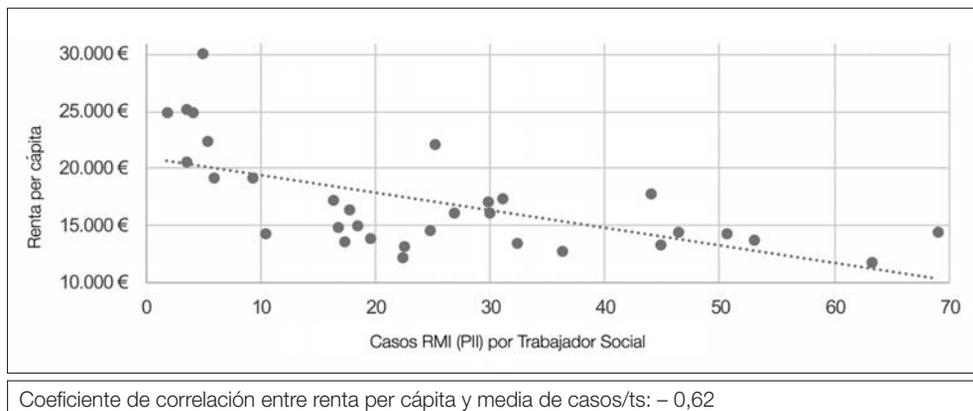


Figura 7: Relación entre la renta per cápita y la media de número de casos RMI (PII) por trabajador social (Municipio de más de 20.000 habitantes).

Fuente: Elaboración propia.

4.4.3. Relación entre nivel de renta y la media de casos RMI atendidos por trabajador social de referencia en las mancomunidades de servicios sociales y otros municipios de menos de 20 000 habitantes

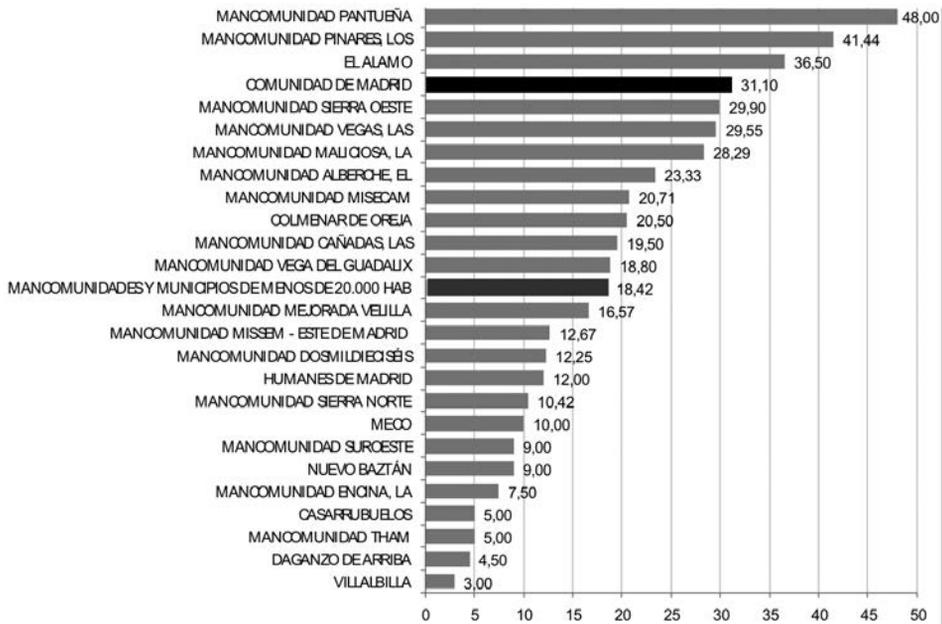
Finalmente, restringiremos las demarcaciones a las mancomunidades de servicios sociales y otros municipios de menos de 20 000 habitantes no mancomunados.

En este caso, el recorrido de la variable va desde un valor máximo correspondiente a los 48 casos atendidos de media por cada trabajador social en la mancomunidad de Pantueña, a un mínimo de 3 casos en el municipio de Villalvilla (ver Tabla 12).

Seguramente condicionada por su reducida población y por la dispersión geográfica de esta, la media de casos atendidos (18,42) en este conjunto de demarcaciones es sensiblemente inferior que para el conjunto de la Comunidad de Madrid (31,1).

Equilibrio territorial en la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid

Tabla 12: Media de casos RMI (PII) por trabajador social en 2014. Mancomunidades y municipios de menos de 20 000 habitantes



Fuente: Elaboración propia en base a datos del fichero técnico RMI de la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Cuando comparamos para este conjunto de demarcaciones esta última variable con su renta per cápita (ver Figura 8), nos encontramos con un coeficiente de correlación de $-0,44$, inferior al registrado tanto en distritos de la capital como en municipios de mayor tamaño, pero superior al coeficiente de referencia para el conjunto de demarcaciones de la Comunidad de Madrid.

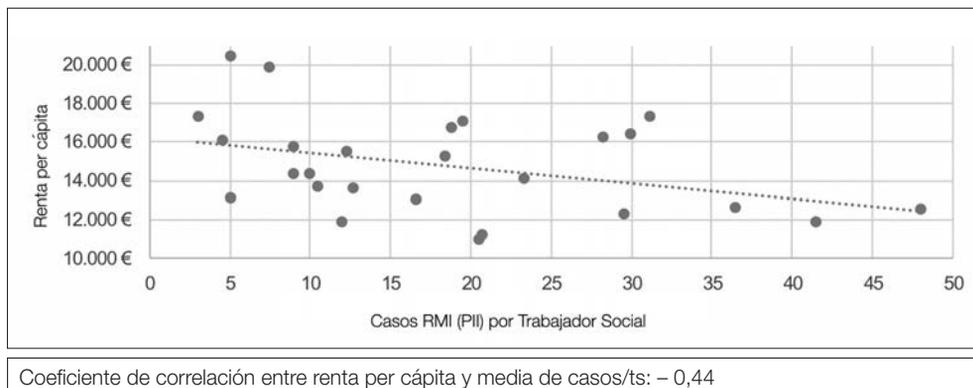


Figura 8: Relación entre la renta per cápita y la media de número de casos RMI (PII) por trabajador social (Mancomunidades y municipios de menos de 20 000 habitantes)

Fuente: Elaboración propia.

5. CONCLUSIONES

Considerando su carácter multidimensional, en el que interaccionan aspectos relacionados con el entorno laboral, educativo, social y de salud del individuo, la lucha contra la exclusión social requiere implementar políticas públicas que ofrezcan soluciones integrales. La Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid se concibió desde ese punto de vista, trascendiendo anteriores visiones simplistas que identificaban exclusión con pobreza económica.

Tanto la Ley de Renta Mínima como las distintas planificaciones generales y sectoriales que acompañaron su elaboración, preveían una serie de “medidas de inserción”, complementarias a la mera garantía de ingresos que suponía la prestación económica de RMI.

Una correcta aplicación de la ley y de las citadas planificaciones debiera haber tenido un efecto positivo de redistribución de renta en los distintos territorios a la vez que propiciado un acceso igualitario al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social, independientemente del distrito o municipio de residencia dentro de la Comunidad de Madrid.

A lo largo del presente trabajo hemos pretendido analizar tanto si la RMI produce ese efecto redistributivo de rentas entre los distintos territorios como si el acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social se produce de forma igualitaria en cualquier punto de la geografía regional.

Expuestos los datos y planteadas las hipótesis iniciales, podemos afirmar que:

- Existe una significativa correlación inversa entre renta per cápita y población beneficiaria de la RMI. Esta relación nos indica que la administración regional invierte un importe mayor en concepto de prestaciones económicas de RMI en aquellos territorios en los que se dan menores niveles de renta y, por el contrario, que realiza menor inversión en los territorios más ricos. Esta correlación inversa resulta positiva a efectos de una redistribución de los niveles de renta entre los diferentes territorios, transfiriéndose más fondos públicos a aquellos territorios económicamente más débiles.
- Existe también una significativa correlación inversa entre la renta per cápita y la media del número de casos de RMI atendidos por cada trabajador social en los centros de servicios sociales municipales. Aquellas demarcaciones en las que existe menor nivel de renta son a su vez aquellas en las que sus trabajadores sociales se ven obligados a atender mayor número de programas individuales de inserción. En este caso, la correlación presenta un impacto negativo a efectos de garantizar un acceso en igualdad de condiciones al derecho a los apoyos personalizados para la inserción social que establece la Ley de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid.

La sobrecarga de casos por trabajador social es un factor que incide determinante en el acceso al derecho a los apoyos personalizados para la inserción que establece la Ley de Renta Mínima, y corresponde a los poderes públicos de la región que dicho acceso se produzca en condiciones de igualdad y equilibrio en todo el territorio. Si queremos revertir en nuestra comunidad tendencias como las que han convertido a España en el segundo país más desigual de la UE, es necesario que tanto la Administración Regional como las distintas Entidades Locales se comprometan en la corrección de los desequilibrios territoriales en materia de inclusión social, dotando con mayores medios humanos y materiales a aquellas demarcaciones con mayores índices de población excluida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Estadística (1 de junio de 2015). *Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid*. Obtenido de Cuenta de renta de los hogares. Renta Per Cápita en distritos para el año 2010 (avance): <http://www-2.munimadrid.es/CSE6/control/seleccionDatos?numSerie=04010102030>
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Estadística (1 de Junio de 2015). *Contabilidad Municipal. Cuenta del Sector Hogares*. Obtenido de Cuenta de distribución secundaria de la renta: Renta Disponible Bruta per cápita: <http://www-2.munimadrid.es/CSE6/control/seleccionDatos?numSerie=4010102030>

- Castell, M. (1997). *El Cuarto Mundo: capitalismo informacional, pobreza y exclusión social. En la era de la información. Vol. 3. Fin de Milenio (pp. 95-191)*. Madrid: Alianza.
- Comunidad de Madrid. (2001). *Acuerdo de 2 de agosto de 2001, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Servicios Sociales (2001-2003)*.
- Comunidad de Madrid. (2015). Dirección General de Servicios Sociales. Fichero técnico RMI. *Datos de la Renta Mínima de Inserción a 31 de diciembre de 2014*. Recuperado el 1 de junio de 2015.
- Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (s.f.). Fichero técnico RMI. *Datos de RMI a 31 de diciembre de 2014*.
- INE (1 de junio de 2015). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2014*. Obtenido de Población por municipios: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2881>.
- Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (1 de junio de 2015). *Recursos económicos de los hogares*. Obtenido de Indicador de renta disponible bruta municipal. Per cápita para el año 2012 (avance): http://www.madrid.org/desvan/AccionLlamadaArbolDesvan_dwr.icm?tipoArbol=desvan-
- Laparra, M. (2004). La travesía del desierto de las rentas mínimas en España. *Documentación social*, 135, 57-76.
- Ley 11/2003 (14 de abril de 2003). Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *BOCM(88)*, 6-22. Obtenido de https://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/20030414_B/08800.PDF.
- Ley 15/2001, de 27 de diciembre, de Renta Mínima de Inserción en la Comunidad de Madrid (s.f.). *BOCM del 31 de diciembre de 2001*.
- Ley 3/2014, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2015. Art. 60. (2014). *BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID n° 309*. Obtenido de http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2014/12/29/BOCM-20141229-1.PDF.

7. ANEXOS

Anexo 1: DEMARCAIONES TERRITORIALES DE RMI

CÓD.	DESCRIPCIÓN DEMARCACIÓN	TT.SS. RMI (2014)	PII	INVERSIÓN RMI (2014)	INVERSIÓN RMI/HAB (2014)	RENDA PER CÁPITA (2012)	RATIO PII/TS (2014)	POBLACIÓN (2014)	POBLACIÓN/TS (2014)
1	DISTRITO CENTRO	23	767	2.963.054,99€	22,07€	19.832,92€	33,35	134.233	5.836
2	DISTRITO ARGANZUELA	9	203	742.235,54€	4,90 €	20.186,06€	22,56	151.565	16.841
3	DISTRITO RETIRO	8	100	413.411,80€	3,48€	22.867,49€	12,50	118.710	14.839
4	DISTRITO SALAMANCA	10	86	300.939,78€	2,10€	22.606,97€	8,60	143.557	14.356
5	DISTRITO CHAMARTÍN	8	119	462.795,17€	3,24€	22.384,52€	14,88	142.644	17.831
6	DISTRITO TETUÁN	17	696	2.817.380,09€	18,48€	18.984,69€	40,94	152.480	8.969
7	DISTRITO CHAMBERÍ	13	106	419.767,81€	3,03€	22.643,32€	8,15	138.547	10.657
8	DISTRITO FUENCARRAL	20	386	1.595.863,60€	6,86€	20.277,81€	19,30	232.585	11.629
9	DISTRITO MONCLOA	8	203	819.935,67€	7,09€	20.785,01€	25,38	115.680	14.460
10	DISTRITO LATINA	29	834	3.571.679,12€	15,01€	16.777,57€	28,76	237.886	8.203
11	DISTRITO CARABANCHEL	32	1550	6.983.789,07€	28,77€	15.815,96€	48,44	242.711	7.585
12	DISTRITO USERA	22	1271	5.754.557,56€	43,07€	14.715,86€	57,77	133.617	6.074
13	DISTRITO PUENTE VALLECAS	28	2447	10.942.515,88€	47,85€	14.688,17€	87,39	228.674	8.167
14	DISTRITO MORATALAZ	10	441	2.100.110,28€	21,84€	18.690,41€	44,10	96.144	9.614
15	DISTRITO CIUDAD LINEAL	18	337	1.308.350,71€	6,11€	19.204,54€	18,72	214.196	11.900
16	DISTRITO HORTALEZA	12	358	1.433.817,89€	8,30€	20.206,83€	29,83	172.656	14.388
17	DISTRITO VILLAVERDE	19	1000	4.297.551,32€	30,26€	14.884,64€	52,63	142.000	7.474
18	DISTRITO VILLA VALLECAS	13	972	4.574.802,09€	46,33€	17.652,63€	74,77	98.739	7.595
19	DISTRITO VICALVARO	8	587	2.607.851,76€	37,41€	16.818,25€	73,38	69.709	8.714
20	DISTRITO SAN BLAS	17	633	2.706.996,14€	17,65€	18.654,92€	37,24	153.329	9.019
21	DISTRITO BARAJAS	5	37	145.839,13€	3,20€	21.323,37€	7,40	45.573	9.115
22	ALCOBENDAS	8	202	791.881,52€	7,06€	22.093,49€	25,25	112.188	14.024
23	MANCOMUNIDAD DOSMILDICIESEIS	8	98	375.690,96€	8,72€	15.517,33€	12,25	43.090	5.386
24	SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES	7	114	435.240,31€	5,22€	17.286,65€	16,29	83.329	11.904
25	COLMENAR VIEJO	5	89	327.701,72€	6,91€	16.473,08€	17,80	47.445	9.489
26	COLLADO VILLALBA	10	184	642.478,37€	10,27€	15.086,63€	18,40	62.587	6.259
27	MANCOMUNIDAD MALICIOSA, LA	7	198	802.574,46€	19,23€	16.285,19€	28,29	41.745	5.964
28	MANCOMUNIDAD SIERRA NORTE	12	125	483.681,86€	16,48€	13.705,34€	10,42	29.347	2.446

CÓD.	DESCRIPCIÓN DEMARCACIÓN	TT.SS. RMI (2014)	PII	INVERSIÓN RMI (2014)	INVERSIÓN RMI/HAB (2014)	RENDA PER CAPITA (2012)	RATIO PII/TS (2014)	POBLACIÓN (2014)	POBLACIÓN/TS (2014)
29	ALCORCÓN	22	369	1.401.279,13€	8,23€	14.835,77€	16,77	170.336	7.743
30	MÓSTOLES	28	631	2.543.461,84€	12,36€	13.220,50€	22,54	205.712	7.347
31	MAJADAHONDA	6	21	63.055,98€	0,90€	25.185,05€	3,50	70.359	11.727
32	POZUELO DE ALARCÓN	6	30	95.245,86€	1,13€	30.078,34€	5,00	84.360	14.060
33	ROZAS DE MADRID, LAS	10	18	63.683,15€	0,69€	24.937,59€	1,80	92.784	9.278
34	MANCOMUNIDAD SIERRA OESTE	10	299	1.201.481,61€	18,17€	16.467,28€	29,90	66.123	6.612
35	NAVALCARNERO	4	212	933.798,64€	35,42€	13.828,98€	53,00	26.364	6.591
36	MANCOMUNIDAD PINARES, LOS	9	373	1.495.847,27€	47,13€	11.871,48€	41,44	31.739	3.527
37	VILLAVICIOSA DE ODÓN	4	14	58.135,87€	2,16€	20.586,70€	3,50	26.911	6.728
38	FUENLABRADA	35	784	3.060.885,76€	15,63€	12.240,82€	22,40	195.864	5.596
39	GETAFE	9	621	2.446.959,20€	14,14€	14.464,58€	69,00	173.057	19.229
40	LEGANÉS	23	745	2.883.556,46€	15,45€	13.522,20€	32,39	186.696	8.117
41	MANCOMUNIDAD SUROESTE	7	63	227.143,06€	5,95€	14.365,30€	9,00	38.160	5.451
42	PARLA	17	1076	4.105.749,32€	32,76€	11.876,41€	63,29	125.323	7.372
43	PINTO	9	94	331.299,07€	6,96€	14.298,48€	10,44	47.594	5.288
44	COSLADA	8	157	668.422,46€	7,52€	13.903,56€	19,63	88.847	11.106
45	MANCOMUNIDAD MEJORADA VELILLA	7	116	463.930,86€	13,22€	13.064,80€	16,57	35.097	5.014
46	SAN FERNANDO DE HENARES	6	104	443.816,00€	10,88€	13.659,49€	17,33	40.781	6.797
47	TORREJÓN DE ARDOZ	11	493	1.997.096,74€	15,74€	13.340,84€	44,82	126.878	11.534
48	ALCALÁ DE HENARES	14	649	2.645.784,75€	13,18€	14.510,35€	46,36	200.768	14.341
49	MANCOMUNIDAD MISSEM - ESTE DE MADRID	3	38	142.999,72€	7,92€	13.647,15€	12,67	18.052	6.017
50	ARANJUEZ	7	354	1.565.611,24€	27,09€	14.386,62€	50,57	57.792	8.256
51	ARGANDA DEL REY	4	145	539.031,61€	9,75€	12.854,39€	36,25	55.307	13.827
52	MANCOMUNIDAD VEGAS, LAS	11	325	1.384.458,08€	22,91€	12.299,37€	29,55	60.438	5.494
53	VALDEMORO	6	149	579.062,52€	8,01€	14.615,44€	24,83	72.265	12.044
54	MANCOMUNIDAD MISECAM	7	145	603.367,95€	22,51€	11.238,75€	20,71	26.810	3.830
55	REALIDADES	2	139	513.668,90€	NP	NP	69,50	NP	NP
57	SAMUR	12	276	981.221,63€	NP	NP	23,00	NP	NP
58	MANCOMUNIDAD CAÑADAS, LAS	4	78	279.143,08€	9,45€	17.081,97€	19,50	29.536	7.384
59	TRES CANTOS	6	32	127.371,22€	2,99€	22.471,46€	5,33	42.546	7.091
60	MANCOMUNIDAD THAM	13	65	219.255,73€	3,85€	20.506,74€	5,00	56.998	4.384
61	RIVAS VACIAMADRID	9	268	1.185.681,99€	14,73€	17.101,91€	29,78	80.483	8.943

Equilibrio territorial en la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid

CÓD.	DESCRIPCIÓN DEMARCACIÓN	TT.SS. RMI (2014)	PII	INVERSIÓN RMI (2014)	INVERSIÓN RMI/HAB (2014)	RENTA PER CAPITA (2012)	RATIO PII/TS (2014)	POBLACIÓN (2014)	POBLACIÓN/TS (2014)
62	GALAPAGAR	3	132	546.460,56€	16,88€	17.869,71€	44,00	32.380	10.793
63	MANCOMUNIDAD ENCINA, LA	8	60	233.684,28€	4,77€	19.927,99€	7,50	48.966	6.121
64	BOADILLA DEL MONTE	6	25	94.301,91€	1,97€	25.003,70€	4,17	47.852	7.975
65	ALGETE	3	28	121.674,47€	6,05€	19.215,48€	9,33	20.102	6.701
66	MECO	2	20	76.720,67€	5,84€	14.415,43€	10,00	13.133	6.567
68	MANCOMUNIDAD PANTUENA	1	48	219.850,01€	18,49€	12.594,16€	48,00	11.888	11.888
69	MANCOMUNIDAD VEGA DEL GUADALIX	5	94	350.888,73€	10,93€	16.795,91€	18,80	32.112	6.422
71	NUEVO BAZTÁN	1	9	33.159,44€	5,56€	15.812,06€	9,00	5.959	5.959
72	COLMENAR DE OREJA	2	41	156.397,87€	18,60€	10.976,41€	20,50	8.409	4.205
73	MANCOMUNIDAD ALBERCHE, EL	3	70	259.362,86€	18,46€	14.135,08€	23,33	14.051	4.684
74	CASARRUBUELOS	1	5	16.644,57€	4,81€	13.166,26€	5,00	3.460	3.460
75	HUMANES DE MADRID	3	36	144.931,03€	7,47€	11.883,19€	12,00	19.404	6.468
76	PARACUELLOS DE JARAMA	3	18	57.485,36€	2,65€	19.266,33€	6,00	21.718	7.239
77	EL ALAMO	2	73	212.684,31€	23,82€	12.627,28€	36,50	8.929	4.465
78	VILLALBILLA	2	6	23.011,61€	1,93€	17.342,58€	3,00	11.916	5.958
79	DAGANZO DE ARRIBA	2	9	26.782,30€	2,72€	16.095,12€	4,50	9.841	4.921
80	ARROYOMOLINOS	3	90	406.009,03€	16,00€	16.162,91€	30,00	25.374	8.458

ANEXO 2: AGRUPACIONES DE DEMARCACIONES

TERRITORIO	TT.SS. CON CASOS RMI	CASOS RMI (PII)	INVERSIÓN RMI 2014	INVERSIÓN RMI/HAB	RENTA PC EN 2012	RATIO PII/TS	POBLACIÓN 2014	HABITANTES POR TS
TOTAL COMUNIDAD DE MADRID	765	23.790	99.054.050,31€	15,35€	17.349,70€	31,10	6.454.440	8.437
TOTAL DISTRITOS DE MUNICIPIO MADRID	329	13.133	58.458.135,93€	18,47€	18.754,46€	39,92	3.165.235	9.621
TOTAL MUNICIPIOS DE MÁS DE 20 000 HAB	292	7.848	31.162.222,06€	11,88€	16.138,22€	26,88	2.624.002	8.986
TOTAL MANCOMUNIDADES SS.SS.	115	2.195	8.743.360,52€	14,97€	15.494,11€	19,09	584.152	5.080
TOTAL MUNICIPIOS DE MENOS DE 20 000 HAB	15	199	690.331,80€	8,52€	13.939,06 €	13,27	81.051	5.403
TOTAL MANCOMUNIDADES Y MUNICIPIOS DE MENOS DE 20 000 HAB	130	2.394	9.433.692,32€	14,18€	15.304,64€	18,42	665.203	5.117

Título del libro: MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA. PRINCIPIOS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN

Book title: MANUAL OF SYSTEMIC THERAPY: PRINCIPLES AND TOOLS FOR INTERVENTION

AUTORA: ALICIA MORENO

(Ed.) Bilbao: Desclée De Brouwer

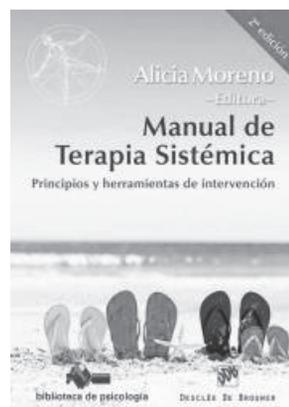
Año de publicación: 2014

Páginas: 597

ISBN: 978-8433027375

Reseña realizada por *María Guillén Sáenz de Tejada*

Trabajadora social y terapeuta familiar



El *Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención* hace un repaso ordenado por la teoría sistémica y la intervención con familias de la mano de sus autoras y autores, reconocidos profesionales en la intervención sistémica, con una amplia experiencia tanto en el trabajo con familias y parejas como en la docencia.

El paradigma sistémico encuadra al individuo dentro de sus diferentes sistemas de referencia y centra su foco en las relaciones que se establecen entre ellos. La familia es nuestro sistema básico de pertenencia, donde aprendemos las formas de relacionarnos con otros miembros, que son las que luego llevamos a la práctica en otros aspectos de nuestras vidas. Es por esto que la intervención con familias y parejas es la forma más frecuente de trabajo desde el paradigma sistémico aunque, bien es verdad que una mirada sistémica puede ser también aplicada a la intervención con individuos, grupos y organizaciones.

Las y los profesionales del trabajo social que nos dedicamos en nuestro desempeño profesional a la intervención con familias podemos encontrar en este manual una guía en la que apoyar nuestro trabajo y un mapa para adquirir una visión contextual, más completa y compleja, de los individuos y familias con quienes intervenimos.

Este manual se divide en tres partes. La primera nos introduce en la teoría sistémica, presentando sus conceptos y herramientas básicas. La segunda sección dedica un capítulo a cada modelo de intervención dentro del paradigma sistémico y, por último, la tercera se centra en la figura del profesional sistémico.

En el primer capítulo, *Fundamentos teóricos del paradigma sistémico*, se exponen los conceptos básicos sobre los que se asienta el paradigma sistémico y que resultan fundamentales para ir asentando los contenidos del resto del manual. Cabe destacar: los sistemas y sus propiedades, los axiomas de la comunicación y su repercusión para la práctica, y la evolución del paradigma desde la primera a la segunda cibernética.

El segundo capítulo trata acerca del ciclo vital familiar, que corresponde con las etapas que, teniendo en cuenta factores socioculturales, son esperables en el desarrollo de una familia como: la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, la independencia de los hijos (nido vacío) y el reencuentro de la pareja, entre otras. Se caracteriza por fases de estabilidad alternadas con fases de cambio e inestabilidad, para permitir el crecimiento de los miembros. Muchas de las crisis que observamos en la práctica profesional se corresponden con estas fases de cambio, comunes a muchas familias. Por ello, ser capaces de reconocerlas y transmitirle a la familia la normalidad de la crisis evita en muchas ocasiones atascos en este ciclo que son siempre más perjudiciales. La importancia del ciclo vital se aprecia en que muchos de los modelos expuestos en la segunda sección del manual hacen referencia a él.

El capítulo acerca de la perspectiva de género invita a una reflexión para revisar nuestras propias creencias o sesgos sobre los roles de género. Es un aspecto transversal en nuestro ejercicio profesional y resulta muy curioso descubrir cómo esos sesgos han podido afectar también a la construcción de los modelos o herramientas sistémicos.

En cuanto a los métodos e instrumentos de la evaluación familiar, en el cuarto capítulo se presentan los métodos observacionales, cuestionarios y escalas más importantes. Por su utilidad para el trabajo social con familias destacaría la clara explicación de la forma de aplicación de estos instrumentos, y la información sobre cómo acceder a las escalas y cuestionarios para su utilización en la práctica y en la investigación.

Para la aplicación del paradigma sistémico desde la amplia variedad de ámbitos en los que actúa el trabajo social es fundamental el conocimiento acerca del contexto de intervención. El capítulo cinco hace especial hincapié en la delimitación del contexto operativo, que es aquel que engloba a las personas con las que vamos a trabajar, las claves a tener en cuenta para su establecimiento, así como el análisis de la derivación y el motivo de la cita como las primeras claves para la intervención con familias.

Al hablar de destrezas terapéuticas sistémicas en el capítulo seis, se describen y ejemplifican las principales habilidades que se deben entrenar para intervenir desde una

perspectiva sistémica y que son comunes a todos los modelos. De ellas me parece especialmente importante la circularidad, que llevada a la práctica con las preguntas circulares nos aleja de las clásicas explicaciones lineales en términos de causa-efecto, ayudándonos a construir una mirada contextual.

La segunda sección del manual aborda los principales modelos de intervención dentro del paradigma sistémico que, aunque parten del mismo tronco teórico, se van desarrollando en diferentes direcciones y formas de intervenir particulares. En cada modelo se aborda su origen histórico y principales representantes, así como los conceptos básicos, cómo se concibe el proceso de cambio y cuáles son las principales estrategias de intervención. A modo de pincelada de cada uno de ellos podemos destacar:

- En Estados Unidos, en los años 60 de la mano de Salvador Minuchin surge la terapia estructural (capítulo 7) que hace especial hincapié en la organización de la familia, dividiéndola en subsistemas, cada uno con funciones diferentes, y analizando cómo deben ser los límites entre ellos para un funcionamiento adecuado del sistema familiar.
- En la misma década y también en Estados Unidos surge el modelo de terapia intergeneracional (capítulo 8), que trata de buscar en el histórico de la familia los mitos, creencias y pautas de funcionamiento transmitidas generación tras generación y que están afectando al presente. Este modelo fue impulsado por Murray Bowen e Ivan Boszormenyi-Nagy.
- La escuela de Milán, liderada por Mara Selvini (capítulo 9) fue el primer modelo de intervención nacido en Europa. Se caracteriza por la combinación de investigación y práctica clínica, que ha dado lugar a un modelo en continua revisión y evolución. Una de sus principales aportaciones ha sido el concepto de juegos familiares, que hace referencia a las alianzas, coaliciones y dinámicas de poder ocultas que, a lo largo del tiempo, acaban generando sintomatología en alguno de los miembros de la familia
- El modelo de terapia estratégica fundado por Haley (capítulo 10) se centra en tratar de resolver el problema por el que consulta la familia de la forma más rápida y eficaz posible. Para ello, se tiene en cuenta la función que pueden estar desempeñando las conductas o interacciones problemáticas en el sistema familiar. En el capítulo se describen con detalle y numerosos ejemplos los distintos tipos de intervenciones típicas de este modelo: tareas directas, indirectas o paradójicas.
- La premisa principal del modelo de terapia breve (capítulo 11) es que “la solución se convierte en el problema”, es decir, que los problemas se mantienen porque se establecen en torno a ellos circuitos de interacción ineficaces y problemáticos. La tarea del terapeuta es identificar y romper las formas de percibir la realidad y de actuar que mantienen esos circuitos de interacción. Este modelo

se centra en facilitar formas alternativas de relación y comunicación, sin confrontar directamente las “resistencias” (es decir, la tendencia de todos los sistemas al no cambio).

- La terapia breve centrada en soluciones (capítulo 12) parte de un análisis de los problemas similar a la terapia breve del MRI, aunque se enfoca en las soluciones y no en los problemas, es decir, en detectar y amplificar las excepciones al problema que ya se dan o han ocurrido en algún momento. Una de sus herramientas principales es la pregunta milagro que invita a la familia a imaginarse su vida en ausencia del problema que les lleva a consultar. En el capítulo se incluye la descripción detallada de un proceso terapéutico basado en este modelo.
- Por último, se expone el modelo de terapia narrativa (capítulo 13), creado por los trabajadores sociales Michael White y David Epston. Este modelo se interesa especialmente por la narrativa con la que las personas construyen su identidad, basándose en la noción posmoderna de que las realidades se construyen socialmente. El objetivo de este modelo de intervención es cuestionar las narrativas problemáticas, que limitan las posibilidades de las personas y sus relaciones, sustituyéndolas por narrativas alternativas. La principal herramienta es la externalización, que pone a las personas en relación con sus problemas y sigue la máxima de que *la persona no es el problema; el problema es el problema*.

Los dos últimos capítulos, catorce y quince, forman la tercera parte del manual, centrada en la figura del terapeuta sistémico. Las y los profesionales del sector social valoramos el autoconocimiento para una mejor intervención. Nuestra principal herramienta de trabajo somos nosotras y nosotros mismas/os y, en la medida en que conozcamos nuestras fortalezas, podremos cuidarnos más y cuidar más a las personas que atendemos. Siguiendo esta línea, desde la perspectiva sistémica se apuesta por el conocimiento de la familia de origen del profesional para conocer nuestras propias historias y poder acompañar a las familias en sus procesos de cambio.

Al igual que en muchos modelos psicoterapéuticos, la otra apuesta en relación a la figura del terapeuta es la supervisión. Su objetivo es desarrollar la capacidad de autoobservación en relación con las familias para una mejor intervención, obtener feedback y además tener un espacio en el que tratar los aspectos personales que pueden aflorar al trabajar en contacto con otras personas. El capítulo expone las funciones de la supervisión, los diferentes modelos y cómo es la relación con la persona supervisora.

Para quienes quieran conocer un poco más sobre este manual, en la web de la editorial, puede consultarse el prólogo, escrito por Carlos Sluzki, que hace un recorrido histórico de la evolución de la terapia familiar y el capítulo introductorio en el cual se presentan los contenidos abordados en el libro.

(http://www.edesclée.com/products.php/ISBN9788433027375/cPath,7_19/page,2).

Como trabajadora social que ha podido empaparse del paradigma sistémico, puedo afirmar que el conocimiento de la teoría y los modelos sistémicos aporta la riqueza necesaria para una mejor comprensión de las complejas situaciones familiares con las que trabajamos. Este manual, por la claridad didáctica de sus explicaciones, el orden del discurso y sus detallados índices que agilizan la búsqueda de información concreta, así como la combinación de teoría con casos prácticos, es una magnífica herramienta tanto para quienes quieran adentrarse por primera vez en la teoría sistémica, como para los y las ya conocedores/as del paradigma que quieran profundizar en ello. La bibliografía recomendada al final de cada capítulo resulta muy interesante para ampliar lecturas de referencia. Por todo esto, es un placer para mí recomendar el *Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención* para quienes estén interesadas e interesados en mejorar su intervención profesional y adquirir una visión contextual del cambio.

Los retos de la cronicidad. Congreso Edad y Vida 2015

Concepción Castro Clemente

El pasado 10 de marzo de 2015 tuvo lugar, en la sede central de la Fundación Once situada en el Paseo de la Habana de Madrid, el Congreso Edad y Vida 2015. La inauguración fue realizada por D. Jesús Fermosel Díaz (Consejero de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid), D. César Antón Beltrán (Director General del IMSERSO), D. Carlos Blanco Bravo (Director General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid), D. Eduardo Rodríguez Rovira (Presidente de la Fundación Edad y Vida y Presidente ejecutivo del Congreso), D. Higinio Raventós Negra (Presidente de Honor de Fundación Edad y Vida), D. Albert Verges Millet (Director General de la Fundación Edad y Vida y Director ejecutivo del Congreso), D. Josep María Via y Redons (Presidente del Comité del Programa del Congreso), y D. Alfredo Ruíz Plaza (Miembro de Fundación Edad y vida Managing Director Southern Europa. Compass Group).

Durante su intervención, D. Eduardo Rodríguez Rovira, insistió en la necesidad de crear un servicio integrado dentro del modelo sociosanitario para hacer frente a la cronicidad, en el que se deberían incorporar elementos clave como el envejecimiento activo y la responsabilidad social de las empresas.

D. Carlos Blanco Bravo, incidió en la satisfacción que presentan las personas mayores con los servicios de ayuda a domicilio, centros de día y residencia; pero también en la necesidad de seguir avanzando para atender los nuevos retos que en un futuro planteará la atención de la dependencia, y especialmente para apoyar profesionalmente a las personas mayores en su envejecimiento.

D. César Antón Beltrán explicó los retos del envejecimiento como nuevos cambios sociales que producen modificaciones en la forma de vida, principalmente en la familia. Enfatizó la importancia del Estado de Bienestar para garantizar la calidad de vida de los ciudadanos, concretamente en educación, sanidad, servicios sociales y pensiones. Comentó que se estaba avanzando en este sentido, pero también los ciudadanos y las familias se deberían implicar en este proceso y a su vez el Estado debería ofrecer un servicio integral. Se trataría de construir los pilares de la atención integrada para ofrecer calidad de vida a las personas y familias que así lo necesitaran.

D. Jesús Fermosel Díaz, incidió en el congreso como herramienta para permitir plan-

tearse nuevos retos y buscar conjuntamente soluciones, en este caso ante la cronicidad de numerosas enfermedades. El aumento de la esperanza de vida no debería ser un problema sino un reto, siendo los objetivos principales garantizar la calidad de vida de las personas mayores y mejorar la atención sociosanitaria, que aunque en menos de treinta años se ha superado la beneficencia, todavía queda mucho por hacer para conseguir la atención sociosanitaria.

A continuación, y a lo largo del congreso, tuvieron lugar innumerables conferencias, con interesantes contribuciones profesionales y metodológicas, que abren las vías para buscar una solución integral al problema de la cronicidad, especialmente en las personas mayores.

En la conferencia de D. César Antón Beltrán, el Director General del IMSERSO enfatizó la importancia de la familia como agente principal de atención a las personas dependientes además de los servicios público-privados, para dar cobertura a las necesidades planteadas por los ciudadanos. Incidió en la necesidad de un cambio cultural incorporando la retroalimentación entre los servicios sociales y la atención sanitaria. *El otro reto es innovar en las instituciones y mejorar la coordinación sociosanitaria.* Sería necesario establecer un marco en el que los profesionales pudieran participar en un sistema más eficiente para las personas, se tendría que hacer porque se necesita la atención integral, en donde las comisiones de seguimiento podrían ocupar un lugar destacado para la organización y coordinación de los servicios, es el primer eslabón para sumar esfuerzos, con la figura de *gestor de caso*. En la historia sanitaria se debería incorporar la información social del caso.

En una segunda conferencia, el Director Ejecutivo International Foundation For Integrated Care (IFIC), Nick Goodwin, comentó un ejemplo de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas complejas y determinó los elementos clave para el éxito desde la experiencia internacional. Insistió en que la sociedad envejecida requiere de una complejidad de cuidados y que la financiación de sus costes es distinta en cada país. Propuso un nuevo paradigma para intentar integrar la salud con los cuidados sociales para que la persona afectada no esté sola, que esta se pueda involucrar en su propio cuidado, mejorar la comunicación entre los cuidadores, y evitar la simultaneidad y duplicidad de los servicios.

Con un servicio integral de atención se conseguiría mejorar los cuidados, la salud y reducir los costes, pero para ello se necesita una robusta evaluación, financiación y la necesidad de regulación gubernamental. Para facilitar esta transformación en el sistema sanitario se necesitaría: 1. Activar soporte de autocuidado, 2. Atención primaria, 3. Secundaria y prevención, 4. Atención integral, 5. Integrar equipos sociales y médicos, 6. Acompañar el final de la vida.

Nick Goodwin ofreció positivismo y pragmatismo en su conferencia, pues el nuevo planteamiento consistiría en apoyar a las personas, ayudándolas a que tomen sus decisiones, y mejorando su participación comunitaria, construyendo conexiones sociales y promoviendo la justicia social. Las relaciones sociales son muy importantes para las personas mayores por lo que trabajar en comunidad sería la alternativa perfecta para facilitar la participación de las personas mayores y trabajar en red con los profesionales (trabajar con la comunidad). De nuevo parece necesaria la integración sociosanitaria y por tanto siete serían los aspectos fundamentales en la atención a personas mayores: Cuidados de salud, atención primaria y secundaria, coordinación profesional, sistema eficiente mediante el empleo de las nuevas tecnologías, sistemas integrales de atención, construir capital social y capacidad de colaboración, y más investigación y evaluación.

En su ponencia Milagros Marcos Ortega (Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Junta de Castilla y León) enfatizó la importancia de los servicios sociales para facilitar esta atención integral de las personas afectadas por la cronicidad. Incidió en la necesidad de un cambio en los servicios sociales en varios aspectos: profesionalización, universalización, mejora de gestión y revisión de agenda política. Este cambio estructural en los servicios sociales puede crear también puestos de trabajo y esto sería un añadido positivo. Se tendría que cambiar el modelo de gestión, simplificando el acceso a las prestaciones y poniendo a la persona en el centro del sistema, estableciendo criterios únicos y homogéneos, mejorando la coordinación con otros sistemas (por ejemplo en lo educativo y laboral) y garantizando la calidad de vida de las personas mayores; pero todo esto sería inviable sin presupuesto económico. Con la implantación de la ley de la dependencia, se quiere avanzar en la coordinación de los sistemas de salud y servicios sociales, pero todavía queda mucho por hacer, pues existe una descompensación entre los sistemas de salud y los servicios sociales. Se necesitaría: compartir prioridades, información y procesos, es decir *tener un proceso compartido de gestión*, en el que las personas fueran el centro del sistema, con una solicitud única, una única valoración. Solo una solicitud eligiendo el servicio al que se quiere acceder. La coordinación sociosanitaria sería fundamental para que el ciudadano disponga de una gama amplia y flexible para poder llegar a su domicilio con servicios organizados por necesidades. Cada persona tendría su *Profesional de Referencia desde los Centros de Servicios Sociales*, encargado de coordinar los servicios, pero para esto es necesario respuestas rápidas y una gestión ágil. La administración se tiene que organizar y establecer un procedimiento que permita apoyar la calidad de vida de las personas. Se necesitarían más personas trabajando en el servicio de ayuda a domicilio, pues esto podría suponer un ahorro de un 20 % de presupuesto y un gran incremento de calidad de vida en las personas mayores, que pasaría de la ayuda social a una política de derechos, de la compasión a la gestión eficaz y eficiente.

En el congreso también tuvieron lugar varias mesas de trabajo, pero destacaron entre otros aportes los de la mesa destinada a analizar la responsabilidad social de las empresas y la economía social. Los distintos ponentes que participaron en ella incidieron

en que las empresas deberían dedicar un apartado para la atención de la dependencia y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, buscando el fortalecimiento del Estado de Bienestar y la creación de empleo, vinculando el envejecimiento con el mercado laboral, es decir, vinculando el empleo con el bienestar social. La responsabilidad social tiene como objetivo atender a las personas con dificultades y facilitar la sostenibilidad y la cohesión social, siendo un elemento clave para contribuir a la mejora de vida de los ciudadanos.

En el Congreso Edad y Vida quedó reseñada la necesidad de una coordinación sociosanitaria, una atención integral, un profesional de referencia, el acompañamiento y seguimiento de cada caso, la participación con y en la comunidad, un trabajo en red y el uso de las nuevas tecnologías.

El congreso también incidió indirectamente en la necesidad de establecer un profesional de referencia y un gestor de caso, que en algunos programas es ya la figura del/ de la trabajador/a social la que aparece como referencia básica dentro del sistema sociosanitario. El ponente Rejean Herbert estuvo explicando el modelo PRISMA, un ejemplo de servicio integral al ciudadano, llevado a cabo en Canadá, en el que la persona decide sus servicios, y está asesorado por los/as trabajadores/as sociales. Este programa ofrece una atención integrada, porque el sistema de apoyo familiar se está deteriorando, por este motivo existe la necesidad de diseñar un modelo integral para la persona, que aglutine salud, educación, servicios sociales, buscando que el usuario esté debidamente atendido. En este modelo se integra el sistema de salud y los servicios sociales. Cada sistema tiene que mejorar la coordinación e innovar para pensar cuáles pueden ser las respuestas adecuadas para atender a las personas que demandan apoyo al sistema porque tienen una necesidad. Según este programa los servicios sociales intentan dar respuestas más sensibles, en relación a la curación y a los cuidados. Los profesionales deben cambiar su discurso y unirse bajo una misma finalidad. Los puntos en los que se centra el modelo *PRISMA* serían los siguientes: coordinación política y gestora, una historia personal informatizada, puntos de entrada únicos, gestión y seguimiento de los casos, planes de servicios individualizados y un solo y único instrumento de evaluación.

La idea de este modelo es crear un sistema común, unificando toda la información en un repositorio digital, con una historia social como tronco común de la información, al que se pueda acceder con varios niveles de seguridad, para poder salvaguardar la confidencialidad del caso.

Este modelo está basado en una única entrada del caso y en un mismo sistema de evaluación, en un modelo de gestión de casos, en el que el protagonista principal de la salud es la persona. Pretende cambiar la concepción de paciente pasivo por paciente activo, así como cuidar a los cuidadores en el caso de las personas dependientes.

El modelo *PRISMA* es un buen ejemplo que puede permitir el desarrollo de estrategias de coordinación sociosanitaria en un futuro, con la figura del/de la trabajador/a social en el centro de esta dinámica, quien se encargaría de coordinar los recursos externos e internos de la atención a la persona enferma.

En este sentido se estima que profesionales y colegios deberían trabajar conjuntamente para hacer posible esta nueva posibilidad, pues se ha visto cómo en otros países, como Canadá, está funcionando muy bien, conscientes de la importancia de los/as trabajadores/as sociales en la gestión social de los casos y en la coordinación socio-sanitaria.

Trabajo Social Hoy es una marca registrada en el Registro de Marcas Comunitarias con número 3028044/3

<p>Temática y alcance de la revista</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista profesional, que tiene como principal finalidad la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionados con el Trabajo Social. La divulgación de sus contenidos está enfocada hacia una red de conexión internacional que permita suscitar debates plurales y el intercambio de experiencias e información relacionada con la profesión. La responsabilidad de esta revista recae en el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, que durante veinte años ha elaborado la publicación, disponible a partir de 2004 en formato digital.</p>
<p>Tipos de trabajos</p>	<p>El contenido de la revista estará dividido en las siguientes secciones:</p> <p><i>Artículos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier. Cuando se especifique una temática concreta. ▪ Temas de interés profesional. Se publicarán artículos de investigación o revisiones bibliográficas. ▪ Intervención y práctica profesional. Artículos en los que se describan programas de intervención, casos y experiencias prácticas. <p><i>Reseñas</i></p> <p><i>Información profesional</i></p>
<p>Proceso de selección de artículos y contenidos</p> <p>La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los trabajos realizados en el correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com, acompañados de una carta de presentación en la que se solicita la evaluación del artículo para su publicación en la sección de la revista que proceda, con indicación expresa de que se trata de un trabajo que no ha sido ni difundido ni publicado anteriormente, y que es enviado únicamente a la revista Trabajo Social Hoy con esta finalidad. La carta debe ir firmada por los autores del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la Secretaría de la sección de publicaciones del Colegio Oficial de Trabajadores de Madrid notificará mediante email la recepción del mismo, indicando en su caso si procede la realización de cambios en el formato de presentación si no se cumplirán los requisitos mínimos indicados en las instrucciones a los autores. 3. Después de la recepción, la Secretaría de publicaciones procederá a su anonimización para garantizar que los datos de los autores no están disponibles durante la evaluación del artículo.

Proceso de selección de artículos y contenidos

4. El texto será clasificado según las secciones indicadas en el apartado tipos de trabajos.
5. Tendrá lugar la primera evaluación que será realizada por un miembro del Consejo de Redacción, el cual comprobará la adecuación del contenido del artículo con el alcance de la temática de la revista y su calidad en general.
6. El miembro del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores externos, para realizar la evaluación también de forma anónima. El evaluador emitirá las consideraciones oportunas sobre la calidad del artículo, que se tendrá en cuenta por el Consejo de Redacción. Se dispondrá de un mes para que los evaluadores realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.
7. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los evaluadores para adoptar la decisión final. Los autores de los artículos serán avisados por correo electrónico de la aceptación o no del trabajo, con su respectiva fundamentación.
8. Se podrán adoptar cuatro decisiones:
 - a. Puede publicarse sin modificaciones.
 - b. Puede publicarse con correcciones menores.
 - c. Proponer una revisión del mismo para su publicación.
 - d. Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración del mismo siguiendo las indicaciones recibidas.
 - e. Rechazar la publicación.
9. Se informará a los autores de las fechas de publicación de su artículo, en el caso de que fuera aceptado.
10. Los criterios que fundamentan la decisión del Consejo de Redacción son los siguientes: originalidad, importancia de la temática, presentación y redacción.
11. Al finalizar el año la sección de publicaciones publicará las estadísticas de los artículos: número de artículos recibidos, aprobados, rechazados y tiempo promedio desde la recepción hasta su aprobación y correspondiente publicación.

Instrucciones a los autores

Antes de enviar el artículo el autor deberá verificar que el contenido del mismo se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación.

1. Los autores que tengan aceptado un trabajo en la revista podrán enviar su traducción a cualquier idioma diferente al español, la cual se publicará en formato PDF en la revista digital.
2. Las páginas de la revista de Trabajo Social Hoy están abiertas a cualquier tipo de colaboración: Artículos de investigación o de revisión bibliográficas sistemáticas, trabajos de reflexión, experiencias prácticas, colaboraciones especiales y otras secciones como reseñas o cualquier solicitud que pueda considerarse y que reúna los mínimos exigidos para su publicación.
Los trabajos preferiblemente serán enviados en castellano, aunque también se admiten artículos en inglés.
3. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com en formato Word (.doc o .docx), especificando en el asunto “envío publicación TSH- y añadir el contenido de la revista donde se desea publicarlo”. Se deberá acompañar junto con la carta de presentación cuyo modelo está disponible en la página web www.trabajosocialhoy.com.
4. El envío de los trabajos presupone, el conocimiento y aceptación de estas instrucciones así como de las normas editoriales.
5. La extensión del texto no deberá superar las 30 páginas a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. Cada artículo deberá incluir palabras clave (cinco) que identifiquen el contenido del texto, para realizar el índice general y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas.
6. El documento será enviado siguiendo el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. Preferiblemente en castellano y en inglés (la revista ofrece una traducción al inglés de todos los resúmenes). Nombre y apellidos de los autores. Nombre completo de la institución donde trabajan todos ellos, y selección de la persona responsable quien incorporará los datos de correspondencia (dirección postal, teléfono, fax, email). En la segunda página dará comienzo el texto.
7. El artículo irá acompañado, en otro documento aparte, de una carta de presentación, se adjunta modelo al final de la revista. www.trabajosocialhoy.com

**Instrucciones
a los autores**

8. Los manuscritos deberán ser inéditos. El firmante del artículo responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo ya publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en Trabajo Social Hoy.

9. Todas las referencias de la bibliografía deberán aparecer citadas en el texto. Se evitará la utilización de notas a pie de página, así las referencias deberán aparecer en el cuerpo del texto. Se harán indicándose entre paréntesis el apellido del autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012: 23). Si dos o más documentos tienen el mismo autor/a y año, se distinguirán entre sí con letras minúsculas a continuación del año y dentro del paréntesis (García, 2008a). Los documentos con dos autores se citan por sus primeros apellidos unidos por “y”, (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores se abreviará la cita indicando solamente el apellido del primer autor seguido de “et al.”, (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un autor ya citado en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

10. Cuando se citen en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.

11. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido de los autores. Si un autor tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. A continuación se exponen ejemplos de citas bibliográficas correctamente referenciadas:

- Para artículos de revista, p.ej.:

Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso, Texas. *Portularia*, XII, 13-21. Doi: 10.5218/PETS.2012.0002.

Si el artículo además tiene número D.o.i. se añade al final.

- Para libro completo, p.ej.:

Fernández, T., (2012). *Trabajo Social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.

- Para capítulos de libro, p.ej.:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Los instrumentos de evaluación. En T. Fernández (Ed.), *Fundamentos del Trabajo social* (pp. 221-250). Madrid: Alianza Editorial.

- Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor, a efectos del orden alfabético se considera por "crisis", p.ej.:

La crisis económica. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.

- Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo tiene autor, p.ej.:
Millás, J.J. (2012, Agosto 26). Dan ganas de morirse. *El País semanal*, p.11.

- Para informes o estudios seriadados, p. ej.:

IMSERSO. (2009). *Informe 2008: Las personas mayores en España*. Madrid: Observatorio de personas mayores. IMSERSO.

- Para medios electrónicos en Internet, p.ej.:

INE (2011). *Encuesta Condiciones de Vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instrucciones a los autores

12. Los cuadros, tablas, figuras y mapas deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo (Formatos: excel o jpg).

13. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere oportuno.

14. El Consejo de Redacción de la revista Trabajo Social Hoy y el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos sean publicados.

Código ético	www.trabajosocialhoy.com
Indicadores de calidad	BASES DE DATOS La revista Trabajo Social Hoy aparece indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: – ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España – Compludoc – Dialnet – Latindex (Catálogo y Directorio) – Psicodoc
	PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE http://dice.cindoc.csic.es RESH http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS http://ec3.ugr.es/in-recs/
	REPOSITORIOS Google Scholar http://www.scholar.google.es/
	OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org
Suscripciones y solicitudes	<p>La revista Trabajo Social Hoy es una publicación cuatrimestral, que se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Para obtener una información actualizada de cómo obtener la revista a través de suscripciones, privadas o institucionales, o cualquier aclaración relacionada con las mismas, por favor, consulte la página www.trabajosocialhoy.com.</p>

Trabajo Social Hoy is a trademark registered in the Spanish Office of Patents and Trademarks, entry number 3028044/3.

<p>Subject matter and scope of the journal</p>	<p>Trabajo Social Hoy is a professional journal the purpose of which is to publish scientific studies and professional experiences related to Social Work. The journal's contents are targeted to the international community of people specialised in this field, in order to promote debate and the exchange of experiences and information related to the profession. The journal is the responsibility of the Professional Association of Social Workers of Madrid, which for twenty years has been publishing it regularly. Since 2004 it has been available in digital format.</p>
<p>Type of works accepted</p>	<p>The contents of the journal are divided into the following sections:</p> <p><i>Articles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier. A special section included in some issues, consisting of several articles on a particular subject. ▪ Items of professional interest. Articles about research projects or reviews of books. ▪ Intervention and professional practice. Articles that describe intervention programmes, real cases and practical experiences. <p><i>Brief contributions</i></p> <p><i>Professional information</i></p>
<p>Selection process</p> <p>The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texts are received at the following e-mail address: tsh@trabajosocialhoy.com. They are to be accompanied by a letter of presentation in which the sender requests review of the article for publication in the appropriate section of the journal. It should be expressly mentioned that the work has not been published or disseminated elsewhere and that for purposes of publication it is being sent only to the journal Trabajo Social Hoy. The letter must be signed by the authors of the manuscript. 2. Upon receiving the original manuscript in electronic format, the secretary's office of the Professional Association of Social Workers of Madrid's publications department will confirm that the manuscript has been received, indicating, if necessary, any changes that must be made in the presentation format, in the event that the manuscript does not fulfil the requirements specified in the Instructions to Authors section. 3. After receiving the article, the secretary's office of the publications department will anonymize the texts, making sure that the authors' name and details are not visible during the manuscript's evaluation.

Selection process

4. The manuscript will be classified according to the sections indicated in the Type of Works Accepted section.
5. The first evaluation will be performed by a member of the Editorial Board. He or she will confirm the suitability of the manuscript's contents as regards the journal's subject matter and the submission's quality in general.
6. The member of the Editorial Board will propose two professionals externals referees, to do the next stage of review, which is also anonymous. This referee will read the manuscript and write up his or her comments and opinion regarding its quality, and forward them to the Editorial Board. Referees will have a period of one month to review and send, by e-mail, their considerations, which must be well-reasoned and constructive.
7. The Editorial Board will take into account the referee's opinion and recommendation as its make the final decision. The authors of the submission will be informed by e-mail of the acceptance or rejection of the article, and of the reasons justifying the decision.
8. There are four possible decisions:
 - a. Publication with no modifications.
 - b. Publication with minor modifications.
 - c. Proposal that the article be thoroughly revised by the authors prior to publication.
 - d. Rejection of the manuscript, proposing that it be reformulated according to the indications made by the reviewers.
 - e. Rejection of the manuscript.
9. Authors will be informed of the date of publication of their article, in the event that it is accepted.
10. The criteria used by the Editorial Board in making its decision are the following: originality, importance of the subject matter, presentation, quality of the writing.
11. At the end of each year the publications department will publish the statistics pertaining to the articles: number of articles received, the number accepted, the number rejected and the average time elapsing between acceptance and publication of each article.

Instructions to Authors

Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation.

1. The authors of articles that have been accepted for publication can also send a version in a language other than Spanish, and such translation will be published in the digital journal in PDF format.
2. The pages of the journal Trabajo Social Hoy are open to all types of contributions: articles on research conducted, systematic reviews of bibliography, reflective pieces, practical experiences, special collaboration projects and other sections, such as brief contributions or any text that may be of interest and meets the minimum requirements needed for publication. Preferably the articles will be send in Spanish, but also allowed English articles. Preferably the article will be sent in Spanish, but also it will be allowed in English.
3. The works must be sent to the e-mail address tsh@trabajosocialhoy.com in Word (.doc or .docx), specifying in the subject line "submission publication TSH" plus the contents of the issue number in which you wish to publish it. The submission must be accompanied by the letter of presentation, a form for which is available on the Association's web page, at www.trabajosocialhoy.com.
4. By submitting the article, it is assumed that you understand and accept these instructions as well as the publication guidelines.
5. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Each article must include a 5-10 line abstract and five key words that identify the contents of the text (to facilitate preparation of the journal's table of contents).
6. The manuscript must include the information and pages in the order indicated below, all in one file. On the first page will appear the title of the article, in Spanish, followed by: the abstract, also in Spanish; key words, preferably in Spanish and English (the journal provides an English translation of all abstracts); names and surnames of all the authors; full name of the institution in which the authors work; e-mail addresses of all the authors, with one of them also including correspondence details (postal address, telephone, fax). On the second page the text of the manuscript will begin.
7. The article will be accompanied, in a separate document, of a letter of presentation (please use the form provided on the web page, www.trabajosocialhoy.com, and on this journal).

Instructions to Authors

8. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document - issued by the appropriate body - authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

9. All the bibliographical references must be cited in the text. The use of footnotes is to be avoided, so references must appear within the text. Such citations must be inserted inside parentheses, indicating the surname of the author in upper case, followed by the year and page number of the publication, for example (Fernández, 2012: 23). If two or more references have the same author and year of publication, they will be distinguished from each other by lower case letters next to the year, inside the parentheses (García, 2008a). The documents with two authors will be cited using the two surnames linked by "and" (Sánchez and Torre, 2010). For references with more than two authors, the citation will be abbreviated, indicating only the surname of the first author, followed by "et al." (Payne et al., 2003). When the citation is of an author cited by another author, the following structure is to be used (Serrano, 2005 cited in Pérez, 2010).

10. When the article uses an acronym to refer to a body or group, the group's full name must appear the first time it is mentioned in the text.

11. The bibliographical references must follow the APA guide, in alphabetical order by author surname. If an author has more than one work, they will be listed in chronological order. Below are some examples of bibliographical references correctly cited:

- For journal articles:

Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Domestic Violence Against Migrant Women at the Border: The Case Study of El Paso, Texas. *Portularia, XII*, 13-21. Doi: 10.5218/PETS.2012.0002.

If the article also has a DOI (Digital Object Identifier), it is added at the end.

- For a complete book:

Fernández, T., (2012). *Social Casework*. Madrid: Alianza.

- For book chapters:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Assessment tools. In T. Fernández (Ed.), *Fundamentals of Social Work* (pp. 221-250). Madrid: Alianza.

- For an article in a newspaper or mass media publication: if the article has no author, for purposes of alphabetical order, the first important word is considered ("economic" in the example):

The economic crisis. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.

For an article in a newspaper or mass media publication: if the article does have an author:

Millás, J.J. (2012, Agosto 26). It makes you want to die. *El País weekly*, p.11.

- For serial reports or studies:

IMSERSO. (2009). Report 2008: *Older persons in Spain*. Madrid: Observatory of elderly. IMSERSO.

- For electronic media in Internet:

INE (2011). *Living Conditions survey*. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instructions to Authors

12. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.

13. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.

14. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.

Ethical code	www.trabajosocialhoy.com
Quality indicators	NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES <ul style="list-style-type: none"> – ISOC, CINDOC – Compludoc – Dialnet – Latindex – Psicodoc
	JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades. DICE http://dice.Cindoc.csic.es RESH http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS http://ec3.ugr.es/in-recs/
	REPOSITORIES Google Scholar http://www.scholar.google.es/
	ANOTHER DATA CrossRef Member. www.crossref.org

Subscriptions, advertising and requests

The journal Trabajo Social Hoy is a quarterly publication distributed free of charge to members of the Professional Association of Social Workers of Madrid. To receive updated information on how to obtain a journal by subscription, either private or institutional, or to clarify any other issue related to subscriptions, please consult the web page of the Professional Association of Social Workers of Madrid www.trabajosocialhoy.com.

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN

Este modelo de carta deberá ser adjuntado junto con el artículo enviado a la revista

Estimada Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los autores consideramos que la publicación Trabajo Social Hoy es adecuada para la divulgación de nuestro trabajo, por lo que solicitamos se estudie su publicación en la sección:

- Dossier
- Temas de interés profesional
- Intervención profesional
- Reseñas

El título del artículo es _____,
y los autores del mismo son _____.

La persona encargada de mantener la correspondencia con la revista es _____.

con institución de referencia _____.

Dirección postal _____.

Tfno. _____ Email _____.

Página web _____.

Los autores del artículo certifican que este no ha sido previamente publicado en otro medio de comunicación, y que además no ha sido enviado a otra revista para su consideración.

Los autores se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores del artículo

MODEL COVER LETTER

This model cover letter should be sent with the article to the Journal

Dear Director of Trabajo Social Hoy:

Having read the author's instructions and analyzed the coverage of Trabajo Social Hoy, we believe that the Journal is appropriate for disseminating our work. We request that you take into consideration in the section:

- Dossier
- Matters of professional concern
- Professional intervention
- Reviews

The title of the article is _____,
and the authors are _____

The responsible person for correspondence is _____

Reference institution _____

Postal address _____

Tfo. _____ Email _____

Web _____

The authors certify that the article has not been published, in whole or in part, in any other medium.

The authors are responsible published content and accept the changes that are appropriate for the publication.

Fdo.

Authors

MODELO DE HOJA DE EVALUACIÓN PARA LOS ARTÍCULOS RECIBIDOS

EVALUACIÓN	Título del artículo:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Fecha de recepción del informe de evaluación en la Secretaría de la revista:

1. EL TÍTULO DEL ARTÍCULO

SE ADAPTA A LA TEMÁTICA DEL TEXTO.
ANALIZAR LA POSIBILIDAD DE CAMBIARLO.

2. EL RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Todos los artículos deberán tener un resumen y unas palabras clave. Las palabras claves no serán más de cinco y el resumen no deberá exceder de diez líneas. No es estrictamente necesario que el resumen esté en inglés.

El resumen debe ser una síntesis del artículo y deberá estar bien estructurado y realizado.

3. EL CONTENIDO DEL MANUSCRITO

Deberá ser un contenido original, novedoso e interesante para la temática de la publicación. Ver si la temática es adecuada con el alcance de la revista. La extensión de los trabajos no deberá superar las 30 páginas para el texto a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. La bibliografía, gráficos, tablas y anexos irán aparte (en otro documento adjunto o al final del artículo). Sugerir sección en la que poder incorporarlo. Añadir correcciones ortográficas y señalar los párrafos o frases que no se entienden o que no quedan lo suficientemente claros.

4. EXPOSICIÓN DE IDEAS

En el texto las ideas deberán estar bien planteadas siguiendo una estructura lógica. La redacción debe ser adecuada y fluida. Los epígrafes deben estar ordenados. El trabajo deberá estar metodológicamente bien planteado. Se deben exponer los resultados correctamente. Las conclusiones se deben ajustar al contenido del texto. La extensión de cada parte debe estar equilibrada.

5. LAS CITAS	
Comprobar que todas las citas que aparecen en el texto se adaptan a las normas APA, ver las normas de publicación de la revista, y que todas ellas aparecen en la bibliografía.	
6. LAS TABLAS Y LOS GRÁFICOS	
Deberán ser necesarios y aportan información relevante en el artículo. Tiene que tener título y fuente documental. Si es Tabla el título irá arriba, si es figura irá abajo. Deberán estar enumeradas. No deben tener erratas y los datos facilitados se deben visualizar con claridad.	
7. LA BIBLIOGRAFÍA	
En principio el autor deberá quitar los autores que no estén citados en el texto. Hacer sugerencias si procede con respecto a la amplitud o actualización de la misma. Comprobar que se cumplen las normas indicadas en las instrucciones facilitadas a los autores. Comprobar que los autores aparecen en orden alfabético.	
8. OTROS COMENTARIOS QUE SE QUIERAN AÑADIR A LA EVALUACIÓN	
Principalmente aspectos específicos del área o ámbito de intervención.	
9. DECISIÓN DEL EVALUADOR	
Puede publicarse sin modificaciones	
Puede publicarse con cambios menores	
Puede publicarse con cambios mayores	
Es necesaria una reelaboración del contenido para proceder de nuevo a otra evaluación	
Debe rechazarse	

REVIEW SHEET FOR EVALUATING ARTICLES

REVIEW	Title of article:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Date on which article is sent to reviewer::

1. TITLE OF ARTICLE

Confirm that the title fits subject matter. Analyse possibility of changing it.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

All articles must have an abstract and key words. The abstract must be no longer than ten lines and there should be a maximum of five key words. The abstract does not necessarily have to be in English. The abstract should be a well-structured and well-written summary of the article.

3. CONTENT OF THE MANUSCRIPT

The content must be original, new and of interest to the publication. Check that the subject matter falls within the journal's scope. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Suggest the journal section in which the article might be included. Correct spelling mistakes and point out paragraphs or sentences that are difficult to understand or are not sufficiently clear.

4. EXPOSITION OF IDEAS

The text should discuss the ideas in a clear manner, following a logical structure. The writing style should be appropriate and fluid. The sections should appear in a suitable order. The study should be well planned on the methodological level. Findings should be presented correctly. The conclusions should be faithful to the contents of the text. The various sections should be similar in length.

5. CITATIONS

Confirm that all the references appearing in the text follow APA format (see journal's publication rules) and that all of them appear in the bibliography.

6. TABLES AND FIGURES

They should be used only when necessary and when they provide information that is relevant to the article. They have to have a name and they must specify their source document. In the case of tables the title should appear above it, while in the case of figures it should appear below it. They must be numbered. They should contain no typos and the data provided should be easy to visualize.

7. BIBLIOGRAPHY

In principle the author must remove from the bibliography any authors that are not cited in the text. Make any suggestions that may be needed with regard to the breadth or the up-to-dateness of the bibliography. Confirm that the guidelines appearing in the instructions for authors have been met. Confirm that the authors appear in alphabetical order.

8. ANY FURTHER COMMENTS TO BE ADDED TO THE EVALUATION

These would be primarily aspects specific to the field or area of intervention.

9. REVIEWER'S DECISION

Can be published with no modifications

Can be published with minor modifications

Can be published with major modifications

Content needs to be reformulated and re-submitted for review

Article should be rejected

Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY

(precios vigentes desde el 1 de febrero de 2011)

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

E-MAIL

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales

Trabajadores/as Sociales de otros Colegios Profesionales y/o estudiantes acreditando dicha condición	Organismos/ Entidades	Resto	Extranjero
30 €	44 €	40 €	52 €

FORMA DE PAGO

- **Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.**

c.c.c. 0075-0001-88-0606440012

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como **copia de la transferencia bancaria** (en caso de haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID
C/ Gran Vía, 16 28013 Madrid

O por Fax: 91 522 23 80, o descargando documento en www.comtrabajosocial.com

Firma del suscriptor

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Suscriptores", cuya finalidad es gestionar las suscripciones a la revista del Colegio, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Gran Vía, 16, 6º Izq. Madrid 28013, correo electrónico: secretaria@comtrabajosocial.com, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal.

Presentación | Presentation

Artículos | Articles

Dossier Salud Mental | Mental Health Dossier

Sistema de dependencia y apoyo familiar en pacientes con trastorno mental grave en la provincia de Córdoba: un enfoque desde el trabajo social sanitario
The dependency and family support system for patients with severe mental disorder in the province of Córdoba: A social health care approach
José Manuel Jiménez RodríguezPágs.7-16

Aproximación a los modelos teóricos profesionales a través de un caso de salud mental
Various theoretical models examined through one mental health case
María José Planas García de DiosPágs.17-36

Interés profesional | Professional interest

Los niños como víctimas de la violencia de género
Children as victims of gender violence
Anca Cristina Dinu Págs.37-68

Intervención profesional | Professional intervention

Análisis de la adquisición de competencias por los trabajadores sociales en su formación y en el mercado laboral
Analysis of skill acquisition by social workers during their training and in the job market
Daniel de Armas Bravo, Carmen Sabater Fernández y Pablo Cabezas Medina Págs.69-88

Ratio profesional y funciones de los trabajadores sociales en las unidades de trabajo social
Professional ratio and functions of social workers in social work units
Diego Celdrán Martínez..... Págs.89-102

Equilibrio territorial en la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid
Territorial balance in Madrid's minimum guaranteed income benefit
Luis Fernando Saiz Vargas y M^a Luisa Montejano Sánchez..... Págs.103-138

Reseñas | Reviews

Título del libro: Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención
Book title: Manual of Systemic Therapy: Principles and Tools for Intervention
Autores: Alicia Moreno
Reseña realizada por María Guillén Sáenz de Tejada Págs.139-144

Información profesional | Professional information

Los retos de la cronicidad. Congreso Edad y Vida 2015
International Age and Life Conference 2015
Concepción Castro Clemente Págs.145-150

